



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Underernæring hos hjemmeboende med demens

Malnutrition among home residents with dementia

Kandidatnummer: 111

Bachelor i sykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Innleveringsdato: 10.05.2024

Antall ord: 7988

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Sammendrag

Tittel: Underernæring hos hjemmeboende med demens.

Bakgrunn: Det forventes at antallet personer med demens vil øke betraktelig i årene som kommer, som følge av at befolkning blir stadig eldre. Ernæringsproblematikk er utbredt blant denne pasientgruppen, og årsakene kan være mange og komplekse. Flertallet av de som har en demensdiagnose bor hjemme og mottar hjelp fra kommunale helse- og omsorgstjenester.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleiere forebygge underernæring hos hjemmeboende personer med demens?

Hensikt: Målet med oppgaven er å belyse hvordan sykepleier kan bidra til å forebygge underernæring blant hjemmeboende personer med demens.

Metode: I denne bacheloroppgaven er det benyttet litteraturstudie som metode. Besvarelsen av problemstillingen er basert på fem forskningsartikler, faglitteratur, lovverk, offentlige dokumenter, samt noen eksempler fra egen erfaring.

Funn: Forskningen viser mangel på rutiner og tilstrekkelig kunnskap i hjemmesykepleien når det gjelder kartlegging og vurdering av pasientens ernæringsstatus. Resultatene fra studiene påpeker at tid og ressurser kan være begrensende faktorer i arbeidet med ernæringsoppfølgingen. Studiene fremhever også viktigheten av individuell ernæringsomsorg, der pasienten får ivarett sine ressurser og preferanser i størst mulig grad.

Konklusjon: Valg av egnet kartleggingsverktøy, god ledelsesforankring og etablering av skriftlige rutiner rundt ernæringsarbeidet er en forutsetning for god ernæringspleie i hjemmesykepleien. I tillegg er det viktig at sykepleiere får økt kompetanse om underernæring og risikoen forbundet med dette hos personer med demens. Det bør også settes av tilstrekkelig med tid og ressurser til individuell tilpasning av ernæring.

Nøkkelord: Underernæring, demens, hjemmesykepleien.

Summery

Title: Malnutrition among home residents with dementia.

Background: As a result of an increasingly aging population, it is expected that the number of people with dementia will increase considerably in the coming years. Nutritional problems are widespread among this patient group, and the causes can be multiple and complex. The majority of those diagnosed with dementia live at home and receive help and support from municipal health and care services.

Issue: How can nurses prevent malnutrition among people living at home with dementia?

Purpose: The aim of the thesis is to shed light on how nurses can contribute to prevent malnutrition among people living at home with dementia.

Method: A literature study has been used as a method in this bachelor's thesis. The thesis is based on five research articles, specialist literature, legislation, public documents, as well as some examples from my own experience.

Findings: The research shows a lack of routines and sufficient knowledge regarding mapping and assessing the patient's nutritional status in home care. The results from the studies indicate that time and resources can be limiting factors in the work with nutritional follow – up. The studies also highlight the importance of individual nutritional care, where the patient's resources and preferences are taken into consideration to the greatest extent possible.

Conclusion: Selection of suitable mapping tools, good professional management and establishing written routines related to nutritional care are preconditions for good nutritional care in home care nursing. In addition, it is important that nurses get increased competence concerning malnutrition and the risks associated with this among people with dementia. Also, sufficient time and resources should be reserved for individual adaptation concerning nutrition.

Key Word: Malnutrition, dementia, home care.

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema	5
1.2 Problemstilling	6
1.3 Avgrensing	6
1.4 Begrepsavklaring	6
2.0 TEORI	8
2.1 Virginia Henderson.....	8
2.2 Sykepleieprosessen.....	8
2.3 Forebygging.....	8
2.4 Hjemmesykepleien	9
2.5 Demens.....	10
2.5.1 Demens og ernæring.....	10
2.6 Underernæring.....	11
2.7 Vurdering av ernæringsstatus	11
2.7.1 Kartleggingsverktøy	12
2.7.2 Personer som er i risiko	12
2.8 Lovverk, retningslinjer og offentlige dokumenter	13
3.0 METODE	15
3.1 Metodevalg.....	15
3.2 Søkeprosessen.....	15
3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	17
3.4 Kritisk vurdering	18
3.5 Etisk vurdering	19
4.0 RESULTAT	20
4.1 Vurdering av ernæringsstatus – et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien	20
4.2 Malnutrition among patients in nursing homes and its association with dementia	21
4.3 Staff views on how to improve mealtimes for elderly people with dementia living at home	21
4.4 Routines in the community nursing services for assessing nutritional status	22
4.5 '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.....	23
5.0 DRØFTING	24
5.1 Rutiner og kartleggingsverktøy	24
5.2 Sykepleierens fokus- og ansvarsområde.....	26
5.3 Individuell omsorg og medbestemmelsesrett.....	29
6.0 KONKLUSJON	32
Referanser.....	33
Vedlegg 1: PICO	38

Vedlegg 2: Søkeprosessen..... 38
Vedlegg 3: Litteratormatrise..... 40

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I årene som kommer vil antallet eldre i befolkningen tilta, noe som vil medføre en økning i antall personer som lever med en eller flere kroniske sykdommer. Kreft, demens og diabetes er eksempler på tilstander som vil bli mer utbredt i årene som kommer som følge av en stadig eldre befolkning (Folkehelseinstituttet, 2024).

Ifølge tall fra folkehelseinstituttet levde det i overkant av 100 000 personer med demens i Norge i 2020 (Strand, Vollrath & Skirbekk, 2021). Demens påvirker personens evne til å fungere i dagliglivet, og gir utfordringer knyttet til for eksempel planlegging og fullføring av oppgaver, tap av initiativ og hukommelsessvikt (Nasjonalt senter for aldring og helse, u.å.). Flere studier indikerer at eldre hjemmeboende er i risiko for underernæring, og personer med demens er en pasientgruppe som har stor risiko for å utvikle dette (Birkeland & Flovik, 2018, s. 135 - 136). I Meld. St. 15 (2017 - 2018, s. 17) påpekes det at det har vært økt fokus på mat og måltider blant eldre i løpet av de siste årene. Imidlertid ser det ut til å være en betydelig forskjell mellom anbefalt ernæringspraksis og den faktiske praksisen i tjenesten. I gjennomgangen til Riksrevisjonen (2018 – 2019) kom det frem behov for å styrke arbeidet rundt forebygging og behandling av underernæring (Helsedirektoratet, 2022a).

Omtrent 65% av de som har en demenssykdom bor hjemme, og dette er en pasientgruppe som krever en vesentlig innsats fra helse- og omsorgstjenesten (Birkeland & Flovik, 2018, s. 158). I 2012 trådte samhandlingsreformen i kraft, og la tydelige føringer for kommunene til å fokusere på forebygging og tidlig behandling så nær pasientens bosted som mulig (Holm & Wiik, 2020, s. 17). I løpet av de siste årene har de mest betydningsfulle endringene innen kommunale helse- og omsorgstjenester funnet sted i hjemmesykepleien. Som følge av endringer i alderssammensetningen i befolkningen vil behovet for denne type tjenester fortsette å øke i årene som kommer (Birkeland & Flovik, 2018, s. 13).

«Sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom og lidelse» (Norsk Sykepleieforbund, 2023). Det er sykepleierens ansvar å ivareta pasientens grunnleggende behov, som omfatter det som er nødvendig og viktig for noe. Ernæring er en del av det fysiske behovet og klassifiseres som ett av de fem grunnleggende behovene (Bjork, Breivne & Skaug, 2021, s. 18).

Etter ulike praksisperioder og flere års erfaring i hjemmesykepleien er ernæringsproblematikk blant personer med demens noe jeg ofte har observert og erfart. Både i spesialist- og kommunehelsetjenesten har jeg sett hvor utfordrende det kan være å gi tilstrekkelig ernæringsoppfølging til denne pasientgruppen. Jeg har personlig opplevd at kartlegging av ernæringsstatus blant personer med demens har vært utfordrende og krevende, og at resultatet kan variere betydelig.

1.2 Problemstilling

Hvordan kan sykepleiere forebygge underernæring hos hjemmeboende personer med demens?

1.3 Avgrensning

Jeg har valgt å avgrense oppgaven til hjemmeboende personer med demens som mottar hjelp fra hjemmesykepleien og som bor alene, forutsatt at de er i stand til å spise selv. I oppgaven vil det ikke bli tatt stilling til ulike former for demens. Pårørende vil heller ikke bli inkludert, selv om de er ansett som en viktig ressurs for denne pasientgruppen.

1.4 Begrepsavklaring

Demens er en kronisk tilstand som oppstår som følge av ulike sykdommer eller skader i hjernen, og er i de fleste tilfeller progressiv (Helsedirektoratet, 2022b).

Underernæring er en tilstand som oppstår når kroppen ikke får tilstrekkelig med energi eller protein, noe som resulterer i vekttap og muskelsvinn (Helsedirektoratet, 2022c).

Hjemmesykepleien defineres som all sykepleie som gis i hjemmet til pasienten (Birkeland & Flovik, 2018, s. 13).

Forebyggende sykepleie fokuserer på å fjerne sykdomsfremkallende, skadelige og negative faktorer (Kristoffersen, Skaug, Steindal & Grimsbø, 2021, s. 20).

2.0 TEORI

Dette kapittelet omhandler sykepleieteori, faglig teori, lovverk, retningslinjer og offentlige dokumenter.

2.1 Virginia Henderson

Hovedfokuset i sykepleieteorien til Virginia Henderson konsentrerer seg om sykepleierens ansvarsområde eller rolle, og hennes definisjon er at sykepleieren skal bistå pasienten med ulike gjøremål når evnene til å gjøre det selv ikke strekker til (Kristoffersen, 2021, s. 237). Henderson har konkretisert 14 grunnleggende sykepleieprinsipper, hvorav alle er knyttet til menneskets grunnleggende behov, og utgjør det som blir sett på som sykepleierens mest sentrale oppgaver. Punkt nummer to i Hendersons grunnleggende sykepleieprinsipper er å spise og drikke tilstrekkelig (Kristoffersen, 2021, s. 237).

