

HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

**Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid,
Pilestredet,
Fakultet for helsefag**

Kandidatnummer: 328

Eksamensnavn: SYBA3900 Bacheloroppgaven

Dato: 01.06.2017

Klasse: SYPLGRI4H3C

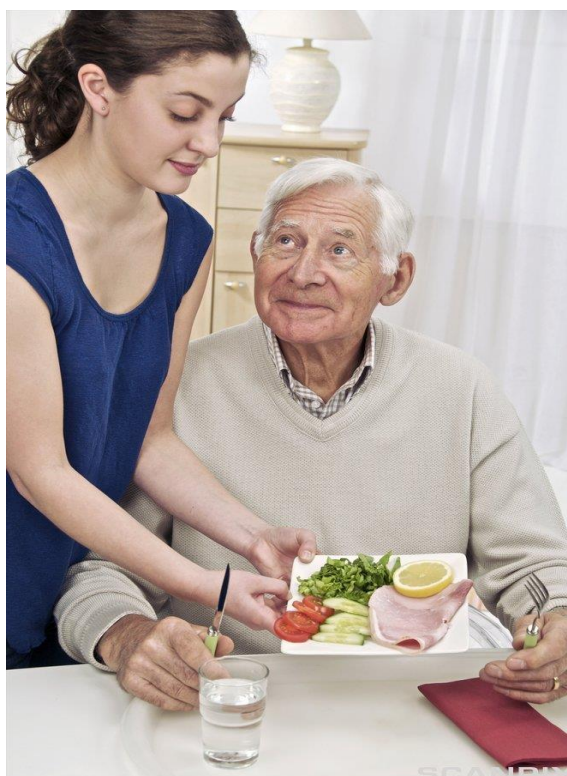
Kull: 2014

Antall ord: 11720

Tittel: Underernæring hos eldre demenspasienter i hjemmesykepleien

Publikasjons år 2017

Antall ord: 11720



(Fotograf Science Photo Library) Hentet fra
<http://ndla.no/nb/node/61415?fag=52>

Problemstilling: ”Hva kan sykepleier i hjemmesykepleien gjøre for å forhindre underernæring av pasienter med demens?”

Sammendrag

Bakgrunn for oppgaven: Jeg har jobbet i hjemmesykepleien i flere år, og sett at underernæring er en vanlig utfordring. Rundt 78000 mottak hjelp fra hjemmesykepleien. Ca. 10% av disse anslås å være underernært. Samtidig tyder en studie fra to Norske bydeler på at 46% av de i hjemmesykepleien er eller står i fare for å bli underernært. Pasienter med demens er en ekstra utsatt gruppe, fordi de blant annet kan glemme å spise. Derfor tar denne oppgaven utgangspunkt i underernærte eldre demente

Problemstilling: ”Hva kan sykepleier i hjemmesykepleien gjøre for å forhindre underernæring av pasienter med demens?”

Metode: Bacheloroppgaven er et litteraturstudie. Tre av forskningsartiklene fant jeg i databasene Chinal og Medline. I tillegg fant jeg tre forskningsartikler i bladet sykepleien under kategorien forskning.

Resultat: Sykepleieren trenger kunnskap om risikofaktorer for underernæring og sammensetning av måltider. Ved få ansatte skapes god relasjon, som virker positivt på ernæringsstatusen. Vi ser at kartlegging og veiing er helt sentralt for å følge med på ernæringsstatusen. Videre må spisesituasjonen tilrettelegges med medspising og et hyggelig spisemiljø.

Diskusjon: Det finnes mange tiltak for å forhindre underernæring. Dessverre er det begrensede ressurser og man må prioritere.

Nøkkelord: Eldre, demente, underernæring og hjemmesykepleien.

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	1
1.1 VALG AV TEMA.	1
1.2 PROBLEMSTILLING.	2
1.3 OPPGAVENS HENSIKT.	2
1.4 AVGRENSNING AV OPPGAVEN.	2
1.5 BEGREPSAVKLARING.....	3
1.6 OPPGAVENS OPPBYGNING.....	3
2.0 METODE	5
2.1 METODEVALG.....	5
2.2 SØKEPROSESSEN.	5
2.3 PRESENTASJON AV FORSKNINGSARTIKLENE.	6
2.4 KILDEKRITIKK.	10
3.0 TEORI	12
3.1 DEMENS.	12
3.2 ELDRE OG ERNÆRING.	13
3.2.1 Underernæring hos demente.....	14
3.2.2 Konsekvenser av underernæring.....	15
3.2.3 Kartlegging av underernæring.	15
3.2.4 Energi- og næringstett kost.	16
3.3 SYKEPLEIERENS ROLLE VED ERNÆRING.	17
3.3.1 Hjemmesykepleien.....	18
3.3.2 Kommunikasjon og tillit.....	19
3.3.3 Etikk.	20
4.0 DRØFTING	22
4.1 KUNNSKAP HOS HELSEPERSONELL.	22
4.2 RELASJON MELLOM HELSEPERSONELL OG PASIENT.	24
4.3 KARTLEGGING.	26
4.4 SPISESITUASJON.	28
4.4.1 Aktuelle mattiltak.....	30
5.0 AVSLUTNING	33
LITTERATURLISTE	34
VEDLEGG 1 - SENTRAL LITTERATUR	38
VEDLEGG 2 – MNA-KARTLEGGING	40

1.0 INNLEDNING

I dette kapittelet vil jeg først gjøre rede for valg av tema. Deretter følger problemstillingen, hensikten med oppgaven, avgrensning av oppgaven og begrepsavklaring. Til slutt presenterer jeg oppgavens oppbygning.

1.1 Valg av tema.

Jeg har vært i praksis i hjemmesykepleien ved to anledninger. Først i 2.klasse på videregående under utdanning som helsefagarbeider og deretter som del av sykepleiestudiene. Jeg tar ekstravakter i hjemmesykepleien og har erfaring herfra siden 2013. Gjennom disse erfaringene har jeg sett at demens er utbredt. Flere av pasientene med demens sliter med å få i seg nok mat. Mange er underernærte eller er i risiko for å bli det. Underernæring hos eldre er et spennende og dagsaktuelt tema, som mediene omtaler med jevne mellomrom. Som et eksempel kunne man 22.04.2017 lese om en mann på 84 år som døde som følge av underernæring. Hjemmesykepleien hadde ikke greid å følge opp mannen tilstrekkelig (Johannessen, 2017). Jeg ønsker derfor å benytte muligheten til å skrive en bacheloroppgave om underernæring hos eldre med demens i hjemmesykepleien. Gjennom litteraturstudiet har jeg opparbeidet meg ytterligere kunnskap om denne pasientgruppen.

I Norge er det rundt 78000 mennesker som mottar hjelp fra hjemmetjenesten. Et stort antall av disse er eldre mennesker over 67 år. Mange av pasientene som mottar hjelp fra hjemmesykepleien er underernærte eller står i fare for å bli underernærte. Det er særlig pasienter med alvorlig eller langvarig sykdom som er mest utsatt for underernæring, som for eksempel demente (Aagaard & Grøndahl, 2017). For hjemmeboende syke eldre anslås det å være rundt 10% som er underernærte. Videre kom det frem i en prevalensstudie fra Oslo og Bærum at 46% sto i fare for underernæring eller allerede var underernært (Helsedirektoratet, 2009, s. 10).

Antallet eldre er økende. Underernæring er en viktig faktor når det kommer til påvirkning av Eldres helse. For å sikre at eldre menneskers helse i minst mulig grad blir påvirket som følge

av feil- eller underernæring, er det viktig at helsepersonell kartlegger og oppdager de aktuelle pasientene og har kompetanse til å sette i verk forebyggende tiltak (Rognstad, Brekke, Holm, Linberg & Lühr, 2013, s. 307).

1.2 Problemstilling.

”Hva kan sykepleier i hjemmesykepleien gjøre for å forhindre underernæring av pasienter med demens?”

1.3 Oppgavens hensikt.

Hensikten med oppgaven er å gi økt kunnskap om underernæring og demens, da særlig med tanke på hvordan dette virker inn på sykepleierens arbeid i hjemmesykepleien. Jeg ønsker å komme frem til sykepleierens rolle i arbeidet med å forebygge og forhindre underernæring hos hjemmeboende eldre med demens. Oppgaven vil vise til tiltak sykepleieren kan dra nytte av i sin arbeidshverdag med å forebygge, oppdage og motvirke underernæring hos pasientene.

1.4 Avgrensning av oppgaven.

Det finnes flere former for demens. Jeg vil ta for meg demens generelt, uten å gå inn på de enkelte typene. En demensdiagnose vil utarte seg forskjellig fra person til person. I oppgaven vil jeg fokusere på de pasientene som klarer å bo hjemme med tilrettelegging og praktisk hjelp fra hjemmesykepleien og hjemmehjelpen. Derfor kommer jeg ikke til å gå inn på de mest alvorlige formene for demens. Jeg kommer heller ikke til å gå inn på verbalt eller fysisk utagerende pasienter. Oppgaven vil ikke omhandle bruk av tvang, eller pasienter som har mistet samtykkekompetansen.

I forhold til ernæring tar jeg utgangspunkt i pasienter som greier å spise selv, per os. Jeg skriver ikke om pasienter som må bli matet eller som får ernæring enteralt eller perenteralt. Videre går jeg ikke inn på pasientens opplevelse av å være underernært. Jeg tar utgangspunkt i at pasienten ikke greier å handle selv.

