

Forebygging av underernæring hos gamle hjemmeboende med demenssykdom

Et sykepleiefaglig ansvar

Kandidatnummer: 33 & 86
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i bachelor i sykepleie BIS19

Antall ord: 8804
Dato: 19.04.2022



Lovisenberg
diakonale høgskole

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato 19.04.2022
<p>Tittel</p> <p>Forebygging av underernæring hos gamle hjemmeboende med demenssykdom.</p>	
<p><u>Problemstilling</u></p> <p><i>“Hvilke faktorer bør foreligge for å forebygge underernæring hos gamle hjemmeboende med demenssykdom?”</i></p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u></p> <p>Denne bacheloroppgaven inneholder faglitteratur som belyser aldersforandringer, demenssykdom, personsentrert sykepleie, etikk, pårørendes rolle og utfordringer i hjemmesykepleien. Videre anvendes Hendersons sykepleieteori om universelle og grunnleggende behov, samt annen faglitteratur som belyser temaene helsepolitikk, retningslinjer og lovverk.</p> <p><u>Metode</u></p> <p>Dette er en litterær oppgave som fordyper seg i relevant fag- og forskningslitteratur for å besvare problemstillingen. Forskning er funnet i PubMed og Sykepleien Forskning med søkeordene “malnutrition home elderly dementia” og “underernæring demens”. I tillegg er det anvendt pensumlitteratur, annen selvvalgt litteratur og lovverk.</p> <p><u>Drøfting</u></p> <p>Studiene viser at helsepersonell og pårørende står ovenfor en rekke utfordringer som truer ernæringsomsorgen. Drøftingen belyser eksempelvis tidsnød, ressursmangel og utilstrekkelig kompetanse som gjennomgående problemområder. For å forebygge underernæring er det nødvendig å være bevisst demenssykdommens varierende symptomuttrykk, dette krever en fleksibel tilnærming. Videre vektlegges sykepleiers kjennskap til brukeren, ettersom dette kan gi økt effekt av det forebyggende arbeidet. Aktuelle foreliggende faktorer vil drøftes opp mot funn gjort i forskningen.</p> <p><u>Konklusjon</u></p> <p>Det er avgjørende med tidlig identifisering av ernæringsmessige risikoer gjennom kartlegging og vurdering for å forebygge underernæring hos brukergruppen. Studier viser at samarbeidet med pårørende er viktig, ettersom de kan være en ressurs i ernæringsarbeidet. Videre kan underernæring i stor grad forebygges gjennom faktorer som brukermedvirkning, kontinuitet, dokumentasjon, tverrfaglige samarbeid og respekt for det emosjonelle aspektet ved måltidet.</p>	

(Totalt antall ord: 243)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2	Temaets sykepleiefaglige relevans.....	2
1.3	Problemstilling	2
1.4	Avgrensning.....	2
1.5	Begrepsavklaring.....	2
1.5.1	Underernæring	2
1.5.2	Gamle	3
2	Teoretisk kunnskapsgrunnlag	4
2.1	Høy alder	4
2.1.1	Aldring og ernæring	4
2.1.2	Ernæringsmessige utfordringer ved høy alder	5
2.2	Demenssykdom.....	6
2.2.1	Symptomer ved demenssykdom	6
2.2.2	Ernæringsmessige utfordringer ved demenssykdom.....	6
2.3	Fra stat til kommune	7
2.3.1	Ernæringsmessige utfordringer i hjemmesykepleien	7
2.4	Sykepleiers ansvar og funksjon.....	8
2.4.1	Sykepleiers ansvar for å forebygge	8
2.4.2	Å forebygge underernæring	8
2.4.3	Kartlegging av ernæringsstatus.....	9
2.5	Brukermedvirkning.....	10
2.5.1	Mestring av måltidet	11
2.6	Pårørende	11
2.7	Tverrfaglig samarbeid.....	12
2.8	Etikk	13
2.8.1	Etiske utfordringer i hjemmesykepleien.....	13
3	Metode	14
3.1	Metodebeskrivelse og litteratursøk.....	14
3.1.1	Valg av databaser og søkeord	14
3.1.2	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	14
3.1.3	Søkestrategi	15
3.2	Øvrig inkludert litteratur.....	16
3.3	Kildekritikk og kvalitetsvurdering	16
4	Resultater	18
5	Drøfting	20
5.1	Kartlegge og vurdere ernæringsstatus.....	20
5.2	Autonomi og selvstendighet	21
5.3	Kompetanse og tid.....	22
5.4	Kontinuitet og dokumentasjon.....	24
5.5	Handling og valg av matvarer.....	25
5.6	Det sosiale aspektet.....	26
5.7	Tverrfaglig samarbeid.....	27
6	Konklusjon	28
6.1	Forslag til videre forskning	28
7	Referanseliste	29

1 Innledning

Samhandlingsreformens skal forsikre at så mange som mulig bor og behandles for sykdom i hjemmet. Et viktig overordnet mål for hjemmebaserte tjenester i norske kommuner er å yte helsehjelp som fremmer ivaretagelse av god helse og selvstendighet (Meld. St. 15 (2017-2018), s. 10; Vollrath, 2014, s. 1). Imidlertid viser det seg at dette kan være utfordrende, henholdsvis grunnet ressursmangelen og tidsbegrensningene. Det er estimert at over 100.000 lever med demens i Norge i dag, og at antallet skal tredobles innen 2050 (Kirkeveld & Hveem, 2020). $\frac{2}{3}$ av de med demenssykdom bor hjemme, og dette krever store ressurser fra helse- og omsorgssektoren (Birkeland & Flovik, 2020, s. 158). Underernæring er utbredt. Forskning viser at 50% av hjemmeboende eldre med demenssykdom var eller stod i fare for å bli underernært (Rognstad et al., 2013, s. 304). Manglende kompetanse vedrørende ernæringsbehov sett i lys av alder og helsetilstand bidrar negativt i denne utviklingen (Sortland, 2015, s. 13, 15 & 16).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I denne bacheloroppgaven vil vi gjøre rede for og drøfte ulike faktorer som bør foreligge i sykepleiers forebyggende ernæringsarbeid for hjemmeboende gamle med demenssykdom. Utover dette vil vi synliggjøre forandringer som påvirker ernæringsstatus hos brukergruppen. Vi vil diskutere teori og aktuelle funn i forskning opp mot sykepleiers etiske ansvar, autonomi og sykepleiers utfordringer i hjemmesykepleien. Utfordringene som fremkommer er henholdsvis tidsbegrensninger, utilstrekkelig kompetanse og ressursmangel. Optimal ernæringspraksis kan være vanskelig å etablere og vedlikeholde, spesielt ettersom sykepleiers oppfølging gjerne blir sporadisk og befinner seg innenfor individets foretrukne rammer. Brukernes hjem som arbeidsplass fører med seg flere ekstra utfordringer enn ved sykehus og institusjon (Birkeland & Flovik, 2018, s. 50).

Vi jobber begge i hjemmesykepleien ved siden av studiet og har erfart ernæringsproblematikk hos gamle hjemmeboende med demenssykdom på nært hold. Det har også vært stor oppmerksomhet rundt tematikken i media, eksempelvis på Debatten på NRK den 28. september 2021; "Flere eldre blir underernærte". Vi anser problematikken som svært relevant å belyse, og ønsker dermed å synliggjøre hvilke faktorer som bør foreligge for å forebygge underernæring hos gamle hjemmeboende med demenssykdom.

1.2 Temaets sykepleiefaglige relevans

Florence Nightingale formulerte en klar sammenheng mellom sykdom, tilheling, kosthold og sykepleie. Hun sa:

“Den som setter pasientens mat ved siden av ham og håper at han vil spise etterhvert, forhindrer ganske enkelt at han får i seg mat i det hele tatt. Hvis sykepleieren er en intelligent person, og ikke bare en tallerkenbærer i fast rute til og fra pasienten, så bør denne personen bruke sin intelligens også i denne forbindelse.”

(Sortland, 2015, s. 13).

Dette støttes også av sykepleieteoretiker Virginia Hendersons, som presenterer tilførsel av væske og ernæring som grunnleggende behov. Sykepleier har ansvaret for å sikre god ernæringsomsorg gjennom ytelse av helsefremmende sykepleie (Brodtkorb, 2018, s. 301; Nordtvedt & Grønseth, 2017, s. 22). Det er dermed sykepleiers oppgave å identifisere, kartlegge og forebygge ernæringsmessig risiko (Birkeland & Flovik, 2018, s. 135).

1.3 Problemstilling

“Hvilke faktorer bør foreligge for å forebygge underernæring hos gamle hjemmeboende med demenssykdom?”

1.4 Avgrensning

Problemstillingen avgrenses til gamle med demenssykdom som får bistand av hjemmesykepleien. Med gamle mener vi personer over 75 år. Vi har valgt denne aldersgruppen ettersom det er her forekomsten av demenssykdom er høyest (Skovdahl, 2020, s 421). Vi velger å inkludere pårørende i besvarelsen, ettersom de viser seg å ha en sentral rolle i identifisering og forebygging av underernæring (Mole et al., 2021). Det er et bevisst valg å ikke fokusere på symptomlindring, selv om vi erkjenner at hovedgrunnen for underernæring kan være demensdiagnosen i seg selv (Rognstad et al., 2013, s. 304). Vi er også bevisst at alderdom medfører en rekke endringer i kroppssammensetning som kan ha stor betydning for omsetningen av legemidler, og at dette kan gi bivirkninger som innvirker på ernæringsstatusen (Mensen, 2020, s. 30). Likevel velger vi å ekskludere dette i besvarelsen.

1.5 Begrepsavklaring

1.5.1 Underernæring

Underernæring er når mangel på energi, protein og/eller andre næringsstoffer gir en målbar ugunstig effekt på kroppssammensetningen, funksjon og kliniske resultater. Underernæring oppstår når energiinntaket er så lavt at man får vektnedgang (Sortland, 2015, s. 165).

1.5.2 Gamle

Mennesker over 75 og 80 årsalderen defineres ofte som gamle. Disse pasienten har gjerne aldersforandringer som har betydning for sykdom, behandling, forløp og diagnostikk (Ranhoff, 2020, s. 53).

2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag

2.1 Høy alder

Langt flere oppnår høy alder i dag enn tidligere, grunnet bedre behandlingsalternativer og levestandard. Andelen over 80 år forventes å fordoble seg innen 50 år. Dette kan medføre store samfunnsmessige, medisinske og sykepleiefaglige utfordringer. Høy alder i seg selv er ikke sett på som sykdom, men mange opplever å få flere sykdommer og forandringer (Mensen, 2020, s. 29).