2.2 Sykepleieprosessen

Sykepleieprosessen er en problemløsende og mellommenneskelig prosess som kan bidra til at sykepleieren jobber strukturert, målbevisst og kunnskapsbasert. (Skaug, 2021, s. 45 - 46). Arbeidsprosessen består av fem ulike faser som delvis går over i hverandre. I første fase innhentes opplysninger om pasienten og identifiserer hvilke problem han/hun står ovenfor, basert på de opplysningene man har innhentet. Deretter defineres mål for pleien, hva man ønsker å oppnå (forbedre, eliminere, redusere eller forebygge) og velger så ulike tiltak for å nå målet. Etter at tiltakene er utført foretar man en evaluering der man vurderer om tiltakene hadde ønsket effekt og om det eventuelt er behov for å starte prosessen på nytt (Skaug, 2021, s. 47).

2.3 Forebygging

Forebygging er direkte pasientrettet og utgjør en av sykepleierens fem funksjons- og ansvarsområder (Kristoffersen, Skaug, Steindal & Grimsbø, 2021, s. 19). Sykepleierens rolle i forebyggede arbeid er å minimere eller fjerne skadelige, sykdomsfremkallende og negative faktorer. Dette arbeidet kan deles inn i primær-, sekundær- og tertiærforebyggende tiltak

(Kristoffersen, et al., 2021, s. 20). Ifølge Birkeland & Flovik (2018, s. 48) er forebyggende arbeid en integrert del av hjemmesykepleien. De påpeker også at flertallet av pasientene som mottar denne tjenesten har langvarige lidelser, noe som medfører at hovedfokuset konsentrerer seg om sekundær- og tertiærforebygging.

2.4 Hjemmesykepleien

Hjemmesykepleien omfatter all sykepleie som utføres i hjemmet til pasienten, og helsehjelpen som gis skal ta utgangspunkt i pasientens ønsker og behov. Tjenesten skal sørge for at pasienten får ivarett sine grunnleggende behov når de selv ikke klarer det (Birkeland & Flovik, 2018, s. 13). «Det overordnede målet for hjemmesykepleien er at pasienten skal mestre hverdagen i sitt eget hjem så lenge det er forsvarlig og ønskelig» (Birkeland & Flovik, 2018, s. 15). For å kunne tilfredsstille dette er det avgjørende at sykepleieren har en individuell og helhetlig tilnærming til hver enkelt pasient, og tar hensyn til alle aspekter ved pasienten. Dette innebærer å ha kunnskap om ulike sykdommer og funksjonsnedsettelse, samt deres påvirkning på hverandre, og kunne iverksette tiltak (Birkeland & Flovik, 2018, s. 15).

For mange har hjemmet en spesiell betydning med mye historie og mange minner som er knyttet til ens identitet (Birkeland & Flovik, 2018, s. 51), og som sykepleier kan det være utfordrende å finne en balanse mellom gjesterollen og rollen som yrkesutøver (Holm & Wiik, 2019, s. 69). Birkeland & Flovik (2018, s. 50) påpeker at det er lett å krysse private grenser når pasientens hjem blir sykepleierens arbeidsarena. Pasientens følelse av privatliv og trygghet kan bli utfordret når det oppstår behov for hjemmesykepleie. Betydningen av å vise forståelse og respekt for pasientens valg og ønsker angående deres liv og hjem er derfor viktig (Birkeland & Flovik, 2018, s. 50).

Vedtaksstiden definerer den tildelte tiden hver enkelt pasient får for at tjenesteyteren skal kunne utføre de tjenestene som pasienten har fått innvilget (Holm & Wiik, 2020, s. 71). Når oppgavene i hjemmet til pasienten krever mer tid enn det som er avsatt, kan det medføre at sykepleieren ikke kan yte den pleien som blir ansett som nødvendig (Holm & Wiik, 2020, s. 59). Ifølge Holm & Wiik (2020, s. 58) fremhever flere studier at ansatte i hjemmesykepleien opplever tidspress, mangel på tid og at det er travelt. Det påpekes også at tidspresset kan medføre at sykepleieren utfører oppgaver som pasienten kan klare selv.

I hjemmesykepleien opplever pasientene å ta imot hjelp fra flere forskjellige pleiere, og at tidspunktene for når de kommer varierer. Dette medfører at det blir uforutsigbart for pasienten når og hvem som kommer (Næss, 2020, s. 256).

2.5 Demens

Demens er en samlebetegnelse på flere sykdommer og skader i hjernen, og symptomene vil variere alt etter hvilken del av hjernen som er rammet (Skovdahl, 2020, s. 419). Demens kan kategoriseres i tre hovedgrupper: nevrodegenerativ, vaskulær og sekundær demens.

Sykdommen medfører svikt i kognitive funksjoner og i evnen til å utføre daglige gjøremål (Engstad, 2022, s. 556). I takt med sykdomsutviklingen vil personen oppleve økende vansker med samhandling og utførelse av hverdagslige gjøremål. Det vil derfor være avgjørende at omsorgsgiveren har kjennskap til hva pasienten mestrer selv, hva vedkommende trenger assistanse med, og hva som ikke lenger er mulig å utføre (Rokstad, 2021, s. 99).

Oppmerksomhetssvikt, hukommelsestap og språkvansker er alle symptomer som kan være med å påvirke personer med demens sin evne til å kommunisere (Holthe & Tretteteig, 2017, s. 259). Birkeland & Flovik (2018, s. 162) fremhever viktigheten av å ha visse «kjøreregler» når en kommuniserer med personer med demens. Disse inkluderer blant annet å begrense antall temaer i samtalen, ha øyekontakt, ta seg tid, snakke tydelig og langsomt, og bruke enkle ord og korte setninger.

2.5.1 Demens og ernæring

Personer med demens er en pasientgruppe som er spesielt utsatt for under- og/eller feilernæring, og dette skyldes en rekke faktorer. Dette inkluderer redusert evne til å handle, tilberede og gjenkjenne mat og matvarer, svekket beslutningsevne eller evne til å huske å spise, samt nedsatt appetitt. I tillegg kan de være utsatt for andre aldersrelaterte faktorer som tannhelseproblemer, endret lukt- og smaksans og forstoppelsesproblematikk (Helsedirektoratet, 2022d).

I ernæringsstøtten kan graden av assistanse variere fra hjelp til planlegging og gjennomføring av innkjøp, matlaging og tilrettelegging (Næss, 2020, s. 251).

2.6 Underernæring

Underernæring er en tilstand som oppstår når næringsinntaket over tid ikke tilfredsstillende kroppens behov. Muskelsvinn, vekttap og mangel på vitaminer og mineraler er noe av det man kan observere hos personer som er underernærte. Tilstanden kan være sykdomsrelatert, og medføre komplikasjoner, sykdom og dødelighet. (Henriksen, 2024). «Underernæring har helsemessige konsekvenser for den enkelte og økonomiske konsekvenser for samfunnet» (Helsedirektoratet, 2022a). Det er flere følgetilstander av underernæring, og blant de vanligste er følelsen av slapphet og mistriivsel, økt risiko for trykksår, nedsatt infeksjonsmotstand og langsom mobilisering (Thoresen, Borchsenius & Sjøen, 2019, s. 157). I de fleste tilfeller er underernæring skjult og vanskelig å oppdage, noe som kan medføre at tilstanden overses. Uten systematisk vurdering av ernæringsstatus kan tilstanden først bli oppdaget når den har utviklet seg til å bli synlig og alvorlig (Thoresen et al., 2019, s. 160).

Feilernæring er et fellesbegrep på tilstander hvor det er ubalanse i inntak og/eller opptak av næringsstoffer, og underernæring er en del av dette begrepet. Det er mulig å ha flere feilernæringstilstander samtidig, noe som betyr at underernærte personer også kan være overvektige og ha fedme (Helsedirektoratet, 2022c).

2.7 Vurdering av ernæringsstatus

«Ved å kartlegge ernæringsstatus får en bekreftet eller avkreftet om pasienten har utviklet eller er i ferd med å utvikle et ernæringsproblem» (Brodtkorb, 2020, s. 304). I Helsedirektoratet (2022a) sin nasjonale faglige retningslinje for *forebygging og behandling av underernæring* påpeker at alle pasienter som mottar hjemmesykepleie skal få vurdert sin risiko for underernæring innen to uker etter oppstart av tjenesten. Det understrekes også at vurderingen skal gjentas månedlig, og i enkelte tilfeller kan det være nødvendig å gjennomføre eller gjenta en risikovurdering basert på individuell faglig begrunnelse. Videre angis det at personer som har takket nei til å bli risikovurdert, bør med jevne mellomrom spørres igjen. Etter det har blitt foretatt en vurdering av pasientens ernæringsstatus skal det dokumenteres i pasientens journal og i IPLOS (Helsedirektoratet, 2016).

2.7.1 Kartleggingsverktøy

Det finnes over 40 ulike kartleggingsverktøy internasjonalt som kan benyttes for å vurdere pasientens risiko for underernæring (Thoresen et al., 2019, s. 162). Riksrevisjonens gjennomgang (2018 – 2019) indikerer at det er fordelaktig å benytte samme kartleggingsverktøy på tvers av helse- og omsorgstjenesten for blant annet å sikre kontinuitet i pasientforløpet og minske risikoen for feil. Når valg av anbefalt verktøy skulle tas, var brukervennlighet ansett som et av de viktigste punktene (Helsedirektoratet, 2022a).