Det å være pårørende til pasienter med demens er svært belastende, ofte tar pårørende på seg mye ansvar. Jeg velger allikevel å ikke gå inn på det å være pårørende til pasienter med demens. De pårørende vil bli nevnt kort noen få ganger, særlig i forbindelse med datainnsamling av pasienten. I all hovedsak kommer oppgaven til å ta utgangspunkt i forholdet mellom helsepersonell og pasient. Når jeg skriver om undervisning og veiledning,

vil dette i hovedsak være mellom sykepleier og annet helsepersonell, og ikke sykepleier og pasient.

1.5 Begrepsavklaring.

”Sykepleierens særegne funksjon er: å fremme helse og hjelpe personer som har eller kan bli utsatt for sykdom/helsesvikt med å ivareta sine grunnleggende behov” (Norsk sykepleieforbund, udatert).

”Underernæring defineres som en ernæringsituasjon der mangel på energi, protein og/eller andre næringsstoffer forårsaker en målbar ugunstig effekt på kroppssammensetning og – funksjon, samt klinisk resultat” (Gjengitt etter Helsedirektoratet, 2009, s. 14).

Pasient: ”en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle” (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

”Demens er en fellesbetegnelse på en rekke sykelige tilstander i hjernen som er kjennetegnet ved ervervet kognitiv svikt (intellektuell svikt), svikt av emosjonell kontroll og sviktende funksjonsevne i forhold til dagligdagse funksjoner” (Snoek & Engedal, 2008, s. 170).

Hjemmesykepleien er helsehjelp, herunder pleie og omsorg, som utføres av profesjonelle til en pasient og dennes pårørende i pasientens eget hjem, der fokus primært er rettet mot å ivareta pasientens grunnleggende behov. Videre er fokus på trivsel, velvære, funksjonsnivå, helsetilstand og pasientens opplevelse av sin situasjon sentral. En viktig funksjon for hjemmesykepleien er å være et alternativ til institusjonsomsorgen. Hjemmesykepleien dekker ellers en vid skala av oppgaver, fra besøk som har en ren forebyggende funksjon, til rehabilitering og terminal pleie (Birkeland & Flovik, 2014, s. 15).

1.6 Oppgavens oppbygning.

Neste kapittel i oppgaven, altså kapittel to, handler om metode. Først presenterer jeg kort hva metode er, så forklarer jeg metodevalg og søkeprosess. Jeg vil så presentere forskningsartiklene og til slutt kommer kildekritikken. I kapittel tre presenterer jeg sentral

teori for oppgaven. Først skriver jeg litt generelt om demens, og så skriver jeg om eldre og ernæring, underernæring hos demente, konsekvenser av underernæring og kartlegging av underernæring. Deretter ser jeg på energi- og næringstett kost. Så tar jeg for meg sykepleierens rolle ved ernæring. Videre går jeg inn på hjemmesykepleien og kommunikasjon og tillit. I det siste kapitlet skriver jeg om etikk. Etter at teorien er presentert, kommer kapittel fire, som inneholder drøfting. I drøftingskapitlet ser jeg nærmere på kunnskap hos helsepersonell, relasjon mellom helsepersonell og pasient, kartlegging, spisesituasjon og aktuelle mattiltak. Etter drøftingen kommer avslutningen.

2.0 METODE

I dette kapitlet vil jeg først si noe om metodevalg, for så å komme inn på søkeprosessen. Deretter følger en presentasjon av forskningsartiklene og til sist kommer kildekritikken. Andre sentrale kilder som er brukt i oppgaven har jeg valgt å presentere kort i vedlegg 1.

Sosiolog Vilhelm Aubert sier at ”en metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Gjengitt etter Dalland, 2012, s. 111).

2.1 Metodevalg.

Bacheloroppgaven er et litteraturstudium. Et litteraturstudium vil si at man samler inn kunnskap fra skriftlige kilder. Når man har funnet litteratur, må man gå kritisk gjennom materialet og oppsummere funnene. Hensikten med et litteraturstudium er at leseren skal få god forståelse og oppdatert kunnskap om det problemstillingen handler om, og om hvordan man har kommet frem til kunnskapen (Thidemann, 2015, s. 79-80).

I de forskningsartiklene jeg har funnet, er det flere som er kvantitative, men ingen er kvalitative. Ved bruk av kvantitativ metode får man informasjon i form av målbare enheter. Tallene man får gjennom den kvantitative metoden kan brukes til å regne ut for eksempel gjennomsnittet eller prosent av det man forsker på (Dalland, 2012, s. 112). Ved kvalitativ metode brukes spørsmål som ”hvor mye, hvor ofte, eller mer effektivt enn” (Thidemann, 2015, s. 78). Kvalitativ forskning brukes når man skal undersøke menneskers subjektive erfaringer, opplevelser, oppfatninger og holdninger. Kort sagt kan man si at det er typisk for kvalitativ forskning med et utvalg av få personer, hvor man ender opp med et rikt beskrivende datamateriale (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012, s. 72). Ved kvalitativ metode brukes spørsmål som ”hva betyr, hvordan foregår eller hvordan opplever” (Thidemann, 2015, s. 78).

2.2 Søkeprosessen.

Via Høgskolen i Oslo og Akershus sine hjemmesider, har jeg brukt databasene Chinal og Medline når jeg har søkt etter forskningsartikler. Der fant jeg til sammen tre

forskningsartikler. Jeg har funnet tre av de andre forskningsartiklene jeg har brukt i bladet Sykepleien, under kategorien forskning.

Jeg brukte SveMed+ for å finne MeSH. Jeg har brukt søkeordene ”dementia”, ”malnutrition” og ”prevent”. Jeg fant både ”dementia” og ”malnutrition” som MeSH, mens ”prevent” brukte jeg som et nøkkelord i søkene mine. Jeg prøvde også å bruke ordene ”nurse” og ”home care services”, men fant ut at dette begrenset søket mitt, dermed droppet jeg disse to søkeordene. Jeg kombinerte ”dementia”, ”malnutrition” og ”prevent” med AND og jeg kombinerte også ”dementia” og ”malnutrition” med AND. I sykepleiebladet på nett søkte jeg generelt etter underernæring i hjemmesykepleien.

Siden fokuset mitt er forebygging av underernæring i hjemmesykepleien, fant jeg tre forskningsartikler i Sykepleien svært relevant. Disse forskningsartiklene er rettet mot hjemmesykepleien i Norge og har mye informasjon om blant annet kartlegging av underernæring. I de andre søkene jeg gjorde ved bruk av databaser avgrenset jeg i mindre grad. Grunnen til at jeg avgrenset mindre, er at søket fort ble veldig begrenset. Jeg fant også flere artikler jeg synes var relevante for oppgaven uten å gjøre store avgrensninger. På ett av søkene valgte jeg å avgrense til ”systematic reviews” og fikk opp seks artikler, hvor en av dem var relevant for oppgaven. Jeg har vurdert forskningsartiklene opp mot problemstillingen min og dermed valgt ut de artiklene jeg mener er sentrale for oppgaven.

2.3 Presentasjon av forskningsartiklene.

Forskningsartikkelen ”*Rutiner for å vurdere ernæringsstatus i hjemmesykepleien*” er skrevet av Heidi Aagaard og Vigdis Abrahamsen Grøndahl. Det er en kvantitativ forskningsartikkel fra Norge, utgitt i 2017. Det ble brukt spørreskjema som ble sendt til 273 ledere (svarprosent 59) og 212 helsepersonell (svarprosent 74). Hensikten med studien var å beskrive hvilke rutiner ledere og helsepersonell i hjemmesykepleien bruker når de skal vurdere pasientens ernæringsstatus.

Det kommer frem at det ofte ikke er tydelig hvem som har ansvaret for brukernes ernæringsbehov. Det manglet rutiner og prosedyrer flere steder, dette gjorde ofte vurderingen og kartleggingen av underernæring mangelfull. Det kommer frem i studien at å veie brukerne er viktig, men at det ofte ikke gjøres. Forskerne så på hvor viktig det er å dokumentere ernæring. Det kommer frem at dokumentasjon med henblikk på ernæring ofte er mangelfull.

Helsepersonell og lederne svarte at de mener kunnskap, tid og ressurser er de tre største hindringene når det kommer til vurdering og oppfølging av ernæringsstatus. I forskningsartikkelen ser vi at kartlegging er viktig i forhold til å vurdere ernæringsstatus, ved for eksempel MNA-kartlegging. Det blir konkludert med at det er viktig å ha kunnskap, retningslinjer og prosedyrer. Videre er det viktig at ansatte vet at retningslinjer og prosedyrer finnes og får opplæring i dem.

Forskningsartikkelen *”Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens”* er skrevet av May-Karin Rognstad, Idunn Brekke, Eva Holm, Cecilie Linberg og Nina Lühr. Det er en kvantitativ forskningsartikkel fra Norge, utgitt i 2013. Det ble brukt spørreskjema. Det var 80 menn og 202 kvinner som deltok. Hensikten var å kartlegge og belyse ernæringsstatusen til pasienter med demens som får hjelp av hjemmesykepleien.

Forskningsartikkelen sier litt om hva som påvirker appetitten til eldre demente, som for eksempel glemskhet, miljø og det å spise alene. Det står om hvor viktig god kommunikasjon er for å skape en positiv opplevelse for pasienten. Forskerne brukte MNA-kartlegging til å vurdere dementes ernæringsstatus. MNA-kartlegging har i flere studier vist seg som nyttig for å identifisere underernæring hos eldre hjemmeboende. Her kommer det frem at 10,3 prosent er underernærte, mens 47,9 prosent står i fare for å bli det. Det kommer dessuten frem at pasienter som av ulike årsaker har problemer med å få i seg mat, har 86 prosent større sannsynlighet for å bli underernært enn de som ikke har problemer med matinntak. Forskerne så også at pasienter som handler selv, i mindre grad er underernærte. Dette mente forskerne kunne ha sammenheng med at pasienter som kan handle selv, i større grad velger hva de vil spise. Forskerne mente også å se at det er de pasientene med best helse som greier å handle selv. Konklusjonen på forskningsartikkelen viser blant annet at helsepersonell og pårørende må kjenne til risikofaktorene for underernæring og dermed sette i gang tiltak på et tidlig stadium. Det er også viktig med rutiner for å innhente data om underernæring.