2.1.1 Aldring og ernæring

Økt alder kjennetegnes ved mindre reservekapasitet, redusert kompensasjonsmekanisme og endret kroppssammensetning. Andelen av vann og muskler synker, og andelen fett øker. I tillegg mister indre organer vekt og væske. Disse forandringene vil kunne ha mye å si for både kostholdet og basalstoffskiftet (Mensen, 2020, s. 31). Svinn av glatt muskulatur i tarmen fører til tregere passasje og mange opplever obstipasjon. Obstipasjon kan også skyldes inaktivitet, fiberfattig kost og redusert væskeinntak. Tarmperistaltikken, produksjonen av gallesaft og aktiviteten til lipase reduseres. Nedsatt opptak av næringsstoffer vil hos mange skyldes betennelser og atrofi i mage-tarm-systemet. Det perifere nervesystemet vil bli påvirket med alderen, eksempelvis i form av dårlig balanse, redusert gangfunksjon og lite krefter. Dette kan bli en barriere for å handle og tilberede måltider (Brodtkorb, 2020, s. 302; Menschen, 2020, s. 31; Sortland, 2016, s. 142).

Lukt- og smakssansene endres ettersom spyttproduksjonen minskes med $\frac{1}{3}$. Dette medfører at smaksstoffene ikke oppløses på samme vis. Smaksløkene reduseres, og surhet og bitterhet forsterkes (Sortland, 2016, s. 141). Nedsatt væske- og matinntak kan skyldes at gamle opplever dårlig matlyst som følge av munntørrhet og skader i tennene. Tennene endrer struktur og farge etter mange år med slitasje, skader og fargestoff fra matvarer. Tennene blir derfor skjøre og kan brette lett. Tannkjøttet trekker seg tilbake, dermed blir rotoverflater uten emalje blottlagt og tennene blir sensitive. Tap av tenner, svelgevansker, redusert muskelkraft og dårlige tilpassede proteser kan medføre problematikk ved matinntak (Brodtkorb, 2020, s. 302; Menschen, 2020, s. 31; Sortland, 2016, s. 141; Strand, 2020, s. 318)

Mange gamle har karies som resultat av dårlig tannstell og nedslitt emalje. Ved lav spyttproduksjon er man ekstra utsatt for infeksjoner, sopp, skader på tennene og tannråte.

Dårlig munnhygiene og matrester i munnen kan gi nedsatt appetitt (Brodtkorb, 2020, s. 302). Svelgevansker kan få betydning for hvilke matvarer brukeren velger og mengden vedkommende spiser. Ved most og findelt mat vil kostfiber, vitamin C og vitamin E forringes. Magesekken vil redusere produksjonen av pepsin og saltsyre ved økt alder, og atrofisk gastritt kan forekomme. Tilstanden medfører lavere saltsyresekresjon og intrinsisk faktor, noe som er nødvendige for absorpsjon av vitamin B12. Ved lav produksjon av magesaft vil også pH-verdien endres. Dette vil gi redusert opptak av jern, kalsium og sink (Sortland, 2016, s. 141-142).

2.1.2 Ernæringsmessige utfordringer ved høy alder

Underernæring er vanlig hos gamle. Årsaken kan være aldersforandringer, sykdom og funksjonssvikt, enten alene eller mer sammensatt. Energibehovet ved sykdom øker samtidig som matlysten synker, dermed kan vekttap enkelt forekomme. Dette vekttapet kan være vanskelig å korrigere. Henholdsvis burde eldre over 65 år ha en KMI over 24 (Brodtkorb, 2020, s. 301-302; Sortland, 2016, s. 140). Sykdom og behandling kan påvirke ernæringstilstanden negativt, og funksjonssvikt kan medføre at personen ikke lenger er i stand til å ivareta ernæringsbehovet. Underernæring kan føre til forverring av allerede oppstått sykdom. Dette kan resultere i en ond sirkel som påvirker helsetilstand, funksjonsnivå og livskvalitet. Hos enslige hjemmeboende er det nærliggende å tenke at isolasjon kan være en medvirkende faktor (Brodtkorb, 2020, s. 301-302; Mensen, 2020, s. 31). Nedsatt matinntak og matlyst skyldes ofte psykososiale problemer og ensomhet. Mange gamle har gjennomgått store tap, og flere kan kjenne på sorg over tapte ferdigheter (Brodtkorb, 2020, s. 302).

Sykepleier burde ha kunnskap om hva høy alder betyr for kosthold og ernæringsstatus, ettersom sykdom og funksjonssvikt ofte rammer gamle (Sortland, 2016, s. 139). Sykepleiers holdninger, bevissthet og ansvarlighet er avgjørende for at gamle får dekket sitt ernæringsbehov. Manglende kunnskaper, interesser og oppmerksomhet hos helsepersonell kan være medvirkende faktorer til hvorfor gamle med bistandsbehov ikke får oppfylt sine ernæringsbehov. Helsedirektoratet gir de samme anbefalingene vedrørende mengden fett og karbohydrater til gamle som til den voksne befolkningen, men anbefaler at protein utgjør 15-20% av energiinntaket. Selv om proteinbehovet i prinsippet minsker grunnet mindre muskelmasse, er det ønskelig å øke proteinmengden i kosten for å tilføre nok essensielle aminosyrer. Behovet for essensielle aminosyrer og vitaminer består, og mineraler øker. Friske

gamle har behov for 30 kalorier per kilo kroppsvekt per døgn (Brodtkorb, 2020, s. 301; Sortland, 2016, s. 143).

2.2 Demenssykdom

Demenssykdom blir brukt som samlebetegnelse for ulike tilstander som gir kronisk og irreversibel kognitiv svikt. Dette vil gi sviktende evne til å ivareta behov, samt endret sosial atferd. Årsaken kan være ulike organiske sykdommer. Demenssykdom er en progredierende sykdom som gjør at individet med tiden vil bli mer redusert og avhengig av bistand.

Symptomene kommer gradvis, og sykdomsutviklingen påvirkes av personens personlighet, mestringsevne og omgivelser. Noen av disse brukerne bor sammen med ektefelle eller andre pårørende, men majoriteten bor alene (Fjørtoft, 2016, s. 70-71).

2.2.1 Symptomer ved demenssykdom

Symptomene på demenssykdom kan grovt deles inn i tre kategorier: kognitive, psykologiske/atferdsmessige og motoriske symptomer. De kognitive symptomene inkluderer eksempelvis svekket oppmerksomhet, hukommelse og orienteringsevne, samt handlingssvikt. Psykologiske/atferdsmessige symptomer uttrykker seg gjennom apati, vrangforestillinger, personlighetsendring og passivitet. Typiske motoriske symptomer er muskelstivhet, styringsproblemer og inkontinens. Det kan bli utfordrende å mestre hverdagen etterhvert som sykdommen utvikler seg. Den kognitive svikten blir betydelig, og tilværelsen kan oppleves utrygg og uoversiktlig (Fjørtoft, 2016, s. 70-71).

2.2.2 Ernæringsmessige utfordringer ved demenssykdom

Det kan være utfordrende å vektlegge brukerens selvstendighet parallelt med identifisering av helseutfordringene som forekommer ved redusert appetitt og vekttap. Spesielt utfordrende blir ernæringsarbeidet når sykepleier møter aleneboende med demenssykdom (Birkeland & Flovik, 2020, s. 135). Demenssykdom har et symptom-bilde som kan variere stort, og brukerne kan ha vanskeligheter med å uttrykke egne behov. Brukerne kan glemme, enkelt la seg distrahere, og/eller ikke gjenkjenne mat- og drikkevarer. Handling, matlaging, måltidsituasjonen og helsefremmende kostholdsvalg kan derfor bli problematisk (Helsedirektoratet, 2016, s. 200-201; Sortland, 2016, s. 140). Hensiktsmessige kommunikasjonsstrategier kan være korte og enkle spørsmål som gjerne er lukkede. Dette vil gi brukeren bedre forutsetning for forståelse av innholdet, og dermed svare adekvat for sine behov (Heyn, 2016, s. 392).

2.3 Fra stat til kommune

I 2012 ble samhandlingsreformen iverksatt. Reformen skulle gi mulighet for behandling i kommunen, samt kortere og færre sykehusopphold. Økonomiske ressurser ble flyttet til kommunen, imidlertid ble ikke pengene øremerket. Det stilles krav gjennom lov at behandlingen i kommunen skal være av god kvalitet gjennom tid, bemanning og kompetanse. Tross den økte økonomiske støtten opplever kommunene stort press på disse områdene (Befring, 2019, s. 95-96). Kommunen er gjennom helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 pliktig til å tilby nødvendig helsehjelp til alle som befinner seg i kommunen (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 3-1). I samhandlingsreformen vektlegges det forebyggende arbeid i stor grad. Behovet for forebygging ble synliggjort parallelt med den økende aldrende befolkningen (Befring, 2019, s. 95). Imidlertid er ikke kommunene fornøyd med ordningen. Eksempelvis forteller de om mange nye oppgaver uten tilstrekkelig finansiering. I tillegg stilles det spørsmål om kommunen har nødvendig kompetanse og utstyr (Befring, 2019, s. 100).

2.3.1 Ernæringsmessige utfordringer i hjemmesykepleien

Det finnes svikt i ernæringsarbeidet i hjemmesykepleien, hovedsakelig i rutine for vurdering av ernæringsstatus. I dette inkluderes eksempelvis mangelfull kompetanse, mangel på systemer og utilstrekkelig kjennskap til brukerens behov (Birkeland & Flovik, 2020, s. 141). Underernæring er enklere å forebygge enn å behandle, dermed er tidlig intervensjon avgjørende. Ekstra anstrengelse hos gamle med demenssykdom som enda ikke har uttalte ernæringsutfordringer, vil spare individet og helse- og omsorgssektoren for penger, ressurser og unødig lidelse (Birkeland & Flovik, 2020, s. 143). Brukere med demenssykdom krever mye innsats fra kommunehelsetjenesten, ettersom $\frac{2}{3}$ bor hjemme (Birkeland & Flovik, 2020, s. 158). Graden av symptomer varierer stort og krever ulik tilnærming, dermed burde sykepleier forsikre individtilpasset helsehjelp (Heyn, 2016, s. 394).