På bakgrunn av Riksrevisjonens gjennomgang (2018-2019) oppdaterte Helsedirektoratet retningslinjene for *forebygging og behandling av underernæring* ved å anbefale Malnutrition Screening Tool (MST) som det foretrukne verktøyet i Norske helse- og omsorgstjenester. Det fremkommer også at andre kartleggingsverktøyene kan benyttes, men at det er avgjørende at verktøyet er validert for å sikre at så mange som mulig i risikogruppen skal bli oppdaget (Helsedirektoratet, 2022a).

MNA og MST er to av fire verktøy som ble validert i forbindelse med Riksrevisjonens gjennomgang 2018-2019 (Helsedirektoratet, 2022a). MST er et kartleggingsverktøy som består av to spørsmål. Ett om vektendring og ett om matinntak. I veiledningen til utfylling av skjemaet er involvering av pårørende bemerket (Helsedirektoratet, 2022a). Mini Nutritional Assessment (MNA) er et kartleggingsverktøy som består av 18 spørsmål, som omhandler bl.a. mobilitet, demensdiagnose, KMI samt pasientens helseoppfatning, og er ofte benyttet blant eldre (Birkeland & Flovik, 2018, s. 140).

2.7.2 Personer som er i risiko

Individuell kartlegging av ernæring skal gjennomføres hos de pasientene som er i risiko for underernæring. Dette er avgjørende for å identifisere årsakene til risikoen, og vil danne grunnlag for en tilpasset ernæringsplan (Helsedirektoratet, 2022e). Hensikten med en individuell ernæringsplan er å oppnå tilpasset og tilstrekkelig ernæring for den enkelte. Planen skal inkludere mål, tiltak og tidspunkt for evaluering. For personer som mottar hjemmesykepleie skal ernæringsplanen evalueres og justeres månedlig (Helsedirektoratet, 2022f). I en individuell kartlegging hos personer med demens bør det observeres om pasienten faktisk inntar mat, hva pasienten mestrer uten veiledning, om pasienten utfører matinnkjøp selv, samt behovet for assistanse til matlaging og/eller medspising

(Helsedirektoratet, 2022d). Brodtkorb (2020, s. 311) understreker at mat som den enkelte liker, samt lukt og smakfull mat, kan bidra til bedre appetitt. Ifølge Helsedirektoratet (2022e) anbefales det å involvere lege og klinisk ernæringsfysiolog når det oppstår usikkerhet rundt individuell kartlegging, eller ved alvorlige, komplekse eller sammensatte ernæringstilstander.

2.8 Lovverk, retningslinjer og offentlige dokumenter

Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 2-1 a) har kommunen ansvar for å sikre at pasientens rett til verdige og nødvendige helse- og omsorgstjenester blir ivaretatt. Videre i lovverket under § 3 -1 står det anført at pasienten har rett til å medvirke i den helsehjelpen som skal gis, og at informasjonen skal tilpasses den enkeltes evne til å formidle og forstå informasjon. Tjenestetilbudet skal i størst mulig grad utarbeides i samarbeid med pasienten (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). «Helsehjelpen kan bare gis med pasientens samtykke, med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke» (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 4-1).

Det er lovpålagt at den «virksomheten som yter helse- og omsorgstjenester, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter» (Helsepersonelloven, 1999, § 16). Helsepersonell er pliktig til å dokumentere relevante og essensielle opplysninger om pasienten og helsehjelpen som blir gitt i pasientens journal (Helsepersonelloven, 1999, § 39 - § 40).

I tråd med yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere punkt 2.3 har sykepleieren ansvar for holde seg oppdatert på forskning og utvikling innen sitt fagfelt. Sykepleieren handler profesjonelt og er bevisst sin kompetanse, og søker råd ved behov (Norsk Sykepleieforbund, 2023).

I 2018 ble *Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre* vedtatt med mål om å skape et samfunn som er mer tilpasset eldre. Reformen skal blant annet bidra til at eldre skal få god hjelp når de trenger det, samtidig som den ønsker å bidra til at den enkelte skal kunne mestre livet lenger (Regjeringen, 2018). Blant de ti punktene i reformen, omhandler punkt nummer 6 mat og måltider. Det påpekes i Meld. St. 15 (2017 – 2018, s. 113) at mat- og ernæringsomsorg skal likestilles med andre oppgaver, og godt ernæringsarbeid forutsetter at pasientens ernæringsstatus blir kartlagt, vurdert og dokumentert. Hvordan maten ser ut, luker og smaker kan påvirke hvor mye den enkelte får i seg (Meld. St. 15 (2017 – 2018) s. 106). I innspillene

til reformen fremkommer det at flere kommuner kun tilbyr ferdigmat til oppvarming. Det understrekes at tjenesten i hjemmesykepleien kan struktureres slik at personalet enten kan spise sammen med pasienten eller være til stede under måltidet (Meld. St. 15 (2017 – 2018), s. 108).

3.0 METODE

I dette kapittelet fremkommer metodevalg, beskrivelse av hvordan søkeprosessen er utført, samt kriterier og vurderinger gjort ved utvelgelse av forskningsartikler.

3.1 Metodevalg

«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Vilhelm Aubert 1985, sitert i Dalland, 2020, s. 53). Det gjelder å bruke den metoden som ut ifra ressursene man har er best mulig egnet til å få kunnskap om spørsmålet man ønsker svar på (Dalland, 2020, s. 56). Jeg har benyttet litteraturstudie som metode for å svare på problemstillingen. I en litteraturstudie blir eksisterende kunnskap fra skriftlige kilder organisert. Det blir gjort ved at en først samler inn litteratur, deretter går en kritisk gjennom det en leser, og til slutt sammenfattes funnene (Magnus & Bakketeig, 2000, referert i Thidemann, 2019, s. 77). I oppgaven har jeg inkludert både kvalitative og kvantitative studier. Ved bruk av kvantitative metoder samler en inn data som er målbare, og som en senere kan bruke regneoperasjoner og statistikk på. Kvalitative metoder gir ikke målbare data, men en samle inn data i form av tanker, meninger og opplevelser (Dalland, 2020, s. 54).

3.2 Søkeprosessen

Søkeprosessen ble startet ved oversiktssøk for å kartlegge hvor mye litteratur og forskning som var skrevet om temaet. Dette er en anbefalt fremgangsmåte som er beskrevet i to av bøkene jeg har benyttet under skriveprosessen (Thidemann, 2019, s. 81; Grønseth & Jerpseth, 2019, s. 83). Oversiktssøkene var usystematiske søk som ble foretatt i Google Scholar og sykepleien.no. Ordene som ble benyttet var *demens*, *ernæring* og *hjemmesykepleie*.

Nøkkelordene (keywords) står ofte i begynnelsen av forskningsartiklene, og de ble brukt som «inspirasjon» for meg når jeg videre i prosessen skulle utføre de systematiske søkene. To av artiklene som ble funnet i Google Scholar og sykepleien.no ble også funnet på Svemed+, og senere inkludert i oppgaven.

For å konkretisere informasjonsbehovet mitt før litteratursøkene satt jeg problemstillingen inn i et PICO – skjema (Thidemann, 2019, s. 82). Jeg fikk hjelp av en bibliotekar på skolen som anbefalte meg å sette problemstillingen i PICo med liten o. Dette er ifølge Helsebiblioteket (2021) et bedre egnet verktøy en PICO når det gjelder å besvare spørsmål utført med kvalitative forskningsmetoder. (Vedlegg 1).

Når nøkkelordene i problemstillingen var identifisert og bestemt ble Medical Subject Heading (MeSH) benyttet. MeSH er et standardisert emneordsystem som blant annet brukes i databasene MEDLINE og Svemed+ til å finne emneord på norsk og engelsk (Thidemann, 2019, s. 86). Både emneord og tekstord ble benyttet i søkene for å finne relevante forskningsartikler. Emneord er ord som er standardiserte i databasen en søker i, og som er beskrivende for innholdet i artiklene under gitt emneord. Tekstord vil si at søkeordet skal være identisk med ord som forekommer i tittelen til artikkelen, i artikkelens sammendrag eller i stikkordene til forfatteren (Thidemann, 2019, s. 86).

De engelske ordene som ble mest benyttet i de systematiske søkene var *malnutrition*, *nutritional status*, *nutirion*, *dementia*, *home care nursing* og *home health care*. De norske ordene var *underernæring*, *ernæringsstatus*, *demens*, *hjemmesykepleien* og *sykepleie i hjemmet*. De ulike søkeordene ble kombinert ved hjelp av «AND» og «OR». Ifølge Thidemann (2019, s. 87) benyttes «AND» til å kombinere to eller flere søkeord sammen, mens «OR» resulterer i treff på artikler som inneholder ett eller flere av søkeordene. «AND» vil altså gi treff i artikler som inneholder samtlige av søkeordene som er brukt. «OR» derimot vil utvide søket og medføre at man får flere treff, men vil også være mindre spesifikt.

For å finne relevante databaser å gjøre søkene i brukte jeg oversikten over de aktuelle databasene for sykepleiere som er tilgjengelig på Høgskulen på Vestlandet (HVL) sine sider. Søkene etter forskningsartikler ble gjort i databasene Medline OVID, CINAHL, SveMed+ og Idunn. Jeg startet med å lese gjennom titlene på artiklene for å foreta en grovsortering, og deretter gikk jeg videre til abstraktene til de artiklene jeg anså som aktuelle. Det ble totalt inkludert fem forskningsartikler, to fra SveMed+, en fra Idunn, en fra Cinahl og to fra

Medline Ovid.

Bibliotekar ved høyskolen var involvert gjennom hele prosessen med å finne forskningsartikler. I startfasen fikk jeg hjelp til å kontrollere søkeordene og databasene jeg hadde valgt å gjøre søkene i. Etter søkene var gjennomført fikk jeg han til å kvalitetssikre at artiklene jeg hadde funnet var forskning og at de var relevante. Bibliotekar er fremhevet som en viktig ressurs i boken til Grønseth & Jerpseth (2019, s. 85)

3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Jeg avgrenset søkene i de ulike databasene slik at jeg fikk så relevante artikler som mulig i forhold til det jeg ønsket. For å kunne avgrense mengden litteratur er det nyttig å ta stilling til inklusjon og eksklusjon (Thidemann, 2023, s. 83).