Forskningsartikkelen *”Verktøy ved screening av risiko for underernæring hos eldre”* er skrevet av Anne Karine Gjerlaug, Gunn Harviken, Solveig Uppsata og Asta Bye. Artikkelen er et systematisk litteraturstudium fra Norge, utgitt i 2016. Forskerne har søkt i en rekke ulike databaser for å finne relevante publikasjoner. Hensikten var å identifisere hvilke screeningverktøy som egner seg til å avdekke eldre som er i risiko for underernæring, som bor på institusjon, eller mottar hjelp fra hjemmesykepleien.

I forskningsartikkelen ser vi at manglende prosedyrer og mangel på tid er sentrale problemer. Det kommer også frem at det er viktig med kunnskap om risikofaktorer. Ifølge Helsedirektoratet skal screening av ernæring være en del av sykepleierens rutinemessige utredning. Resultatet og konklusjonen viste at MNA-kartlegging var best egnet av de fire kartleggingsverktøyene som var med i testen. Noe forskningsartikkelen påpeker når det gjelder MNA-kartleggingen, er at det ser ut til at de pasientene som er skrøpelige, automatisk havner i kategorien underernærte. Dette kan gi en viss feildiagnostikk, noe som igjen kan føre til overbehandling og unødvendig bruk av ressurser. Forskerne påpeker også at kartleggingen i seg selv bare sier noe om pasienten er i fare for å bli underernært eller ikke. Det er viktig at sykepleieren selv tar ansvar for å følge opp med tiltak for å hindre underernæring. Ut fra den forskningen som foreligger, konkluderer artikkelen med at MNA er et egnet kartleggingsverktøy.

Forskningsartikkelen "*ESPEN guidelines on nutrition in dementia*" er skrevet av Dorothee Volkert, Michael Chourdakis, Gerd Faxen-Irving, Thomas Fruhwald, Francesco Landi, Merja H Suominen, Maurita Vandewoude, Rainer Wirth og Stephane M Schneider. Artikkelen er et internasjonalt samarbeid, utgitt i 2015. Metoden er systematic reviews hvor man har brukt GRADE-metoden for å måle kvalitet og tillit knyttet til anbefalingene. Det er mennesker fra forskjellige nasjoner som har jobbet med å komme frem til anbefalingene. Hensikten med artikkelen var å finne tiltak som er effektive for å forebygge og behandle underernæring.

Forskningsartikkelen sier litt om demens, hva som er årsakene, og hvordan det påvirker livet til pasienten og ernæringssituasjonen. I artikkelen kommer det frem at demente er mer utsatt for underernæring enn andre pasienter. Vekttap kan vises før selve demenssykdommen og blir mer vanlig etter hvert som sykdommen utvikler seg. Det står om hvordan begynnende demens kan påvirke matinntaket og hvor viktig mat er for det kognitive. Noen av anbefalingene forskerne kommer med for å forhindre underernæring er: screening av alle pasienter med demens og nøye oppfølging og dokumentasjon av vekten til pasientene. Videre sier anbefalingene at man må passe på at maten blir servert i hyggelige omgivelser. Det anbefales også å gi mat som er tilpasset pasienten og som pasienten liker. Artikkelen sier det er viktig med oppmuntring og tilstrekkelig støtte til pasienten i forbindelse med matinntak. Forskerne anbefaler å bruke utdannet helsepersonell med grunnleggende kunnskap om ernæring som kan gripe inn hvis de ser behov for det. Forskerne anbefaler også å fjerne årsaker som kan

føre til underernæring, som for eksempel smerte og uheldige bivirkninger av medisiner. De anbefaler ernærings supplement hvis det er behov for å forbedre ernæringsstatusen, men anbefaler derimot ikke bruk av ernærings supplement hvis målet er å korrigere det kognitive eller hindre ytterligere kognitiv svikt.

Forskningsartikkelen *”Practical guidelines for the diagnosis and management of weight loss in Alzheimer’s disease: a consensus from appropriateness ratings of a large expert panel”* er utgitt av en komité, Belmin J; Expert Panel and Organisation Committee. Det er en kvantitativ studie fra Frankrike, utgitt i 2007. Det er gjort et litteraturstudium hvor resultatet ble sendt ut til en ekspertgruppe på 36 personer. 23 av disse stilte til et møte hvor de diskuterte resultatet av litteraturstudiet og kom frem til 23 utsagn vedrørende vekttap og Alzheimer. Utsagnene ble sendt ut til evaluering av en ekspertgruppe på 36 personer. Basert på tilbakemeldingene endte man opp med 17 utsagn. Hensikten var å komme med noen retningslinjer for hvordan man kan forholde seg til og forhindre vekt nedgang hos pasienter med Alzheimer.

Forskningsartikkelen resulterer i noen praktiske råd om hvordan man kan følge opp pasienter. Artikkelen har dessuten konkrete kriterier for om man trenger å gripe inn i ernæringsstatusen. Noen av disse rådene og kriteriene er: Vekt nedgang kan ofte vise seg før den kognitive svikten, ernæringsstatus må vurderes på diagnosetidspunktet, pasienten må veies minst en gang i måneden og resultatet må noteres, ved 5% vekttap over tre til seks måneder må man gripe inn, daglig aktivitet og et variert og balansert kosthold er viktig for å forhindre underernæring, helsepersonell og pårørende bør kurses i mat til demente, de bør også kurses i hvordan man kan oppdage tegn på underernæring. Det er litt delte meninger om kunstig ernæring skal brukes.

Forskningsartikkelen *”Nutritional status of care-dependent people with dementia in shared-housing arrangements – a one-year follow-up”* er skrevet av Saskia Meyer, Johannes Gräse, Andreas Worch og Karin Wolf-Ostermann. Det er en kvantitativ studie fra Tyskland, utgitt i 2015. Det var 104 som deltok og etter ett år hadde de alle nødvendige data på 36 av deltagerne. De brukte MNA til å kartlegge. Hensikten var å se på hvordan ernæringsstatusen hos demente i bofellesskap blir påvirket over en ett års-periode.

Artikkelen sier noe om hvorfor eldre og særlig demente er så utsatt for underernæring, som

for eksempel at de glemmer å spise, at de ikke greier å konsentrere seg lenge nok til å fullføre måltidet, eller at maten blir plassert utenfor synsfeltet. Pasienter med demens trenger mer oppfølging og tilbereding av mat. Demente setter pris på autonomien sin. For eksempel med tanke på hushold, innkjøp av mat og maten som blir laget. Miljøet pasienten spiser i er sentralt, som lys- og lydforhold. Rutinene på måltidene må også være tilpasset den demente. Det å bo hjemme eller i bofellesskap gir økt autonomi sammenlignet med det å bo på institusjon. Det å støtte matinntak krever en høy profesjonell kompetanse og empati fra sykepleieren. Her er screening sentralt for å følge utviklingen hos den enkelte beboer. Undersøkelsen viste at det er mindre utvikling i underernæring hos de som bor i bofellesskap eller hjemme, i forhold til de som bor på institusjon. Dette kan ha med autonomi i forbindelse med mat og spiserutiner å gjøre. Likevel viser det seg at også de som bodde i bofellesskapet hadde en negativ utvikling i ernæringsstatusen i løpet av året. De gikk i snitt ned 1,1 poeng på MNA skjemaet.

2.4 Kildekritikk.

Kildekritikk er de metodene man bruker for å fastslå om en kilde er sann. Dette betyr at man må vurdere og karakterisere de kildene som benyttes. Kildekritikk kan deles inn i to deler. Den første delen handler om å finne litteratur som kan belyse problemstillingen best mulig. Den andre delen handler om å gjøre rede for litteraturen man bruker i oppgaven (Dalland, 2012, s. 67-68). Ved kildekritikk viser man at man klarer å være kritisk til de kildene som brukes i oppgaven. Hensikten er at den som leser oppgaven skal se hvilken refleksjon forfatteren har gjort seg om litteraturens gyldighet og relevans, stilt opp mot problemstillingen. Kildekritikk må ses i forhold til hva kildene skal belyse. Det innebærer at man må mene noe om hvor stor overføringsverdi teorien og forskningsresultatene har når det skal settes inn i en ny sammenheng (Dalland, 2012, s. 72-73).

Faglitteratur som er brukt i oppgaven har hovedsakelig vært på pensumlisten gjennom hele studietiden min. Faglitteratur som ikke er tidligere pensum har jeg funnet på biblioteket. Jeg har sett etter fagbøker som er relativt nye, ingen av utgavene er mer enn ti år. Jeg har prøvd å bruke den nyeste utgaven av fagbøkene. Når det kommer til forskningsartiklene valgte jeg å bruke databaser som er godkjent av HiOA. Når jeg søkte etter forskningsartikler var jeg opptatt av at de kunne brukes til å svare på problemstillingen min. Jeg har lest gjennom IMRaD til flere titalls forskningsartikler og sitter igjen med noen jeg mener ville kunne hjelpe

meg med å svare på problemstillingen min. IMRaD er en vanlig måte å bygge opp en artikkel på. IMRaD står for introduction, methods, results og discussion (Dalland, 2012, s. 79).