Brukere med demenssykdom vil ha behov for mer tid enn kognitivt friske brukere. I tillegg kan stress hemme appetitten og fordøyelsen (Sortland, 2016, s. 186). Optimal ernæringsstatus vil bidra til flere gode leveår preget av selvstendighet og livskvalitet (Birkeland & Flovik, 2020, s. 21). Minimumskravet i helse- og omsorgssektoren er at tjenesten skal drives forsvarlig. Dersom brukeren gjør skade på seg selv eller omgivelsene som følge av mangel på nødvendige helsehjelp, kan tjenesten vurderes som uforsvarlig drevet (Birkeland & Flovik, 2020, s. 164). Av den grunn burde skikkethet og forsvarlighet være fokusområder i

ernæringsarbeidet. Det er sentralt at helsepersonellet har forståelse for hvilke konsekvenser sykdommen har for hverdagslig funksjon, og at fokuset ligger på brukerens ressurser fremfor svakheter (Heyn, 2016, s. 393). Ansatte i hjemmesykepleien må ha helsefaglig kompetanse for å forebygge underernæring, herunder kompetanse om identifisering av ernæringsmessig risiko (Birkeland & Flovik, 2020, s. 34).

2.4 Sykepleiers ansvar og funksjon

Virginia Henderson sier:

«Sykepleierens særlige funksjon er å hjelpe individet, sykt eller friskt, i utførelsen av gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse eller til en fredfull død ...»
(Mathisen, 2016, s. 126).

2.4.1 Sykepleiers ansvar for å forebygge

Underernæring burde alltid forebygges, og forebygging er en integrert del av sykepleiers arbeid. Dette omhandler i korte trekk å forhindre forverring av sykdom, skade og funksjonssvikt, samt å forhindre faktorer som kan medføre sykdom, skade eller lidelse (Birkeland & Flovik, 2020, s. 48). Hjemmetjenesten er pliktig gjennom helse- og omsorgstjenesteloven (Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, 2011, §3-3) til å bidra i kommunens folkehelsearbeid. Loven inkluderer opplysning, råd og veiledning som viktige faktorer. Tidlig identifisering er avgjørende for å spare brukeren for økt pleiebehov (Jacobsen & Bye, 2016, s. 653). Tradisjonelt sett inndeles forebyggingsarbeidet i tre nivåer: primær-, sekundær- og tertiærforebygging. Sekundærforebygging omhandler intervensjoner som iverksettes med formål om å oppdage en sykdom eller tilstand tidlig (Øverby et al., 2018, s. 18). Med andre ord kan vi si at forebygging av underernæring hos gamle med demenssykdom er sekundærforebygging. Det sekundærforebyggende arbeidet omhandler i stor grad sykepleierens evne til å planlegge, vurdere, rapportere og tilrettelegge (Sortland, 2016, s. 178).

2.4.2 Å forebygge underernæring

Virginia Henderson beskriver 14 komponenter som konkretiserer sykepleierens funksjon, hvorav de ni første innbefatter menneskets grunnleggende behov (Birkeland & Flovik, 2020, s. 42). “Å kunne spise og drikke tilstrekkelig” er punkt nummer to i Hendersons beskrivelse, dermed er forebygging av underernæring sentralt. Henderson understreker at god sykepleie innebærer å hjelpe individet der det befinner seg, med de helseutfordringene vedkommende ikke mestrer selv. Sykepleier skal alltid hjelpe individet til mest mulig selvstendighet.

Brukerens individuelle ressurser må være i fokus, og sykepleier burde danne seg et overblikk over hvilke grunnleggende behov brukeren trenger bistand med (Mathisen, 2016, s. 127).

2.4.3 Kartlegging av ernæringsstatus

Alle brukere under hjemmesykepleien skal kartlegges for ernæringsmessig risiko. Sykepleiers oppgave er å stille spørsmål om matlyst, antall måltider og hvilke typer mat som inntas. I tillegg burde væskeinntaket kartlegges (Sortland, 2016, s. 140). Gjennom sykepleieprosessen forsikres god ernæringspraksis. Dette inkluderer sykepleieres observasjoner, vurderinger, målsettinger, tiltak og dokumentasjon av ernæringsstatus (Jacobsen & Bye, 2016, s. 638). Vekt og kroppsmasseindeks (KMI) er antropometriske målinger som bidrar i kartleggingen av brukers ernæringsstatus. Verktøyene kan identifisere om individet har eller utgjør risiko for ernæringssvikt (Jacobsen & Bye, 2016, s. 641). Vekten burde dokumenteres i kurve eller journal, slik at vektutviklingen følges over tid. Ved underernæring skal brukeren veies to-tre ganger ukentlig (Sortland, 2016, s. 178). KMI uttrykker forholdet mellom vekt og høyde, og anslår mengden fettvev. Dette er den vanligste måleenheten som anvendes når ernæringsstatus vurderes (Stubberud et al., 2017, s. 24). Alder, kjønn, væskeansamlinger og individuell kroppssammensetning er faktorer som må vurderes opp mot KMI, ettersom verktøyet ikke tar hensyn til fordelingen mellom muskler og fett (Jacobsen & Bye, 2016, s. 640-641).

Både vekt og KMI må suppleres med sykepleierens kliniske undersøkelse og faglig skjønn (Jacobsen & Bye, 2016, s. 639). Screening- og vurderingsskjemaer er andre nyttige verktøy ved vurdering av ernæringsstatus. Det finnes ulike typer, men hensikten er den samme; å identifisere ernæringsmessig risiko. MNA-skjema er verktøyet som anvendes mest i hjemmesykepleien, primært til mennesker fra 65 år og oppover. Skjemaet består av 18 spørsmål som omhandler antropometriske målinger, matinntak, appetitt, generell helse, selvrapporert helseoppfatning, tilstedeværelse av akutt sykdom, psykologisk stress, demenssykdom, mobiliseringsevne og fysisk funksjon (Birkeland & Flovik, 2020, s. 140). MNA-screeningen er todelt. Del I inkluderer utregnet KMI og seks spørsmål, tilsvarende et intervju. Screeningen avsluttes etter del I dersom brukeren får skår over 11 poeng, og skal da gjenopptas etter en måned. Ved skår under 11 går sykepleier videre til del II. Del II inneholder antropometriske målinger og vurderinger, samt en generell vurdering av sykdom- og helsesituasjon. I tillegg inkluderes boforhold, ernæringsvurdering og selvvurdering av helsen (Jacobsen & Bye, 2016, s. 642). 17 til 23,5 poeng indikerer ernæringsmessig risiko, og 17 poeng eller lavere indikerer underernæring (Birkeland & Flovik, 2020, s. 140).

2.5 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning innebærer å skape brukerens helsetjeneste, derav «ingen beslutninger om meg tas uten meg». Gjennom pasient- og brukerrettighetslovens (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §1-1) plikter sykepleier å fremme et tillitsforhold mellom brukeren og hjemmesykepleien. Her er trygghet, respekt, integritet og menneskeverd nøkkelord. Spesielt viktig er verdighet og menneskeverd i møte med brukere med demenssykdom, ettersom brukergruppen er sårbar og ofte svært avhengig av bistand (Birkeland & Flovik, 2020, s. 89). Det er sentralt at den gamle opplever å bli hørt og respektert, slik at helseprosjektet blir brukerens eget ved å selv utføre aktivitetene (Eide & Eide, 2017, s. 30). Sykepleier skal medvirke til at brukeren opplever mestring med helseprosjektet.

Ettersom helsehjelpen foregår i brukerens hjem, vil brukermedvirkning være desto mer viktig. Videre vil involveringen underbygge kontinuiteten i arbeidet (Eide & Eide, 2017, s. 48). Personorientert- og helsefremmende kommunikasjon er en forutsetning for brukermedvirkning. Sykepleier må vise omsorg og forståelse, og blir kjent med individet og deres interesser (Tveiten, 2020, s. 17). Helsehjelp til gamle innebærer ofte å tilrettelegge for gjenvinning av vitalitet og funksjon. Sykepleier må være bevisst at et gammelt menneske er ikke identisk med sin sykdom eller alderdomssvekkelse (Eide & Eide, 2017, s. 310). Når sykepleier og bruker kommuniserer vil de bruke ulike tegn og signaler. Både verbale og nonverbale tegn og signaler er gjerne sammensatte, og må derfor fortolkes (Eide & Eide, 2017, s. 32).

Imidlertid har idealet om å sette brukeren i fokus vist seg å være krevende i praksis. Det finnes god dokumentasjon på brukerens opplevelse av mangel på medvirkning, respekt og bistand (Eide & Eide, 2017, s. 30). Makten skal i all hovedsak ligge hos brukeren med utgangspunkt i deres ønsker og interesser. Samhandling vil bli utfordrende dersom sykepleier har andre ønsker for ernæringsarbeidet enn det brukeren har (Tveiten, 2020, s. 18). Det er dermed sentralt at sykepleier anerkjenner brukerens helseprosjekt, forutsetninger og verdier uavhengig av egne interesser. Det er på dette viset den gode personorienterte, motiverende og helsefremmende sykepleien utvikler seg (Eide & Eide, 2017, s. 31).

2.5.1 Mestring av måltidet

Brukere med demenssykdom kan være inkapabel til å innta måltider selvstendig, dermed kan det bli økt behov for tid og bistand (Birkeland & Flovik, 2020, s. 142). Mangelfull bistand under måltidsituasjoner er den fremste årsaken til ernæringsmessig ubalanse (Stubberud et al., 2017, s. 33-34). Forebyggende ernæringsarbeid til brukergruppen vil innebære å eliminere støy, uro og distraksjoner. Dette kan eksempelvis gjøres ved å sørge for fargekontraster på dekketøyet, i underlaget og i selve måltidet (Helsedirektoratet, 2016, s. 201). I tillegg kan eksempelvis rolig bakgrunnsmusikk medføre redusert stress og uro (Jacobsen & Bye, 2016, s. 655). Brukere med demenssykdom kan glemme om de har spist, og det er dermed viktig at sykepleier medvirker til en hensiktsmessig måltidsrytme. Henholdsvis anbefales det at brukeren spise minimum fire måltider daglig, samt at det ikke skal gå lenger enn 11 timer fra siste kveldsmåltid til frokost påfølgende dag (Helsedirektoratet, 2017, s. 28).

Gjentakelse blir en sentral faktor for at brukeren evner måltidsituasjonen. Måltidene kan bidra til gjenkjenning dersom de tilrettelegges på likt vis (Helsedirektoratet, 2016, s. 200).

