

Agata Lange-Sandvik
Tonje Moldskred

Forebyggende ernæringsarbeid i hjemmebasert omsorg.

Antall ord: 8780

Bacheloroppgave i Bachelor i Sykepleie
Veileder: Elin Margrethe Aasen

Mai 2019

Agata Lange-Sandvik
Tonje Moldskred

Forebyggende ernæringsarbeid i hjemmebasert omsorg.

Antall ord: 8780

Bacheloroppgave i Bachelor i Sykepleie
Veileder: Elin Margrethe Aasen
Mai 2019

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Ålesund

Sammendrag

Hensikt: Oppgavens hensikt er å belyse hvordan sykepleiere kan bidra til å forebygge underernæring hos personer med demens, hvorfor det er viktig for helsen deres, og hvordan hjemmebasert omsorg kan øke kvaliteten på ernæringsarbeid.

Metode: Systematisk litteraturstudie.

Resultat: det vises at manglende ernæringsrelaterte ferdigheter og kunnskap er en av de viktige årsakene til underernæring. Tidspress, manglende bruk av kartleggingsverktøy og manglende kompetanse kan føre til at sykepleiere oppdager at bruker er underernært eller står i fare for det. Det finnes mange forskjellige hjelpemidler og ernæringskartleggingsverktøy som kan hjelpe. Holdninger til at ernæringsarbeidet er en viktig del av jobben, er en forutsetning for at dette blir gjort systematisk i praksis. Sykepleier bør ha mulighet til å jobbe tverrfaglig. Det er viktig at sykepleier som jobber i hjemmetjenesten tar vare på brukers integritet slik at de kan opprettholde sine evner og uavhengighet. Det er viktig med god relasjon til personer med demens, derfor er tilstrekkelig bemanning samt at det settes midler og tid til dette arbeidet avgjørende i ernæringsarbeid. En viktig del i daglig livet til personer med demens spiller pårørende som er kunnskapskilder om personen selv, om hans/hennes spisevaner, samt hjelp i hverdagens aktiviteter. Det er viktig at sykepleier inkluderer pårørende, men også se dem og gi dem støtte.

Konklusjon: For at sykepleier skal kunne bidra i forebygging av underernæring hos hjemmeboende personer med demens, må sykepleier og arbeidsplass være faglig oppdatert, ha gode rutiner for ernæringsarbeid, jobbe tverrprofesjonelt, samt samarbeide med personer selv og pårørende.

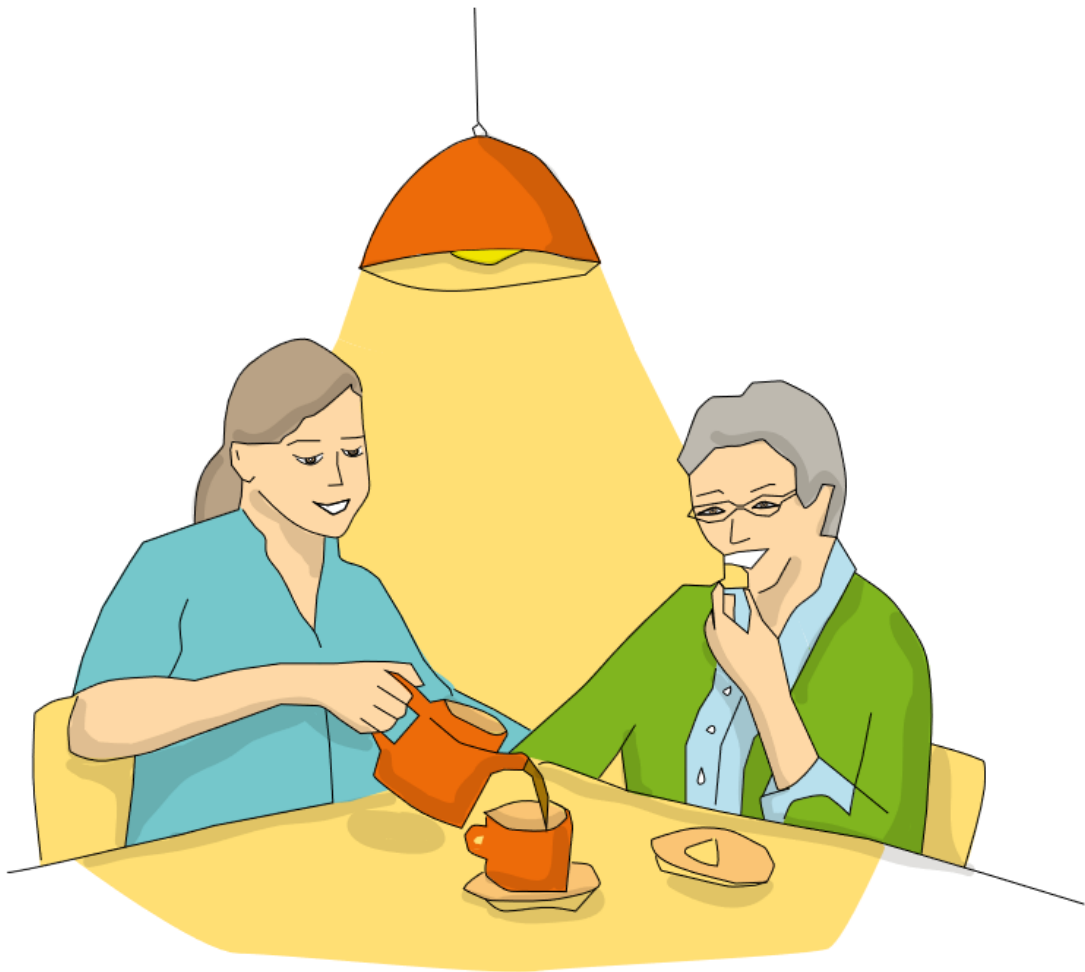
Abstract

Aim: The purpose of the assignment is to illuminate how nurses can help prevent malnutrition for people with dementia, why it is important for their health, and how home-based care can increase the quality of nutritional work.

Method: Systematic literature study.

Result: results show that lack of nutrition related skills and knowledge is one of the major causes of malnutrition. Time pressure, lack of use of mapping tools and lack of competence can cause the nurse to discover that the user is malnourished or in danger of it. There are many different aids and nutrition mapping tools that can help. Attitudes that nutrition work is an important part of the job are a prerequisite for this to be done systematically in practice. Nurses should have the opportunity to work interdisciplinary. It is important that the nurse working in home care takes care of the user's integrity so that he or she can maintain his or her abilities and independence. It is important to have a good relationship with people with dementia, therefore sufficient staffing and the means and time for this work are crucial in nutritional work. An important part of daily life of people with dementia's relatives who are knowledge sources about the person himself, about his / her eating habits, and help in everyday activities. It is important that nurses include relatives, but also see them and support them.

Conclusion: In order for nurses to be able to contribute to the prevention of malnutrition with home- living people with dementia, the nurse and workplace must be academically updated, have good routines for nutritional work, work cross-professionally, and cooperate with the person himself and relatives.



«Vi må få lov til å være hele mennesker – også når vi er syke. Vi må få lov til å føle oss som alle andre. Det er jo der vi hører hjemme.»

(Helse – og omsorgsdepartementet, 2015)

Innhold

| | |
|---|----|
| 1.0 Introduksjon | 10 |
| 1.1 Begrunnelse for valg av tema | 10 |
| 1.1 Oppgavens hensikt og problemstilling | 11 |
| 1.2 Begrepsavklaring | 11 |
| 1.3 Oppbygging | 12 |
| 2.0 Teorigrunnlag | 13 |
| 2.1 Sykepleiefaglig tilnærming | 13 |
| 2.2 Ernæring hos personer med demens..... | 14 |
| 2.3 Autonomi og medbestemmelse | 15 |
| 2.4 Tverrprofesjonelt samarbeid | 16 |
| 2.5 Familie og pårørende | 16 |
| 3.0 Metode | 17 |
| 3.1 Litteraturstudie | 17 |
| 3.2 Datasamling | 17 |
| 3.2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier..... | 18 |
| 3.2.2 Søkeprosess/søkestrategi | 18 |
| 3.2.3 Kvalitetsvurdering..... | 18 |
| 3.2.4 Ethiske hensyn..... | 18 |
| 4.0 Analyse | 20 |
| 5.0 Resultat | 21 |
| 5.1 Individuell tilnærming | 21 |
| 5.1.1 Individuelle faktorer | 21 |
| 5.1.2 Kartleggingsverktøy | 21 |
| 5.1.3 Familie og venner | 22 |
| 5.1.4 Brukernes egne ressurser | 22 |
| 5.1.5 Personsentrert sykepleie..... | 22 |
| 5.2 Personalets kunnskap og utfordringer | 23 |
| 5.2.1 Kunnskapsnivå | 23 |
| 5.2.2 Tidspress | 23 |
| 5.3 Miljø og samspising | 23 |
| 6.0 Diskusjon | 25 |
| 6.1 Metodediskusjon | 25 |
| 6.2 Resultatdiskusjon | 26 |
| 6.2.1 Sykepleiefaglig tilnærming | 26 |
| 6.2.1 Ernæringsrelaterte utfordringer hos personer med demens | 26 |

| | |
|---|-----------|
| 6.2.2 Ernæringsrelatert kunnskap og utfordringer for sykepleier | 28 |
| 6.2.3 Hvordan ivareta autonomien og selvstendigheten til personen med demens? | 30 |
| 6.2.4 Verdien av samhandlingsreformen og tverrprofesjonelt samarbeid | 31 |
| 6.2.5 Pårørende og deres verdi for personen med demens | 32 |
| 7.0 Konklusjon | 33 |
| Litteraturliste | 34 |

Vedlegg 1: PIO- skjema

Vedlegg 2: Søkehistorikk- oversikt over søkeprosess i de forskjellige databasene

Vedlegg 3: Litteraturmatriser (8 stk.)

1.0 Introduksjon

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Det er i dag ca. 71 000 personer i Norge som har en demenssykdom. I tillegg til dette er det rundt 25 000 – 30 000 eldre personer som har hukommelsesvansker eller andre sykdommer som kan lede til demens. Risikoen for demenssykdom øker med stigende alder. Forekomsten av demens i aldersgruppen 65 – 69 år er 0,9 % og stiger opp til 40 % i aldersgruppe 90 år og oppover, og denne befolkningsgruppen kommer til å øke kraftig fra rundt år 2020. Det betyr at dersom forekomsten av demens holder seg på dagens nivå vil antall personer som har demens i år 2040 nesten være fordoblet (Skovdahl & Berentsen, 2014).

Å få diagnosen demens kan for mange oppleves som at det oppstår et følelsesmessig kaos innvendig, en stor endring i helsen, uten at det blir synlig på utsiden. Usikkerhet kan oppstå og følelsen av trygghet kan opphøre. Mange, både de som har fått demens og deres nærmeste, opplever at god informasjon og støtte i fasen like etter diagnosen er stilt er til stor hjelp (Helse – og omsorgsdepartementet, 2015). Reformen «Leve hele livet» (Helse- og omsorgsdepartement, 2017-108) skal føre til at personer med demens får god hjelp når de har behov for det. Den skal også føre til at pårørende kan bidra uten at å bli utslitt og at ansatte kan praktisere sin kompetanse i tjenestene. Meldingens hovedfokus er å skape et mer aldersvennlig Norge som skal bidra til at hjemmeboende personer med demens får leve mest mulig selvstendig hjemme – lengre.

Ifølge Helsedirektoratet (2017) kan personer med demens være særlig utsatt for under- og/eller feilernæring. De ulike ernæringsutfordringene knyttet til demens er sammensatte. Vanlige ernæringsutfordringer kan være redusert kapasitet/evne til å handle og lage mat på egenhånd, redusert beslutningsevne, endringer i lukt- og smakssanser, svelgproblematikk, reduserte spiseferdigheter, dårlig tannhelse, redusert appetitt eller redusert evne til å gjenkjenne matvarer. Andre faktorer som gjelder eldre personer generelt, er redusert tørsthetsfølelse og redusert eliminasjon fra mage-tarmsystemet. Birkeland og Flovik (2018) skriver at brukere med demens er en gruppe som krever betydelig innsats fra helse – og omsorgstjenesten. Om lag to tredeler av dem som har en demenssykdom, bor hjemme. Da samhandlingsreformen kom i 2012 var det mye å forandre og forbedre i helsevesenet. Ifølge Helsedirektoratet (2018) er dens mål å bedre folkehelsen og omsorgstjenester på en bærekraftig måte. Dette ved å behandle tidligere, forebygge mer, samhandle bedre, samt sikre mer individuelt tilpassede helse- og omsorgstjenester; nærmest mulig der de bor. «*Den faglige utviklingen i helse- og omsorgstjenesten skal gå mer i retning av å gi bistand som fremmer selvstendighet, aktivitet og egenmestring.*» Innsatsen skal i større grad rettes mot å bremse en funksjonsreduksjon eller øke funksjonsnivået (Birkeland og Flovik, 2018).