Tabell:

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Forskningsartikler	Fagartikler
2014 – 2024	Forskning eldre enn 10 år.
Følger IMRaD - struktur	Ikke følger IMRaD - struktur
Språk: engelsk og norsk	Alle andre språk
Geografi: Europa.	Geografi: alt annet.
Studier som kan overføres til norske forhold	Studier som ikke kan overføres til norske forhold.

3.4 Kritisk vurdering

«Hensikten med å foreta kritiske vurderinger er å bestemme relevans, styrke og begrensninger i den informasjonen du samler inn» (Thidemann, 2019, s. 26). Jeg har benytte sjekklister fra helsebiblioteket for kritisk vurderingen av forskningen, dette er beskrevet som viktig i boken *bacheloroppgaven i sykepleien* (Grønseth & Jerpseth, 2019, s. 90).

Databasen Svemed+ som er anvendt er ikke oppdatert siden 2019, men står som anbefalt på HVL sin nettside for nordiskspråklig litteratur.

Det er en risiko for små feiltolkninger av artiklene ettersom fem av de inkludert artiklene er på engelsk.

Jeg har etter beste evne prøvd å ikke bli påvirket av egne tanker og holdninger rundt problemstillingen ved inkludering av forskningsartikler. Jeg kan likevel ikke garantere at valgene ikke har blitt påvirket av mine subjektive meninger og tanker som jeg har tilegnet meg gjennom jobberfaringer og praksisperioder.

Det var ønskelig å kun inkludere artikler med forskning som omhandlet demens, underernæring og hjemmesykepleien. Imidlertid var det noe utfordrende å finne studier som tok for seg alle aspektene ved problemstillingen. Jeg måtte derfor inkludere noen artikler hvor forskningen ikke tok for seg alle delene av problemstillingen, men som jeg likevel fant som relevant for oppgaven min. En studie ble utført på sykehjem, men den ble likevel inkludert da den hadde bruken av kartleggingsverktøy i fokus. I tillegg ble to norske forskningsartikler inkludert, selv om de ikke omhandlet personer med demens. Disse ble vurdert som relevante da begge fokuserte på kartlegging av underernæring hos hjemmeboende personer som mottar hjemmesykepleie i Norge. En av artiklene hadde datainnsamling i 2011-2012, men gjennomgangen ble utført senere, og resultatene ble sett i sammenheng med annen forskning og litteratur på det tidspunktet.

3.5 Etisk vurdering

Alle artiklene inkluderer informasjon om at studien har gjennomgått etisk vurdering, og at gjeldene lover og forskrifter er blitt fulgt. Krav som konfidensialitet, anonymisering, samtykke fra deltakerne med mer er overholdt, og alle studiene er godkjent av et tilstrekkelig kontrollorgan.

4.0 RESULTAT

I dette kapittelet blir fem forskningsartikler presentert, og det gis en oppsummering av resultatene fra hver av dem

4.1 Vurdering av ernæringsstatus – et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien (Meyer, S. E., Velken, R. & Jensen, L. H., 2017).

Hensikten med studien var å undersøke i hvilken grad hjemmesykepleien imøtekommer nasjonale krav til forebygging og behandling av underernæring hos hjemmeboende pasienter. Det er en kvalitativ studie der sykepleiere fra to ulike kommuner i Norge ble invitert til å delta. Sykepleierne skulle ta utgangspunkt i egen praksis når det gjaldt ernæringsarbeidet. Fire temaer ble belyst og datamaterialet er basert på tolv gruppesamtaler som pågikk over en periode på et halvt år.

Funn: Sykepleierne mente det var viktig med god ledelsesforankring ved innføring av systematisk ernæringskartlegging i hjemmetjenesten. Ledere må i tillegg ha forståelse og interesse for feltet for å sikre god implementering. Selvbestemmelsesretten til den enkelte stod sentralt i møte med hjemmeboende pasienter og enkelte sykepleiere unnlot derfor å veie, hvis pasienten selv vegret seg for det. Mangel på standpunkt, rutiner, utstyr og tid ble også sett på som viktige faktorer til at ernæringsarbeidet ble mangelfullt utført. Sykepleiere som gjennomførte vektkontroller, rapporterte om positive tilbakemeldinger fra både pasienter og pårørende. God kjennskap til pasienten ble ansett som viktig i forbindelse med den praktiske tilretteleggingen i hjemmet. Innledningsvis poengterte sykepleierne at det var viktigst å prioritere kartlegging hos dem som hadde gått betydelig ned i vekt og hos pasientene som var sykest. Studien avdekker manglende kunnskap om ernæring blant sykepleierne, men de som deltok i studien tilegnet seg ny kunnskap som de videreformidlet. Hjemmesykepleierne uttrykte at det var svært utfordrende å kartlegge hva pasienten fikk i seg i løpet av en dag, og at de var spesielt bekymret for personer med demens, som lett kunne glemme å spise og drikke i løpet av dagen. De stilte seg kritiske til om de nasjonale retningslinjene i tilstrekkelig grad tok hensyn til den hjemmebaserte tjenesten. Teksten i Helsedirektoratets nasjonale retningslinjer ble også oppfattet som vanskelig å forstå.

4.2 Malnutrition among patients in nursing homes and its association with dementia (Major, R. E. & Krogseth, M., 2020).

Hensikten med studien var å undersøke forekomsten av underernæring blant pasienter med demens, ved hjelp av tre ulike kartleggingsverktøy (Mini Nutritional Assessment - MNA, Mini Underernæring Screeningverktøy – MUST, og Ernæringsjournal - EJ). De ønsket også å undersøke i hvilken grad screeningsverktøyene gav ulike resultater, og om alvorlighetsgraden av demens påvirket pasientens ernæringsstatus. Skjema for klinisk demensvurdering (CDR) ble benyttet for å identifisere pasientenes alvorlighetsgrad av demens.

Det er en tverrsnittstudie, der personer fra to ulike kommuner i Norge hadde mulighet til å delta. De inkluderte hadde enten fast opphold på institusjon eller mer enn 3 måneders sammenhengene opphold i fellesbolig for personer med demens. Primærforsker utførte intervjuer med sykepleierne som hadde utført målingene, og demografiske data og resultat fra målingene ble registrert.

Funn: Studien viste at forekomsten av underernæring varierte i forhold til hvilket kartleggingsverktøy som ble brukt og om resultatet ble presentert i to eller tre kategorier. MUST viste mye lavere forekomst av underernæring enn MNA. Det var i gruppen «middels risiko for underernæring» at forskjellen var størst. Da viste de tre kartleggingsverktøyene at risikoen var ca. 55, % (ved bruke av MNA), ca.18 % (ved bruk av MUST) og ca. 20 % (ved bruk av EJ). Resultatene viste også at risikoen for underernæring øker i takt med at demenssykdommen utvikler seg, og risikoen økte raskere ved bruk av MNA sammenlignet med de to andre kartleggingsverktøyene. Det problematiseres at de tre ulike kartleggingsverktøyene benytter ulik KMI-grense når underernæring skal vurderes.

I studien påpekes det også at Helsedirektoratet ikke validerer verktøyene de anbefaler, og at de ikke kommenterer at de ulike kartleggingsverktøyene kan gi ulikt resultat.

4.3 Staff views on how to improve mealtimes for elderly people with dementia living at home (Johansson, L., Björklund, A., Sidenvall, B. & Christensson, L., 2017).

Hensikten med studien var å undersøke hvordan man kunne forbedre måltidene til hjemmeboende personer med demens. Det er en kvalitativ deskriptiv studie hvor ansatte som jobbet tett på personer med demens i hjemmetjenesten i en kommune i Sverige ble invitert til

å delta. Det ble utført fire gruppeintervjuer der to av gruppene bestod av ansatte i demensteam (med ulik fagbakgrunn) og to grupper med ansatte fra hjemmehjelpen. To scenarioer om personer med demens ble lest og diskutert under intervjuene. Deltakerne ble først bedt om å gi tilbakemelding på hva de selv ville ha gjort i en ideell situasjon og deretter kunne de snakke åpent om sine tanker rundt de to scenarioene. Førsteforfatter stilte oppfølgingsspørsmål ved behov.

Funn: Deltakerne gav tilbakemelding på at ernæringsomsorgen bør være individtilpasset og i størst mulig grad basere seg på pasientens egne ønsker og behov. De påpekte viktigheten av å ivareta pasientens egne ressurser så lenge som mulig, og at måltider tilberedt i hjemmet var å foretrekke. De var skeptiske til bruken av «ferdigmat» i hjemmet, men det å «spise ute» ble fremhevet som et godt alternativ. Hvordan maten ble servert og atmosfæren rundt måltidene hadde også stor betydning. Velferdsteknologi ble bemerket som hjelpemiddel for å ivareta pasientens selvstendighet, forutsatt at det ble tidlig implementert. Den som skulle bistå pasienten med ernæringsarbeidet burde kjenne pasienten godt - tillit og god kommunikasjon var viktige faktorer i denne samhandlingen. Pårørende ble ansett som en viktig ressurs som trengte både informasjon og støtte. Det påpekes at forebygging av underernæring ved individtilpasset omsorg er kostbart, men at konsekvensene av å unnlate det kan bli enda dyrere.