Brukere med demenssykdom burde beskyttes mot overstimulering, slik at måltidet mestres med mest mulig selvstendighet (Jacobsen & Bye, 2016, s. 657). Sykepleier burde vurdere om matinntaket øker ved å spise i fellesskap, ettersom det sosiale aspektet ved måltidet vil være viktig for mange (Jacobsen & Bye, 2016, s. 655). Ved utilstrekkelig energiinntak vil et mellommåltid, en næringsdrikk og/eller beriking av etablerte måltider være fordelaktig. Næringstilskudd kan bestå av ett enkelt næringsstoff eller en blanding av flere energigivende næringsstoffer (Stubberud et al., 2017, s. 34). Sykepleier burde etterstrebe å tilby næringsdrikker utenom måltidene, likevel er det lite hensiktsmessig at brukeren er mett når de etablerte måltidene serveres. Næringsdrikkene skal fungere som et supplement, ikke erstatte vanlig kost (Jacobsen & Bye, 2016, s. 658). Næringstett kost for brukere som er underernært eller i ernæringsmessig risiko kan være en avgjørende faktor (Sortland, 2016, s. 179).

2.6 Pårørende

Pårørende kan være en sentral ressurs og faktor i ernæringsarbeidet, ettersom de kan forsørge emosjonell støtte, praktisk bistand, nærvær og forståelse (Birkeland & Flovik, 2020, s. 78).

Dersom brukeren ikke evner å redegjøre for egne preferanser og behov, kan sykepleier innhente nødvendige data fra pårørende (Sortland, 2016, s. 170). Det er viktig at sykepleieren foretar en rolleavklaring både med brukerens nærmeste, ettersom pårørende av personer med demenssykdom har høyere forekomst av depresjon og andre stressrelaterte plager (Birkeland

& Flovik, 2020, s. 83). Avklart ansvarsfordeling, god informasjon og kontinuerlig dialog vil være avgjørende faktorer for at partene har en felles forståelse av de ernæringsmessige utfordringene. Nødvendig pårørendestøtte gjennom opplæring, veiledning og avlastningstiltak utdypes i helse- og omsorgstjenesteloven (Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, 2011, §3-6). Selv om pårørende ikke er juridisk forpliktet til å bistå, tyder mye på at de ønsker et systematisk samarbeid med hjemmesykepleien (Birkeland & Flovik, 2020, s. 162).

Samhandling og samarbeid med pårørende vil være nødvendig, helsefremmende og hyggelig i en rekke situasjoner. I hjemmesykepleien er det gjerne pårørende som handler inn matvarene for eller sammen med brukeren, mens helsepersonellet gjør matlagingen. Måltidsituasjonene kan vekke positive minner, og det er sentralt at brukeren i størst grad har valgfrihet med hensyn til matvarer og spisemiljø (Brodtkorb, 2020, s. 313 & 315). Dersom sykepleier ikke har kjennskap til den enkeltes rutiner, vil grunnlaget for ernæringsarbeid forsvinne (Birkeland & Flovik, 2020, s. 141). Sykepleier burde forsikre at pårørende har tilstrekkelige kompetanse vedrørende faktorer som kan redusere ernæringsmessig risiko og hva som kan optimalisere ernæringsstatus. Samarbeid med pårørende i utformingen av rutiner som fremmer ernæringstilstanden vil forebygge ernæringsproblematikk (Bordtkorb, 2020, s. 315).

2.7 Tverrfaglig samarbeid

Etablering av tverrfaglig samarbeid vil være en sentral faktor for å forebygge underernæring hos gamle med demenssykdom. Helsepersonelloven (Lov om helsepersonell, 1999, §4) setter krav til helsepersonellens yrkesutøvelse og forsvarlighet. Loven utdyper at sykepleier skal innhente og samarbeid med annet kvalifisert personell dersom brukerens behov tilsier det. Dessuten utgjør etableringen av ernæringsteam minstestandarden når det gjelder forebygging av underernæring (Brodtkorb, 2020, s. 314). Det er fordelaktig for samarbeidet at de involverte er ansatte i hjemmesykepleien, men dette er ingen nødvendighet. Sykepleier må diskutere vekttap og KMI med brukerens fastlege før andre profesjoner introduseres. Legen har hovedansvaret for utredningen av de medisinske årsakene og konsekvensene ved ernæringssvikt (Brodtkorb, 2020, s. 313).

Det tverrfaglige samarbeidet kan inkludere ernæringsfysiolog, logoped, tannlege, ergoterapeut og fysioterapeut. Gjennom god dialog arbeider faggruppene parallelt mot brukerens mål (Birkeland & Flovik, 2020, s. 149). Retten på en individuell utarbeidet plan utdypes gjennom pasient- og brukerrettighetsloven (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §2-5). Dette

innebærer at bruker, pårørende og aktuelle fagpersoner møtes for å diskutere brukerens behov og ernæringsproblem. I fellesskap skal faggruppene komme frem til hvordan de ulike bidragene kan være fordelaktig slik at ressursene utnyttes best mulig (Tveiten, 2020, s. 77). Sykepleier har en avgjørende rolle i forsikringen av et godt tverrfaglig samarbeid og blir på mange måter lederen for ernæringsarbeidet. Lederrollen inkluderer koordinering av de ulike faggruppene, og dette vil forsikre oppfølgingen av brukeren (Brodtkorb, 2020, s. 315).

2.8 Etikk

For å sikre høy etisk standard blant sykepleiere har Norsk Sykepleierforbund utformet yrkesetiske retningslinjer (Sneltvedt, 2016, s. 98). Disse trekker frem sykepleierens faglige, etiske og personlige ansvar for egne handlinger og vurderinger. Dette innebærer at sykepleier skal kjenne lovverket som styrer tjenesten. Dessuten skal sykepleier holde seg oppdatert på fagkunnskap ved å implementere utvikling, forskning og ny kunnskap i egen yrkesutøvelse (Sneltvedt, 2016, s. 104). Sykepleier skal til enhver tid utøve helsefremmende praksis som forebygger sykdom og hindrer lidelse. Videre sier de yrkesetiske retningslinjene at sykepleier skal ivareta pasientens behov og gi helhetlig omsorg. Yrkesutøvelsen skal respektere brukerens integritet og aldri utnytte sårbarhet. Sykepleier plikter å gi tilstrekkelig og tilpasset informasjon, slik at brukeren kan ta selvstendige avgjørelser (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

2.8.1 Etiske utfordringer i hjemmesykepleien

Kommunen skal tilby nødvendig helse- og omsorgstjenester til alle i kommunen (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 3-1), og for mange innebærer dette helsetjenester i hjemmet. Hjemmesykepleie kan benyttes når sykdom, alderdom, svekket helse eller livssituasjon gir behov for bistand, enten i korte eller lengre perioder (Flovik, 2020, s. 50). Mange brukere av hjemmebaserte tjenester kan føle at hjemmet ikke lengre er et privat sted med full autonomi. Skillet mellom privat og offentlig sfære kan oppleves å bli visket bort (Gjevjon, 2016, s. 212-213). Det er av den grunn ekstra viktig at sykepleier vektlegger etikk i faglige vurderinger (Fjørtoft, 2016, s. 135). Andre etiske utfordringer i hjemmesykepleien er disponering av tid. Tiden må disponeres ut ifra hvilke grunnleggende behov som burde ivaretas og prioriteres (Tønnessen, 2017, s. 191). Ansatte i hjemmesykepleien har gjerne lite avsatt tid til hver enkelt bruker. Dersom sykepleier bruker lengre tid enn avsatt hos en bruker, vil dette gå utover de resterende. Sykepleier vurderer nødvendigheten av å dekke brukerens behov, sett opp mot ulempen det kan medføre for andre brukere (Tønnessen, 2017, s. 189 & 199).

3 Metode

I dette kapittelet vil vi gjøre rede for hvilken metode som er anvendt for å innhente relevant kunnskap for å svare på problemstillingen. Metode er en fremgangsmåte som innhenter data i besvarelse av oppgaven. Vi skal også redegjøre for valgene vi har tatt underveis (Thidemann, 2020, s. 74).

3.1 Metodebeskrivelse og litteratursøk

For å besvare problemstillingen har vi gjennomført en litterær oppgave. Ifølge Dalland (2020, s. 199) kjennetegnes dette ved at man henter data fra allerede eksisterende fagkunnskap, forskning og teori.

Vi har valgt å gjøre en parallell undersøkelse ved å inkludere både kvalitativ- og kvantitativ metode. Kvantitative studier presenterer nøyaktig faktakunnskap basert på harde og objektive data gjennom tall, noe som gir mulighet for eksakte regneoperasjoner som kan anvendes i statistiske beregninger (Thidemann, 2020, s. 75-76). Kvalitative studier kan nyansere resultatene ved å innhente data om deltakernes egenskaper. Meningssammenhenger dannes ved å få kjennskap til individenes meninger, opplevelser, tanker, motiver og holdninger. De kvalitative studiene kan utdype eventuelle uklarheter og uforutsette resultater ved de kvantitative studiene (Thidemann, 2020, s. 76-77). Den parallelle undersøkelsen er gjort med formål om å besvare problemstillingen basert på best mulig faglig grunnlag. Parallell undersøkelse gir grunnlag for et mer variert og allsidig datamateriale (Thidemann, 2020, s. 77). I vår litterære oppgave har vi inkludert fire forskningsartikler, pensumlitteratur og relevant selvvalgt litteratur.

3.1.1 Valg av databaser og søkeord

I søket etter forskningslitteratur har vi anvendt PubMed og Sykepleie Forskning, ettersom dette er databaser vi har god erfaring med. Anvendte søkeord i PubMed var; malnutrition home elderly dementia. I Sykepleie Forskning anvendte vi søkeordene; underernæring demens.

3.1.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Vi valgte å kun inkludere artikler skrevet på norsk og engelsk. Deretter avgrenset vi søket til artikler nyere enn 10 år, slik at oppdatert forskning fremkom. I tillegg virket det relevant å kun inkludere forskning nyere enn 2012, ettersom det var dette året samhandlingsreformen

trådte i kraft. Videre valgte vi å ekskludere artikler som inkluderte underernæring hos personer med demenssykdom i andre institusjoner (Tabell 1).

Tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Kriterier	Inkludert	Ekskludert
Artikkeltype	Forskningsartikler	Fagartikler eller andre typer artikler som ikke er forskningsartikler
Publiseringstidspunkt	Etter år 2012	Før 2012
Fagområde	Hjemmesykepleie	Sykehjem, sykehus, bolig og andre institusjoner
Fagfellevurdering	Fagfellevurderte artikler	Fagartikler eller artikler som ikke er fagfellevurdert
Språk	Engelsk og norsk	Artikler på øvrige språk

3.1.3 Søkestrategi

Søket i Pubmed ga 184 treff, hvorav vi leste alle overskriftene. Ut ifra dette vurderte vi 173 som ikke relevante til problemstillingen. De resterende 11 abstraktene ble lest i fulltekst, og videre ble tre artikler inkludert. Søket i Sykepleien forskning ga 16 treff, hvorav fem virket relevante. Deretter ble de fem sammendragene lest, men kun én artikkel ble inkludert. Som vedlegg ligger en avklaring på våre søk og funn av artiklene vi har benyttet oss av (Tabell 2).