1.1 Oppgavens hensikt og problemstilling

Hensikten med denne oppgaven er å belyse ernæringsproblematikk hos personer med demens, utfordringene det gir sykepleiere i hjemmebasert omsorg, og hvordan sykepleiere kan bidra til å forebygge det. Temaet er tidsriktig, dagsaktuelt og det er i stor grad viktig for menneskers helse og livskvalitet. Dersom praksisen optimaliseres, kan det medføre økt livskvalitet og livsmestring hos flere hjemmeboende personer med demens. Med utgangspunkt i hensikten ble problemstillingen: «*Hvordan kan sykepleiere bidra til å forebygge underernæring hos eldre personer med demens i hjemmebasert omsorg?*»

1.2 Begrepsavklaring

Forebygging: tar utgangspunkt i å identifisere potensielle og reelle problemer. Generelt er helsefremming og forebygging rettet både mot friske mennesker og mot personer som er spesielt utsatt for komplikasjoner av ulike årsaker (Kristoffersen et al., 2014).

Underernæring: kan defineres som en ernærings situasjon der mangel på energi, protein og/eller andre næringsstoffer kan forårsake en målbar ugunstig effekt på kroppssammensetning og funksjon, samt klinisk resultat. Underernæring øker risikoen for komplikasjoner, reduserer motstanden mot infeksjoner, forverrer fysisk og mental funksjon, forsinker rekonvalesensen, gir økt bruk av ressurser, økt liggetid, redusert livskvalitet og medfører økt dødelighet (Sortland, Gjerlaug & Harviken, 2013).

Demens: Ifølge Rokstad (2014) er demens et klinisk symptombilde som karakteriseres ved en gradvis forverring av kognitiv og praktisk svikt samt økende forekomst av nevropsykiatriske symptomer.

Hjemmebasert omsorg: er helsehjelp og omsorg som utøves mellom det daglige livet i hjemmet og offentlig tjenesteyting. Det utøves på brukers arena, med utgangspunkt i brukers, samt pårørendes, ønsker og behov. Tilbudet hjemmebasert omsorg er helt avgjørende for at brukerne får sikret at de får ivaretatt sine grunnleggende behov når evnene til å gjøre det selv svikter (Birkeland & Flovik, 2018).

1.3 Oppbygging

Oppgaven har en innholdsfortegnelse med kapitler og delkapitler for en oversiktlig leseropplevelse. I kapittel én presenteres problemstilling med hensikt og begrepsavklaring. Kapittel to tar for seg relevant teori for å belyse oppgavens problemstilling. I kapittel tre gjøres det rede for metoden med datasamling, inklusjons- og eksklusjonskriterier, søkehistorikk, kvalitetsvurdering og etiske hensyn. I kapittel fire vises funnene fra artiklene via de fire trinnene i Evans metode, og i kapittel fem presenteres resultatene i tre underkapitler. I kapittel seks diskuteres funnene med relevant teori, og konkluderes i kapittel sju.

2.0 Teorigrunnlag

I teorigrunnlaget presenterer vi relevant teori for å belyse oppgavens problemstilling. Først presenteres sykepleiefaglig tilnærming, som er gjennomgående viktig i teoridelen. Der vektlegges personsentrert sykepleieteori og Virginia Hendersons sykepleieteori. Deretter presenteres ernæringsproblematikk hos personer med demens, autonomi, medbestemmelse og etisk grunnlag, tverrprofesjonelt samarbeid, familie og pårørende.

2.1 Sykepleiefaglig tilnærming

Ifølge Skovdahl og Berentsen (2014) er den personsentrerte demensomsorgen bygget opp rundt grunnleggende sosialpsykologiske behov som identitet, sosial inkludering, tilknytning, bekreftelse, trøst og kjærlighet. Ifølge den britiske sosialpsykologen Tom Kitwood (Rokstad & Røsvik, 2018) skal personsentrert demensomsorg sørge for å bekrefte personens opplevelse av personverd. Personverd er den status eller verdi vi gir hverandre som mennesker i gjensidige relasjoner basert på gjenkjenning, respekt og tillit. Personverd kan blant annet bli bekreftet gjennom inkludering i et sosialt fellesskap, anerkjennelse av hverandre som unike individer ved ekte og åpen kommunikasjon, samt en aksepterende holdning til de ulike valgene vi gjør som mennesker. Det er også en mulighet for å undergrave en annens personverd ved å ignorere, avbryte, umyndiggjøre og stigmatisere vedkommende. Personer med demens er særlig utsatt for å oppleve en degradering av personverd på grunn av kognitiv svikt, endret funksjonsnivå og utfordringer i livet. Målet med personsentrert omsorg er at brukerne først og fremst skal oppleve å bli møtt som en unik person, ikke som et sykdomstilfelle. Relasjonen mellom helse- og omsorgsarbeidere og personen med demens skal baseres på gjensidighet og likeverd. Det kan forebygge og lindre fortvilelse, tilbaketrekking og opplevelsen av tap. Ved å søke å forstå atferd som kommunikasjon skal agitasjon, uro og apati kunne forebygges og behandles (Rokstad & Røsvik, 2018).

Virginia Henderson sier (i sin sykepleieteori om grunnleggende sykepleie) at *«sykepleierens særegne funksjon er å hjelpe personen, syk eller frisk, i utførelsen av de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse (eller til en fredfull død), noe han ville gjort uten hjelp om han hadde hatt tilstrekkelige krefter, kunnskaper og vilje, og å gjøre dette på en slik måte at personen gjenvinner uavhengighet så fort som mulig.»* (Kirkevold, 2001). Tyngdepunktet i Hendersons sykepleietenkning ligger i beskrivelsen av sykepleierens ansvarsområde eller rolle. Ifølge hennes sykepleiedefinisjon er sykepleierens rolle å hjelpe eller assistere personer med å utføre gjøremål som de ville ha utført uten hjelp hvis de hadde hatt tilstrekkelige ressurser selv (Kristoffersen, 2011).

2.2 Ernæring hos personer med demens

Eldre er en svært sammensatt gruppe. Mange har regelmessig og godt sammensatt kosthold, mens andre spiser for lite eller for dårlig. Da blir det ekstra viktig at den maten de spiser er rik på næringsstoffer slik at de ikke utvikler mangelsykdommer (Sjøen & Thoresen, 2012). Normale aldersforandringer, funksjonssvikt og sykdom kan hver for seg eller sammen begrense den gamles evne og lyst til å spise tilstrekkelig og riktig sammensatt kost.

| Ernæringsbehov (energiinntak per kilo ønskelig kroppsvekt) | Korrigert energibehov |
|---|--|
| - Basalt behov: 22 kcal/kg - Sengeliggende = basalt behov + 30 % = 29 kcal/kg -Oppegående = basalt behov + 50 % = 33 kcal/kg -Oppbyggingsfase = 44 kcal/kg | Dersom pasienten er >70 år: - 10 % Dersom pasienten er mager: + 10 % Med feber for hver grad > 37 C + 10 % |

Tilstrekkelig næringsinntak hos eldre (Norum & Pedersen i Brodtkorb, 2008).

Demens og ernæring er et av de største problemene hos eldre. Dette omhandler helseutfordringer og psykiske utfordringer som kan ha innvirkning på deres ernæringsstatus. Brukere som lider av flere sykdommer, har munn- og tannproblemer eller bruker flere legemidler kan ha redusert opplevelse av sult og tørst. Sosial isolering, depresjon og kognitiv svikt kan også være underliggende risikofaktorer for underernæring (Birkeland & Flovik, 2018). Konsekvenser på underernæring er redusert muskelmasse og generell svekkelse, nedsatt immunforsvar og økt infeksjonsfare. Underernæring gir også lavere toleranse for operativ behandling med økt komplikasjonsfare og forsinket sårheling postoperativ (Brodtkorb, 2014).

Ernæringsstatus og helse henger nøye sammen. Optimal ernæringsstatus fremmer vekst og utvikling, bidrar til å opprettholde god helse og daglige aktiviteter og beskytter kroppen mot sykdom og skader (Brodtkorb, 2014). Det er grunn til å tro at mange personer med demens får for lite fysisk aktivitet. Jo eldre vi blir, desto raskere forfaller kroppen. Lite mosjon fører lett til ødemer(væskesamling) i bena. Driker brukere i tillegg lite, kan urinveisinfeksjon bli resultatet. Ferry (2005) i Brodtkorb (2014) skriver at friske, spreke og aktive eldre anbefales å drikke ca.1,5 liter væske per dag. Minimalt inntak er på 0,7-0,8 liter per dag, som for mange er svært urealistisk. Slapphet øker faren for fall. Er kroppen i dårlig fysisk forfatning, virker dette inn på vår psykiske og mentale tilstand. Resultatet kan bli at bruker i tillegg blir konfus (Solheim, 2009).

Ifølge Birkeland og Flovik (2018) skal alle brukere som får hjelp fra hjemmesykepleie, vurderes for ernæringsmessig risiko. I enhver vurdering eller datasamling, med første eller en løpende vurdering av brukeren, skal en finne ut om vedkommende får i seg nok

mat, og om maten har et tilfredsstillende næringsinnhold. En vurdering av ernæringsstatus skal inneholde: måling av høyde, vekt og utregning av kroppsmasseindeks (KMI), eventuelt vekttap siste måned eller siste år, og hvor stort vekttapet har vært (antall kg), eventuelle problemer med tenner, munn og svelg, kvalme, smerte, oppkast, forstoppelse og diarè, evne til å spise. Det finnes mange forskjellige kartleggings skjemaer og instrumenter som kan brukes. Mest kjent og som er enklest å bruke til mennesker på 65 år og oppover er MNA - Mini Nutritional Assessment. Kartlegging og utredning av brukers funksjonsevne bør foregå i dens eget hjem. Dette må være et kontinuerlig prosess som også fanger opp endringene etter hvert som sykdommen utvikler seg (Fjærtøft, 2012).

2.3 Autonomi og medbestemmelse

I alle faser av et demensforløp kreves etisk bevissthet og refleksjon hos den som skal være hjelperen. Det er viktig å ha kunnskap om lovverket og om hva som er tillat ifølge loven. Helsepersonell bør integrere etiske vurderinger i sin fagutøvelse, både gjennom de handlingene som velges, og gjennom måten de valgte å utøve handlingene på (Rokstad, 2008). Sykepleier vil ifølge Slettebø (2014) møte etiske problemstillinger og utfordringer i sitt daglige virke blant eldre brukere i hjemmebasert omsorg. Problemstillinger som kan oppstå er bruk av tvangstiltak og samtykkeproblemer, igangsetting og avslutning av behandling og hvordan god pleiekvalitet til brukerne kan ivaretas når ressursene er begrenset.

Evnen til å ta avgjørelser på egne vegne og samtidig opprettholde autonomi og selvråderett utfordres etterhvert i høy grad hos personer som utvikler en demenssykdom. De fleste vil hevde at evnen til å ta autonome valg forutsetter blant annet evne til å kommunisere relativt konsistente og stabile valg, evne til å forstå avgjørende informasjon om hva valget innebærer, konsekvensene av alternative valg (Rokstad, 2008). Johnsen og Smebye (2008) sier at et særskilt problem i helsetjenesten, og ikke minst innen demensomsorgen, er at en del brukere på grunn av sin sykdom har redusert evne til selvbestemmelse/autonomi. Pasientrettighetsloven opererer derfor med et skille mellom brukerne med samtykkekompetanse, og brukerne uten. Reglene om dette er nedfelt i loven §4-3 Lov om pasient – og brukerrettigheter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018) at *«samtykkekompetanse kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter»*. Det vil si at samtykkekompetanse kan falle bort for personer med demens i gitte situasjoner. Dette særlig dersom evnen til å forstå informasjon som er relevant for beslutningen om helsehjelp; evnen til å anerkjenne informasjonen om sin egen situasjon, spesielt i forhold til egen lidelse og mulige konsekvenser av de ulike behandlingsalternativene; evnen til å resonnerer med relevant informasjon i en avveining av de ulike behandlingsalternativene opphører (Kirkevold, 2018). Det er først når brukeren åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket innebærer at samtykkekompetansen bortfaller. Som det står i lovens § 4-3, kan samtykkekompetansen bortfalle helt eller delvis. Ifølge Helsedirektoratet (2019) står det i § 1-1 at et av lovens formål er å: *«forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne»*. Videre i § 9-4

(Helsedirektoratet, 2019) om krav til forebygging kommer det frem at «kommunen plikter å sørge for at forholdene legges til rette for minst mulig bruk av tvang og makt».

2.4 Tverrprofesjonelt samarbeid

I «Nasjonal faglig retningslinje om demens» (Helsedirektoratet, 2017) anbefales det at kommunene organiserer deler av tjenestene som tverrfaglige team eller med en koordinator. Ifølge GjØra og Michelet (2018) ble demens-/hukommelsesteam ofte opprettet primært for å bistå fastlegene og fagpersoner i utredning av eldre med symptomer på demens. Helsepersonell har et selvstendig ansvar for å observere, vurdere og iverksette tiltak innen ernæringsarbeid, men det er ofte nødvendig å samarbeide tverrfaglig i møte med personen som er underernært eller som står i risiko for det (Birkeland & Flovik, 2018). Brodtkorb (2014) skriver at personer med ernæringsproblemer eller vekttap med redusert KMI må jevnlig diskuteres med legen, som særlig har ansvaret for å utrede de medisinske årsakene og konsekvensene av ernæringssvikt. Ernæringsfysiologer har spesiell kompetanse til å kartlegge ernæringsstatus og vurdere individuelle ernæringsbehov. Logoped kan konsulteres når det dreier seg om tygge- og svelgeproblemer, og tannlege eller tannpleier ved munn- og tannproblemer. I forbindelse med lammelser og andre motoriske vanskeligheter kan ergoterapeut eller fysioterapeut være aktuelt. Et godt tilbud er dagsenter, for mange innebærer dagopphold utenfor hjemmet en mulighet for å spise sammen med andre. I tillegg til at måltidene for mange blir verdifulle i form av sosialt samvær, har måltidene betydning rent ernæringsmessig (Helsedirektoratet, 2012).