[4.4 Routines in the community nursing services for assessing nutritional status \(Aagaard, H. & Grøndahl, V. A., 2017\).](#)

Hensikten med studien var å se hvilke rutiner helsepersonell og ledere i kommunehelsetjenesten følger når ernæringsstatus skal vurderes. Det er en kvantitativ tverrsnittstudie. I delstudie 1 ble ledere i hjemmesykepleien fra alle Norges kommuner invitert til å delta. Deltakelsen bestod i å svare på et spørreskjema (med 61 spørsmål), på vegne av egen kommune. De fleste som deltok var sykepleiere. I delstudie 2 ble helsepersonell tilfeldig utvalgt fra 13 ulike kommuner (fordelt på alle helseregioner) i Norge invitert til å delta. Deltakelsen bestod i å svare på et spørreskjema (med 67 spørsmål). Omtrent 50 % av deltakerne var sykepleiere.

Funn: Tilnærmet 70 % av deltakerne svarte at de ofte/alltid hadde tjenestemottakere i sine grupper med dårlig ernæringsstatus. Resultatet fra studien avdekker at over 30 % av lederne og 60 % av helsepersonellet ikke var kjent med Helsedirektoratets retningslinjer om forebygging og behandling av underernæring. Kun 20 % (i begge grupper) oppgav at det var vanlig å veie tjenestemottakerne ved oppstart av tjenesten og kun 30 % av respondentene sa at de hadde skiftelige prosedyrer for vurdering av ernæringsstatus. Flesteparten av både ledere og helsepersonellet ønsket å tilegne seg mer kunnskap om ernæringsarbeidet. Helsepersonellet ønsket mer kunnskap om de ulike næringsstoffene, mens lederne fortrinnsvis ønsket mer kunnskap om vurdering av ernæringstilstand, beregning av energibehov og ernæringsveiledning. Mangel på kunnskap, tid og ressurser ble oppgitt som de viktigste årsakene til mangelfull vurdering og oppfølging av ernæringsstatus.

4.5 '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 (Mole, L., Kent, B., Hickson, M. & Abbott, R., 2019).

Dette er en tolkningsfenomenologisk studie (IPA) der en ønsket å undersøke erfaringer og oppfatninger knyttet til ernæringsarbeidet hos hjemmeboende personer med demens i Sørvest-England. 7 deltakere ble rekruttert til studien, og alle hadde flere års jobberfaring med personer med demens. Deltakerne hadde ulik bakgrunn (allmennlege, sykepleier, sosionom, ergoterapeut, ernæringsfysiolog, og to hjemmehjelpere), og de semistrukturerte intervjuene mellom dem og forskeren foregikk mellom desember 2017 og mars 2018.

Funn: Deltakerne anså ernæringspleien som et felles ansvar. Mangel på kunnskap og tidspress ble fremhevet som medvirkende faktorer til at arbeidet ikke ble tilstrekkelig prioritert og utført. De erkjente alle viktigheten av å forberede ernæringsomsorgen og fremhevet pårørende som en viktig ressurs i dette arbeidet. Studien konkluderte med at det trengs mer opplæring slik at den enkelte blir bedre rustet til å avdekke, overvåke og forebygge underernæring hos hjemmeboende pasienter med demens. De etterlyste også klarere retningslinjer på feltet og fremhevet at fremtidig forskning bør fokusere på effekten av tiltakene som settes i gang.

5.0 DRØFTING

I dette kapittelet av oppgaven blir funnene fra forskningsartiklene sett i lys av litteratur, offentlige dokumenter, lovverk og egne erfaringer.

5.1 Rutiner og kartleggingsverktøy

Viktigheten av å ta stilling til hvilket kartleggingsverktøy som skal benyttes kommer frem i studien til Meyer et al. (2017). Deltakerne gav uttrykk for at mangel på beslutning om verktøy kunne medvirke til at ernæringsarbeidet ble mangelfullt utført. I samme studie oppgav sykepleierne at de ikke hadde erfaring med kartleggingsverktøy for vurdering av underernæring. Kartlegging er ansett som viktig for å få avdekket om pasienten har et ernæringsproblem (Brodtkorb, 2020, s. 304). På Helsedirektoratet (2022a) sine sider står det at alle pasienter som mottar hjemmesykepleie skal få vurdert sin risiko for underernæring innen to uker etter oppstart av tjenesten. I Helsepersonelloven (1999, § 16) fremkommer det at virksomheter som yter helsehjelp, skal innrette seg slik at helsepersonell kan utføre sitt arbeid i henhold til lover og plikter.

I studien til Major et al. (2020) ble det avdekket at forekomst og risiko for underernæring varierer etter hvilket kartleggingsverktøy som ble benyttet. Hvordan resultatene ble presentert hadde også betydning for utfallet. Det problematiseres at verktøyene benytter ulik KMI-grense når underernæring skal vurderes, noe som igjen kan medføre at f.eks. underernæring ikke avdekkes dersom en ikke tar hensyn til dette. At risikoen for underernæring påvirkes av hvilket kartleggingsverktøy en benytter, ble også påpekt i studien til Aagaard et al. (2017).

I Riksrevisjonens gjennomgang (2018 – 2019, s. 10) ble det avdekket at underernæring fremdeles var et problem blant eldre, til tross for nasjonale retningslinjer om forebygging og behandling av underernæring. I etterkant av gjennomgangen har Helsedirektoratet oppdatert sine retningslinjer, hvor de fra 2022 anbefaler MST som kartleggingsverktøy (Helsedirektoratet, 2022a). Fordelen med MST er at den kan brukes på tvers av diagnoser, alder og tjenestenivå, og tar kun for seg to spørsmål, ett om vektnedgang og ett om matinntak

(Helsedirektoratet, 2022a). Når ett kartleggingsverktøy er anbefalt er det grunn til å tro at flere vil ta dette i bruk, noe som igjen kan medføre bedre kontinuitet i pasientforløpet, minske risikoen for feil, samt bidra til bedre forskningsgrunnlag (Helsedirektoratet 2022a). Jeg er likevel usikker på om MST i tilstrekkelig grad er egnet til å avdekke risiko for underernæring blant personer med demens. Brodtkorb (2020, s. 306) påpeker at personer med demens kan ha problemer med å gi tilstrekkelige opplysninger. Når kun to spørsmål skal besvares kan trolig resultatet av kartleggingen bli feil dersom pasienten ikke selv kan gi tilstrekkelig informasjon, pårørende ikke kan bidra eller den som bistår med utfylling ikke kjenner pasienten godt nok.

Ifølge Helsedirektoratet (2022a) kan også andre validerte kartleggingsverktøy benyttes. Det bør vurderes om andre skjemaer egner seg bedre for å få frem flere aspekter som kan påvirke ernæringsstatusen hos personer med demens. MNA er et validert skjema som er mer omfattende og inneholder noen spørsmål som kan «kontrolleres» eller er mer åpenbare for den som bistår med utfylling. Spørsmålene omhandler blant annet mobilitet, forekomst av demens, bruk av reseptbelagte legemidler og måling av høyde og vekt (Birkeland & Flovik, 2018, s. 140). God kjennskap til pasienten er også avgjørende her, for å få mest mulig korrekt resultat. Ettersom skjemaet inneholder 18 spørsmål, vil det naturligvis ta lengre tid å fylle ut. Dette kan være utfordrende i en travel arbeidshverdag, der ansatte i hjemmesykepleien allerede opplever tidspress (Holm & Wiik, 2020, s. 58).

Fra min bakgrunn i hjemmesykepleien har jeg erfart at kartlegging av ernæringsstatus blir gjort regelmessig. Hos den enkelte står oppdraget på listen en gang i måneden, men jeg opplever at det ofte ikke er satt av tilstrekkelig med tid. Tidligere benyttet vi MNA, men det siste året har vi gått over til å bruke MST. I tillegg til selve kartleggingen måler vi vekt, og hos de mest «utsatte» pasientene blir det tatt KMI. I ett av teamene jeg har vært har en fast person hatt ansvaret for å kontrollere at kartleggingen blir utført, samt skrive avvik ved mangelfull utfyllelse. Viktigheten av skriftlige rutiner og god ledelsesforankring, slik at det kan settes av tilstrekkelig tid og ressurser fremkommer i studien til Meyer et al. (2017).

Etter det er gjort en kartlegging skal en vurdering av pasientens ernæringsstatus dokumenteres i pasienten journal, og i kommunehelsetjenesten skal det også dokumenteres i IPLUS (Helsedirektoratet, 2016). I henhold til Helsepersonelloven (1999, § 40) har sykepleieren ansvar for å registret relevante og nødvendig opplysninger i pasientens journal.

Basert på min erfaring fra praksis, er det avgjørende å dokumentere forholdene rundt vekttakingen grundig, slik at det kan sees i sammenheng med resultatet. For eksempel plassering av vekt, påkledning og hvilken vekt som ble benyttet.

5.2 Sykepleierens fokus- og ansvarsområde

I flere av studiene erkjenner sykepleierne ernæringsarbeidet som ett av sine ansvarsområder (Meyer et al., 2017; Aagaard et al., 2017; Mole et al., 2019). Imidlertid viser studien til Aagaard et al. (2017) at under 40% av helsepersonellet var kjent med de nasjonal faglige retningslinjene for forebygging og behandling av underernæring. I samme studie oppgav kun 30% at det var vanlig å veie pasienten ved oppstart av tjenesten. Helsedirektoratet sine retningslinjer ble oppfattet som vanskelig å forstå, og sykepleieren var kritiske til om retningslinjene tok nok hensyn til den hjemmebaserte tjenesten (Meyer et al., 2017).

Pasientens rett til helhetlig omsorg fremkommer i pasient- og brukerettighetsloven § 2-1 a og i Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere § 2.1. Virginia Hendersons sykepleierteori bygger på at sykepleieren skal bistå pasienten med å få dekket sine grunnleggende behov. Det å spise og drikke tilstrekkelig utgjør punkt nr. 2 i hennes grunnleggende sykepleieprinsipper (Kristoffersen, 2021, s. 237). Ivaretagelse av pasientens ernæringsstatus er med andre ord nedfelt som sykepleierens ansvarsområde i lover, retningslinjer og sykepleierteori.