Tabell 2: Litteratursøk

Søke-dato	Søk nr.	Data-base	Søkeord/ordkombinasjoner	Antall treff	Leste sammen-drag	Leste artikler	Artikler inkludert	Valgte artikler
29.11.21	1	PubMed	Malnutrition home elderly dementia	184	11	5	3	Mole, L., Kent, B., Hickson, M. & Abbott, R. (2018). Mole, L., Kent, B., Hickson, M. & Abbott, R. (2021). Mole, L., Kent, B., Abbott, R., Wood, C. & Hickson, M. (2019).
08.12.21	2	Sykepleien forskning	Underernæring demens	16	5	3	1	Rognstad, M-K., Brekke, I., Holm, E., Lindberg. & Lühr, N. (2013)

3.2 Øvrig inkludert litteratur

Store deler av faglitteraturen vi har anvendt er hentet fra pensumlisten til bachelorstudiet i sykepleie ved LDH (Lovisenberg Diakonale Høgskole), ettersom vi anser denne litteraturen som oppdaterte og kvalitetssikrede data. I tillegg har vi valgt å bruke annen selvvalgt faglitteratur som virker særlig relevant. Faglitteratur som *Hjemmesykepleie* av Fjørtoft (2016) benyttes kontinuerlig gjennom bacheloroppgaven. Boken beskriver hjemmesykepleie i sin helhet og vurderes som høyest relevant. Fjørtoft (2016) tematiserer eksempelvis hvordan det er å arbeide i andres hjem, hvilke brukere sykepleier kan møte, og hvordan observere og vurdere behovene i hjemmesykepleien. Videre har vi valgt å benytte rapporter, lovverk og forskrifter som er hentet fra Helsedirektoratet og lovdata sine nettsider. Helsedirektoratets “Kosthåndboken – Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten” er også hyppig anvendt for å innhente data. Denne veilederen beskriver kartlegging og oppfølging av ernæringsstatus, noe som er høyest relevant i besvarelsen.

3.3 Kildekritikk og kvalitetsvurdering

For å besvare problemstillingen anvendte vi fire artikler som ble ansett å være nyttige og relevante. Fokuset har vært å finne nyere forskning med gyldighet og troverdighet. Vi har dermed valgt å anvende IMRAD-strukturen under vurderingen av artiklene. IMRAD står for introduksjon, metode, resultater og diskusjon. Denne modellen blir gjerne brukt for å strukturere forskningsartikler, samt gi tilstrekkelig informasjon om artikkelen er relevant og nyttig (Thidemann, 2020, s. 30). Vi har også analysert hver enkelt artikkel ved hjelp av en sjekkliste med overordnede spørsmål fra helsebiblioteket og CASP-sjekkliste. Sjekklisten har vært nyttig i vurderingen av om artiklenes innhold er troverdige og om de er nyttige.

Tre av de fire artiklene er fra England. Den ene er en oversiktsstudie som gir en systematisk oversikt over aktuelle funn i ulike kvalitative og kvantitative studier gjort vedrørende ernæringsarbeidet. De to andre inkluderte artiklene belyser en helsepersonnellets perspektiv og den andre pårørendes perspektiv. Begge er kvalitative studier med henholdsvis syv og åtte deltakere. Deltakerne i artikkelen med pårørendes perspektiv varierer både i kjønn og relasjon til brukeren, imidlertid har artikkelen med helsepersonnellets perspektiv kun inkludert én mann. I denne studien varierte både yrkesgruppene og antall år i yrket. Den fjerde artikkelen vi har anvendt omhandler antall eldre med ernæringsmessig risiko fra fire bydeler i Oslo. Denne inkluderte 282 deltakere, hvorav 80 menn.

Det kan anses som en svakhet at vi har valgt forskning fra ulike land, ettersom studiene ikke er gjennomført i samme helsevesen. Dette kan innebære at sykepleierne arbeider innenfor ulike rammer og med ulike ressurser. Likevel ser vi på England som et sammenlignbart land, både med tanke på samfunn og helse. Til tross for dette er vi bevisst at det kan foreligge sosiale, økonomiske og kulturelle forskjeller som kan utgjøre betydning for resultatene. Alle artiklene vi har anvendt er fra 2013 eller nyere tid. Dette anser vi at styrker gyldigheten ettersom materialet er oppdatert. Likevel er det andre faktorer som kan ses som svakheter eller av betydning for resultatene, eksempelvis antall deltakere i de kvalitative studiene fra England. Begge gir utdypende informasjonen, imidlertid kan vi ikke si at resultatene er direkte overførbare på grunn artiklenes opprinnelse. Tross dette, valgte vi å inkludere artiklene da resultatene virket av betydning også for det norske helsevesenet.

Resultatene som fremkom utdyper hvordan ernæringsarbeidet fungerer i praksis, noe som var aktuelt i vår besvarelse. Det ville vært hensiktsmessig å anvende minst én artikkel som belyste brukerens perspektiv, imidlertid ble søket mangelfullt. Vi var på forhånd klar over at dette kunne bli utfordrende, ettersom demenssykdommens symptombyrde kan være til hindring for validert forskningsgrunnlag. Oversiktsartikkelen vi har funnet understøtter at det er hull i forskningen på området. Det er også nevneverdig at tre av artiklene er skrevet på engelsk og at dette kan være en svakhet, ettersom iboende språkkunnskaper gir rom for feiltolkning.

4 Resultater

I dette kapittelet legger vi frem resultatene fra studiene vi har anvendt. Hovedfunnene vil bli presentert i en sammenfatning, deretter presenteres studiene i en artikkelmatrise.

Artikkelmatrisen vil også presentere studienes hensikt, metode og funn.

Hovedfunnene viser at halvparten av brukerne med demenssykdom og kognitiv svikt allerede er underernærte eller utgjør ernæringsmessig risiko. I studiene fremkommer det at brukerne hadde økt risiko for underernæring dersom andre tok seg av matinnkjøp. I tillegg viser funnene at det utgjør økt ernæringsmessig risiko dersom brukeren er enslig og/eller kvinne. Videre synliggjør funnene mangelfull opplæring og utilstrekkelig kunnskap blant helsepersonell vedrørende identifisering og kartlegging av ernæringsstatus. Tidsnød og mangel på rutiner i hjemmesykepleien er også medvirkende faktorer som blir presentert. Dessuten fremkommer det at pårørende føler forpliktelse til å yte ernæringsmessige omsorg, og at dette er belastende. Studiene synliggjør en rekke usikkerhetsmomenter, eksempelvis gir helsepersonellet uttrykk for utilstrekkelig kompetanse til å veilede pårørende. Funnene understreker at ernæringsstøtte til hjemmeboende med demenssykdom burde være en integrert del av primærhelsetjenesten, ettersom konsekvensene av underernæring er store både for individet og omsorgspersonene.

Tabell 3: Artikkelmatrise

Nr.	Forfatter/årstall	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 forskning	Studiens hensikt er å kartlegge ernæringsstatusen til eldre med kognitiv svikt eller demens som mottok bistand fra hjemmebaserte tjenester i fire bydeler i Oslo.	Kvantitativ studie. I fire bydeler i Oslo ble det gjennomført en tverrsnittstudie, der Mini Nutritional Assessment (MNA) ble anvendt for å samle data.	Funnene i denne studien viser stor utbredelse av underernærings blant pasienter med kognitiv svikt eller demenssykdom. Halvparten av deltakerne var, eller stod i fare for å bli, underernærte. Studien anvendte MNA-skjema. Studien viser også at risikoen for underernæring var økt dersom brukeren av hjemmetjenesten bodde alene, var kvinne eller måtte ha bistand til matinnkjøp. Studien viser også at 91% av deltakerne ikke hadde fysiske problemer med matinntaket, og at sjansen underernæring var 86% mindre for disse. Det kom frem at det er avgjørende at både helsepersonell og pårørende identifiserer risikofaktorene ved underernæring for å iverksette ernæringsarbeidet ved et tidlig stadium.
2.	Mole, L., Kent, B., Hickson, M.	It's what you do that makes a difference? An	BMC Geriatrics	Hensikten med studien var å utforske	Kvalitativ studie	Helsepersonell og ansatte i hjemmesykepleien trenger ytterligere opplæring som gjør de bedre rustet til å gi adekvat ernæringsomsorg til

	& Abbott, R. (2018).	interpretative phenomenological analysis of health care professionals and home care workers experiences of nutritional care for people living with dementia at home		helsepersonellets og ansatte i hjemmesykepleien sine erfaringer og oppfatninger av ernæringsarbeidet som gjøres hos hjemmeboende personer med demens.		hjemmeboende personer med demens. Hvordan identifisering av ernæringsmessig risiko, samt hvordan involvere pårørende til å ta helsefremmende valg av mat, blir trukket frem. Det fremkommer også i studien at det var utfordrende for helsepersonellet å gi adekvat ernæringsomsorg grunnet tidsnød. Kartleggingsarbeidet må være individtilpasset for å muliggjøre en mer fleksibel tilnærming til ernæringstilstanden.
3.	Mole, L., Kent, B., Hickson, M. & Abbott, R. (2021).	Family carers' experiences of nutritional care for people living with dementia at home: An interpretative phenomenological analysis.	Dementia (London)	Hensikten med studien var å utforske familiemedlemmer sine erfaringer, oppfatninger og perspektiver på ernæringsomsorger de ga sine hjemmeboende kjære med demens.	Kvalitativ studie	Familiemedlemmene følte seg forpliktet til å ta ansvar for den ernæringsmessige omsorgen for personen med demenssykdom. Med dette fulgte en rekke usikkerhetsmomenter, eksempelvis blir å velge «rett mat» trukket frem. Brukernes endring i appetitt, matpreferanser og matvaner assosiert med demensdiagnose, kunne føre til forstyrrelser som påvirket både brukerens og familiemedlemmets helhetlige helsetilstand.
4.	Mole, L., Kent, B., Abbott, R., Wood, C. & Hickson, M. (2019).	The nutritional care of people living with dementia at home: A scoping review.	Health & Social Care in the Community	Hensikten med studien var å utforske hva som er for øyeblikket kjent vedrørende ernæringstilstanden til hjemmeboende personer med demens, samt identifisere eventuelle hull i forskningen angående den ernæringsmessige omsorgen de mottar.	Systematisk oversiktsartikkel («scoping review»)	Ernæringsstøtte til hjemmeboende personer med demens burde være en integrert del av primærhelsetjenesten, ettersom de ernæringsmessige konsekvensene kan gi en ugunstig effekt for individet, omsorgspersonene og tjenesten. Få intervensjoner er utprøvd, til tross for at flere av de inkluderte studiene fremhever økt risiko for underernæring hos hjemmeboende personer med demens. Fremtidige studier burde fokusere på en mer helhetlig tilnærming til ernæringsomsorgen, fremfor kun å fokusere på behandling vedrørende demensdiagnosen.