2.5 Familie og pårørende

Når livet tar en uventet eller kritisk vending blir nære relasjoner ifølge Helse- og omsorgsdepartementet (2015) ofte viktigere enn før, og flere personer med demens bekymrer seg for at de er til belastning for sine pårørende. Smebye (2008) skriver at å ha omsorg for et familiemedlem med demens kan være en meningsfull og givende oppgave, samtidig som det også kan være fysisk og mentalt krevende. Mange pårørende ønsker å påta seg omsorgsoppgaver, andre opplever det mer som en plikt eller en selvfølge. Solheim (2009) skriver at å være pårørende til en aldersdement kan oppleves som en begravelse uten slutt, eller som om man skal forholde seg til en levende død. Jo nærmere man står personen med demens som hjelper, jo sterkere følelser kan utvikles – på godt og vondt. Det er ikke uvanlig å se at det oppstår til dels alvorlige konflikter mellom de pårørende.

3.0 Metode

3.1 Litteraturstudie

Dette er en litterær oppgave basert på eksisterende kunnskap hvor fremgangsmetode beskrives, og valg av litteratur redegjøres (Dalland, 2012). Det benyttes prinsipper fra systematisk litteraturstudie som metode. En litteraturstudie skal ta utgangspunkt i systematiske søk hvor man skal finne artikler som er av god kvalitet og som tydelig kan svare på problemstilling og hensikt ved å identifisere, vurdere, velge og analysere relevant forskning (Forsberg & Wengström, 2015). Problemområdet er hvordan sykepleiere kan bidra til å forebygge underernæring hos eldre personer med demens i hjemmebasert omsorg. Det ble fokusert på aktuell forskning innen dette området.

3.2 Datasamling

Søkeprosessen startet like etter at temaet var bestemt. Prosjektplan ble levert i desember, og etter tilbakemelding ble perspektivet og problemstillingen endret til pasientperspektiv. Ny søkeprosess startet, og det ble raskt bestemt at oppgaven likevel skulle være i sykepleieperspektiv, etter siste byttet har perspektivet vært låst mens problemstilling har blitt endret flere ganger. Ved funn av artikler ble abstraktene lest først, dersom de var relevante ble hele artiklene lest.

Det er brukt ulike databaser i oppgaven og søkeordene er basert på problemstillingen. Først ble det søkt i databasene; Sykepleien Forskning og Svemed+, i forsøk på å finne relevante artikler på norsk eller svensk. Det viste seg å være et for smalt felt. Derfor ble databasene Cinahl Complete og Medline Ovid tatt i bruk. Søkeordene ble ført opp i PIO-skjema(se: Vedlegg 1) og kombinert med AND og OR. I Cinahl Complete ble funksjonen som finner synonymord brukt. Søk i de ulike databasene resulterte i mange artikler, men de fleste var ikke relevant til problemstillingen på grunn av feil perspektiv eller at de handlet om pasienter som bor på institusjon. Til slutt sto det igjen 8 artikler som ble tatt videre til kvalitetsvurdering (Forsberg & Wengström,2015). Treff, søkeord, leste abstrakter og inkluderte artikler fra databasene er presentert i en tabell (se: Vedlegg 2).

3.2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

For å kunne finne relevante artikler måtte rammer settes for hva som skulle inkluderes og ekskluderes. De inkluderte artiklene handler om hjemmeboende personer med demens, personer med demens i risiko for undernæring og personer med demens som mottar bistand fra hjemmebasert omsorg. Kriteriene til artiklene var: sykepleieperspektiv, fagfelleurdert, god kvalitet og etisk godkjenning. Det ble grense satt med engelsk og norsk, og aldersgruppe på 65+. Geografisk ble Europa, Canada, USA, Australia og New Zealand inkludert. Artikler som ble ekskludert fra litteraturstudien var blant annet de som hadde feil perspektiv og som var eldre enn 10 år, det vi si alle som var publisert før år 2008.

3.2.2 Søkeprosess/søkestrategi

Før den faktiske søkeprosessen startet ble det gjennomført ustrukturerte test-søk i ulike aktuelle databaser, for å forsikre at det fantes relevant forskning. Flere databaser benytter seg av MeSh-ord og ved å benytte seg av disse vil man lettere finne frem til relevant litteratur (Forsberg og Wengström, 2015). En målrettet søkestrategi kom godt med, og aktuelle nøkkelord og begrep som ble lagt inn i et PIO-skjema. PICO står for «patient/ population», «intervention», «control» og «outcome». Oversatt til norsk står PICO for hvem, hva, kontrollgruppe, og utfall og resultat. PIO egner seg bedre for kvalitative problemstillinger enn PICO, og står for det samme som PICO uten C. Det innebærer hva som skal oppnås, forbedres og påvirkes (Forsberg & Wengström, 2015).

3.2.3 Kvalitetsvurdering

Etter alle relevante artikler var funnet, begynte arbeidet med dem. Artiklene i oppgaven er kvalitetssjekket, de var markert som nivå 1 eller 2 og har vært publisert i fagfelleurdert tidsskrift NSD («Publiseringskanaler | NSD - Norsk senter for forskningsdata», 2019) i løpet av siste 10 årene. Vi fant 4 kvalitative artikler, 1 kvantitativ, 1 som var begge og 1 som var tverrsnitt – undersøkelsesdesign. I tillegg er alle artiklene bygd opp i IMRaD struktur, som er den vanligste oppbygningen av vitenskapelige artikler og gjør dem lettere å lese.

3.2.4 Etske hensyn

Hjemmet er ikke bare stedet vi bor, det symboliserer også trygghet, selvstendighet og individualitet (Fjørtoft, 2016). Etske hensyn er viktige i denne oppgaven siden arena for

forskning er i hjemmet til personene med demens. Ifølge Forsberg og Wengström (2015) er det krav om etisk gjennomgang i vitenskapelig forskning. 7 av forskningsartiklene i denne oppgaven er etisk godkjent av komité og har etiske vurderinger. I den siste artikkelen var etisk godkjenning ikke nødvendig for studien. Ifølge Forsberg og Wengström (2015) er god etikk et viktig aspekt i all vitenskapelig forskning. Interessen for å skaffe seg ny kunnskap bør alltid ha krav om å beskytte de personer som deltar i undersøkelsene. Før studiet er påbegynt, må det søkes om etisk tillatelse til lokale eller regionale etiske komiteer for hvert forskningsprosjekt. Videre må forskeren være forsiktig i sine konklusjoner og lage en valgfri rapport av resultatene. Et krav til alle vitenskapelige studier er at etisk overvåking er gjort.

4.0 Analyse

I vitenskapelig analysearbeid deles det undersøkte stoffet i mindre deler og undersøkes hver for seg. Deretter settes delene sammen til en helhet (Forsberg & Wengström, 2015). I denne analysen er det benyttet Evans (2002) som analyseprosess, den foregår via fire trinn. I trinn én samles forskningsartiklene inn, i trinn to undersøkes nøkkelfunn fra hver enkelt artikkel, i trinn tre finnes tema på tvers av artiklene, og i trinn fire utvikles en helhetlig beskrivelse av de utarbeidede temaene.

I trinn én ble forskningsartikler innhentet via tre ulike databaser. Artiklene ble så kvalitetsvurdert, hvor flere ble ekskludert på grunn av dårlig kvalitet eller manglende relevans til gjeldende problemstilling. Når dette arbeidet var unnagjort resulterte det i ni artikler. Prosessene fra trinn én står beskrevet i en tabell med søkehistorikk under kapittelet «datasamling».

I trinn to ble hver enkelt artikkel ble nøye gjennomgått og nummerert, samt laget matrise til. Det ble notert følgende nøkkelord/tema: Individuell tilnærming, kartleggingsverktøy, personalets rolle og kunnskap, familie og venner, brukers egne ressurser, og risikofaktorer. De nevnte nøkkelordene beskrev sykepleiers utfordring ved personer med demens sin ernæringsstatus og er med på å skape en løsning av problemstillingen.

I trinn 3 ble nøkkelordene så sett på tvers av artiklene og gitt en spesifikk farge per tema, temaene ble så markert med lik farge per artikkel for å skape en oversikt over temaene. Dette viste at samme tema gikk igjen i flere artikler. Hovedfunn fra artiklene er viktigheten med individuell tilnærming, kartleggingsverktøyets effekt, miljøpåvirkning ved måltid og personalets kunnskapsnivå for ernæringsarbeid.

I trinn 4 ble de gjennomgående temaene som ble utarbeidet fra artiklene brukt som delkapitler i resultatdelen i bacheloroppgaven. Under delkapitlene presenteres temaene fra artiklene samlet med funn og sitater fra de ulike artiklene. Delkapitlene er følgende: Individuell tilnærming, personalets kunnskap og utfordringer, og miljø og samspising.

5.0 Resultat

Ifølge Forsberg og Wengström (2015) er resultatdelen sentral; det er viktig at resultatene er korrekt og oversiktlig beskrevet. I tillegg bør resultatdelen være logisk oppbygget slik at leser kan henge med på skrivers tankegang. I denne bacheloroppgaven ønskes det å belyse sykepleiers rolle i forebygging av underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens. For å kunne svare på problemstilling ble det sammenlignet funn fra åtte forskningsartikler av både kvantitativ og kvalitativ tilnærming. Funnene fra artiklene ble til kapitler som beskriver de forskjellige artiklene på tvers.

5.1 Individuell tilnærming

5.1.1 Individuelle faktorer

I flere studier kommer det frem at individuelle faktorer er viktig. Funn i studien til Johansson et al. (2017) inkluderte viktigheten med familiære og kjente måltider for personen med demens, og at det for sykepleiere er viktig å kjenne brukers måltidsrutiner for å innfri dette. Funn fra studiene til (Nell et al.,2016; Lea et al.,2017) påpeker individuelle appetittfaktorer for den enkelte bruker. Det innebar presentasjon av maten, smak, lukt, variasjon og kulturelle behov. Funn viser at hos personer med demens har vekttap og underernæring en kobling med dens appetitt og tygge- og svelgutfordringer.

5.1.2 Kartleggingsverktøy

Kartleggingsverktøy må integreres i organisasjonen, ifølge de intervjuede sykepleierne i studien til Meyer et al. (2017). De nevner viktigheten med å ha et ernæringsverktøy for å styrke sykepleiers observasjoner og samhandling med brukeren, samt å ha et bestemt ernæringsverktøy for å sikre ernæringskartlegging som rutine. I studien til Mole et al. (2017) kommer det frem at de fleste studiene som ble undersøkt brukte «Mini Nutritional Assessment» som ernæringsverktøy og at det verktøyet er særlig treffende for personer med demens på grunn av fokuset på spørsmål om nevrofysiologiske problemer. I studien til Beattie et al. (2012) vurderte de fleste av personalet ernæringsstatus via vekttap, noen via svelgvanskeligheter, andre via væsketilførsel og eliminasjon, og noen få via tygge vanskeligheter, antall måltider inntatt, konsistens på maten, kaloriinntak, hudkvalitet, munnsmerter og funksjonsnivå.

5.1.3 Familie og venner

Ifølge Johansson et al. (2017) spiller partnere en viktig rolle for personer med demens. Deltakerne beskrev samtidig at partneren ikke bare er en ressurs for personen med demens, men også noen som kan trenge støtte selv. Deltakere beskrev hvordan matlagingskurs kan være en måte å støtte partnere på, slik at de i tillegg til å lære å lage mat kan møte andre i samme situasjon. Lea et al. (2017) skriver at en annen interessant løsning for personer med demens var deltakelse i en ukentlig frokostklubb, hvor de ansatte kan spise sammen med brukerne og deres familier. I studien til Watkinson-Powell et al. (2014) forteller studiedeltakere at familiemedlem ofte kjøpte mat uten å konsultere med den de handler til. Det beskrives at de ikke tenker på at smaken kan endres med alderen. De pleier også å kjøpe de samme tingene hver uke, noe som resulterer i et lite variert kosthold.

5.1.4 Brukernes egne ressurser

Studiedeltakere i studien til Johansson et al. (2017) beskrev at tiltak som skal iverksettes for en forbedret hverdag til personen med demens skal individualiseres, basert på spesifikke behov, og utøves på en måte som bevarer personens uavhengighet. Kunnskap om dette kan medføre forslag til bistand, som personen selv skal bestemme seg for å akseptere eller ikke. Bistanden skulle sikre en mulighet for individet å forbli uavhengig. Deltakere fortalte at under matlaging kunne personal gi instruksjoner og sørge for at det var forsvarlig, uten å overkjøre personens ressurser.