Pasientene i hjemmesykepleien får tildelt en bestemt tid til hver «oppgave» som skal utføres (Holm & Wiik, 2020, s. 71), men når den avsatte tiden ikke er tilstrekkelig kan det medføre at noen oppgaver må nedprioriteres. Erfaringsmessig opplever jeg at det ofte er ernæringsarbeidet som blir nedprioritert, selv om det fremkommer i Meld. St. 15 (2017 – 2018, s. 113) at dette arbeidet skal likestilles med andre oppgaver.

Mangel på kunnskap om underernæring og/eller hvordan man kan støtte personer med demens som bor hjemme er kommentert i flere av studiene (Meyer et al., 2017; Johansson et al., 2017; Aagaard et al., 2017; Mole et al., 2019). Sykepleierne i en av studiene hadde liten forståelse for hva som inngikk i begrepet underernæring (Meyer et al., (2017)). I de Yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere punkt 2.3 står det at sykepleieren har ansvar for å være «oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde» (Norsk sykepleieforbund, 2023). Underernæring inngår i betegnelsen feilernæring (Helsedirektoratet, 2022c), og oppstår når næringsinntaket over tid ikke tilfredsstillende kroppens behov (Henriksen, 2024). Hvis «høy vekt» har avgjørende betydning for klassifisering av underernæring kan dette medføre feil i risikovurderingen, da Helsedirektoratet (2022c) viser til at pasienten kan være overvektig, men samtidig være i fare for underernæring.

Fra min praksis har jeg erfart at det er manglende kunnskap om underernæring slik som beskrevet i flere av studiene. Jeg har gjentagende ganger sett sprikende resultat fra kartleggingen. Pasienter har blitt registret med ulik høyde og betydelig vektendring innenfor en kort tidsperiode, uten at det har vært en reel endring. Dette har resultert i feil vurdering av ernæringsmessig risiko.

Forebygging er ansett som sykepleierens funksjons- og ansvarsområde og innebærer å redusere sykdomsfremkallende og negative faktorer (Kristoffersen et al., 2021, s. 20). Ved å forebygge kan man forhindre at sykdom og skade oppstår eller videreutvikler seg, og ifølge Aagaard et al. (2017) er forebygging av underernæring å foretrekke fremfor å behandle den. I studien til Meyer et al. (2017) oppgav sykepleierne at de i sitt ernæringsarbeid prioriterer de sykeste og de som allerede hadde hatt en betydelig vektnedgang. Dersom mangel på rutiner og dårlig kartlegging fører til at vektnedgang først blir oppdaget når den er synlig og alvorlig, kan det medføre at pasienter som er i risikogruppen ikke blir oppdaget i tide. Thoresen et al. (2019, s. 160) fremhever viktigheten av systematisk kartlegging for å oppdage underernæring i tide.

Flesteparten i studien til Mole et al. (2019) var opptatt av å øke kunnskap og opplæring rundt ernæringsarbeidet til personer med demens. Refleksjoner rundt erfaring og kunnskap bør være en integrert del av de ansatte sin arbeidshverdag (Johansson et al., 2017). Det fremkommer av studien til Meyer et al. (2017) at sykepleieren fikk økt kunnskap og engasjement rundt ernæringsarbeidet ved å delta i studien. Fra egen praksis har jeg erfart at når ernæringsfysiolog har undervist sykepleierne i kartlegging, tiltak og dokumentasjon, har det bidratt til økt fokus og kunnskap om temaet.

For pasienter i risiko for underernæring er det viktig å utarbeide individuelle tiltak for å forebygge tilstanden (Major et al., 2020). Det skal utføres en individuell kartlegging hos de pasientene som er i risiko for underernæring, som videre skal danne grunnlag for en ernæringsplan (Helsedirektoratet, 2022e). Sykepleieprosessen er et nyttig verktøy å bruke når det skal utarbeides tiltak, og ifølge Skaug (2021, s. 45) medvirker det til at sykepleieren jobber strukturert, målbevisst og kunnskapsbasert. Prosessen består av ulike faser der datainnsamling, valg av tiltak og evaluering står sentralt (Skaug, 2021, s. 47). Ved utarbeidelse av en ernæringsplan skal den baseres på resultat av risikovurdering og kartlegging (Helsedirektoratet, 2022e).

I studien til Mole et al. (2019) bemerker flere av deltakerne at ernæringsarbeidet blant personer med demens er et felles ansvar, der samarbeid på tvers av profesjonene er viktig. Punkt 2.6 i Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere sier at sykepleieren må være bevisst sitt ansvars- og kompetanseområde, og rådfører seg med andre ved behov (Norsk sykepleierforbund, 2023). Helsedirektoratet (2022e) fremhever viktigheten av å ta kontakt med lege eller klinisk ernæringsfysiolog hvis det er usikkerhet rundt den individuelle kartleggingen, eller hvis tilstanden er alvorlig, kompleks eller sammensatt.

5.3 Individuell omsorg og medbestemmelsesrett

Pasientens medbestemmelse var høyt ansett blant deltakerne i studien til Mole, et al. (2019). I studien til Meyer et al., (2017) kom det frem at sykepleierne følte at de sto overfor et dilemma mellom å følge nasjonale retningslinjer og den hjemmeboendes rett til å bestemme over sitt eget liv. Sykepleierne kunne unnlate å veie pasientene hvis de fikk inntrykk av at de ikke ønsket det. Holm & Wiik (2020, s. 69) påpeker at det kan være utfordrende å finne en balanse mellom gjesterollen og rollen som sykepleier i hjemmesykepleien. Det er viktig å huske at pasientens hjem er deres trygge sone, og at det kan være lett å krysse private grenser (Birkeland & Flovik, 2018, s. 50). Bevissthet rundt dette kan trolig medføre at det er lettere å finne en god balanse mellom pasientens selvbestemmelse og sykepleierens plikter.

Det var opp til den hjemmeboende selv om han/hun skulle akseptere tilbudene som pleierne kom med ifølge studien til Johansson et al. (2017). Det er også lovfestet at helsehjelpen ikke skal utføre uten pasientens samtykke (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 4 -1). Avgjørelsen skal ikke tas basert på sykepleierens egne oppfatninger og tolkninger av hva pasienten ønsker, uten å tilby pasienten «tjenesten».

For at pasienten skal kunne ta et valg vil det være avgjørende at vedkommende får tilstrekkelig med informasjon, og ifølge pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3 -1) skal informasjonen tilpasses pasientens evne til å forstå. Dette krever imidlertid kunnskap om demens og visse «kjøreregler» i kommunikasjonen med denne pasientgruppen. Sykepleieren må derfor begrense antallet temaer i samtalen, ha øyekontakt, sette av tid, bruke enkle ord og korte setninger (Birkeland & Flovik, 2018, s. 162).

Krav om journalføring fremkommer i helsepersonelloven (1999, § 39), og dersom pasienten takker nei til kartlegging og hjelp til ernæring etter å ha fått tilstrekkelig informasjon skal dette dokumenteres.

Studie til Johansson et al. (2017) påpeker at måltider er mer enn bare mat. I samme studie fremheves viktigheten av at måltidene bør være individtilpasset og ta utgangspunkt i pasientens behov, smak og preferanser. Meld. St. 15 (2017 – 2018, s. 106) understreker at mat med mer utpreget smak og lukt kan bidra til å bedre næringsinntaket. En individuell ernæringsplan skal utformes for de pasientene som er i risiko for underernæring

(Helsedirektoratet, 2022f), og ifølge pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-1) skal pasienten i størst mulig grad inkluderes i utformingen av tjenestetilbudet. Erfaring fra egen praksis er at pasienten i liten eller ingen grad blir inkludert i utarbeidelsen av ernæringsplan, noe som har resultert i at tiltakene ikke alltid er tilpasset pasienten. Eksempler på dette kan være at pasienten ikke liker det som står oppført eller «mangler» varer som står som tiltak.

Bevissthet rundt pasientens ressurser, og tilpasning for å bevare pasientens uavhengighet ble påpekt i studien til Johansson et al. (2017). I samme studie ble tidlig implementering av tekniske hjelpemidler til personer med demens fremhevet som et supplement for å kunne opprettholde selvstendighet under matlaging. Ifølge Virginia Henderson er det sykepleierens ansvar å bistå pasienten med gjøremål som han/hun selv ikke klarer å utføre (Kristoffersen, 2021, s. 237). Behovet for assistanse til personer med demens vil variere avhengig av type og grad av sykdommen (Rokstad, 2021, s. 99). Noen trenger hjelp til planlegging og/eller gjennomføring av innkjøp, mens andre trenger hjelp til matlaging, og noen trenger påminnelse og tilrettelegging (Næss, 2020, 251). For at pasienten skal kunne få utnytte de ressursene han/hun har vil det være avgjørende at sykepleieren kartlegger hva pasienten trenger av assistanse. Ettersom at denne pasientgruppen vil oppleve økende vanskeligheter med å utføre daglige oppgaver i takt med sykdomsutviklingen (Rokstad, 2021, s. 99), vil det være nødvendig å kontinuerlig evaluere pasientens ressurser. Dette kan være vanskelig å gjennomføre i praksis ettersom at pasientene opplever å få hjelp av mange forskjellige (Næss, 2020, s. 256). I tillegg kan mangel på tid medføre at sykepleieren overtar oppgaver som pasientens ellers ville klart (Holm & Wiik, 2020, s. 58).

Sykepleierne i studien til Meyer et al. (2017) var kritisk til praksisen med å varme opp middag. I studien til Mole et al. (2019) blir det foreslått at det kan lages mat sammen med pasienten to ganger i uken og deretter fryse ned den tilberedte maten. Måten maten serveres på ble trukket frem som betydningsfull (Johansson et al. 2017). I Meld. St. 15 (2017 – 2018, s. 108) blir det påpekt at flere kommuner kun tilbyr ferdigmat til oppvarming. I min erfaring fra hjemmesykepleien, har det vært krav til at alle pasientene må ha mikrobølgeovn derom de skal motta assistanse til middagsvarming. Noen pasienter har uttrykt at maten smaker lite, og ønsker heller at vi skal bistå de med å lage mat fra bunnen av. I Meld. St. 15 (2017 – 2018, s.