5 Drøfting

I dette kapittelet skal følgende problemstilling drøftes: *“Hvilke faktorer bør foreligge for å forebygge underernæring hos gamle hjemmeboende med demenssykdom?”*. For å besvare problemstillingen diskuteres funn i forskning sett i lys av aktuell teori, etikk og lovverk.

5.1 Kartlegge og vurdere ernæringsstatus

Oversiktsstudien til Mole et al (2019) underbygger viktigheten av å identifisere ernæringsmessig risiko så tidlig som mulig. I tillegg trekker studien frem at kontinuerlig observasjon av ernæringsstatus er avgjørende. Imidlertid har demenssykdom en rekke symptomer som kan overskygge ernæringsmessig risiko og underernæring, dermed kan ernæringsarbeidet bli utfordrende. For det første kan brukere med demenssykdom ha vanskeligheter med å uttrykke egne behov, glemme og enkelt la seg distrahere (Helsedirektoratet, 2016, s. 200-201). For det andre fremkommer det i studien til Mole et al (2018) at helsepersonellet ikke opplevde å ha nok kunnskap om ernæringscreening og eventuelle endringer i næringsinntak som kan medføre underernæring hos brukergruppen. Dessuten understøtter faglitteraturen at det finnes svikt i ernæringsarbeidet, henholdsvis i rutine for vurdering av ernæringsstatus (Birkeland & Flovik, 2020, s. 141). Tross dette, fremkommer det i studien til Mole et al (2021) at pårørende opplever helsepersonellet som best egnede kandidater til å forsikre ernæringsomsorgen. Med hensyn til dette, vil det være en avgjørende faktor at sykepleier opparbeider seg kunnskap om aktuelle screeningsverktøy for å kartlegge og vurdere ernæringsstatus.

I studien til Rognstad et al (2013) ble det anvendt MNA-skjema i kartleggingen av ernæringsstatus, ettersom verktøyet ble ansett å være mest valid og velkjent. I tillegg viser faglitteraturen at MNA er det mest brukte verktøyet i hjemmesykepleien til mennesker over 65 år (Birkeland & Flovik, 2020, s. 140). Likevel understreker studien til Mole et al (2019) nødvendigheten av å utarbeide et mer nøyaktig screeningsverktøy i ernæringskartleggingen av personer med demenssykdom. For øvrig trekker samme studie frem MNA-skjema som det mest egnede screeningsverktøyet av de eksisterende, men at verktøyet imidlertid ikke er tilstrekkelig. For det første kan det allerede være problematisk for hjemmesykepleien å gjennomføre MNA-screening rutinemessig. Studien til Mole et al (2019) beskriver en hverdag preget av tidsnød og ressursmangel, noe som gir helsepersonellet utfordringer med å yte adekvat ernæringsomsorg. For det andre vil brukere med demenssykdom ha behov for mer tid enn kognitivt friske brukere (Sortland, 2016, s. 186). Med andre ord vil gjennomgangen av

MNA-skjemaet ta lengre tid med denne brukergruppen enn andre. Dette blir paradoksalt, ettersom brukere med demenssykdom har svært stor risiko for å bli underernært og dermed har stort behov for ernæringskartleggingen. Henholdsvis fremkommer det i studien til Rognstad et al (2013) at halvparten av deltakerne allerede var eller stod i fare for å bli underernært.

5.2 Autonomi og selvstendighet

I studien til Rognstad et al (2013) fremkommer det at brukerne som aktivt tar del i ernæringsarbeidet, eksempelvis ved å selv handle, har mindre risiko for underernæring. Tross dette, er det viktig at sykepleier er klar over at dette ikke nødvendigvis er tilfellet hos alle. Brukerens selvstendighet og evne til å bidra i ernæringsarbeidet må kartlegges og synliggjøres, ettersom graden av demenssykdom kan variere stort (Heyn, 2016, s. 394). Mestring av måltidet kan derfor bli en ikke-lineær prosess, og dermed må sykepleier kontinuerlig vurdere de foreliggende faktorene sett i lys av brukerens aktuelle ressurser og nåværende tilstand. Etterhvert som demenssykdommen progredierer vil hverdagsmestringen bli mer utfordrende for brukeren, likevel er ivaretagelse av selvstendighet og initiativ er sentrale faktorer i ernæringsarbeidet (Sortland, 2016, s. 190). Uten kjennskap til brukerens ønsker og rutiner, vil fundamentet for etablering av god ernæringspraksis forsvinne (Birkeland & Flovik, 2020, s. 141).

Det er viktig at ernæringsarbeidet tar utgangspunkt i brukerens ressurser, ønsker og behov. Dette er sentrale faktorer som burde foreligge. God sykepleie innebærer å ha respekt for individets autonomi (Ehnfors et al., 2015, s. 15). Imidlertid kan dette være vanskelig i møte med gamle hjemmeboende med demenssykdom, noe som krever ytterligere anstrengelse fra sykepleier. Brukergruppen har utfordringer med å uttrykke egne behov og har svekket evne til å utføre praktiske handlinger. Dette kan resultere i mangelfull kunnskap om brukerens preferanser og ressurser (Helsedirektoratet, 2016, s. 200-201). Grunnlaget for de aktuelle faktorene sykepleier vurderer må ta utgangspunkt i brukerens gjeldende ernæringsstatus ved bruk av objektive data. Likevel vil ikke ernæringsarbeidet være vellykket med mindre sykepleier vektlegger at helseprosjektet er brukerens eget og at vedkommende selv utfører aktivitetene tilknyttet ernæring (Eide & Eide, 2017, s. 30). Eksempelvis må sykepleier inkludere brukeren i valg av matvarer slik at måltidene ikke føles påtvunget, men heller blir en positiv opplevelse.

Forskningsartiklene til Mole et al (2018), Mole et al (2019), Mole et al (2021) og Rognstad et al (2013) beskriver i liten grad brukerens perspektiv. Artiklene gir i all hovedsak innblikk i helsepersonellens og pårørendes perspektiv på hjemmesykepleiens ernæringsarbeid. Brukerens perspektiv er ingen, eller i liten grad, forsket på. Med andre ord kan vi si at brukerens autonomi på et vis er tilsidesatt. Dessuten underbygger studien til Mole et al (2018) viktigheten av at en mer helhetlig tilnærming i ernæringsarbeidet vektlegges ytterligere, slik at det kan forekomme vellykkede resultater. Imidlertid er det viktig at sykepleier har et visst fokus på demensdiagnosen, men da først og fremst for å identifisere sykdommens symptomer og ernæringsmessige utfordringer. Tvert imot må disse ses på som svakheter hos individet, ettersom et gammelt menneske ikke er identisk med sin sykdom eller alderdomssvekkelse (Eide & Eide, 2017, s. 310). Likevel fremkommer det i studien til Mole et al (2021) at demensdiagnosen førte med seg en rekke kontinuerlige endringer i brukerens appetitt, preferanser og matvaner. Sett under ett er det en avgjørende faktor at sykepleier inntar en fleksibel tilnærming i ernæringsarbeidet.

På en side kan det være enklere for enkelte brukere med demenssykdom å forholde seg til en konkret oppfordring eller «kommando» fra sykepleier, ettersom brukergruppen kan være lette å distrahere (Helsedirektoratet, 2016, s. 201). I tillegg vil det spare hjemmesykepleien for både tid og ressurser å tilrettelegge etter hva sykepleier opplever som hensiktsmessig ut fra egne erfaringer og fagkunnskaper. På en annen side kan dette resultere i en form rutinepreget helsehjelp der brukeren opplever mangel på medvirkning og respekt. Spesifikt hva som kan være helsefremmende ernæringspraksis for gamle med demenssykdom fremkommer ikke i aktuelle studier. Likevel understreker studien til Rognstad et al (2013) viktigheten av at hjemmesykepleien igangsetter ernæringsarbeidet tidlig. Selv om brukere med demenssykdom i enkelte situasjoner kan avvise hjemmesykepleiens ernæringsomsorg, er det en vesentlig faktor at sykepleier er kjent med sine yrkesetiske retningslinjer (NSF, 2019) om å fremme helse og forebygge helseproblemer når underernæring eller ernæringsmessig risiko er et faktum.

5.3 Kompetanse og tid

Det er kjent at ressursmangel og tidspress preger hjemmesykepleien i stor grad. Både i studien til Mole et al (2018) og Mole et al (2021) understrekes økt kompetanse og tid som viktige faktorer for adekvat ernæringsomsorg. I tillegg finnes det en klar sammenheng mellom mangelen på dette og sykepleierens følelse av å være utilstrekkelig (Fjortoft, 2016, s. 153).

Vellykket ernæringsarbeid krever ytterligere innsats av helse- og omsorgssektoren gjennom kompetanseheving og mer avsatt tid. Dette er faktorer som bør foreligge for at underernæring hos brukergruppen forebygges, henholdsvis gjennom tidlig identifisering av risikofaktorer og intervensjon. Imidlertid fremkommer det i studien til Mole et al (2019) at de ansatte i hjemmesykepleien opplever å ikke ha tilstrekkelig kompetanse til å utføre kartleggingsarbeidet som er avgjørende i vedlikeholdelsen av god ernæringspraksis. Funn i studien inkluderer mangelfull kjennskap til ernæringsmessige risikoer, helsefremmende valg av matvarer og hensiktsmessig samarbeid med pårørende, samt å stadig være utsatt for tidspress. I studien til Mole et al (2018) er også helsepersonellens tidsbegrensninger gjennomgående.