Jeg har avgrenset søket sånn at jeg ikke har fått opp forskningsartikler som går mer enn ti år tilbake i tid. Jeg har sett etter hvem som har publisert forskningsartiklene og hvilket land de er fra. Forskningsartiklene mine er fra Norge, Tyskland og Frankrike. Dette er land med mange ressurser og tilgang på teknologi og forskning, derfor ser jeg på overføringsverdien i disse forskningsartiklene som stor. Jeg har en del erfaring fra hjemmesykepleien selv og jeg har opparbeidet meg teoretisk kunnskap gjennom studiet. De forskningsartiklene jeg har valgt ut mener jeg er relevante også ut i fra hva jeg har sett i praksis.

I utgangspunktet hadde jeg tenkt å finne artikler som var rettet mot hjemmesykepleien. Sett bort fra de norske forskningsartiklene, fant jeg ut at det å finne forskningsartikler som rettet seg mot hjemmesykepleien begrenset søket veldig. Derfor tar ikke de utenlandske forskningsartiklene mine direkte utgangspunkt i hjemmesykepleien, men heller sykehjem eller andre former for helseinstitusjoner. Jeg har likevel valgt å bruke deler av forskningsartiklene, da jeg mener mye av det som gjøres på sykehjem og andre helseinstitusjoner har overføringsverdi til hjemmesykepleien.

3.0 TEORI

Kapittel tre er teorikapittelet i oppgaven. Teorikapittelet består av en rekke underkapitler. Innledningsvis skriver jeg generelt om demens. Deretter går jeg inn på eldre og ernæring for så å se på underernæring hos demente. Så tar jeg for meg konsekvenser av underernæring og kartlegging av underernæring, for så å se på energi- og næringstett kost. Videre ser jeg på sykepleierens rolle ved ernæring, for så å gå inn på hjemmesykepleien. I nest siste kapittel tar jeg for meg kommunikasjon og tillit, og til slutt ser jeg på etiske prinsipper.

3.1 Demens.

I Norge er det rundt 71 000 personer som har en demenssykdom. Man regner med at et sted mellom 25 000 og 30 000 eldre har problemer med hukommelsen. Risikoen for å få en demenssykdom øker med alderen. Forekomsten av demens er 17,6% i aldersgruppen 80-84 år og for de over 90 år er forekomsten ca. 40%. Det antas at antall 90 åringer i befolkningen vil øke kraftig fra 2020. Hvis forekomsten av demens holder seg på dagens nivå, vil rundt 135 000 være rammet i 2040. Det antas at mellom 2000 og 3000 yngre, altså under 65 år, lever med demens i Norge i dag (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 412).

Det finnes flere former for demens. Felles for alle demenstypene er at de er progredierende. Symptomene utvikler seg over tid, avhengig av hvilken demenssykdom det er snakk om (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 411). Ved mild grad av demens begynner hukommelsen å svikte, særlig i forhold til hendelser i nær fortid. Dette kan vise seg ved at pasienten glemmer å spise, glemmer å handle og glemmer avtaler. Evnen til tidsorientering vil svikte, og det blir vanskelig å holde styr på dager og datoer. I startfasen kan pasienten ofte bruke ulike mestringsstrategier for å skjule sykdommen. Ved moderat demens greier pasienten ofte ikke å skjule sykdommen lenger. Hukommelsesevnen og evnen til tidsorientering svekkes ytterligere. Ofte svekkes også evnen til personlig hygiene og å holde orden i boligen. Det er gjerne i denne fasen de fleste kommer i kontakt med helsevesenet. Alvorlig demens er preget av betydelig handlingssvikt og hjelpeløshet og de fleste må flytte til en aldersinstitusjon (Snoek & Engedal, 2008, s. 171-172).

Symptomene på demens kan deles inn i kognitive, atferdsmessige og motoriske symptomer. Svikt i den kognitive funksjonen viser seg som redusert oppmerksomhet, noe som igjen fører til sviktende hukommelse og evne til problemløsning. Dessuten blir evnen til fokusert og delt oppmerksomhet redusert. Problemer med hukommelsen er ofte det første tegnet pasienten og de pårørende merker ved en begynnende demens. Det er ikke uvanlig at pasienter med en demensdiagnose får problemer med språket. Språkproblemene kan blant annet komme til uttrykk ved langsom og avbrutt tale. Andre ganger kan språkproblemene vise seg ved at evnen til å forstå det andre sier blir redusert. Handlingssvikt er også vanlig ved demens. Dette vil si at evnen til å sette flere handlinger sammen for å nå et mål, svikter. Atferdsmessige symptomer kan blant annet vise seg som depresjon, angst, vrangforestillinger, irritabilitet og forandring i døgnrytmen. De motoriske symptomene viser seg som oftest et stykke ut i demensforløpet. Problemer med å koordinere bevegelser og balanseproblemer er ikke uvanlig. I tillegg kan utvikling av inkontinens forekomme (Rokstad, 2008, s. 41-44).

Det er viktig at man utreder pasienter ved mistanke om demens. Utredningen er ikke bare viktig for å stille rett diagnose, men også for å utelukke andre tilstander som kan gi demenslignende symptomer som depresjon, delirium og bivirkninger av medikamenter. God utredning er viktig for å kunne gi riktig behandling og omsorg (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 418). Demens er en tilstand som ikke kan kureres. Behandlingen handler om å tilrettelegge dagliglivet sånn at pasienten opplever best mulig livskvalitet og kan fungere best mulig opp mot det nivået hjerneskaden tillater (Engedal, 2008, s. 232).

3.2 Eldre og ernæring.

Energibehovet avtar med alderen. Fra man er rundt 30 til 80 år, synker kaloribehovet med rundt 25% (Sortland, 2011, s. 187). Dette har sammenheng med at aktivitetsnivået synker og muskelmassen reduseres. Selv om energibehovet går ned med alderen, er behovet for vitaminer og mineraler uendret. Hvis matinntaket er lavt, er det viktig at maten er næringsrik og energitett (Aagaard & Bjerkreim, 2011, s. 174-175). Nedsatt appetitt kan ha sammenheng med at lukte- og smakssansene endres med årene. Mange eldre foretrekker søte smaker. Samtidig vil mange oppleve at sure og bitre smaker forsterkes (Sortland, 2011, s. 187). Videre kan dårlig appetitt og tannstatus, samt avføringsproblemer, være grunner til nedsatt matinntak. Undersøkelser har vist at hvis eldre spiser mye, legger de lettere på seg og

beholder de ekstra kiloene. Hvis de derimot går ned noen kilo, har de vanskelig for å legge på seg igjen (Aagaard & Bjerkreim, 2011, s. 175).

Etter 70-årsalderen kan man regne med at et lite vekttap er helt naturlig, men man må passe på at vekttapet ikke kommer som følge av sykdom. Som nevnt synker energibehovet med alderen. Det er først og fremst behovet for fett og karbohydrater som avtar. Behovet for proteiner er antatt å være relativt likt. Gjennomsnittlig dagsbehov for eldre er 25 kcal per kg, for passive eldre bør ikke inntaket ligge under 24 kcal per kg (Brodtkorb, 2014, s. 302). Eldre er anbefalt å ha en høyere KMI (kroppsmasseindeks) enn yngre, med verdier mellom 24 og 29. Hos eldre kan en KMI på under 22 være tegn på underernæring (Sortland, 2011, s. 188).

3.2.1 Underernæring hos demente.

Sammenlignet med kognitivt friske mennesker, er demente ekstra utsatt for vektreduksjon (Volkert et al., 2015, s. 1054). Årsaken til at demente er særlig utsatt for underernæring, er kompleks. Noen spiser for lite og andre har et ensidig og mangelfullt kosthold. Det å ikke få i seg nok mat eller riktig mat, kan føre til forverring av både den fysiske og mentale tilstanden. Etter hvert som hukommelsen svikter, kan det bli et problem å huske om man har spist eller ikke. Det å gjenkjenne sultfølelsen kan også bli et problem. Dessuten er det mange som ikke lenger opplever at de er sultne. For andre kan det bli et problem å få i seg mat fordi de ikke husker hvordan man tilbereder et måltid (Solheim, 2009, s. 139).

Forstyrrelser i appetitt og spisevaner er et vanlig problem hos eldre hjemmeboende med demens. Redusert appetitt kan være det første tegnet på at pasienten står i fare for underernæring (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 423). I forskningsartikkelen som er skrevet av Meyer, Gräske, Worch & Wolf-Ostermann (2015, s. 786), kommer det frem at for mange demente kan det være et problem å konsentrere seg om å spise opp et helt måltid.

Det å være over 80 år, bo alene og ha en aldersdemens, er alle risikofaktorer for underernæring (Sjøen & Thoresen, 2012, s. 144). I hjemmesykepleien er det flere pasienter som bor alene. Hvem man spiser sammen med kan ha mye å si for måltidet, og det blir kanskje enda viktigere med alderen. Det at pasienten slipper å sitte alene og spise, kan både øke inntaket av mat og ha en positiv effekt på det psykososiale (Brodtkorb, 2014, s. 308). Ved å tilrettelegge måltidene med hensyn til spisemiljø, kan appetitten til mange demente øke (Rognstad et al., 2013, s. 301).

3.2.2 Konsekvenser av underernæring.

Underernæring kan ha stor påvirkning på pasientens allmenntilstand og livskvalitet. Et lavt inntak av mat kan blant annet føre til depresjon, nedsatt immunforsvar og forsinket sårtilheling. Underernæringen kan bli så alvorlig at pasienten ikke har krefter til verken å stå eller sitte. Videre kan det lave energiinntaket virke inn på ulike organsystemer. Ved lav proteintilførsel kan pasienten på sikt få ødemer. Ødemer kan være med på å kamuflere vektnedgangen. Sprekker i negler og huden, samt hudblødninger, kan også være tegn på underernæring. Ved underernæring blir kapasiteten i tarmen nedsatt og dette fører til dårligere absorpsjon. Pasienten blir sliten og søvnbehovet øker (Sortland, 2011, s. 216-217).