5.1.5 Personsentrert sykepleie

Funn fra studien til Johansson et al. (2017) indikerer at det er av stor betydning å bruke en personsentrert tilnærming og møte de individuelle behovene når man støtter dem med hensyn til måltider i hjemmebasert omsorg. For personer med demens var det viktig at kunne ta sine egne beslutninger. Personsentrert omsorg innebærer ifølge studien til Meyer et al. (2017) at sykepleieren har kjennskap til personens verdier og livshistorie, viser engasjement og oppmerksomhet og involverer personen i beslutninger om fysisk og psykisk omsorg. Det må innebære en forståelse for at brukerne kan vurdere sin funksjonsevne annerledes enn helsepersonellet.

5.2 Personalets kunnskap og utfordringer

5.2.1 Kunnskapsnivå

Av både ledere og helsepersonell var det ifølge studien til Aagard et al. (2017) få som synes den andre hadde «svært godt» fokus på hvordan de vurderte betydningen av ernæringskartlegging. Det var likedan med oppfølgingen av brukers ernæringstilstand; få helsepersonell og ledere vurderte hverandre til «svært gode» i oppfølgingsarbeidet. De største utfordringene i ernæringsarbeid var ifølge lederne i studien; kunnskap, tid og ressurser – i den rekkefølgen. Helsepersonell svarte det samme men i rekkefølgen: tid, kunnskap og ressurser. I studien til Johansson et al. (2017) ytret noen av studiedeltakerne at ernæringsarbeid hos demente med fordel kan utføres av helsepersonell med særlig kunnskap om demenssykdom. Dersom sykepleiere har kunnskap sammen med genuin interesse for personer med demens kan det styrke evnen til å løse utfordringene til den enkelte. Det vises i studiene til (Beattie et al.,2012; Watkinson – Powell et al.,2014) at personalet mangler ernæringsrelatert kunnskap. Resultat fra kunnskapstest viste at helsepersonellet hadde varierende kunnskap om ulike ernæringsrelaterte spørsmål. Og det kom frem at blant helsepersonellet hadde sykepleiere betydelig mer kunnskap blant yrkestitlene.

5.2.2 Tidspress

I følge Watkinson – Powell et al. (2014) er tidspress den største utfordringen. Tiden er ofte er begrenset til 15-30 minutter for ernæringsarbeid. Særlig hos demente brukere trengs det ofte ekstra bistand ved måltid da de kan glemme å spise. Studiedeltakerne uttrykte at de kjenner brukerne og at de ser viktigheten i å ha en relasjon og et forhold til brukerne. Personalet var videre frustrert over tidspresset som tar fra de muligheten til å være sosial med bruker under måltid. Det kommer også frem i studien at tidspresset fører til ferdigretter som varmes i mikrobølgeovn.

5.3 Miljø og samspising

I studien til Nell et al. (2016) mener enkelte studiedeltakere at musikk kan være til distraksjon for noen brukere, at de forårsaker forstyrrelser og redusert spiseevne. Det fører til at personalet snakker høyere, som igjen fører til økt støynivå. Andre studiedeltakere mente at musikk kunne ha en positiv innflytelse til å slappe av og gi et rolig miljø. TV beskrives som en distraksjon som bør unngås ved måltid. De nevner også to sider av sosialt liv ved måltid, at mens noen brukere drar nytte av det sosiale og får økt appetitt, kan andre brukere blir forstyrret av det og miste appetitten. Det vises i

studien til Nell et al. (2016) at positive sosiale relasjoner er sentrale tiltak for at bruker skal spise og drikke godt. Familiebesøk ble nevnt som særlig verdifullt hvis bruker ikke spiste godt. Flere studiedeltakere ytret at en forvirret person kan begynne å spise ved å observere andre.

Oppsummering

Funnene fra artiklene resulterte hovedsakelig i individuell tilnærming, altså personsentrert omsorg til personer med demens. Andre resultat vi hentet ut fra artiklene var viktigheten med kartlegging, pårørendes rolle som brukers ressurs, personalets kunnskapsnivå og mangler, tidspress som faktor i utøvelse av omsorg, samt hvordan miljø og samspising har innvirkning på brukernes appetitt.

6.0 Diskusjon

I denne delen av oppgaven har vi først diskutert styrker og svakheter i en metodediskusjon, deretter har vi valgt å diskutere problemstillingen i forskjellige vinkler ved hjelp av forskningsresultater og relevant teori i resultatdiskusjon.

6.1 Metodediskusjon

For å gjennomføre en systematisk litteraturstudie fulgte vi retningslinjene for NTNU i Ålesund, og samtidig brukte vi faglig litteratur som Evans (2002), Forsberg og Wengström (2015) og Dalland (2012). Det ble gitt verdifull informasjon fra veileder og relaterte forelesninger om bacheloroppgaven. Dette har ført til faglige diskusjoner om innhold og oppbygning av oppgaven.

Allerede på høsten 2018, når prosessen med å skrive bacheloroppgave begynte, var vi enige om temaet. Vi hadde en klar arbeidsplan før jul, men i mellomtiden måtte vi forandre problemstilling og perspektivet til pasientperspektiv. Dette på grunn av at de fleste artiklene vi presenterte i prosjektplan var i feil perspektiv. Tross alt, etter mange samtaler, ombestemte vi oss for å gå tilbake til sykepleieperspektiv. Da begynte søkeprosessen på nytt. I dette tilfellet var PIO-skjemaet til god hjelp. På grunn av få forskningsartikler om omsorg for personer med demens, som bor hjemme og mottar hjelp fra hjemmetjeneste, har prosessen med å finne de riktige artiklene økt betraktelig. Det finnes mange studier om undernæring til personer med demens som bor på sykehjem eller som er innlagt på sykehus; færre studier finnes i hjemmebasert omsorg, trolig på grunn av vanskelig forskningsmiljø. Til slutt satt vi igjen med 8 artikler som vi bestemte oss for å bruke videre. Ved analysering av forskningsartiklene brukte vi Evans (2002) sin analysemetode, som var til god hjelp for å finne sentrale nøkkelfunn som vi kunne bruke. Under søkeprosessen var det brukt Sykepleie Forskning og databaser som Svemed+, Cinahl Complete og Medline Ovid. Dette var databaser som vi var godt kjent med fra tidligere arbeid, derfor var det naturlig å velge dem.

6.2 Resultatdiskusjon

6.2.1 Sykepleiefaglig tilnærming

I flere studier belyses viktigheten med individuell tilnærming til personer med demens. Brooker (2013) sier at det viktigste målet med personsentrert omsorg for personer med demens er å bevare personverd, til tross for svekket kognitiv funksjon. I boken til Rokstad og Røsvik (2018) poengterer den britiske sosialpsykologen Tom Kitwood at personsentrert demensomsorg skal sørge for å bekrefte personens opplevelse av personverd. Via gjenkjenning, respekt og tillit i relasjoner kan mennesker gi hverandre en status av personverd. Personsentrert omsorg innebærer ifølge studien til Meyer et al. (2017) at sykepleieren har kjennskap til personens verdier og livshistorie, viser engasjement og oppmerksomhet, og involverer personen i beslutninger om fysisk og psykisk omsorg. Det må innebære en forståelse for at brukerne kan vurdere sin funksjonsevne annerledes enn helsepersonellet. Personverd kan undergraves for den enkelte via å bli ignorert, avbrutt, umyndiggjort og stigmatisert. Personer med demens er særlig utsatt for å oppleve en degradering av personverd på grunn av kognitiv svikt, endret funksjonsnivå og utfordringer i livet. En personsentrert tilnærming skal styrke opplevelsen av personverd og dermed forebygge og lindre fortvilelse, tilbaketrekking og opplevelsen av tap (Rokstad & Røsvik, 2018).

Funnene i studien til Johansson et al. (2017) inkluderte viktigheten med familiære og kjente måltid for at personen skal opprettholde en god ernæringsstatus. For å sikre dette, bør sykepleier kjenne til brukers måltidsvaner. Dersom det skal bli en forbedring i forbindelse med måltider må det iverksettes individuelle tiltak basert på hver enkeltes behov. Dette bekreftes i boken til Engedal et al. (2018), at omsorgen som gis hjemmeboende bør være individuelt tilpasset, fleksibel og at det tas utgangspunkt i personens egne interesser og behov. I personsentrert omsorg skal brukerne først og fremst oppleve å bli møtt som en unik person, ikke som et sykdomstilfelle. Relasjonen mellom helse- og omsorgsarbeidere og personen med demens skal baseres på gjensidighet og likeverd (Rokstad & Røsvik, 2018).

6.2.1 Ernæringsrelaterte utfordringer hos personer med demens

Funn fra flere studier (Nell et al. (2016); Beattie et al. (2012); Aagard et al. (2017); Lea et al. (2017); Watkinson-Powell et al. (2014) viser at sykepleiere som jobber i hjemmetjenesten kan oppleve flere ernæringsrelaterte utfordringer hos personer med demens. Personer som har en alvorlig eller langvarig sykdom er særlig utsatt for underernæring. Underernæring påvirker fysisk og mental funksjon, risiko for infeksjoner, fall, brudd, trykksårutvikling, redusert livskvalitet, autonomi og død. Optimal ernæringsstatus fremmer vekst og utvikling, bidrar til å opprettholde god helse, daglige aktiviteter og beskytter kroppen mot sykdom og skader. Jo eldre vi blir desto raskere forfaller kroppen, og aktivitetsnivået synker. Passivitet i høy alder kan medføre mange

fysiske komplikasjoner, deriblant ødemer i bena. Drikker brukerne i tillegg lite, kan det utvikles urinveisinfeksjon Brodtkorb (2014). Ifølge demensplanen 2020 snakker både personer med demens og pårørende varmt om tilrettelagte aktiviteter. Det beskrives som noe som gir innhold, mening og mestring i hverdagen. Pårørende snakker også om at tilrettelagte aktiviteter er viktig avlastning slik at de kan fortsette sine liv (Helse – og omsorgsdepartementet, 2015).

Birkeland og Flovik (2018) sier at brukere som er multisyke, har munn- og tannproblemer eller bruker flere legemidler, kan ha redusert opplevelse av sult og tørst. I funn fra flere studier (Nell et al., 2016; Beatie et al., 2012; Lea et al., 2017) vises det at personer med demens ofte har reduserte luktesans, smaksans og tørsthetsfølelse, samt fysisk funksjon, økt fare for kvalning, problemer med å flytte mat fra tallerken til munn, forverret identifisering av mat på tallerken, samt dehydrering når personer ikke inntar nok væske. De nevnte faktorene kan føre til at ernæringsrelaterte utfordringer oppstår. Brodtkorb (2014) skriver at normale aldersforandringer i munnen og mage-tarm-kanalen kan virke uheldig på matinntaket. Spyttproduksjonen reduseres med årene, som forverres ved at mange eldre mennesker drikker lite. På grunn av de nevnte faktorene for eldre sine utfordringer med ernæring, vil det være viktig for sykepleier å jobbe tverrfaglig, kartlegge dens ernæringsstatus, og iverksette tiltak for forebygging av feilernæring.

Et tiltak for å vurdere, samt følge opp brukernes ernæringsstatus, er å bruke kartleggingsverktøy. Ifølge Birkeland og Flovik (2018) skal alle pasienter som har hjemmebasert omsorg vurderes for ernæringsmessig risiko. Funntil Meier et al. (2017) viser at kravet om systematisk kartlegging av pasientens ernæringsstatus var utfordrende. I hjemmebasert omsorg har sykepleierne begrenset muligheter for å gjennomføre nøyaktig registrering av mat- og drikkeinntak i løpet av døgnet. Ved å systematisk kartlegge pasientenes ernæringsstatus kan sykepleier se hvor det er behov for å iverksette tiltak og sette inn ressursene der det trengs. Sykepleiere har ifølge Kirkevold (2014) et faglig og moralsk ansvar for å utføre grundige og presise vurderinger. De fleste som bruker kartleggingsverktøy bruker «Mini Nutritional Assessment» (Mole et al. (2017)). Det er godt tilpasset personer med demens på grunn av at spørsmålene har fokus på nevrologiske utfordringer. Ernæringscreeningsverktøy er laget for at sykepleiere skal identifisere de som er i faresone for underernæring, eller allerede er underernærte. Birkeland og Flovik (2018) forteller at mye av svikten rundt ernæringsarbeidet i hjemmesykepleie kan tilskrives mangel på skriftlige prosedyrer, selv om virksomhetene skal ha slike. Selv om de viktigste redskapene i vurdering av ernæringsstatus er veiing, samt utregning av kroppsmasseindeks, blir ingen av delene gjort når det ikke er klare skriftlige prosedyrer.

I studien til Lea et al. (2017) beskrives frokostklubb som et godt tilbud. Der kan ansatte spise mat sammen med brukere og deres familier. En studiedeltaker fortalte at «*They do really enjoy having us sitting there and having lunch with them. I find it tends to help them eat better as well because everyone's eating not just someone feeding you, helping*» (Lea et al. 2017). Det tyder på at samspising kan være gode appetittøkende tiltak. I studien til Nell et al. (2016) beskriver enkelte studiedeltakere at noen brukere

kan dra nytte av sosialliv ved måltid, mens andre brukere kan bli forstyrret av det og miste appetitten. Det vises i studien til Nell et al. (2016) at positive sosiale relasjoner er sentrale tiltak for at bruker skal spise og drikke godt. Familiebesøk ble nevnt som særlig verdifullt hvis bruker har utfordringer med måltider, da funn viser at en forvirret person kan begynne å spise ved å observere andre. Enkelte studiedeltakere mener at musikk kan være til distraksjon for noen brukere, at de forårsaker forstyrrelser og redusert spiseevne. Andre mente at musikk kunne ha en positiv innflytelse til å slappe av og gi et rolig miljø.