Mangelen på tid i hjemmesykepleien er noe som også direkte vil påvirke brukeren. Stress kan skape uro og distraksjon for brukergruppen, samt at stress hemmer fordøyelsessystemet og appetitt (Sortland, 2016, s.186). Screeningsskjemaer, utforsking av spisevaner og matpreferanser, praktisk oppfølging, veiledning av pårørende og tilretteleggelse av måltider krever tid. Det fremkommer i studien til Mole et al (2018) at ledelsen tok beslutninger vedrørende omsorgstilbudet basert på målbare resultater ved en tidsbasert modell. Dette, sett i lys av helse- og omsorgstjenesteloven (Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, 2011) som skal sikre kvalitet i tjenestetilbudet og tilrettelegge for mestring av sykdom, kan forøvrig vise til en kontrast mellom hva staten mener burde skje i praksis og hvilke rammer hjemmesykepleien i realiteten arbeider innenfor. I tillegg underbygger oversiktsstudien til Mole et al (2019) at ernæringsomsorg må være en sentral og integrert del av primærhelsetjenesten, spesielt når det kommer til hjemmeboende brukere med demenssykdom.

Videre utdyper studien til Mole et al (2019) at de ernæringsmessige konsekvensene i sin helhet vil berøre alle involverte parter, herunder individet, pårørende og hjemmesykepleien. Studien til Rognstad et al (2013) trekker frem pårørende som en viktig faktor og ressurs for å tidlig identifisere ernæringsmessig risiko. Videre utdyper studien at omsorgspersonene må få adekvat kompetanse om risikofaktorer ved underernæring slik at den eventuelle negative utviklingen blir synliggjort. Dessuten vil inkludering av pårørende være en betydningsfull faktor, og samarbeidet kan være helsefremmende (Brodtkorb, 2020, s. 313). Imidlertid fremkommer det i studien til Mole et al (2021) at pårørende følte seg forpliktet, nesten tvunget, til å yte ernæringsmessig omsorg. I tillegg trekkes frem en rekke andre negative

faktorer. Eksempelvis ble relasjonen mellom bruker og omsorgsperson svekket, måltidsopplevelsen redusert og pårørendes hobbyer nedprioritert. Faglitteraturen understøtter belastningen omsorgspersonene kan oppleve, ettersom pårørende til brukere med demenssykdom har høyere forekomst av depresjon og andre stressrelaterte plager enn andre pårørende (Birkeland & Flovik, 2020, s. 83).

Med hensyn til dette, er det en avgjørende faktor at sykepleier utfører en rolleavklaring. Både bruker og pårørende bør føle seg ivaretatt og hørt i ernæringsarbeidet. Selv om forskningen viser til enkelte konsekvenser for pårørende i ytelsen av ernæringsomsorg, tyder mye på at de likevel ønsker et samarbeid med hjemmesykepleien (Birkeland & Flovik, 2020, s. 162). Dessuten viser studien til Mole et al (2019) at pårørende i stor grad anerkjenner viktigheten av tilstrekkelig ernæring. Imidlertid uttrykte deltakerne opplevelsen av mangelfull kompetanse til å gjøre helsefremmende endringer vedrørende brukerens ernæringsstatus. Helse- og omsorgstjenesteloven (Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, 2011) skal forsikre pårørendestøtte gjennom opplæring og veiledning. Det er dermed paradoksalt at studiene underbygger mangelfull ernæringskompetanse blant hjemmesykepleiens ansatte, som på mange måter skal kunne veilede pårørende. Dessuten vil helsepersonellets opplevelse av tidspress ikke gi noe bedre grunnlag for opplæring. Faglitteraturen understøtter at godt ernæringsarbeid krever tid (Birkeland & Flovik, 2020, s. 163).

5.4 Kontinuitet og dokumentasjon

Sykepleier må forsikre at ernæringsarbeidet blir en integrert del av brukerens hverdag for et vellykket resultat, og det bør dermed foreligge kontinuitet i arbeidet. Kontinuiteten omhandler i stor grad brukerinvolvering (Eide & Eide, 2017, s. 48). I studien til Mole et al (2018) ble pleieplaner trukket frem som nyttig verktøy, ettersom helsepersonellet fikk et helhetlig bilde av brukerens helsetilstand. Likevel etterlyste deltakerne at planene hadde et bredere fokus for brukere med demenssykdom. Studien til Mole et al (2019) trekker frem at demenssykdom har ulikt spekter av symptomer og ulik progresjonshastighet, og at dette dermed krever fleksibilitet og kontinuerlig overvåking av ernæringsstatus. God kontinuitet kan være vanskelig å overholde innenfor hjemmesykepleiens rammer. Tross dette vil det være mangelfullt å utføre ernæringsarbeidet uten å dokumentere virkningen. Dermed blir god dokumentasjon en vesentlig faktor, og faglitteraturen understøtter dette. Henderson beskriver at god sykepleie alltid må dokumenteres slik at andre får mulighet til å ta lærdom av kompetansen (Mathisen, 2016, s. 137-138).

I studien til Rognstad et al (2013) fremkommer det at det vil være en styrkende faktor dersom de ansatte i hjemmesykepleien har faste brukere, ettersom brukernes evner og behov var kartlagt i større grad. I tillegg ga dette helsepersonellet grunnlag for å kunne besvare eventuelle spørsmål om brukerens mat- og drikkepreferanser. Faglitteraturen understøtter viktigheten av kontinuitet i hjemmesykepleiens besøk hos brukergruppen. Tilsvarende tilretteleggelse av måltidet vil forsikre måltidsrytmen til brukere med demenssykdom (Helsedirektoratet, 2016, s. 200). Imidlertid kan dette være problematisk å overholde grunnet hjemmesykepleiens ressursmangel og tidsnød. Likevel er det viktig å etterstrebe en slik praksis, ettersom faglitteraturen beskriver mangelfull bistand som den fremste årsaken til ernæringsmessig ubalanse (Stubberud et al., 2017, s. 33-34). Selv om pårørende i studien til Mole et al (2021) ofte tok ansvaret for matvareinnkjøp, fremkommer det imidlertid i samme studie at det å engasjere brukerne ville fremme opplevelsen av kontinuitet. Dessuten ga dette ringvirkninger på brukernes velvære og livskvalitet.

Studien til Rognstad et al (2013) underbygger rutiner som en avgjørende faktor i ernæringsarbeidet. Med de oppdaterte dataene var brukerens nåværende pleiebehov og ernæringstilstand kartlagt. Hjemmesykepleien burde av den grunn kontinuerlige gjøre vurderinger av vekt, ha oversikt over innkjøp av næringsdrikker og matvarer, og jevnlig utføre ernæringscreening. I tillegg fremkommer det i studien til Mole et al (2021) at pårørende opplevde rutiner og struktur som hensiktsmessig. Henholdsvis resulterte dette i minimering av uforutsette hendelser. Imidlertid viser oversiktsstudien til Mole et al (2019) at ernæringscreening ikke utføres rutinemessig i praksis. Det fremkommer at heller andre helserelaterte faktorer blir vektlagt, og at ernæringsarbeidet dermed blir nedprioritert. Videre underbygger samme studie viktigheten av rutinemessig observasjon. Med hensyn til dette må sykepleier vektlegge dokumentasjon av observasjoner.

5.5 Handling og valg av matvarer

I studien til Rognstad et al (2013) fremkommer det at 30% av deltakerne var i stort eller fullt behov for bistand i daglige aktiviteter. Med andre ord vil en stor andel av brukergruppen ha behov for hjelp handling, valg av matvarer og matlaging. I studien til Mole et al (2018) mottok flere av brukerne måltider fra leveringstjenester, og ordningen hadde som formål om å gjøre måltidsituasjonen enklere å mestre. Tvert imot, fremkommer det i samme studie at flere av brukerne ble forvirret av leveransen. Dessuten hadde måltidene lite veiledning, noe som

resulterte i at måltidet ofte ikke ble spist. Med andre ord er ikke nødvendigvis alternativene som virker «enklest» nødvendigvis det beste for brukere med demenssykdom. Dessuten kviet pårørende i studien til Mole et al (2021) seg fra å motta og servere ferdigmat.

Omsorgspersonene påtok seg dermed både handling og matlaging, og var en enorm ressurs i ernæringsarbeidet til helsepersonellet. Faglitteraturen underbygger pårørendes sentrale rolle i ernæringsomsorgen (Helsedirektoratet, 2016, s. 201). Likevel viser studien til Rognstad et al (2013) viktigheten av brukerinvolvering i ernæringsarbeidet. Henholdsvis gjorde 16% av deltakerne matinnkjøp selv, og blant disse brukerne hadde 64% lavere odds for underernæring.

5.6 Det sosiale aspektet

I studien til Mole et al (2019) blir det sosiale aspektet ved måltidet trukket frem som en viktig faktor for å øke matinntaket til brukere med demenssykdom. Faglitteraturen understøtter at sykepleier burde vurdere om matinntaket øker i fellesskap (Jacobsen & Bye, 2016, s. 655). Imidlertid underbygger faglitteraturen viktigheten av å eliminere unødvendig støy, uro og distraksjoner (Helsedirektoratet, 2016, s. 201). Med hensyn til dette må sykepleier gjøre individuelle tilpasninger. Studien til Mole et al (2019) vektlegger fleksibilitet som en sentral faktor i ernæringsomsorgen. Av deltakerne i studien til Rognstad et al (2013), hvor halvparten utgjorde ernæringsmessige risiko eller allerede var underernært, bodde 71% alene. Dette gir grunnlag til å anta at det sosiale aspektet ved måltidsituasjonen er av vesentlig betydning for brukerens ernæringsstatus. I studien til Mole et al (2018) fremkommer det funn som gir uttrykk for at tidsnøden helsepersonell står ovenfor ikke muliggjør kontinuerlig medspising fra hjemmesykepleien i praksis. Med andre ord vil hvorvidt brukeren inntar måltidet alene eller sammen med noen, i stor grad være avhengig av brukerens sosiale nettverk og/eller bosituasjon.

Også studien til Mole et al (2019) trekker frem at tilstrekkelig ernæring ikke alene er avhengig av kunnskaper og evner, men også det emosjonelle aspektet ved måltidet. Imidlertid vekker ikke måltidsituasjonen kun positive minner og følelser for alle involverte. Henholdsvis fremkommer det i studien til Mole et al (2021) at pårørendes positive opplevelse av måltidet var redusert eller ikke-eksisterende etterhvert som brukerens demenssykdom progredierte. Videre utdypet flere av deltakerne at dette i sin helhet påvirket deres eget matinntak negativt. Tross dette, opplevde pårørende i samme studie enkelte ganger mye moro og glede rundt måltidet. I tillegg bidro dette til økt mestringfølelse og lettsindighet i en ellers utfordrende

situasjon. Studien til Mole et al (2018) trekker frem kaféer som var spesielt tilrettelagt for personer med demenssykdom som en verdifull ressurs i ernæringsomsorgen. Med disse funnene tatt i betraktning, burde sykepleier oppsøke tilbud av lignende art for brukergruppen. For øvrig fremkommer det også i samme studie at hjemmesykepleien var de best egnede for å tilrettelegge for gode måltidsituasjoner. Med hensyn til dette bør sykepleier vektlegge det sosiale aspektet ved måltidet, dersom dette viser seg å være helsefremmende for brukerens ernæringsstatus.