Underernæring fører også til redusert muskelmasse og muskelkraft, noe som fører til at pasienten får nedsatt bevegelighet og økt falltendens (Aagaard & Bjerkreim, 2011, s. 183).

Dårlig kosthold og dehydrering kan redusere hukommelsen (Rognstad et al., 2013, s. 301).

Havner pasienten på sykehus, er liggetiden i snitt lengre for de som er underernærte.

Underernærte eldre som rammes av en akutt sykdom, bruker lengre tid på å komme seg. Økt liggetid og sykkelighet gir økte kostnader og er belastende for pasienten (Aagaard & Grøndahl, 2017).

3.2.3 Kartlegging av underernæring.

Pasienter i hjemmesykepleien skal få sin ernæringsstatus vurdert når de blir skrevet inn i tjenesten og deretter månedlig. Greier man å oppdage pasienter som er i risiko for underernæring, kan man gjøre tiltak sånn at underernæring ikke oppstår (Helsedirektoratet, 2009, s. 14 & 16). Ved å følge jevnlig med på pasientens vekt og regne ut KMI, kan man oppdage vektreduksjon tidlig (Sortland, 2011, s. 232). Det er viktig å ikke bare se på KMI når man skal identifisere underernæring, bruk av kartleggingsverktøy er også anbefalt (Fermann & Næss, 2014, s. 248). I en undersøkelse kom det frem at under halvparten av hjemmetjenestene i kommunen hadde som rutine å kartlegge ernæringsstatusen til pasientene (Aagaard & Grøndahl, 2017).

Det er viktig å snakke med pasienten for å få oversikt over hva pasienten liker å spise og drikke. Det er også viktig å vite noe om pasientens appetitt, spisevaner og tannstatus. Også medisiner og annen sykdom påvirker ernæringen (Sortland, 2011, s. 220-221). Kliniske observasjoner og undersøkelser kan gi informasjon om ernæringsstatusen (Aagaard &

Bjerkreim, 2011, s. 175). Hos eldre med redusert hukommelse kan pårørende bidra med opplysninger (Brodtkorb, 2014, s. 304).

Når man skal kartlegge ernæringsstatus er det mange ulike kartleggingsverktøy å velge mellom. Et av disse kartleggingsverktøyene er MNA-kartlegging som også er oversatt til norsk (Nestlé Nutrition Institute, 2006). MNA-kartleggingen ligger som vedlegg to i oppgaven min. MNA-kartlegging anbefales hos eldre over 65 år (Helsedirektoratet, 2009, s. 14). I en undersøkelse hvor det ble sett på flere ulike kartleggingsverktøy, kom det frem at MNA-kartlegging passet bra for eldre. Når MNA-kartleggingen er utført, har man kun fastsatt om pasienten er underernært eller ikke, eller er i risiko for å bli underernært (Gjerlaug, Harviken, Uppsata & Bye, 2016, s. 155). Når en pasient blir vurdert til å være underernært eller i risiko for underernæring, må man prioritere å sette i verk tiltak sånn at ernæringsbehovet til pasienten blir dekket. Ernæringsstatusen og tiltakene må deretter dokumenteres i pasientens journal (Birkeland & Flovik, 2014, s. 67).

3.2.4 Energi- og næringstett kost.

Når man skal lage energi- og næringstett kost må man øke innholdet av fett i maten, og måltidene bør være små, men hyppige. Hvor næringstett maten må være, avhenger av hvor mye pasienten spiser. Det er viktig at maten inneholder alle de næringsstoffene kroppen trenger, selv om porsjonstørrelsen reduseres. Proteinrik mat og drikke må prioriteres, samtidig er det viktig med fett og karbohydrater. Blir inntaket av fett og karbohydrater for lite, vil proteinene pasienten får, brukes som energi isteden for til oppbygning av vevsproteiner (Sortland, 2011, s. 233-234). På apoteket finnes det ulike typer næringspreparater som man kan tilsette i maten (Aagaard & Bjerkreim, 2011, s. 191). Undersøkelser har vist at de pasientene som får et tilpasset kosthold, har et høyere energi- og proteininntak (Helsedirektoratet, 2009, s. 20).

Skal man øke energiinntaket til pasienten, anbefales to til tre mellommåltider. Det er viktig at sykepleieren forhører seg om hva slags mat pasienten liker, sånn at han får servert noe han synes virker fristende. Et mellommåltid kan for eksempel være en brødkive, en yoghurt eller en kakebit. Næringsdrikker kan også brukes som mellommåltid og vil i liten grad påvirke det øvrige matinntaket. Det finnes mange ulike former for næringsdrikker. For noen pasienter kan det også være lettere å få i seg mer næring når den er flytende (Sortland, 2011, s. 235-237).

Det skal ikke gå mer enn 12 timer fra siste måltid om kvelden til første måltid dagen etter (Birkeland & Flovik, 2014, s. 67).

Det finnes mange lettprodukter på markedet. Når man skal lage energitett kost er ved viktig at man velger de fete variantene. Ved å velge for eksempel helmelk og fete oster fremfor mager melk og ost, øker man energimengden i maten (Sortland, 2011, s. 234-235). Energiinntaket kan også økes gjennom væske. Hvis man serverer noe annet enn bare vann, som for eksempel saft eller juice, øker man energiinntaket (Brodtkorb, 2014, s. 311).

3.3 Sykepleierens rolle ved ernæring.

I yrkesetiske retningslinjer for sykepleie står det i punkt 2.1 at ”sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom”. I punkt 2.9 i retningslinjene, står det at ”sykepleieren har ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse” (Norsk sykepleieforbund, 2016). I hjemmesykepleien skal man hjelpe pasienten til å mestre det å bo i sitt eget hjem. For noen pasienter kan dette innebære hjelp til å dekke ett eller flere av sine grunnleggende behov, som for eksempel ernæring (Birkeland & Flovik, 2014, s. 21).

Sykepleieren har en rolle innenfor forebygging og helsefremming (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011, s. 17). Dette innebærer blant annet å hindre sykdom og skade, samt å fremme helse. For eksempel bør omgivelsene legges mest mulig til rette for god helseutvikling. Helsefremmende arbeid dreier seg blant annet om å bidra til å gi mennesker best mulig livskvalitet (Mæland, 2016, s. 15). For å hindre sykdom og skade, er en av oppgavene til sykepleieren å kartlegge og legge til rette for tilstrekkelig ernæring (Brodtkorb, 2014, s. 304). Det er viktig å kjenne til risikofaktorer for underernæring og være i stand til å sette i verk tiltak for å forebygge underernæring når det er nødvendig (Gjerlaug et al., 2016, s. 153). I forskningsartikkelen til Aagaard & Grøndahl, (2017) kommer det frem at kunnskap, tid og ressurser er de tre største hindringene i forhold til å følge opp ernæringsstatusen til pasientene.

Sykepleieren kan også ha en veiledende og undervisende funksjon (Kristoffersen et al., 2011, s. 17). Hun kan blant annet undervise og veilede de som kjøper inn mat til pasienten. Her kan sykepleieren formidle kunnskap om hvilke matvarer det er lurt å velge. Sykepleieren kan også veilede og undervise kollegaer i hvordan de kan lage mat sammen med pasienten eller uten pasienten, alt etter hva pasienten orker. Sykepleieren kan dessuten undervise og veilede

pasienten (Aagaard & Bjerkreim, 2011, s. 183-185). Siden pasientens hukommelse og læringsevne reduseres etter hvert som demenssykdommen utvikler seg, vil det variere hvor mottakelig pasienten er for det sykepleieren formidler (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 416).

3.3.1 Hjemmesykepleien.

Hjemmesykepleien er en av flere tjenester kommunen har ansvar for (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Pasienter og brukere har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Pasienter i hjemmesykepleien skal ha et vedtak. Hvem som behandler søknaden om vedtak varierer fra kommune til kommune. Ofte har kommunen organisert det slik at det er noen andre enn de som utfører tjenesten som fatter vedtaket. Det er viktig at det er et godt samarbeid mellom de som gjør vedtaket og de som utfører tjenesten, sånn at tjenesten kan endres etter behov. Det er ofte en sykepleier som behandler søknader om hjemmesykepleie. Når et vedtak skal fattes, må det på forhånd være gjort en grundig kartlegging. Fra 2006 har alle kommuner brukt IPLOS i en del av kartleggingen. Her kartlegges pasientenes funksjonsnivå og tjenestebehov. For å få informasjon om pasienten, snakker man først og fremst med pasienten selv. Videre kan pårørende og tidligere dokumentasjon fra helsevesenet være til hjelp. Ved hjemmebesøk må det kartlegges hvordan pasienten fungerer i hjemmet og hvordan boligen er tilrettelagt. Et av funksjonsområdene som må kartlegges, er inntaket av mat og drikke og evne til å lage mat (Fjørtoft, 2016, s. 170-173). I vedtaket har kommunen bestemt hvilken helsehjelp pasienten skal få. Pasienten kan klage på vedtaket. Et vedtak er veiledende, men ikke bindende. Det innebærer at helsepersonell alltid skal gi nødvendig helsehjelp, selv om det ikke står i vedtaket. Pasientens situasjon kan endre seg raskt og det er viktig at man alltid gir forsvarlig helsehjelp (Birkeland & Flovik, 2014, s. 23).