106) påpekes det at matens lukt, utseende og smak kan påvirke hvor mye den enkelte spiser.

Aagaard et al. (2017) fremhevet i sin studie, mangel på tid og ressurser som begrensende faktorer for oppfølging av ernæringsstatus. I studien til Meyer et al (2017) påpekes det at medspising kan være et tiltak for aleneboende som spiser lite. Det fremkommer i studien til Johansson et al. (2017) at spiseprosessen trenger oppmerksomhet, og det ble forslått at helsepersonell kunne være til stede under måltidet. Meld. St. 15 (2017 – 2018, s. 108) står det beskrevet at hjemmesykepleietjenesten kan organiseres på en måte som muliggjør at de ansatte kan delta aktivt i måltider, enten ved å spise sammen med pasienten eller ved å være til stede. Basert på egen erfaring er det ofte satt av for liten tid til å sitte med pasienten mens han/hun spiser. For at dette skal være mulig å oppfylle må vedtakstiden til den enkelte pasient økes.

6.0 KONKLUSJON

Hensikten med denne litteraturstudien var å undersøke hvordan sykepleiere kan forebygge underernæring hos hjemmeboende personer med demens. Det er kjent gjennom forskning at denne pasientgruppen er spesielt utsatt for underernæring, og derfor er kontinuerlig vurdering av ernæringsstatus avgjørende. Skriftlige rutiner og god ledelsesforankring er en forutsetning for at ernæringsarbeidet skal prioriteres. Det er også viktig at det blir tatt stilling til hvilket kartleggingsverktøy som skal benyttes, og om dette i tilstrekkelig grad avdekker den reelle risikoen. Regelmessig kartlegging er avgjørende for å oppdage risiko for underernæring i tide. Til tross for at MST er anbefalt av Helsedirektoratet, kan en stille seg spørsmålet om hvorvidt dette verktøyet alene er tilstrekkelig for å avdekke risikoen for underernæring blant personer med demens.

Mangel på kunnskap og rutiner kan medføre at underernæring ikke blir oppdaget eller behandlet. Studier viser at sykepleiere har begrenset med kunnskap om nasjonale retningslinjer og kartleggingsverktøy, og det er behov for bedre opplæring, og implementering av retningslinjer i praksis. Tidspress og mangel på ressurser kan føre til at ernæringsarbeidet ikke blir prioritert i tilstrekkelig grad, til tross for nasjonale retningslinjer på området. Individuelle ernæringsplaner og aktiv bruk av sykepleieprosessen kan bidra til identifisering og god behandling.

Sykepleierne kan stå overfor et dilemma knyttet til balansen mellom nasjonale retningslinjer og hensynet til pasientens ønsker og behov. Ernæringsarbeidet skal være individtilpasset, og tilrettelegges slik at pasienten får ivaretatt egne ressurser. Tidspress og mangel på ressurser kan begrense muligheten for individuell omsorg. Vedtakstiden på oppdragene må økes slik at det blir satt av tilstrekkelig med tid til å utføre ernæringsarbeidet.

Det syntes å være begrenset med forskning på dette området, til tross for at underernæring blant hjemmeboende personer med demens er et utbredt problem. I fremtiden håper jeg at det kan forskes mer på effekten av tiltakene, slik at sykepleierne blir bedre rustet til å igangsette gode tiltak.

Referanser

- Aagaard, H. & Grøndahl, V. A. (2017). Routines in the community nursing services for assessing nutritional status. *Sykepleie forskning*, 2017/12(61219).
<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.61219en>
- Birkeland, A. & Flovik, A. M. (2018). *Sykepleie i hjemmet* (3. utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Bjørk, I. T., Breievne, G. & Skaug, E. -A. (2021). Grunnleggende behov, kropp og velvære. I N. J. Kristoffersen, E. -A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 2: Grunnleggende behov og helse* (4. utg., s. 17 – 41). Gyldendal.
- Brodtkorb, K. (2020). Ernæring, mat og måltider. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 301 – 316). Gyldendal.
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal.
- Engstad, T. (2022). Geriatri. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (3. utg., 549 – 560). Gyldendal.
- Folkehelseinstituttet. (2024, 12. mars). *Lengre liv – flere eldre*.
<https://www.fhi.no/he/folkehelse/artikler/lengre-liv--flere-eldre/>
- Grønseth, R. & Jerpseth, H. (2019). *Bacheloroppgaven I sykepleie: praktiske råd I skriveprosessen*. Fagbokforlaget.
- Helsebiblioteket. (2021, 30. september). *PICO*.
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no>
- Helsebiblioteket. (2021, 17. september). *4.1 Sjekklist*.
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/4.kritisk-vurdering/4.1-sjekklist>

- Helsedirektoratet. (2022a, 14. mars). *Nasjonal faglig retningslinje for forebygging og behandling av underernæring: vurdering av risiko for underernæring.*
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-og-behandling-av-underernaering/vurdering-av-risiko-for-underernaering#for-a-vurdere-risiko-for-underernaering-anbefales-verktoyet-mst-malnutrition-screening-tool-begrunnelse>
- Helsedirektoratet. (2022b, 27. april). *Nasjonal faglig retningslinje demens: om demens.*
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/om-demens>
- Helsedirektoratet. (2022c, 14. mars). *Om underernæring.*
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/underernaering/om-underernaering>
- Helsedirektoratet. (2022d, 3. mai). *Nasjonal faglig retningslinje for demens: ernæring og oral helse ved demens.* <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/ernaering-og-oral-helse-ved-demens#kommunen-skal-vurdere-risiko-for-og-feilernaering-hos-mottakere-av-helse-og-omsorgtjenester-herunder-personer-med-demens-praktisk-informasjon>
- Helsedirektoratet. (2022e, 14. mars). *Nasjonal faglig retningslinje for forebygging og behandling av underernæring: individuell kartlegging.*
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-og-behandling-av-underernaering/individuell-kartlegging#for-personer-i-risiko-for-underernaering-skal-individuell-kartlegging-gjennomfores-praktisk-informasjon>
- Helsedirektoratet. (2022f, 14. mars). *Nasjonal faglig retningslinje for forebygging og behandling av underernæring: tilpasset og tilstrekkelig ernæring.*
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-og-behandling-av-underernaering/tilpasset-og-tilstrekkelig-ernaering#for-personer-i-risiko-for-underernaering-skal-det-utarbeides-en-individuell-ernaeringsplan-for-a-sikre-tilpasset-og-tilstrekkelig-ernaering>
- Helsedirektoratet. (2016, 14. juni). *Nasjonale faglige råd for ernæring, kosthold og måltider i helse- og omsorgstjenesten: vurdering av pasientens ernæringsstatus, tiltak og oppfølging.* <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/ernaering-kosthold-og-maltider-i-helse-og-omsorgstjenesten/god-ernaeringspraksis/vurdering-av-pasientens-ernaeringsstatus-tiltak-og-oppfolging>

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

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

Henriksen, C. (2024, 25. februar). *Underernæring*. Store medisinske leksikon.

<https://sml.snø.no/underernæring>

Holthe, T. & Tretteteig, S. (2017). Kommunikasjon. I S. Tretteteig (Red.), *Demensboka: lærebok for helse- og omsorgspersonell* (2. utg., 259 - 271). Aldring og helse.

Holm, S. & Wiik, H. (2020). *Bo lenger hjemme: nye utfordringer for hjemmetjenesten*. Fagbokforlaget.

Høgskulen på Vestlandet. (u.å.). *Søk etter fagressursar: sykepleie*.

<https://www.hvl.no/bibliotek/sok-etter-fagressursar/?filters=Sjkepleie>

Johansson, L., Björklund, A. Sidenvall, B. & Christensson, L. (2017). Staff views on how to improve mealtimes for elderly people with dementia living at home. *Dementia*, 2017/16(7), 851 – 964. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1177/1471301215619083>

Kristoffersen, N. J., Skaug, E. -A, Steindal, S. A. & Grimsbø, G. H. (2021). Introduksjon til sykepleie som fag og tjeneste. I N. J. Kristoffersen, E. -A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: Fag og profesjon* (4. utg., s. 15 – 28). Gyldendal.

Kristoffersen, N. J. (2021). Sykepleiefagets teoretiske utvikling – en historisk reise. I N. J. Kristoffersen, E. -A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: Fag og profesjon* (4. utg., 225 – 287). Gyldendal.

Major, R. E. & Krogseth, M. (2020). Malnutrition among patients in nursing homes and its association with dementia. *Norsk tidsskrift for ernæring*, 2020/18(1), 14 – 22.

<https://doi.org/10.18261/ntfe.18.1.3>

Meld. St. 15 (2017 – 2018). *Leve hele livet: en kvalitetsreform for eldre*. Helse- og omsorgsdepartement.