5.7 Tverrfaglig samarbeid

Studien til Mole et al (2018) underbygger viktigheten av at ernæringsarbeidet er et kollektivt samarbeid mellom helsepersonell uavhengig av tittel og profesjon. I tillegg er sykepleier lovpålagt gjennom Helsepersonelloven (Lov om helsepersonell, 1999, §4) å innhente annet kvalifisert personell når brukerens behov går utover sykepleiers kompetanse og forsvarlighet. Imidlertid fremkommer det i studiene til Mole et al (2021) og Mole et al (2018) at både pårørende og helsepersonell opplever utilstrekkelig opplæring og kunnskap til å forsikre god ernæringsomsorg. Faglitteraturen underbygger at sykepleier har en avgjørende lederrolle i det tverrfaglige samarbeidet (Brodtkorb, 2020, s. 315). Denne lederrollen og ansvaret som medfølger, sett i lys av de gjennomgående tidsbegrensningene i studien til Mole et al (2018), kan by på utfordringer. Likevel er det viktig at sykepleier etterstreber etablering og vedlikeholdelse av et godt tverrfaglig samarbeid, slik at faggruppens ressurser utnyttes i størst mulig grad.

Det vil også være hensiktsmessig å inkludere andre profesjoner i veiledning og opplæring av pårørende. Først og fremst med tanke på funn i studien til Mole et al (2019), som understreker omsorgspersonene som en enorm ressurs for tidlig identifisering av ernæringsmessig risiko. I tillegg er det gjennomgående i studien til Mole et al (2021) at pårørende opplever overbelastning ved å innta rollen som brukerens primære omsorgstaker. Dette, sett i lys av nødvendig pårørendestøtte gjennom helse- og omsorgstjenesteloven (Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, 2011, §3-6), viser at det vil være sentralt å inkludere andre profesjoner i ivaretagelse av pårørende. Studien til Mole et al (2018) anerkjenner helsepersonellet sin utvidede rolle. Dessuten understøttes viktigheten av en fleksibel tilnærming i studien til Mole et al (2019). Videre utdyper sistnevnte studie at demenssykdom har et svært ulikt spekter av symptomer. Med hensyn til dette, burde sykepleier være bevisst over behovet for ulike instanser til ulike tider.

6 Konklusjon

Hensikten med denne bacheloroppgaven var å undersøke hvilke faktorer som bør foreligge for å forebygge underernæring hos gamle hjemmeboende med demenssykdom. Våre funn tilsier at det finnes flere faktorer som bør være en integrert del av ernæringsarbeidet i kommunehelsetjenesten, imidlertid virker dette å være utfordrende å gjennomføre i praksis. Tidlig identifisering gjennom kartlegging og vurdering er avgjørende i forebygging av underernæring, i tillegg finnes en rekke andre faktorer som gir positiv utvikling for brukerens ernæringsstatus. Utfordringene som kan true god ernæringspraksis er hovedsakelig utilstrekkelig kompetanse, tidsbegrensninger og ressursmangel. Dette kan resultere i at det forebyggende ernæringsarbeidet og helsefremmende faktorer blir nedprioritert. Mangel på rutiner og kjennskap til ernæringsmessige risikofaktorer vil begrense ernæringsarbeidet.

Funnene våre viser at pårørende kan være en enorm ressurs for sykepleier, likevel er det viktig at sykepleier er bevisst de belastningene som kan medfølge for omsorgspersoner av en med demenssykdom. Sykepleier må ivareta brukermedvirkningen til enhver tid, uavhengig av demenssykdommens progresjon. Funnene våre tilsier at inkludering av brukeren gjennom eksempelvis handling og matvarevalg reduserer ernæringsmessig risiko. Videre viser funnene at kontinuitet og dokumentasjon er avgjørende i sykepleiers forebyggende arbeid. Dette vil synliggjøre eventuelle utfordringer, samt at brukerens behov vil kunne følges over tid. Andre viktige faktorer for å forebygge underernæring inkluderer tverrfaglig samarbeid, ettersom arbeid på tvers av profesjoner vil forbedre ernæringsomsorgen i sin helhet. Avslutningsvis er det viktig at sykepleier er bevisst det emosjonelle og sosiale aspektet rundt måltidet, slik at brukeren integritet og autonomi alltid står i sentrum.

6.1 Forslag til videre forskning

Under arbeidet med denne bacheloroppgaven fant vi studier som viser utbredelsen av underernæring blant hjemmeboende med demenssykdom. Forskningen vektlegger helsepersonell- og pårørendes perspektiv på ernæringsarbeidet, imidlertid var det få studier som baserte seg på brukerens perspektiv. Dette presiserer behovet for ytterligere forskning på brukerens opplevelse av ernæringsarbeidet.

7 Referanseliste

- Befring, A. K. (2019). *Helsepolitikk og ledelse: Styringsystemer for staten, velferdsstaten og helsetjenesten*. Cappelen Damm Akademiske.
- Birkeland, A. & Flovik, A. M. (2020). *Sykepleie i hjemmet* (3. Utg). Cappelen Damm Akademisk.
- Brodtkorb, K. (2020) Ernæring, mat og drikke. I Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. Utg, s. 301-316). Gyldendal Norsk Forlag.
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal.
- Ehnfors, M., Ehrenberg, A. & Thorell-Ekstrand, I. (2015). *Nye VIPS-boken: Velvære, integritet, profylakse, sikkerhet*. Cappelen Damm Akademisk.
- Eide, H & Eide, T. (2018). *Kommunikasjon i relasjoner – personorientering, samhandling, etikk* (3. Utg.). Gyldendal Akademisk.
- Fjørtoft, A-K. (2016) *Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordring og muligheter* (3. Utg.). Fagbokforlaget.
- 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
- Helsedirektoratet (2009). *Nasjonale retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*. Oslo: Helsedirektoratet.
https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/underernaering/Forebygging%20og%20behandling%20av%20underernæring%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf/_attachment/inline/a69263ff-b40e-4d23-a7c6-67acce28a88e:48ba11770eaa7f7a1d18145aa0e1f30086ca5dcd/Forebygging%20og%20

[0behandling%20av%20underernæring%20–
%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf](#)

Helsedirektoratet (2016). *Kosthåndboken: Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet.

https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kosthandboken/Kosthåndboken%20–%20Veileder%20i%20ernæringsarbeid%20i%20helse-%20og%20omsorgstjenesten.pdf/_/attachment/inline/afa62b36-b684-43a8-8c80-c534466da4a7:52844b0c770996b97f2bf3a3946ac3a10166ec28/Kosthåndboken%20–%20Veileder%20i%20ernæringsarbeid%20i%20helse-%20og%20omsorgstjenesten.pdf

Helsedirektoratet (2017). *Sykdomsrelatert underernæring. utfordringer, muligheter og anbefalinger*. Oslo: Helsedirektoratet.

https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/sykdomsrelatert-underernaering/Sykdomsrelatert%20underernæring.pdf/_/attachment/inline/f9c7442d-2c5c-46b1-9a81-70b487278d5b:d679eaf00223e27618b8ac4ab62f9f1fed2875f/Sykdomsrelatert%20underernæring.pdf

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

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

Heyn, L. (2016). Kommunikasjon - menneskets grunnleggende behov for å forstå og bli forstått. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., s. 363-398). Cappelen Damm Akademisk.

Jacobsen, E. L. & Bye, A. (2016). Ernæring. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., s. 619-673). Cappelen Damm Akademisk.

- Kirkevold, E. & Hveem, P. (2020, 02. Desember). *Betydelig flere med demens i Norge enn tidligere antatt*. Aldring og helse. <https://www.aldringoghelse.no/betydelig-flere-med-demens-i-norge-enn-tidligere-antatt/>
- Mathisen, J. (2016). Hva er sykepleie? I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., s. 119-141). Cappelen Damm Akademisk.
- Mensen, L. (2020) Biologisk aldring. I Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. Utg, s. 29-34). Gyldendal Norsk Forlag.
- Mole, L., Kent, B., Abbott, R., Wood, C. & Hickson, M. (2018). The nutritional care of people living with dementia at home: A scoping review. *Health & Social Care in the Community*, 26 (4), 486-496. <https://doi.org/10.1111/hsc.12540>
- 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 (250), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1270-4>
- Mole, L., Kent, B., Hickson, M. & Abbott, R. (2021). Family carers' experiences of nutritional care for people living with dementia at home: An interpretative phenomenological analysis. *Dementia (London)*, 20 (1), 231-246. <https://doi.org/10.1177/1471301219872032>
- Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- 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>
- Rognstad, M-K., Brekke, I., Holm, E., Lindberg, C. & Lühr, N. (2013). Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens. *Sykepleien*, 8 (4), 298-307, <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2013.0137>

- Skovdahl, K. (2020) Kognitiv svikt og demens. I Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. Utg, s. 416-441). Gyldendal Norsk Forlag.
- Sneltvedt, T. (2016) Yrketsetiske retninglinjer for sykepleiere. I Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4. Utg, s. 97-109). Gyldendal Akademisk
- Sortland, K. (2016). *Ernæring - mer enn mat og drikke* (5. Utg). Fagbokforlaget.
- Strand, G. V. (2020) Munnhelse. I Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. Utg, s. 317-325). Gyldendal Norsk Forlag.
- Stubberud, D.-G., Kondrup, J. & Almås, H. (2017). Ernæring ved sykdom. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5. utg, s. 17-50). Gyldendal Akademisk.
- Thidemann, I.-J., *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter - Den lille motivasjonsboken i akademisk skriving* (2. Utg.). Universitetsforlaget.
- Tønnessen, S. (2018) Prioriteringer i sykepleie. Brinchmann, B. S. (red.). I *Etikk i sykepleien* (4. Utg. s.187 – 221). Gyldendal akademisk
- Vollrath, M. E. M. T, (2014). Demens. I: *Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge*. Oslo: Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>
- Øverby, N. C., Klungland, M. & Høigaard, R. (2018). Hva er folkehelse og folkehelsearbeid?. I N. C. Øverby, M. K. Torstveit & R. Høigaard (Red.), *Folkehelsearbeid* (s. 11-22). Høyskoleforlaget.