Det vises i studien til Watkinson-Powell et al. (2014) at familiemedlem ofte kjøpte mat uten å konsultere det med den de handlet til, uten å tenke på at smaken kan endres med alderen. Ofte ble det også handlet det samme, som resulterte i et lite variert kosthold. Derfor er det viktig at sykepleier i hjemmebasert omsorg bidrar til at bruker får appetittvekkende mat og drikke som er tilpasset etter de nevnte fysiske og mentale utfordringene som kan være bakenforliggende årsaker til redusert appetitt. Ferdiglaget mat som varmes i mikrobølgeovn kan ofte være uappetittlig og ukjent for personer med demens. Mat som er laget hjemme smaker bedre, og i tillegg gir det mulighet til å utvikle matlukt fra kjøkkenet som ifølge funn fra studier kan være viktig for vekke appetitten.

For underernærte personer bør målsetningen være vektøkning. Energibehovet hos enkeltpersoner varierer og er avhengig av blant annet kroppsvekt, alder og eventuelt medisinsk tilstand. Karbohydratinntaket bør dekke 40-50 % av totalt energiinntak, proteiner bør utgjøre 15-20 %, fett utgjøre 35-40 %. Væskebehovet vurderes ut fra helsetilstand og vekt. Regelen sier at det er 30 ml/kg kroppsvekt/dag (Helsedirektoratet, 2012). I situasjoner hvor mennesker ikke mestrer å ivareta sine behov på grunn av manglende krefter, kunnskap eller vilje, kommer sykepleier inn med støttende og erstattende tiltak ifølge Henderson (Kirkevold, 2001). Sykepleier kan i møte med demensrammet, komme inn som støtte for å bistå i vedkommendes utfordringer.

6.2.2 Ernæringsrelatert kunnskap og utfordringer for sykepleier

Funn fra studiene viser at det kreves en god del kunnskap om ernæring og underernæring hos personer med demens for å kunne utøve forebyggende arbeid. Funnene peker også på at helsepersonell er klar over mangelen på kunnskap og at de ønsker selv en forbedring. I studien til Beattie et al. (2012) ble helsepersonell testet i ernæringskunnskap. Resultatene viste at helsepersonellet hadde mest kunnskap om risikofaktorer for underernæring hos demente, aldriingsinnvirkning på næringsbehov og hydreringsstatus, hensiktsmessige tiltak ved forstoppelse, samt strategier for å gi mat. Samtidig viste resultatene at personalet hadde lite kunnskap om krav, kilder og funksjoner av spesifikke makro- og mikronæringsstoffer, godt under halvparten hadde kunnskap til å identifisere behovet for økt protein og energi hos brukere med trykksår, og for korrekt kunnskap om krav til væskeinntak. Studien viser samtidig at blant helsepersonellet var det sykepleierne som hadde betydelig mer kunnskap om

ernæringsarbeid hos personer med demens. Dette viser at det er varierende hva helsepersonell har kunnskap om også mellom de ulike yrkestitlene.

Ifølge studien til Aagard et al. (2017) ønsker de fleste fra ledelsen og av helsepersonell seg økt kunnskap innen ernæringsarbeid. Få ledere og helsepersonell synes de er gode nok i ernæringsarbeid som kartlegging og oppfølging. Dette kan tyde på at forebyggingsarbeid ikke er nok fokus på, som kan resultere i underernæring hos personer med demens. I paragraf § 1-1 står det at et av formålene med helse- og omsorgstjenesteloven er å: «forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Dette viser at sykepleierne og helseforetaket er lovpålagt å bistå personer med demens. Samhandlingsreformen har ifølge Helsedirektoratet (2018) som mål å forbedre folkehelsen og omsorgstjenester på en bærekraftig måte. Dette ved å behandle tidligere, forebygge mer, samhandle bedre, samt sikre mer individuelt tilpassede helse- og omsorgstjenester; nærmest mulig der de bor. Dette bekrefter at personer med demens skal få korrekt og individuell hjelp fra sykepleier i hjemmebasert omsorg. Sykepleierne skal, med sin kompetanse, kunne bidra til å forebygge underernæring hos personer med demens. Via funn i de ulike studiene tydes det at mange brukere ikke får tilstrekkelig bistand med ernæring, og dermed er de potensielt utsatt for underernæring. Grunner til dette kan være at sykepleiere har for liten kunnskap om kartleggingsarbeid, forebyggingsarbeid, oppfølging og identifisering av risiko. Manglende kunnskap kan skyldes for dårlig opplæring og kursing fra arbeidsplass. Videre kan det skyldes holdninger blant helsepersonellet, eksempelvis at noen studiedeltakere i studien til Meyer et al. (2017) mente det var fare for å krenke eldre kvinners «husmorsstolthet». Frykt for å krenke kan være en faktor i hvorfor helsepersonell ikke involverer seg i brukers ernæringsstatus.

I Virginia Hendersons sykepleierteori sies det blant annet at sykepleierens særegne funksjon er å hjelpe personen, syk eller frisk, i utførelsen av de gjøremål som bidrar til god helse. Noe personen ville gjort uten hjelp om han hadde hatt tilstrekkelige krefter, kunnskaper og vilje, og å gjøre dette på en slik måte at personen gjenvinner uavhengighet så fort som mulig (Kirkevold, 2001). Kristoffersen (2011) skriver at tyngdepunktet i Hendersons sykepleietenkning ligger i beskrivelsen av sykepleierens ansvarsområde eller rolle. Henderson stilte opp 14 punkter som betegner grunnleggende sykepleieprinsipper. Alle disse 14 behovene henger nøye sammen og påvirker hverandre. For eksempel kan en person ha utfordringer med eliminasjon, som kan være direkte relatert til at denne personen har utfordringer med ernæring. Ifølge Kristoffersen et al. (2011) kan de enkelte delene av sykepleierens funksjons- og ansvarsområde teoretisk sett splittes opp i ulike funksjoner. I praksis er sykepleiefunksjonen en integrert helhet, som omhandler forebygging, behandling eller lindring.

Ifølge studiedeltakerne i studien til Watkinson – Powell et al. (2014) er tidspress den største utfordringen. Tiden ofte er begrenset til 15-30 minutter for at personalet skal gi brukeren mat og støtte under måltidet. Særlig hos personer med demens trengs det ekstra bistand ved måltid da de kan glemme å spise. Studiedeltakerne uttrykte at de kjenner brukerne og at de ser viktigheten i å ha en relasjon og et forhold til brukerne.

Ifølge Rokstad og Røsvik (2018) innebærer teorien til sosialpsykologen Tom Kitwood følgende faktorer: inkludering i sosiale fellesskap, annerkjennelse av hverandre som unike individ, ekte og åpen kommunikasjon, samt aksepterende holdning til de ulike valgene vi gjør som mennesker for et godt relasjonsforhold. Det er dermed viktig for sykepleiere i hjemmebasert omsorg å ha god kommunikasjon med bruker, altså et godt relasjonsforhold for en gjensidig respekt for hverandre og styrket ernæringsarbeid. Personalet i studien var videre frustrert over at tidspresset tar fra de muligheten til å samtale med brukere ved måltid. «*I'd like the time to sit down and have ... just a 5-minute, 10-minute chat, and then go. But you can't. You've just gotta do what you've been told and go*». [Home-care worker] (Watkinson – Powel et al. 2014). I studien til Aagard et al. (2017) kommer det frem at de største utfordringene i ernæringsarbeid ifølge lederne i studien er kunnskap, tid og ressurser, i den rekkefølgen. Helsepersonellet svarte det samme men i rekkefølgen: tid, kunnskap og ressurser. Dette kan tyde på at tidsklemme i hjemmebasert omsorg er en viktig faktor i forståelsen av sykepleiers rolle i ernæringsarbeid. Fjørtoft (2012) skriver at hjemmesykepleien har mange som skal ha hjelp, og at det dermed er en kunst å kunne møte den enkeltes ønsker og behov. Det kan tyde på at tidsklemme for sykepleierne i hjemmebasert omsorg kan vanskeliggjøre det forebyggende ernæringsarbeidet.

6.2.3 Hvordan ivareta autonomien og selvstendigheten til personen med demens?

For personer med demens er det ofte utfordrende å forbli uavhengig, selvstendig og selvstyrt i sin hverdag og helse. Ifølge Rokstad (2008) blir evnen til å ta avgjørelser på egne vegne, og til å opprettholde autonomi og selvråderett, utfordret hos personer som utvikler en demenssykdom. Studiedeltakere i studien til Johansson et al. (2017) understreket at det var viktig å være oppmerksom på personens egne ressurser. Ved å skaffe seg kunnskap om det kan intervensjoner identifiseres, utvikles og introduseres. Deltakerne forklarte også at det er personen selv som skal akseptere det som hadde blitt foreslått av personalet, eller ikke. Både personer med demens, og de sosiale omgivelsene, opplever at demensutviklingen gradvis reduserer muligheten til å bestemme over eget liv. Flere personer med demens opplever i tidlig fase av demensutviklingen at de blir «snakket over hodet på», eller at beslutninger tas uten at de opplever seg tilstrekkelig involvert. Ved å arbeide personsentrert skal kravene om brukermedvirkning ivaretas.

Paragraf §4-3 i lov om pasient – og brukerrettigheter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018) står det at «*samtykkekompetanse kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykke omfatter*». Det vil si at samtykkekompetanse kan falle bort for personer med demens i gitte situasjoner. Mens i paragraf § 9-4 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019) står det at «*kommunen plikter å sørge for at forholdene legges til rette for minst mulig bruk av tvang og makt*». Loven forplikter sykepleiere å bruke minst mulig makt, det må tas i betraktning i ernæringsarbeidet.

Det er viktig for den enkeltes selvrespekt og verdighet å oppleve at en har noe kontroll i eget liv, at ting som er viktig for en blir tatt hensyn til og at livsvalg blir tatt i tråd med egne verdier og preferanser (Helse – og omsorgsdepartementet, 2020). Studiedeltakere i studien til Johansson et al. (2017) beskrev at tiltak som skal iverksettes for en forbedret hverdag for personen med demens skal individualiseres basert på spesifikke behov hos den enkelte, og forutsatt på en måte som bevarer personens uavhengighet. Reformen «Leve hele livet» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017-2018) skal bidra til at eldre mestrer livet lenger, være en trygghet for at de får god hjelp når de har behov for det, at pårørende kan bidra uten at de blir utslitt og at ansatte kan praktisere kompetansen sin i tjenestene. Det er viktig at sykepleierne i samråd med bruker og pårørende kommer frem til den beste løsningen for omsorg og behandling. Funn fra studien viser at det kan oppstå uenigheter mellom bruker og dens pårørende. I noen tilfeller valgte sykepleierne å imøtekomme pårørendes ønsker. Hva med brukers selvbestemmelse og respekt for brukers egne valg? I Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2007) står det: «*Dersom det oppstår interessekonflikt mellom pårørende og pasient, skal hensynet til pasienten prioriteres*». Sykepleier i hjemmebasert omsorg skal utøve ernæringsarbeid på en inkluderende måte som ivaretar brukers verdier og ønsker.

6.2.4 Verdien av samhandlingsreformen og tverrprofesjonelt samarbeid

Funn fra studien viser at samarbeid og samhandling er forutsetninger for å kunne skape et godt tilbud for personen med demens og dens pårørende. Det er viktig å danne et samarbeid mellom ulike instanser på et tidlig stadium i behandlingen, slik at brukerne og eventuelle pårørende slipper å bli påført ekstra belastninger i en vanskelig tid. Det er derfor viktig med tverrfaglig samarbeid. Samhandlingsreformen er en retningsreform som skal vise hvilken retning helse- og omsorgstjenesten skal ha fremover: «*den faglige utviklingen i helse- og omsorgstjenesten skal gå mer i retning av å gi bistand som fremmer selvstendighet, aktivitet og egenmestring*» (Birkeland & Flovik, 2018). Ifølge Gjøsra og Michelet (2018) har demens-/hukommelsesteam funksjon som et primærhelseteam fordi det bistår fastlegene i utredningene, og de fungerer som oppfølgingsteam etter at diagnosen er stilt. Teamene bør bestå av fagpersoner i kommunen med kompetanse innen demensomsorg. Det er ofte nødvendig å samarbeide tverrfaglig i møte med personer som er underernærte eller i risiko for underernæring (Birkeland & Flovik, 2018). Ifølge Brodtkorb (2014) er legen en viktig samarbeidspartner når sykdom og medisinsk behandling virker inn på brukers ernæringsstilstand. Ernæringsfysiologer har spesiell kompetanse til å kartlegge ernæringsstatus og vurdere den enkelte sitt ernæringsbehov. Logoped kan konsulteres når det dreier seg om tygge- og svelgeproblemer, og tannlege eller tannpleier ved munn- og tannproblemer. I forbindelse med lammelser og andre motoriske vanskeligheter kan ergoterapeut eller fysioterapeut være aktuelle samarbeidspartnere. Et godt tilbud er dagsenter siden det innebærer dagopphold utenfor hjemmet, og gir mulighet for å spise sammen med andre. I tillegg til at måltidene ved dagsenteret for mange blir verdifulle fellesmåltider som gir sosialt samvær, har måltidene betydning rent ernæringsmessig (Helsedirektoratet, 2012). Det å legge forholdene til rette for at bruker og dens pårørende skal kunne få en enklere hverdag med faste rutiner kan være med på å øke brukers selvstendighet. Arbeid

med hjemmeboende personer med demens er en utfordring for helsepersonell, og ingen profesjon kan dekke behovene alene. Å praktisere reformen kan bidra i forebyggingsarbeidet mot underernæring ved å bremse en funksjonsreduksjon eller å øke funksjonsnivået.