I hjemmesykepleien er besøkene ofte korte og tiden er begrenset. Det er ikke uvanlig at pasienten må forholde seg til mange forskjellige ansatte. Dette vil påvirke omsorgen og den sosiale kontakten mellom de ansatte og pasienten (Birkeland & Flovik, 2014, s. 75). Personer med demens trenger forutsigbarhet i form av få, faste og kjente pleiere (Fjørtoft, 2016, s. 76). Det vil variere om de ansatte har helsefaglig utdanning. Man kan ikke forvente at en ufaglært i samme grad som en helsefagarbeider eller sykepleier skal kunne oppdage forandringer hos pasienten. Hjemmesykepleien velger ofte ut en pasientansvarlig sykepleier til de ulike

pasientene. Denne sykepleieren har blant annet ansvar for samarbeid med fastlegen og andre samarbeidspartnere. Dette vil også være den ansvarlige sykepleieren som pasienten og pårørende kan forholde seg til (Fermann & Næss, 2014, s. 256).

I hjemmesykepleien varierer det hvem som lager maten til pasienten. Hos noen lager pårørende eller pasienten mat, hos andre er det hjemmesykepleien som tilbereder maten. Selv om hjemmesykepleien lager maten, sitter de som regel ikke sammen med pasienten mens han spiser. Dette gjør det vanskelig å ha full oversikt over hva pasienten spiser. Helsepersonell som kommer på neste besøk, kan se etter om maten er borte fra tallerkenen. En tom tallerken behøver ikke å bety at maten er spist, den kan for eksempel ha blitt kastet. For hjemmesykepleien er det dessuten vanskelig å vite hva pasienten spiser utenom de faste måltidene (Birkeland & Flovik, 2014, s. 63). Tiden man har til rådighet er ofte knapp og hverdagene i hjemmetjenesten er hektisk. Omsorg på stoppeklokke har blitt et nytt uttrykk i hjemmesykepleien. ”Den gode samtalen og omsorgen tar tid” (Fjørtoft, 2016, s. 165).

De ansatte i hjemmesykepleien har plikt til å dokumentere i journalen. I journalen skal det være relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen (Helsepersonelloven, 1999). Dokumentasjon er et viktig verktøy for å sikre kvalitet og kontinuitet i hjemmesykepleien. God dokumentasjon gir god oversikt og fremmer individuell sykepleie (Fjørtoft, 2016, s. 184).

3.3.2 Kommunikasjon og tillit.

Kommunikasjon med demente stiller store krav til sykepleierens evne til empati og kommunikasjon. Det å få kontakt og forstå hva personer med demens mener, er ikke alltid lett. Det er viktig å lytte til pasienten for å finne ut hvordan han har det (Eide & Eide, 2007, s. 391-392). Gjennom kommunikasjon vil man påvirke pasienten i positiv eller negativ retning. Det antas at demente har lettere for å oppfatte det som uttrykker nonverbalt enn verbalt. Likeledes antas det at demente uttrykker seg mer gjennom kroppsspråket enn verbalt (Solheim, 2009, 169-170). God kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient er viktig for at spisesituasjonene skal oppleves som noe positivt (Rognstad et al., 2013, s. 302). Evnen til å kommunisere blir enda viktigere etter hvert som sykdommen utvikler seg. En undersøkelse viste også at enkelte kommunikasjonsstrategier kan øke matinntaket (Volkert et al., 2015, s. 1060).

Når man skal kommunisere med personer som har demens, må man være tålmodig og høflig. Det er viktig med øyekontakt for å få pasientens oppmerksomhet. Pasienten trenger ofte tid til å oppfatte det som blir sagt og til å uttrykke seg, derfor må man snakke tydelig, langsomt og med korte, enkle setninger. Ved å holde seg til få temaer i samtalen, unngår man å skape unødvendig forvirring hos pasienten. Man må skape struktur, en positiv atmosfære og vise respekt (Birkeland & Flovik, 2014, s. 92). Ved å kommunisere på en slik måte at det blir lettere for pasienten å forstå hva som skjer, skaper man tillit (Eide & Eide, 2007, s. 20). Som følge av den svært begrensede tiden i hjemmesykepleien, er det utfordrende å følge alle disse kommunikasjonsstrategiene (Birkeland & Flovik, 2014, s. 92). Hvis pasienten ikke føler seg forstått, kan dette igjen føre til at han blir redd. God kommunikasjon er helt sentralt for kontakt mellom mennesker og samspillet dem i mellom (Solheim, 2009, s. 171 & 174). Måten sykepleieren kommuniserer på er altså avgjørende for relasjonen mellom sykepleier og pasient (Fjørtoft, 2016, s. 76).

3.3.3 Etikk.

Innenfor etikken er autonomi et viktig prinsipp. Som en enkel forklaring på autonomi, kan man si at det handler om respekt for medbestemmelsen (Slettebø, 2013, s. 88). I hjemmesykepleien kommer man inn i pasientens private hjem. Det er viktig at man respekterer pasientens ønsker for sitt liv og hjem (Birkeland & Flovik, 2014, s. 92). I forskningsartikkelen skrevet av Meyer et al., (2015, s. 789) kommer det frem at pasienter som bor hjemme setter pris på sin autonomi. Forskningsartikkelen trekker frem retten til å bestemme i forhold til rutiner i huset, handling og matlaging.

Velgjørhetsprinsippet handler om å ville, og etter beste evne gjøre det som er best for pasienten. Det handler om å gi faglig forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp (Nortvedt, 2016, s. 96-97). Velgjørhetsprinsippet krever en aktiv handling hvor man forebygger ubehag eller skade. Det vil si at man må fjerne det som skaper ubehag og fremme det gode (Slettebø, 2013, s. 103). Ikke skade-prinsippet skal blant annet beskytte pasienten mot feilbehandling og dårlig praksis. Som sykepleier skal man ikke utsette pasienten for unødvendig smerte eller annen type belastning som følge av pleien (Nortvedt, 2016, s. 97-98). Ikke skade-prinsippet regnes som et mer passivt prinsipp (Slettebø, 2013, s. 103).

I det moderne helsevesenet har rettferdighetsprinsippet blitt veldig sentralt. Man har ikke ubegrenset mengde med ressurser. Derfor må man finne ut hvordan ressursene skal brukes på en så rettferdig måte som mulig. Rettferdighetsprinsippet handler om at pasienter skal ha lik rett til omsorg, uavhengig av deres pleiebehov og medisinske behov. Faktorer som kjønn, status og rase skal ikke ha kunne påvirke. Vi har også barmhjertighetsprinsippet som blant annet minner oss på at man må ta individuelle hensyn selv om man møter på vanskelige prioriteringer (Nortvedt, 2016, s. 98-100).

4.0 DRØFTING

I dette kapittelet drøfter jeg problemstillingen min, som er ”Hva kan sykepleier i hjemmesykepleien gjøre for å forhindre underernæring av pasienter med demens?”. Jeg vil svare på problemstillingen ved hjelp av litteratur, forskningsartikler og mine egne erfaringer fra hjemmesykepleien. Først vil jeg skrive om kunnskap hos helsepersonell, og så vil jeg skrive om viktigheten av god relasjon mellom helsepersonell og pasient. Deretter kommer jeg inn på hvor viktig det er med god kartlegging. Videre tar jeg for meg spisesituasjonen, for til slutt å komme inn på aktuelle mattiltak.

4.1 Kunnskap hos helsepersonell.

For at man skal kunne forhindre underernæring må man ha kunnskap om hva som er normalt og ikke. I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere står det at sykepleieren skal holde seg oppdatert på eget fagområde og være med på å bruke ny kunnskap i praksis (Norsk sykepleieforbund, 2016). Volkert et al (2015, s. 1060-1061) kommer med en anbefaling om å bruke helsepersonell med grunnleggende kunnskaper om ernæring, slik at man kan oppdage ernæringsproblemer tidlig. Samtidig som det er anbefalt å bruke helsepersonell med tilstrekkelig kunnskap om ernæring, kommer det frem i en undersøkelse av Aagaard og Grøndahl (2017) at både ledere og helsepersonell mener at mangelfull kunnskap er en av hovedutfordringene i forhold til å skulle følge opp ernæringsstatusen hos eldre. I Belmin et al., (2007, s. 35) er det stor enighet om at helsepersonell må få kurs om mat og diett til eldre med demens, samt kurs i forhold til det å oppdage tegn på underernæring.

Tid og ressurser er en utfordring i hjemmesykepleien (Aagaard & Grøndahl, 2017). Derfor kan det bli utfordrende å sende alle på kurs. Ofte er hjemmetjenesten organisert slik at de faste sykepleierne har hovedansvaret for noen pasienter hver. Dermed synes jeg det er hensiktsmessig at det først og fremst er de som blir tilbudt kurs. Under sykepleieutdanningen har man timer i ernæring, men etter min erfaring går man ikke så detaljert inn på det. Ved å gå på kurs kan sykepleieren opparbeide seg mer kunnskap om underernæring, da blir det igjen lettere å formidle kunnskapen til de andre på avdelingen. Som sykepleier skal man være med

på å formidle kunnskap i praksis (Norsk sykepleieforbund, 2016). Dette kan blant annet innebære å veilede og undervise kollegaer. Sykepleieren kan gi råd til hjemmehjelpen om hva de burde handle inn (Aagaard & Bjerkreim, 2011, s. 183-184). Rådene kan for eksempel være å velge fete produkter og kjøpe frukt og kjeks til mellommåltider. De kan også veilede de andre ansatte på avdelingen i å sette sammen næringsrike og næringstette måltider, og i hvordan de ansatte best mulig kan lage maten, enten med eller uten hjelp fra pasienten (Aagaard & Bjerkreim, 2011, s. 183-184). Sykepleieren kan også undervise i tegn på underernæring. Ofte er det enkle råd som kan være med på å forhindre underernæring. Det er også viktig å være klar over at de ansatte sitter inne med forskjellig kompetanse. Både sykepleierne og helsefagarbeiderne lærer noe om ernæring i utdanningen. De som er ufaglærte derimot, har kanskje ingen eller lite kunnskap om ernæring. Det er viktig at undervisningen og veiledningen blir tilpasset målgruppene. Sykepleierne kan for eksempel undervise helsefagarbeiderne, mens helsefagarbeiderne kan undervise de ufaglærte. Ved å utnytte den informasjonen de ansatte sitter inne med, behøver det ikke å ta altfor mye ressurser å formidle kunnskapen videre. I Eide & Eide (2007, s. 395) står det om hvor mye man kan lære om pasienten gjennom samtaler med kollegaer. I Volkert et al., (2015, s. 1060) står det at enkelte måter å opptre på og kommunisere på kan bidra til å øke matinntaket. Hvis en ansatt har særlig god kontakt med en pasient, kan de andre på avdelingen lære mye av å høre om hvordan denne ansatte opptrer og kommuniserer med pasienten.