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

- Meyer, S. E., Velken, R. & Jensen, L. H. (2017). Vurdering av ernæringsstatus – et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien. *Sykepleie forskning*, 2017/12(61797).
<https://doi.org/10.4220/Sykepleief.2017.61797>
- Mole, L., Kent, B., Hickson, M. & Abbott, R. (2019). 'It's what you do that makes a difference' An interpretative phenomenological analysis of health care professionals and home care workers experiences of nutritional care for people living with dementia at home. *BMC Geriatrics*, 2019/19(2050). <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1270-4>
- Nasjonalt senter for aldring og helse. (u.å.). *Fakta om demens*. Hentet 17. oktober 2024 fra <https://www.aldringoghelse.no/demens/fakta-om-demens/>
- Norsk Sykepleierforbund. (2023). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*.
<https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer-sykepleiere>
- Næss, G. (2020). Sykepleie til eldre i hjemmesykepleien. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 245 – 261). Gyldendal.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Regjeringen. (2018). *Meld. St. 15 (2017 – 2018): leve helse livet – en kvalitetsreform for eldre*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>
- Riksrevisjonen. (2018 – 2019). *Riksrevisjonens undersøkelse av tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen*. <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2018-2019/tilgjengelighetkvaliteteldreomsorgen.pdf>
- Rokstad, A. M. M. (2021). *Se hvem jeg er!: personsentrert omsorg ved demens* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Skaug, E. -A. (2021). Kartlegging, vurdering og dokumentasjon i sykepleie. I N. J. Kristoffersen, E. -A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 2: Grunnleggende behov og helse* (4. utg., s. 43 – 89). Gyldendal.
- Skovdahl, K. (2020). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H.

Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 416 – 441). Gyldendal.

Strand, B. H., Vollrath, M. E. M. T. & Skirbekk, V. F. (2021, 23. Februar). *Demens*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/he/folkehelse/rapporten/ikke-smittsomme/demens/?term=>

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

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

Vedlegg 1: PICO

Population/problem	Phenomenon of Interest	Context
Personer med demens	Underernæring	Hjemmesykepleie

Vedlegg 2: Søkeprosessen

Database Dato		Søkeord og kombinasjoner	Antall treff	Inkludert artikkel
Medline Ovid 12.01. 2024	S1	Dementia	63826	
	S2	Nutrition	293240	
	S3	Malnutrition	20542	
	S4	Nutritional status	55958	
	S5	S2 OR S3 OR S4	369740	
	S6	Home care nursing	470	
	S7	Community care	6067	
	S8	S6 OR S7	6537	
	S9	S1 AND S5 AND S8	3	Staff views on how to improve mealtimes for elderly people with dementia living at home.

Database Dato		Søkeord og kombinasjoner	Antall treff	Inkluderte artikler
SveMed+ 15.01.2024	S1	Underernæring	29	
	S2	Ernæringsstatus	10	
	S3	Ernæringsstilstand	5	
	S4	S1 OR S2 OR S3	44	
	S5	Hjemmesykepleien	44	
	S6	Sykepleie i hjemmet	21	
	S7	S5 OR S6	51	
	S8	S4 AND S7	2	
	S9	Limits: Peer reviewed	2	
				Vurdering av ernæringsstatus – et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien Routines in the community nursing service for assessing nutritional status

Database Dato		Søkeord og kombinasjoner	Antall treff	Inkludert artikkel
Idunn 31. 03.2024	S1	Dementia		
	S2	Malnutrition		
	S3	S1 AND S2		
	S4	Limits: 2014 – 2024 Forskningsartikkel	3	Malnutrition among patients in nursing homes and its association with dementia.

Database Dato		Søkeord og kombinasjoner	Antall treff	Inkluderte artikkel/artikler
Cinahl 15.01.2024	S1	Dementia	46 539	
	S2	Nutritional Status	19 108	
	S3	Malnutrition	12 413	
	S4	Nutrition	30 335	
	S5	Undernutrition	183	
	S6	Nutritional deficiency	8251	
	S7	S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6	57 919	
	S8	Home Health Nursing	7 523	
	S9	Home Health Care	25 969	
	S10	Home Care Nursing	406	
	S11	S8 OR S9 OR S10	32 376	
	S12	S1 AND S7 AND S11	13	
	S13	Limits: 2014 - 2020	11	
	S14	Limits: Peer Reviewed	10	<i>“It’s what you do that makes a difference”</i> An interpretative phenomenological analysis of health care professionals and home care workers experiences of nutritional care for people living with dementia at home.

Vedlegg 3: Litteraturmatrise

Forfatter (årstall)	Artikkelnavn	Hensikt	Utvalg (deltakere i studien)	Metode og datasamling	Resultat
Meyer, S. E., Velken, R. & Jensen, L. H. (2017).	Vurdering av ernæringsstatus – et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien.	Undersøke i hvilken grad hjemmesykepleien imøtekommer nasjonale krav til forebygging og behandling av underernæring, i sitt arbeid med hjemmeboende pasienter.	Sykepleiere fra hjemmesykepleien i to kommuner i Norge ble invitert til å delta i studien. Totalt 19 sykepleiere (75% stilling eller mer) samtykket til å delta.	Kvalitativ studie. Deltakeren var inndelt i 3 grupper, der hver av gruppene møttes fire ganger i løpet av en periode på 6 mnd.	Det kommer frem at ledelsesforankring og valg screeningssverktøy er viktige moment. God kjennskap til pasienten ble fremhevet som vesentlig i arbeidet med ernæringskartlegging. Pasientens autonomi stod sterkt hos deltakeren i studien, men samtidig så de viktigheten av å følge nasjonale anbefalinger. Noen gav uttrykk for at tidspress var årsak til at ernæringskartlegging ikke ble gjennomført, mens andre rapporterte at kartleggingen tok lite ekstra tid.
Major, R. E. & Krogseth, M. (2020).	Malnutrition among patients in nursing homes and its association with dementia.	Ved hjelp av tre screeningsverktøy ønsket de å avdekke forekomsten av underernæring blant pasienter på sykehjem. De ønsket å se i hvilken grad de ulike screeningsverktøyene gav likt resultat, og om alvorlighetsgraden av demens påvirket pasientens ernæringsstatus.	Totalt ble det inkludert 97 pasienter, der ca. 80% av deltakerne var kvinner. De fleste av pasientene hadde en demensdiagnose.	Tverrsnittstudie. Alle målinger ble utført av sykepleiere som kjente pasientene godt, og all data ble deretter rapportert til forskeren gjennom intervjuer med sykepleier. Skjemaene (kartleggingsverktøy for underernæring og demens) ble utfylt under intervjuene.	I studien kommer det frem at forekomsten av underernæring varierte i forhold til hvilket screeningsverktøy som ble brukt og hvordan resultatet ble presentert. Forskjellen var størst mellom MNA og MUST, dersom man delte resultatet inn i to kategorier (normal VS risiko). Risikoen for underernæring øker i høyest tempo ved bruk av MNA. Studien viser at det er en sammenheng mellom graden av demens og ernæringsstatus, men at det er varierer i forhold til hvilket kartleggingsverktøy som blir benyttet.
Johansson, L., Björklund, A., Sidenvall, B. & Christensson, L. (2017).	Staff views on how to improve mealtimes for elderly people with dementia living at home.	Målet med studien var å kartlegge diverse synspunkter fra personelt for å oppnå best mulig ernæringstilbud for hjemmeboende personer med demens.	Ansatte i hjemmesykepleien som jobbet tett på personer med demens, i en kommune i Sverige ble invitert til å delta.	Kvalitativ deskriptiv studie. Studien er basert på fire gruppeintervjuer, der deltakerne fikk mulighet til å utveksle sine synspunkter og erfaringer.	Det kommer frem at det bør være individ tilpasset omsorg, og at den som skal bistå pasienten med ernæring kjenner vedkommende godt. Det blir også vektlagt at pasienten skal få bruke sine resurser i størst mulig grad. Pårørende blir fremhevet som en viktig ressursperson for denne pasientgruppen. Tillit og god kommunikasjon er viktige faktorer i denne samhandlingen.
Aagaard, H. & Grøndahl, V. A. (2017).	Routines in the community nursing services for assessing nutritional status.	Hensikten med studien var å finne ut hvilke rutiner som ble benyttet i	Ledere i hjemmesykepleien i alle Norges kommuner, og et tilfeldig utvalg helsepersonell fra	Kvantitativ tverrsnittstudie. Datainnsamlingen ble gjort på grunnlag av to	4 av 5 i begge gruppene fremhevet at de ønsket økt kompetanse rundt ernæringsarbeidet. Tid, kunnskap og resurser ble trukket frem som viktige årsaker til mangelfull vurdering og oppfølging av ernæringsstatus. Studien avdekker at over 30% av lederne og 60% av helsepersonellet ikke var kjent med Helsedirektoratets

		hjemmesykepleien for å vurdere pasientens ernæringsstatus.	13 kommuner i Norge ble invitert til å delta i studien. Totalt var det 485 deltakere, hvor 273 av de var ledere og 212 var helsepersonell.	ulike strukturerte spørreskjema på henholdsvis 61 og 67 spørsmål.	nasjonale faglige retningslinjer om forebygging og behandling av underernæring. Kun 1 av 5 (i begge gruppene) oppgav at det var vanlig å veie tjenestemottakerne ved oppstart av tjenesten.
Mole, L., Kent, B., Hickson, M. & Abbott, B. (2019).	<i>“It’s what you do that makes a difference”</i> An interpretative phenomenological analysis of health care professionals and home care workers experiences of nutritional care for people living with dementia at home.	Undersøke erfaringer og oppfatninger knyttet til ernæringsarbeidet hos hjemmeboende personer med demens i Sørvest – England.	7 deltakere (allmennlege, sykepleier, sosionom, ergoterapeut, ernæringsfysiolog og to som jobbet i hjemmesykepleien) ble rekruttert til studien der alle hadde flere års erfaring med å jobbe med personer med demens.	Tolkningsfenomenologisk studie (IPA). Semistrukturerte intervjuer. Det ble gjort lydopptak og transkribert ordrett.	Deltakerne i studien anså ernæringspleie som et felles ansvar. Det ble fremhevet fire temaer i studien: omsorgsansvar, forbedret ernæringspleie, praksis begrenset av politikk og pårørende. Mangel på kunnskap og tidspress ble fremhevet som medvirkende faktorer til at arbeidet ikke ble tilstrekkelig prioritert og utført. Alle deltakerne erkjente viktigheten av å forberede ernæringsomsorgen og fremhevet pårørende som en viktig ressurs i dette arbeidet.