6.2.5 Pårørende og deres verdi for personen med demens

Funnene i studien til Johansson et al. (2017) viser at partner har en viktig rolle for personer med demens. Dette vises også i Demensplanen 2020 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015) at når livet tar en uventet eller kritisk vending blir nære relasjoner ofte viktigere enn før. De fleste ønsker at deres pårørende blir inkludert og ivaretatt i alle stadier av forløpet, og at de får dekt sine egne behov. Deltakerne oppfattet at partneren ikke bare var en ressurs for personen med demens, men også noen som kan trenge støtte selv. Studiedeltakere beskrev hvordan matlagingskurs kan støtte partnere slik at de ikke bare lærer å lage mat, samtidig som de møter andre i samme situasjon som gir mulighet til å utveksle erfaringer og ideer. Ifølge i Demensplanen 2020 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015) bekymrer flere personer med demens seg for at de er til belastning for sine pårørende. Flere pårørende gir uttrykk for at de opplever situasjonen som vanskelig, og at det kan være både fysisk, psykisk, sosialt og økonomisk belastende. Det er ikke uvanlig å se at det oppstår til dels alvorlige konflikter mellom bruker og dens pårørende og mellom de ulike pårørende. Konfliktene kan blant annet dreie seg om hvem som skal gjøre hva i forhold til å ta ansvar for personen, hvordan dens atferd skal håndteres og hvem som gjør dette best. De nærmeste trenger avlastning for å kunne stå i tunge omsorgsoppgaver, pårørende trekker frem behovet for å fortsatt kunne være i jobb eller å fortsette med sine sosiale aktiviteter. Symptomene kan være vanskelige å takle, og personer med demens kan gjennomgå forandringer som å endre personlighet og miste språk. Flere pårørende kan også fortelle om mange positive erfaringer og opplevelser med å leve sammen med en som har demens. De kan komme nærmere hverandre, tiden sammen er verdifull og meningsfull, og de kan ønske å være nære støttespillere for den demente. Ifølge helse- og omsorgsdepartementet (2017-2018) er reformen «Leve hele livet» også en reform for pårørende. Reformen viser at man skal utøve omsorg og ta vare på de som tar vare på sine nærmeste, slik at de ikke sliter seg ut. Den skal legge til rette for tettere samarbeid om felles oppgaver mellom pårørende og helse- og omsorgstjenesten. Å ivareta pårørendes behov og den positive relasjonen mellom bruker og dens pårørende vil være en viktig oppgave for sykepleier i forebyggende ernæringsarbeid.

7.0 Konklusjon

Sykepleierne i de ulike studiene mente stort sett at de ikke strakk til i ernæringsarbeid, både med kartlegging, oppfølging og i bistand ved måltider. Ut ifra funnene fra de ulike studiene er de viktigste utfordringene for forebyggende ernæringsarbeid kunnskapsnivå og manglende fokus på ernæring både blant ledere og helsepersonell i hjemmebasert omsorg. Tidspress trekkes også frem som en hindrende faktor for ernæringsarbeidet, under tidspress får ikke sykepleiere tid til å bistå brukere skikkelig ved måltid. For eldre personer med demens oppstår det aldersrelaterte, nevropsykiatriske og kognitive utfordringer som påvirker appetitt og videre ernæringsstatus. Disse utfordringene fører ofte til fare for underernæring eller at personen faktisk blir underernært. For eldre har underernæring, redusert inntak av næring og væske en rekke potensielle komplikasjoner og helsereduksjoner. Teori og studiefunn tyder på at individuell tilnærming via personsentrert omsorg spiller en stor rolle for helsen til personer med demens, og at et rolig og behagelig spisemiljø, individuelt tilrettelagte måltider og samspising kan være appetittvekkende faktorer som kan forbedre ernæringsstatus. For at sykepleier skal kunne bidra i forebygging av underernæring hos hjemmeboende personer med demens, må sykepleier og arbeidsplass være faglig oppdatert, ha gode rutiner for ernæringsarbeid, jobbe tverrprofesjonelt, samt samarbeide med personen selv og pårørende.

Hjemmesykepleien har fra før reduserte ressurser, og med samhandlingsreformen kommer ressursene muligens til å bli ytterligere redusert siden hjemmesykepleien pålegges mer avanserte oppgaver. For å øke kvaliteten på ernæringsarbeidet må det utvikles både teoretisk og personlig kompetanse. Funn fra studien viser at sykepleierne ikke får anledning til å tilegne seg kunnskap i arbeidstiden. Sykepleierne har ansvar for å holde seg faglig à jour, og forholdene på arbeidsplassen må legges til rette slik at det er mulig. De ernæringsrelaterte utfordringene sykepleierne i hjemmebasert omsorg opplever med brukerne, kan være en begrunnelse for at det bør utvikles nye tiltak og rutiner knyttet til ernæringsarbeid. Det vil også være viktig å få frem mer kunnskap om samarbeidsformer og tverrfaglig samarbeid til hjemmeboende personer med demens.

Litteraturliste

Aagaard, H., Abrahamsen Grøndal, V. Rutiner for å vurdere ernæringsstatus i hjemme-sykepleien [Internett]. *Sykepleien.no/forskning*. Norge, 2017.
DOI:<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.61219>

Aaland, E. (2013) «og eg ser på deg ...». 3. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

Beattie, E., O'Reilly, M., Strange, E., Franklin, S., Isenring, E. (2014). How much do residential aged care staff members know about the nutritional need of residents? *International Journal of Older People Nursing*, vol 9 (1) s. 54-64.
Doi:<https://doi.org/10.1111/opn.12016>

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

Brodtkorb, K. (2014). Ernæring, mat og måltider. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A.H. *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 301-315). Oslo: Gyldendal akademisk.

Brooker, D. (2013). *Personsentrert demensomsorg. Veien til bedre tjeneste*. Tønsberg: Aldring og helse. Nasjonalt kompetansesenter.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Engedal, K. (2018). Hva er demens? I: *ABC Demens*. Hentet 21.04.2019, fra abcdemensomsorg.no website: <https://abcdemensomsorg.no/node/574#hefte1side4>

Evans, D. (2002): Systematic reviews of interpretive research: interpretive data of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20(2): 22-26. Tilgjengelig fra: <http://www.ajan.com.au/vol20/vol20.2-4.pdf> . (Hentet 21.01.2019)

Fjørtoft, A.-K. (2012). *Hjemmesykepleie. Ansvar, utfordringer og muligheter* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Fjørtoft, A.K. (2016). *Hjemmesykepleie – ansvar, utfordringer og muligheter*. (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (4. utg.). Stockholm: Natur och kultur.

Gjøra, L. & Michelet, M. (2018) Kommunal omsorgskjede- organisering og innhold. I: Engedal, K. & Haugen, P.K. *Demens- sykdommer, diagnostikk og behandling*. (1.utg., s. 278-299). Tønsberg: Forlaget aldring og helse- akademisk.

Helse- og omsorgsdepartementet, st.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>

Helsedirektoratet (2012) *Kosthåndboken- veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*. (IS-1972). Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2013) *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*. (IS-1580). Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/916/Nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-underernering-IS-1580.pdf> (Hentet 02.april 2019).

Helse- og omsorgsdepartementet. (2015) *Demensplan 2020*. Hentet 02.04.2019, fra Regjeringen.no website: https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020_kortversjon.pdf

Helse – og omsorgsdepartementet. (2015) *Demensplan 2020*. Hentet 13.05.2019, fra regjeringen.no website: https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020.pdf

Helsedirektoratet (2016) *God ernæringspraksis*. Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/kosthold-og-ertering/erteringsarbeid-i-helse-og-omsorgstjenesten/god-erteringspraksis#n%C3%A6ringsdrikker-> . Hentet 23.04.2019.

Helsedirektoratet (2017). *Nasjonal faglig retningslinje om demens*. Hentet 21.04.2019 fra <https://app.magicapp.org/app#/guideline/2273>

Helsedirektoratet (2019). *Psykisk helsevernloven med kommentarer*. Hentet 21.04.2019 fra <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/psykisk-helsevernloven-med-kommentarer>

Helse- og omsorgsdepartementet (2018) Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-2018-06-15-38). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_4#%C2%A74-3

Helse- og omsorgsdepartementet (2017-2018). Meld.St.15 *Leve hele livet- En kvalitetsreform for eldre*. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/sec1?fbclid=IwAR27IIWb-dUj2sAUyrU6VzQ5IRDWu4x8LJRaL3d3IBcj17Vx3xjqH0Rbp1Q> . Hentet 23.04.2019.

Helse- og omsorgsdepartementet (2019, 01.Januar). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven. Hentet fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_5

Johnsen, L., Smebye, K.L. (2008). Bruk av tvang i demensomsorgen. I Rokstad, A.M.M. & Smebye, K.L. *Personer med demens: Møte og samhandling* (s.207-231). Oslo: Akribe.

Johansson, L., Björklund, A., Sidenvall, B., Christensson, L. (2017). Staff views on how to improve mealtimes for elderly people with dementia living at home. *SAGE journals, vol 16 (7) s. 835-852*. Doi: <https://doi.org/10.1177/1471301215619083>

Kirkevold, M. (2001). *Sykepleieteorier- analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kirkevold, Ø. (2018). Rettssikkerhet for personer med demens. I Engedal, K. & Haugen, P.K. *Demens- sykdommer, diagnostikk og behandling* (s.373-389). Tønsberg: Aldring og helse. Nasjonal kompetansetjeneste.

Kristoffersen, N.J., Nordvedt, F., Skaug, E-A. (2011). Om sykepleie. I Kristoffersen, N.J., Nordvedt, F., Skaug, E-A. *Grunnleggende sykepleie 1* (s.15-29). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N.J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I Kristoffersen, N.J., Nordvedt, F., Skaug, E-A. *Grunnleggende sykepleie 1* (s. 207-280). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lea, E.J., Goldberg, L.R., Price, A.D., Tierney, L.T., McInerney, F. (2017). Staff awareness of food and fluid care needs for older people with dementia in residential care: A qualitative study. *University of Tasmania School of Health Sciences*. DOI:<https://doi.org/10.1111/jocn.14066>

Meyer, S. E., Velken, R., Jensen, L.H. Vurdering av ernæringsstatus – et sykepleiefaglig ansvar i hjemme-sykepleien. [Internett]. URL: <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.61797> . Sykepleien Forskning 2017 12(61797) (e-61797)

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 Soc Care Community*. DOI:<https://doi.org/10.1111/hsc.12540>

Nell, D., Neville, S., Bellew, R., O'Leary, C., Beck, K.L. (2016). Factors affecting optimal nutrition and hydration for people living in specialised dementia care units: A qualitative study of staff caregivers' perception. *Australasian Journal on Ageing, Vol 35 No 4*. Doi: <https://doi.org/10.1111/ajag.12307>

NSD- Register over vitenskapelige publiseringskanaler (2019). Tilgjengelig fra: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside> . (Hentet 15.04.2019)

Rokstad, A. M. M. (2008). Forståelse som grunnlag for samhandling. I Rokstad, A.M.M. & Smebye, K.L. *Personer med demens: Møte og samhandling* (s. 60-86). Oslo: Akribe.

Rokstad, A.M.M. (2014). *Se hvem jeg er. Personsentrert omsorg ved demens*. Oslo: Universitetsforlaget.

Rokstad, A.M. M. & Røsvik, J. (2018) Personsentrert omsorg. I: Engedal, K. & Haugen, P.K. *Demens- sykdommer, diagnostikk og behandling*. (s. 300-314). Tønsberg: Forlaget aldring og helse- akademisk.

Sjøen, R. J. og Thoresen, L. (2012). *Sykepleierens ernæringsbok* (4.utg). Oslo: Gyldendal akademisk.

Skarpenglang, T.C. og Michelet, M. (2018), Systematisk oppfølging av personer med demens som bor hjemme. I: *ABC Demens*. Hentet 21.04.2019, fra abcdemensomsorg.no website: <https://abcdemensomsorg.no/node/629#hefte7side5>

Skovdahl, K. & Berentsen, V. D. (2014). Kognitiv svikt og demens. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A.H. *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 408-437). Oslo: Gyldendal akademisk.

Slettebø, Å. (2014). Juridiske rammer og etiske utfordringer. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 212-224). Oslo: Gyldendal akademisk.

Smebye, K.L. (2008). Samarbeid med pårørende. I Rokstad, A.M. & Smebye, K.L. *Personer med demens: Møte og samhandling* (s. 232-256). Oslo: Akribe.