For å øke kunnskapen rundt forebygging og behandling av underernæring, har Helsedirektoratet (2009) gitt ut ”nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring”. Til tross for disse retningslinjene viste det seg i en undersøkelse at bare 67% av lederne og 37% av helsepersonell er klar over at retningslinjene finnes (Aagaard & Grøndahl, 2017). Som faglig leder har man et ansvar for å utarbeide skriftlige prosedyrer og for at pasientene får dekket sine grunnleggende behov, mens helsepersonell skal utføre de skriftlige prosedyrene (Aagaard & Grøndahl, 2017). De faglige lederne på avdelingen har altså en viktig rolle i å gjøre retningslinjene kjente og passe på at helsepersonell har nok kunnskap til å bruke dem.

Som skrevet i kapittel 3.3.1, har hjemmesykepleien plikt på seg til å dokumentere relevante og nødvendige helseopplysninger (Helsepersonelloven, 1999). Gjennom media har jeg fått et inntrykk av at flere i helsevesenet mener at dokumentasjon tar for mye tid i arbeidshverdagen.

Det er viktig å ikke dokumentere alt ved pasienten, da kan viktig informasjon drukne i detaljer. Imidlertid er dokumentasjon et viktig verktøy for å sikre kvalitet og kontinuitet. Til tross for dette viste det seg i en undersøkelse at dokumentasjon i forhold til ernæring ofte er mangelfull (Aagaard & Grøndahl, 2017). Hvor stort pasientens behov for hjelp er, og hvor fort situasjonen endrer seg, vil være med på å påvirke hvor omfattende dokumentasjonen skal være. Derfor må man se an hva som er nødvendig å dokumentere hos hver enkelt pasient, for å sikre forsvarlig oppfølging (Fjørtoft, 2016, s. 184-188). I Volkert et al (2015, s. 1060-1061) står det at ernæringsproblemer og tiltak som blir iverksatt, må følges opp og dokumenteres nøye. Endringer skjer ofte over tid. Rutiner for regelmessig dokumentasjon gjør det lettere å oppdage gradvise forandringer (Fjørtoft, 2016, s. 184-185). Rutiner og prosedyrer er altså viktig i forbindelse med dokumentasjon, og som jeg har skrevet tidligere i kapittelet, har lederne et viktig ansvar her. Utarbeider lederne gode retningslinjer for hva og hvor ofte man burde dokumentere i forhold til ernæring, har de ansatte noe konkret å forholde seg til. Som pasientansvarlig sykepleier kan man også skrive i tiltaket til hver enkelt pasient om hva som må dokumenteres. God dokumentasjon gjør det lettere å oppdage og forhindre underernæring.

Som et tiltak for å forhindre underernæring kan man altså sende de faste ansatte sykepleierne på kurs. Deretter kan avdelingen ha fokus på at sykepleierne videreformidler denne kunnskapen. Lederne har et viktig ansvar i å utarbeide retningslinjer og prosedyrer. Lederne må også opplyse de ansatte om de retningslinjene og prosedyrene som finnes, og gi dem tilstrekkelig opplæring. Til slutt ser man at tiltak for å sikre god dokumentasjon er sentralt for god kvalitet og kontinuitet.

4.2 Relasjon mellom helsepersonell og pasient.

Hjemmesykepleien bærer preg av at det er mange ansatte og besøkene er ofte korte (Birkeland & Flovik, 2014, s. 75). Dette er noe jeg kjenner meg igjen i fra egen erfaring i hjemmesykepleien. En gang kom jeg til en dame, hun tok frem en bok hvor hun hadde skrevet ned navnene på alle som hadde vært hos henne gjennom de siste tre årene. Det var snart 200 på den listen. Det kan være vanskelig å få en god relasjon til noen hvis man hele tiden må forholde seg til forskjellige mennesker. For personer med demens, er dette ekstra vanskelig (Birkeland & Flovik, 2014, s. 75 & 158). En av grunnene til dette er at demente ofte sliter med å kjenne igjen personer og dermed blir utrygge (Lystrup, Lillesveen, Nygård & Engedal, 2006, s. 1919).

For at helsehjelpen skal være god, krever det at pasienten ikke må forholde seg til for mange ansatte, og de ansatte må være orientert om hvilke oppgaver som skal gjøres hos pasienten (Birkeland & Flovik, 2014, s. 157). En kontrollstudie utført av Volkert et al., (2015, s. 1060) er med på å bekrefte at få ansatte er viktig. Studien kom frem til at personer med alvorlig demens hadde positiv effekt av å forholde seg til det samme helsepersonellet i forbindelse med matsituasjoner. Samtidig som man ser at pasienten har nytte av å forholde seg til få ansatte, viser det seg at de ansatte ofte har behov for å variere hvem de går til. Dette handler i stor grad om at det kan være belastende å gå til de samme pasientene over tid (Birkeland & Flovik, 2014, s. 157).

Som nevnt i de to avsnittene ovenfor, er personer med demens ekstra avhengige av å forholde seg til få personer, og ansatte har behov for variasjon. Siden pasientene i hjemmesykepleien har ulike behov og diagnoser, kan det være aktuelt å prioritere å sende flest mulig av de samme ansatte til demenspasienter. De ansatte vil få variasjon i arbeidshverdagen ved at de ikke alltid går til de samme pasientene, samtidig som den demente vil ha relativt få å forholde seg til. Det kan selvsagt reises spørsmål ved om det er rettferdig at bare de med demens skal få slippe å forholde seg til mange ansatte. Man kan da se på barmhjertighetsprinsippet som minner oss på at man noen ganger må ta individuelle hensyn (Nortvedt, 2016, s. 100). For den demente dreier det seg ikke om et ønske om få ansatte, men en nødvendighet for å sikre god ernæring.

Det å bygge en relasjon krever mer enn bare få ansatte, man trenger for eksempel også tid (Fjørtoft, 2016, s. 165). La meg komme med et eksempel på hvor vanskelig relasjonsbygging kan være når tiden er knapp. Erfaringsmessig er oppdrag på matlaging satt til ti minutter. Hvis man skal greie å kle av og på seg yttertøyet sitt, varme mat, rydde fra forrige måltid og gjøre spisemiljøet hyggelig på ti minutter, er det lite tid igjen til relasjonsbygging. Skal jeg rekke alt på ti minutter og i tillegg gi pasienten oppmerksomhet, må alle disse tingene skje samtidig. På grunn av dette tidspresset, og fordi jeg har følt at jeg bare var halvveis til stede i samtalen med pasienten, har jeg utallige ganger gått fra pasienter med dårlig samvittighet. På de litt mindre travle dagene kan jeg velge å gå over de ti minuttene og sette meg ned med pasienten for å snakke. Problemet er bare at man ofte ikke har denne tiden. Bruker man lenger tid på en pasient, blir det mindre tid på en annen. Dette strider mot rettferdighetsprinsippet.

Som et tiltak for å forhindre underernæring, bør man altså sende et begrenset antall ansatte til personer med demens og som er i risiko for underernæring. Det blir da større sannsynlighet for at pasienten og de ansatte får en god relasjon, samtidig som de ansatte vil finne måter å gå frem i arbeidet sitt på med hensyn til denne pasienten. På tross av begrenset mengde tid tror jeg man greier å opparbeide en god relasjon mellom helsepersonell og pasient, så sant man er flink til å sende de samme ansatte. Samtidig er det viktig med tid til å sette seg ned sammen med pasienten.

4.3 Kartlegging.

Gjennom alle forskningsartiklene og litteraturen jeg har lest, ser jeg at alle er enige om at kartlegging og veiing er helt nødvendig for å følge med på ernæringsstatusen til pasienten. Til tross for at dette er så viktig, kommer det frem i en undersøkelse gjort i Norske hjemmetjenester at bare en av fem helsepersonell pleier og veie pasientene sine ved innkomst. I samme forskningsartikkel kommer det frem at flere var usikre på om de hadde veiing som rutine i tjenesten. Det kommer også frem at under halvparten av tjenestene hadde rutiner for å kartlegge ernæringsstatusen (Aagaard & Grøndahl, 2017).