Solheim, K. (2009). *Demensguide holdninger og handlinger i demensomsorgen* (2.utg). Oslo: Universitetsforlaget.

Sortland, K., Gjerlaug, A. K., og Harviken, G. (2013). Vektdokumentasjon, kroppsmasseindeks, måltidsfrekvens og nattefaste blant eldre sykehjemsbeboere — en pilotstudie. *Nordic Journal of Nursing Research*, 33(1), 41-45.
<https://doi.org/10.1177/010740831303300109>

Watkinson-Powell, A., Barnes, S., Lovatt, M., Wasielewsska, A., Drummond, B. (2014). Food provision for older people receiving home care from the perspectives of home-care workers. *Health and Social Care in the Community*. 22(5), 553-560.
DOI:<https://doi.org/10.1111/hsc.12117>

Vedlegg 1: PIO-skjema

| PIO | P (patient) | I (intervention) | O (utfall) |
|------------------|--|--|--|
| Norske nøkkelord | Eldre demente hjemmeboende pasienter Voksne Eldre mennesker Pasienter | Sykepleie Hjemmetjeneste Hjemmesykepleie Hjemmebasert omsorg | Forebygge underernæring Ernæring Underernæring |
| Engelske keyword | Dementia patients living at home Adults Elderly Older adults Patients Old age | Nursing Nursing role Nurse Residential care Home care Home health care Home base care Community care Home living | Prevent malnutrition Dementia Malnutrition Food provision Nutrition Nutritional knowledge |
| «OR» / «ELLER» ↑ | «AND» / «OG» → | | |

Vedlegg 2: Søkehistorikk- oversikt over søkeprosess i de forskjellige databasene

| Database | Dato | Søkeord | Antall treff | Leste abstrakter | Leste artikler | Inkluderte artikler |
|----------|------------|------------------------|--------------|------------------|----------------|---|
| Svemed+ | 28.11.2018 | Malnutrition | 448 | | | |
| | | Underearning | 425 | | | |
| | | Home health care | 820 | | | |
| | | Hjemmetjeneste | 71 | | | |
| | | 1 OR 2 | 448 | | | |
| | | 3 OR 4 | 857 | | | |
| | | 5 AND 6 | 14 | | | |
| | | Begrenser: peer review | 14 | 10 | 8 | 2 -Vurdering av ernæringsstatus- et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien -Rutiner for å vurdere ernæringsstatus i hjemmesykepleien |

| Database | Dato | Søkeord | Antall treff | Leste abstrakter | Leste artikler | Inkluderte artikler |
|--------------|------------|---|--------------|------------------|----------------|--|
| Medline Ovid | 21.03.2019 | Community care | 2454 | | | |
| | | Content analysis | 17 107 | | | |
| | | Dementia or Dementia/ | 137 942 | | | |
| | | Food provision | 154 | | | |
| | | Mealtime | 1132 | | | |
| | | Nutrition | 116 466 | | | |
| | | Older people | 18 959 | | | |
| | | 1 AND 2 AND 3 AND 4 AND 5 AND 6 AND 7 | 1 | 1 | 1 | 1 Staff views on how to improve mealtimes foe elderly people with dementia living at home |

| Database | Dato | Søkeord | Antall treff | Leste abstrakter | Leste artikler | Inkluderte artikler |
|-----------------|------------|---|--------------|------------------|----------------|--|
| Cinahl Complete | 21.03.2019 | Malnutrition | 2216 | | | |
| | | Mealtime practices | 0 | | | |
| | | Nutritional knowledge | 51 | | | |
| | | Old age | 41 578 | | | |
| | | Residential care | 1554 | | | |
| | | Staff | 14 523 | | | |
| | | S1 OR S2 OR S3 | 2 265 | | | |
| | | S4 AND S7 | 589 | | | |
| | | S5 OR S6 | 15 700 | | | |
| | | S8 AND S9 | 42 | 20 | 10 | 1 |
| | | Begrenser: peer review, forningsartikkel, geografisk del: Australia og New Zealand, Canada, Cont. Europe, Europe, UK & Ireland, Aldersgruppe: 65+ | | | | Staff awareness of food and fluid care needs for older people with dementia in residential care: A qualitative study |

| Database | Dato | Søkeord | Antall treff | Leste abstrakter | Leste artikler | Inkluderte artikler |
|-----------------|------------|---|--------------|------------------|----------------|--|
| Cinahl Complete | 26.03.2019 | Malnutrition | 6 665 | | | |
| | | Dementia | 61 689 | | | |
| | | S1 AND S2 | 165 | | | |
| | | Nursing | 647 019 | | | |
| | | S3 and S4 | 61 | | | |
| | | Grense: publiserings dato: 2008-2019 | 59 | | | |
| | | S3 AND S4 Peer rewiev, Forskningsartikkel | 23 | 23 | 15 | 2 -Factors affecting optimal nutrition and hydration for people living in specialized dementia care units: A qualitative study of staff caregivers' perception -How much do residential aged care staff members know about the nutritional needs of residents? |

| Database | Dato | Søkeord | Antall treff | Leste abstrakter | Leste artikler | Inkluderte artikler |
|-----------------|------------|--|--------------|------------------|----------------|--|
| Cinahl Complete | 04.04.2019 | Older adults | 44 102 | | | |
| | | Older people | 19 627 | | | |
| | | Elderly | 84 091 | | | |
| | | Nutrition | 99 442 | | | |
| | | Malnutrition | 13 075 | | | |
| | | Nourishment | 274 | | | |
| | | Undernourishment | 98 | | | |
| | | Home base care | 495 | | | |
| | | Homecare | 841 | | | |
| | | Home health | 27 669 | | | |
| | | Dementia | 52 970 | | | |
| | | S1 OR S2 OR S3 OR S11 | 179 723 | | | |
| | | S4 OR S5 OR S6 OR S7 | 106 484 | | | |
| | | S8 OR S9 OR S10 | 29 370 | | | |
| | | S12 AND S13 AND S14 Peer review, Forskingsartikkel, Geografisk delmengde: Australia og New Zealand, Canada, Kontinental Europa, Europa, Storbritannia og Irland, USA | 46 | 30 | 15 | 2 -The nutritional care of people living with dementia at home: A scoping review -Food provision for older people receiving care from the perspectives of care workers |

Vedlegg 3: Oversikt over litteraturmatrisene (8 stk)

Litteraturmatrise 1: Staff views on how to improve mealtimes for elderly people with dementia living at home

| Referanse | Studiens hensikt/mål | Nøkkelbegrep/ Keywords | Metode | Resultat/konklusjon | Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave? |
|---|--|--|---|--|---|
| <p>Johansson, L., Björklund, A., Sidenvall, B., Christensson, L. (2017) Staff views on how to improve mealtimes for elderly people with dementia living at home</p> <p><i>SAGE journals, vol 16 (7) s. 835-852</i></p> <p>Doi: https://doi.org/10.1177/1471301215619083</p> | <p>Målet med denne studien var å utforske og beskrive ansattes syn på hvordan man kan forbedre måltider for personer med demens som fortsatt bor hjemme.</p> | <p>Community care</p> <p>Content analysis</p> <p>Dementia</p> <p>Food provision</p> <p>Mealtime</p> <p>Nutrition</p> <p>Older people</p> | <p>En kvalitativ beskrivende studie ble utført og data ble samlet inn i 2011-2012 gjennom fire fokusgruppeintervjuer med ansatte som arbeider i hjemmet til personer med demens.</p> <p>Data var analysert ved hjelp av induktiv innholdsanalyse.</p> | <p>Under intervjuene understreket deltakerne at for å forbedre måltider hjemme for en person med demens, bør støtten være basert på disse personers individuelle behov, snarere enn på generelle tiltak. Dette antyder at en person-sentrert tilnærming bør brukes der de ansatte trenger å forstå hverandres hjemsituasjon. Kvaliteten på hjemme personell med hensyn til passende måltider for personer med demens, kan bli bedre når man bruker en person-sentrert tilnærming, idet personen med demens kan være uavhengig og bo hjemme i lengre tid. Imidlertid er det for tiden mangel på forskning der individuelt måltid støtte i hjemme konteksten er blitt testet og evaluert. Følgelig er det behov for intervensjonsstudier innenfor dette området, med krav om også å undersøke eventuelle helseøkonomiske fordeler. Ettersom flere mennesker lever i en eldre alder, og mange er diagnostisert med demens, er det behov for å finne løsninger for å møte disse utfordringene. Individualisert omsorg i hjemmet kan være kostbart; Det bør imidlertid vurderes at noen av de eldre kan bli underernærte og innlagt til sykehjem eller sykehus, noe som vil føre til at det blir dyrere. Flere måter å forbedre måltider på ble</p> | <p>Artikkelen er aktuell i denne bacheloroppgaven på grunn av at den tar for seg demente hjemmeboende pasienter med hjemmebasert omsorg. Funnene viser at hovedkategorien som ble fremhevet var «skreddersydde måltider» (måltidet skulle være kjent for pasienten). Det er viktig med god kjennskap til pasienten og hans/hennes</p> |

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| | | | | beskrevet av deltakerne, noe som indikerer at refleksjonssamlinger i hverdagen arbeid er i bruk. Deling og reflekterende erfaringer ser ut til å være en god måte å lære og øke kunnskap om hvordan man skal handle i komplekse situasjoner som måltider for personer med demens. | måltidsituasjon og handle etter dette. |
|--|--|--|--|---|--|

Litteraturliste 2: Factors affecting optimal nutrition and hydration for people living in specialised dementia care units: A qualitative study of staff caregivers' perception.

| Referanse | Studiens hensikt/mål | Nøkkelbegrep/ Keywords | Metode | Resultat/konklusjon | Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave? |
|--|--|--|---|---|--|
| <p>Nell, D., Neville, S., Bellew, R., O'Leary, C., Beck, K.L. (2016)</p> <p>Factors affecting optimal nutrition and hydration for people living in specialised dementia care units: A qualitative study of staff caregivers' perception.</p> <p><i>Australasian Journal on Ageing, Vol 35 No 4</i></p> <p>Doi: https://doi.org/10.1111/ajag.12307</p> | <p>Å utforske oppfatningen av personalets omsorgspersoner om faktorer som påvirker optimal ernæring og hydrering for personer som bor i spesialiserte demenspleie enheter i New Zealand.</p> | <p>Dementia Foodservice Hydration Nutrition Residential care</p> | <p>Kvalitativ beskrivende studie ved hjelp av en semistrukturert intervju tilnærming med 11 ansatte omsorgspersoner på to spesialiserte demenspleie enheter. Data ble analysert ved hjelp av en generell induktiv tilnærming.</p> | <p>Resultater: To hovedtemaer ble identifisert. Det første temaet "Det handler om den enkelte" omfatter individuelle faktorer slik som appetitt, mat appell, og kognitive og funksjonelle ferdigheter. Det andre temaet "Det handler om miljøet" omfatter faktorer knyttet til spisemiljøet, de sosiale aspektene til servering og støtte med måltidsaktiviteter.</p> <p>Faktorer som påvirker ernæring og hydrering i folk som lever med demens er komplekse og interrelaterte.</p> <p>Organisasjoner som tilbyr spesialisert demenspleie, deres ansatte og matleverandører bør fokusere på både individ og miljø for å sikre optimal ernæring og hydrering for folket i deres omsorg.</p> | <p>Selv om artikkelen handler om personell som jobber med demente pasienter som bor i spesialiserte demenspleie enheter (omsorgsboliger/sykehjem) den er aktuell og relevant i denne bacheloroppgaven på grunn av at den tar for alle slags problemer som vi kan finne med demente som bor hjemme og får hjelp fra hjemmetjeneste.</p> |

Litteratormatrise 3: How much do residential aged care staff members know about the nutritional need of residents?

| Referanse | Studiens hensikt/mål | Nøkkel-begrep/ Keywords | Metode | Resultat/konklusjon | Relevans: |
|--|---|---|--|---|---|
| <p>Beattie, E., O'Reilly, M., Strange, E., Franklin, S., Isenring, E. (2014)</p> <p>How much do residential aged care staff members know about the nutritional need of residents?</p> <p><i>International Journal of Older People Nursing, vol 9 (1) s. 54-64</i></p> <p>Doi:https://doi.org/10.1111/opn.12016</p> | <p>De konkrete målene med undersøkelsen var å identifisere 1: kunnskap om ernæringsbehov hos beboere i alderen omsorg; 2: måltidspraksis og 3: holdninger til måltidspraksis og organisering.</p> | <p>Mal-nutrition</p> <p>Mealtime practices</p> <p>Nutrition knowledge</p> <p>Old age</p> <p>Residential care</p> <p>Staff</p> | <p>En undersøkelse basert på de som ble brukt i andre helsetjenester, ble fullført med 76 ansatte.</p> <p>Undersøkelsen inneholdt spørsmål om ernæringsmessig kunnskap, meninger om mattjenesten, hyppigheten av fôringshjelp og fôringsvurdering.</p> | <p>Ernæringsvitenskapsresultater varierte fra 1 til 9 av en mulig 10, med en gjennomsnittlig score på 4,67. Selv om 76% av respondentene korrekt identifiserte risikofaktorer knyttet til underernæring hos sykehjemmet, identifiserte bare 38% av deltakere behovet for økt protein og energi hos innbyggere med trykksår, og kun 15% hadde riktig kunnskap om væskebehov. Videre, mens næringsvurdering ble ansett som en viktig del av praksis med 83% av respondentene, viste bare 53% at de faktisk utførte slike vurderinger. Identifiserte barrierer for å fremme optimal ernæring inkluderte utilstrekkelig tid til å observere beboere (56%); Å være uvitende om innvandrings-problemer (46%); dårlig kunnskap om ernæringsmessige vurderinger (44%); og uappetittlig utseende av mat servert (57%). Et viktig skritt mot å forbedre helse og livskvalitet for beboere i eldre omsorgsfasilitetene ville være å øke stabenes næringsbevissthet og vurderingsferdigheter. Dette bør gjennomføres gjennom økt oppmerksomhet til både preserværingsplaner og opplæring på jobb.</p> | <p>Artikkelen er aktuell i denne bacheloroppgaven på grunn av den handler om kunnskapen om ernæring blant helse-personellet som jobber med demente pasienter som bor hjemme. Det er viktig å tjene godt pasienten, observere han/hennes under måltider, hvor mye hjelp pasienten trenger og hva er viktig for hver eneste person.</p> |

Litteratormatrise 4: Rutiner for å vurdere ernæringsstatus i hjemmesykepleien

| Referanse | Studiens hensikt/mål | Nøkkelbegrep/ Keywords | Metode | Resultat/konklusjon | Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave? |
|--|--|---|---|---|---|
| <p>Aagaard, H., Abrahamsen Grøndal, V.</p> <p>Rutiner for å vurdere ernæringsstatus i hjemmesykepleien [Internett].</p> <p><i>Sykepleien.no/fo</i> <i>rskning</i></p> <p>Norge, 2017</p> <p>DOI: https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.61219</p> | <p>Hensikten med denne undersøkelsen var å beskrive hvilke rutiner ledere og helsepersonell i hjemmesykepleien benytter for å vurdere pasientenes ernæringsstatus.</p> | <p>Undernutrition</p> <p>Nutritional status</p> <p>Community nursing services</p> <p>Quantitative study</p> | <p>Kvantitativ tverrsnittsundersøkelse, besto av to delstudier: en studie blant ledere av hjemmesykepleien og en studie blant helsepersonell i hjemmesykepleien. Det var samlet inn data ved hjelp av spørreskjema. 273 ledere (svarprosent 59) og 212 blant helsepersonell (svarprosent 74) besvarte spørreskjemaet.</p> | <p>67% av lederne og 37% av helsepersonellet kjenner til Helsedirektoratets retningslinjer. 1 av 3 respondenter svarte at hjemmesykepleien har skriftlige prosedyrer for å vurdere ernæringsstatus. 80% av lederne og 69% av helsepersonellet oppga at det ikke var vanlig å veie brukeren ved innskriving i hjemmesykepleien.</p> <p>Det bør utarbeides skriftlige prosedyrer for å vurdere ernæringsstatus i kommunene. Retningslinjer finnes, men disse må gjøres bedre kjent, og opplæring av helsepersonell bør være et prioritert område.</p> | <p>Artikkelen er relevant for emnet vi arbeidet med, på grunn av antall eldre mennesker som bor i hjemme er sårbare for underernæring og redusert mengde matinntak. Pasienter med dårlig ernæringsstatus er vanlig i hjemmesykepleien. Manglende dokumentasjon på pasientens ernæringstilstand er en grunn til at prosedyrer har blitt unnlatt, og det som er knyttet til det, har hjemmesykepleierne lite kunnskap om dem. Det er viktig at hjemmesykepleien har gode rutiner for å vurdere brukernes ernæringstilstand. Hjemmesykepleie opplevde at kompetanse som de har ikke ble benyttet på riktig måte. I artikkelen kommer det frem at de retningslinjene som finnes bør gjøres mer kjent og prioriteres i opplæring av personellet.</p> |

Litteratormatrise 5: Vurdering av ernæringsstatus – et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien

| Referanse | Studiens hensikt/ mål | Keywords | Metode | Resultat/konklusjon | Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave? |
|---|--|---|--|---|--|
| <p>Meyer, S. E., Velken, R., Jensen, L.H.</p> <p>Vurdering av ernæringsstatus – et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien</p> <p>[Internett]</p> <p>URL: https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.61797</p> <p>Sykepleien Forskning 2017 12(61797)(e-61797)</p> | <p>Å utforske hvordan hjemmesykepleierne fortolker og ivaretar faglig forsvarlig ernæringspraksis sett i lys av kravene i Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring.</p> | <p>Ernærings - status</p> <p>Hjemmesykepleien</p> <p>Kvalitativ studie</p> <p>Personsentrert omsorg</p> | <p>En kvalitativ studie med analyse av data fra to praksisutviklingsprosjekter. Analysen ble gjort trinnvis med identifisering av meningsbærende enheter, undertemaer og temaer (32). Fire temaer ble identifisert og kategorisert på tvers. Datamaterialet omfatter tolv gruppesamtaler med nitten sykepleiere fra to kommuner.</p> | <p>Ledelses-forankring er viktig når systematisk ernærings-kartlegging skal implementeres. Sykepleierne ga uttrykk for at kjennskap til pasienten og ernæringsbehovet er betydningsfullt i praktisk tilrettelegging i hjemmet. Sykepleierne syntes det var utfordrende å vurdere mat- og drikkeinntak i løpet av døgnet. Sykepleierne sto i spenningsfeltet mellom selvbestemmelsen til den hjemmeboende, anbefalingene om systematisk ernæringskartlegging og tidspress.</p> <p>Konklusjon: Ernæringsarbeidet er personsentrert, praktisk og tilpasset hjemmearenaen. Hjemmesykepleierne stiller spørsmål om hvorvidt kravene i de nasjonale faglige retningslinjene tar tilstrekkelig hensyn til den hjemmebaserte konteksten. Systematiske vurderinger av ernæringsmessig risiko innenfor eksisterende ressurser krever tett samarbeid mellom ledere og ansatte.</p> | <p>Denne artikkelen tar for seg hvordan sykepleiere i hjemmesykepleien kan forebygge underernæring, samt hvordan ivareta faglig forsvarlig ernæringspraksis. Dette er relevant for vår problemstilling, dermed er artikkelen ideell.</p> |

Litteratormatrise 6: Staff awareness of food and fluid care needs for older people with dementia in residential care: A qualitative study

| Referanse | Studiens hensikt/ mål | Keywords | Metode | Resultat/konklusjon | Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave? |
|---|--|--|--|--|---|
| <p>Lea, E.J., Goldberg, L.R., Price, A.D., Tierney, L.T., McInerney, F. (2017)</p> <p>Staff awareness of food and fluid care needs for older people with dementia in residential care: A qualitative study</p> <p><i>University of Tasmania School of Health Sciences.</i></p> <p>DOI:https://doi.org/10.1111/jocn.14066</p> | <p>Å undersøke bevissthet hos omsorgspersonell om daglig mat – og væskebehov hos eldre med demens.</p> | <p>Dementia</p> <p>Evidence-based care practices</p> <p>Hydration</p> <p>Nursing homes</p> <p>Nutrition</p> <p>Staff</p> | <p>Kvalitativ, intervjubasert studie. Elleve ansatte i ulike stillinger i et pleiehjem ble intervjuet om deres oppfatninger av nåværende pleie og potensiell pleie rundt mat – og væskepraksis. Transkripsjoner ble kodet og analysert tematisk.</p> | <p>Viktige mat – og væskeproblemer rapportert av dette helsepersonellet var vekttap og underernæring, tygge og svelgevansker (dysfagi) og utilstrekkelig hydrering. Personalet identifiserte en rekke gjeldende pleiepraksis som de følte å være effektive for å lette eldres mat og væskeinntak, inkludert responsivitet til deres behov. Forslag for å legge til rette for mat – og væskeinntak basert på forbedret sammensetning og timing av måltider, økt fysisk og sosialt spisemiljø og økte hydrasjonsmuligheter. Personalet kommenterte faktorer som kan hindre endringer i omsorgspraksis, spesielt deltidsarbeidskraften, og foreslåtte endringer for å overvinne slike barrierer. Personalet må støttes for å bygge videre på deres eksisterende kunnskap om effektiv mat og væskepleie praksis. De mange helsepersonellene uttrykker ønske om å bytte omsorgspraksis, kan utnyttes ved å legge til rette for de og jobbe og lære sammen å implementere evidensbasert endring.</p> | <p>Artikkelen kan bidra i løsning av problemstilling siden den tar for seg utfordringer med underernæring hos eldre og demente.</p> |

Litteratormatrise 7: The nutritional care of people living with dementia at home: A scoping review

| Referanse | Studiens hensikt/mål | Nøkkelbegrep/ Keywords | Metode | Resultat/konklusjon | Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave? |
|---|--|---|--|--|--|
| <p>Mole, L., Kent, B., Abbott, R., Wood, C., Hickson, M. (2018)</p> <p>The nutritional care of people living with dementia at home: A scoping review</p> <p><i>Health Soc Care Community</i></p> <p>DOI:https://doi.org/10.1111/hsc.12540</p> | <p>Å utforske det som er kjent, og identifisere eventuelle hull i kunnskapen om næringsinnholdet til personer som lever med demens hjemme.</p> | <p>Community care</p> <p>Dementia</p> <p>Nutritional care</p> | <p>En undersøkelse ble utført fra juli 2016 til september 2016, ved hjelp av et anerkjent rammeverk. Det ble søkt i seks elektroniske databaser, et gjennomgangs – team var involvert i screening og datautvinning for utvalgte artikler. Utgitte kvalitative og kvantitative studier ble inkludert som utforsket næringsinnholdet til personer som lever med demens hjemme. Konvensjonell innholdsanalyse. Interessenter var involvert i utviklingen av endelige kategorier. Etter screening ble 61 studier rapportert i 63 artikler inkludert.</p> | <p>Tidlig identifisering av ernæringsrisiko og etterfølgende regelmessig overvåking av ernæringsstatus, multikomponent skreddersydd intervensjon og påvirkning av omsorgsgivende forhold i næringsstatus. Mange studier identifiserer personer som bor hjemme med demens som en sårbar gruppe utsatt for underernæring; Det finnes imidlertid mangel på intervensjoner for å takle den økte risikoen. Det er mangel på forskning som utforsker rollen som hjemmepleieutbydere og helsepersonell i tilbudet av ernæringsmessig omsorg. Ytterligere forskning er nødvendig for å undersøke hvordan det følelsesmessige aspektet av det omsorgsfylte forholdet påvirker ernæringspleie.</p> | <p>Denne artikkelen er aktuell siden den har forsket på kunnskapen som finnes om underernæring hos demente hjemmeboende.</p> |

Litteratormatrise 8: Food provision for older people receiving home care from the perspectives of home-care workers

| Referanse | Studiens hensikt/ mål | Keywords | Metode | Resultat/konklusjon | Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave? |
|--|--|--|---|---|---|
| <p>Watkinson-Powell, A., Barnes, S., Lovatt, M., Wasielewsska, A., Drummond, B. (2014)</p> <p>Food provision for older people receiving home care from the perspectives of home-care workers.</p> <p><i>Health and Social Care in the Community.</i> 22(5), 553-560</p> <p>DOI:https://doi.org/10.1111/hsc.12117</p> | <p>Målet med denne studien var å undersøke barrierer og tilretteleggerne for matforsyning for eldre som mottok hjemmebehandling.</p> | <p>Nutrition</p> <p>Old age and social care</p> <p>Older people</p> <p>Social care</p> <p>Social work and healthcare</p> | <p>Det var en kvalitativ undersøkende studie ved hjelp av halvstrukturert intervju med ni hjemmesykepleiepersonell i juni 2013 ansatt av uavhengige organer i en stor by i Nord-England. Data ble analysert tematisk, basert på prinsippene for jordet teori.</p> | <p>Resultatene viste at signifikant tidstrykk begrenset hjemmepleie arbeidstakere i deres evne til å sosialt engasjere seg med tjenestebrukere ved måltider, eller gi dem noe annet enn ferdigmat. Mulighet for valg ble vurdert som viktigere enn å gi et sunt kosthold, men valget var begrenset av mattilgjengelighet og avhengighet av familier for shopping. Til tross for sin kunnskap om tjenestebrukere og deres sentrale rolle i å levere mat, fikk hjemmepersonellet lite næringsopplæring og var ikke involvert av helsepersonell i ledelsen av underernæring. Til tross for retorikken til individuelt valg og viktigheten av sosialt engasjement og ernæring for helse og velvære, har næringspleie blitt betydelig skadet av kutt til sosialhjelpsbudsjett. Den potensielle rollen for hjemmepersonell i å fremme god ernæring hos eldre mennesker er undervurdert og undergravd av</p> | <p>Artikkelen er aktuell for å belyse utfordringer med under-ernæring hos eldre brukere i hjemme-tjenesten.</p> |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>manglende anerkjennelse, trening og tid dedikert til matrelatert omsorg. Dette har ført til en situasjon hvor god mat og hyggelige måltider blir nektet mange eldre på grunnlag av at de er uoverkommelige luksusen enn en integrert del av grunnleggende omsorg.</p> | |
|--|--|--|--|--|--|