Flere studier har vist at MNA-kartlegging er nyttig når man skal vurdere ernæringsstatusen til eldre hjemmeboende. Kartleggingsmetoden har vist seg å ha høy validitet. MNA er også den kartleggingsformen som Oslo kommune har valgt å bruke for sine pasienter. Siden halvparten av eldre hjemmeboende står i fare for underernæring, er det viktig å ha en måte å plukke opp disse pasientene på (Rognstad et al., 2013, s. 303 & 306). Når det er snakk om kartlegging til demente, er det viktig at pårørende eller helsepersonell er med på kartleggingen for at informasjonen skal bli mest mulig korrekt (Volkert et al., 2015, s. 1057). Jeg har selv MNA-kartlagt personer med demens og erfart at det er helt nødvendig å enten kjenne pasienten godt eller å få hjelp av pårørende til kartleggingen slik at den blir pålitelig. Det kan selvsagt reises spørsmål ved om kartleggingen blir rett når det ikke er pasienten selv om utfører den. En undersøkelse så på akkurat denne utfordringen. Det viste seg her at helsepersonell og pasienten svært ofte kom frem til det samme resultatet. For eksempel var det en treffprosent på 99 når pasienten ble kartlagt til å være underernært (Gjerlaug et al., 2016, s. 153).

Helsedirektoratet har kommet med en anbefaling om at alle pasienter i hjemmesykepleien skal vurderes for ernæringsmessig risiko en gang i måneden, ved for eksempel bruk av MNA-kartlegging. I Belmin et al., (2007, s. 36) kan man lese at det å skulle MNA-kartlegge pasienter regelmessig, vil ta mer tid enn det vil gi nytte. Som jeg har nevnt tidligere i oppgaven, har hjemmetjenesten et stramt tidsskjema. Av egen erfaring vil jeg si at det tar tid å kartlegge en pasient hvis man ikke kjenner pasienten godt. Hvis man følger tiltaket mitt om å sende de samme ansatte til pasienten, vil de også i mye større grad ha oversikt over pasientens helse og spisevaner, og da vil kartleggingen ta mindre tid. Som jeg ser det ut i fra den andre litteraturen og forskningen jeg har brukt i oppgaven, er det å ha rutiner på regelmessig MNA-kartlegging sentralt for å avdekke underernæring. En annen fordel jeg ser ved at et fåtall kjent helsepersonell kartlegger pasienten, er at de lettere kan oppdage feil ved kartleggingen. Ved MNA-kartlegging kan det nemlig se ut som om alle som er ”skrøpelige” automatisk havner i kategorien underernært, til tross for at de ikke er det. Dette kan igjen føre til at man bruker ressurser på personer som egentlig ikke trenger det, noe som gir økte kostnader for helsevesenet (Gjerlaug et al., 2016, s. 154 & 155).

Vekt, endringer i vekt over tid og KMI blir sett på som de enkleste måtene å følge med på pasientens ernæringsstatus. For å kunne følge vektutviklingen er man avhengig av at pasientene bli veid med jevne mellomrom. Ufrivillig vekttap på over 10% de siste tre til seks månedene eller over 5% vekttap de siste to månedene, er et eksempel på et kriterium på underernæring (Brodtkorb, 2014, s. 302). Undersøkelser viser at mange kommuner ikke er gode nok til å følge opp vekten til pasientene. Manglende rutiner og prosedyrer blir trukket frem som sentrale årsaker. Ledere har ansvar for å utarbeide skriftlige prosedyrer, helsepersonell har ansvar for å følge dem. Hvis det blir laget retningslinjer og prosedyrer på veiing, vil man i større grad få satt vektmåling i system (Aagaard & Grøndahl, 2017). Min erfaring er at de aller fleste pasientene har en vekt hjemme, eller går til anskaffelse av en hvis hjemmetjenesten råder dem til det. De hjemmetjenestene jeg har erfaring med, har også bærbare vekter som kan tas med ut til pasientene. Ernæringsmessig risiko skal vurderes månedlig, men for utsatte må det gjøres oftere (Brodtkorb, 2014, s. 303). Veldig mange pasienter får hjelp med dusj en gang i uken. For å få system og rutine i veiingen, kan det være lurt å veie pasientene i forbindelse med dusjing. Vil man for eksempel veie pasienten en gang per uke, kan man registrere dette i den elektroniske arbeidslisten. Tiltaket om vekt vil dermed alltid være på arbeidslisten på dusjedagen.

Når man har veid og/eller kartlagt en pasient, får man vite om pasienten er i risiko for, eller allerede er underernært. For at kartlegging skal ha effekt, er man avhengig av at sykepleieren gjør en dypere kartlegging, iverksetter tiltak, og evaluerer tiltakenes effekt med en ny kartlegging. Når ernæring viser seg å være et problem, er det lurt å lage en individuell plan. Det er viktig å sette seg ned og snakke med pasienten om hans matønsker og vaner. Det må kartlegges hva pasienten faktisk spiser og hvilket behov han har for væske og ernæring (Aagaard & Bjerkreim, 2011, s.189). Eldre med nedsatt hukommelse, greier ikke alltid å gi tilstrekkelig med opplysninger. Det kan være lurt å søke tilleggsopplysninger fra pårørende (Brodtkorb, 2014, s. 304). Samtidig er det viktig å ikke undervurdere det pasienten sier, selv om de er demente. I forskningsartikkelen til Meyer et al (2015, s. 789) vektlegges det at pasienter med demens er opptatt av sin autonomi i forbindelse med hva de skal spise og hva som skal handles inn til dem. For å sikre kontinuitet, er det alltid viktig å dokumentere det man finner ut i kartleggingen.

Som et tiltak for å forhindre underernæring, er det altså viktig å ha rutiner og prosedyrer rundt regelmessig kartlegging. Ved å sende de samme ansatte vil kartleggingen gå fortere, og feil vil i større grad bli oppdaget fordi helsepersonellet kjenner godt til pasientens situasjon. Vektmåling er den enkleste måten å følge med på pasientens ernæringsstatus og veiing må gjøres jevnlig. Det må også være rutiner og prosedyrer på veiing. Hvis man gjennom kartlegging kommer frem til at pasienten er eller står i fare for underernæring, må det gjøres videre kartlegging, og tiltak må iverksettes.

4.4 Spisesituasjon.

For mange eldre kan det å bli sittende alene å spise begrense matinntaket. For en pasient som i utgangspunktet ikke har lyst på mat, vil matlysten i liten grad fremmes av å sitte alene (Fermann & Næss, 2014, s. 248). Det er ikke uvanlig at pasienter i hjemmesykepleien har vedtak på matlaging. Det som hører mer med til det uvanlige, er vedtak om medspising (Birkeland & Flovik, 2014, s. 63). I mange tilfeller kan et tilrettelagt spisemiljø hvor man slipper å spise alene, være nok til å øke matinntaket hos de med demens (Rognstad et al., 2013, s. 301).

Det å innføre medspising vil for mange bidra til å øke matinntaket. Det viser seg at det å ha noen å kommunisere med under måltidet er med på å gjøre spisesituasjonen til en positiv opplevelse (Rognstad et al., 2013, s. 301). Det å innta de fleste måltider alene byr på en rekke utfordringer, og da særlig for pasienter med demens. Studier viser at mange av de med en demenssykdom ikke greier å konsentrere seg lenge nok til å fullføre et helt måltid. I tillegg vil mange være helt avhengig av å se maten for å være klar over at den finnes (Meyer et al., 2015, s. 786). Her kan et tilstedeværende helsepersonell hjelpe pasienten til å huske å spise. Sist, men ikke minst, skaper det også en stor utfordring for hjemmetjenesten med tanke på at man ikke vet hva pasienten gjør med maten etter at den har blitt satt frem. Man kan med andre ord ikke vite sikkert hvor mye pasienten har spist (Birkeland & Flovik, 2014, s. 63). Hvis man ikke er til stede under måltidene og det er stor usikkerhet rundt hva pasienten spiser, blir det også vanskelig å dokumentere riktig. En av anbefalingene i forskningsartikkelen til Volkert et al (2015, s. 1060) kommer med, er at man må være til stede under matsituasjonen og være til oppmuntring og støtte for pasienten.

Til tross for at medspising har mye positivt ved seg, skaper det også noen utfordringer. Blant annet vil det kreve både tid og ressurser. I en undersøkelse utført i en rekke hjemmetjenester i Norge kommer det frem at tid og ressurser var to av hovedutfordringene ved oppfølging av ernæring (Aagaard & Grøndahl, 2017). For å få mer tid og ressurser, trenger man penger. Vi har et rettferdighetsprinsipp som innebærer å tenke nøye gjennom hva vi bruker ressursene våre på. Samtidig har vi et ikke skade-prinsipp som forteller at vi ikke skal påføre pasienten skade som følge av vår praksis (Nortvedt, 2016, s. 97-99). Selv om det vil føre til økte kostnader å innføre medspising til alle pasienter som er i fare for å utvikle underernæring, vil det kanskje på sikt spare samfunnet for utgifter. Underernæring fører til en rekke problemer for pasienten. For å illustrere, la oss se på en pasient som har mistet mye av sin muskelmasse som følge av for lite mat. Dette har redusert balansen hans og har ført til at han har falt. Fallet har igjen resultert i et brudd i colli femoris. Dette krever sykehusinnleggelse og operasjon. Ikke bare krever innleggelsen og operasjonen penger. Det viser seg også at underernærte kan ha opptil tre ganger så lang liggetid når de først havner på sykehus. Faren for komplikasjoner øker og det tar lengre tid å bli frisk (Helsedirektoratet, 2009, s. 11).

Vi har sett at det er viktig for pasienten å ha noen å spise sammen med. Dessuten vil også matens utseende og omgivelsene virke inn på appetitten. Det er mer overkommelig for

pasienten å spise en liten porsjon. Delikat mat med mye farger virker positivt inn på appetitten. Omgivelsene er viktig ved at det blant annet er ryddig, at det er riktige lysforhold og at det er rolig rundt pasienten (Sortland, 2011, s. 241). I forskningsartikkelen til Meyer et al (2015, s. 789) står det at rutinene for når maten serveres må tilpasses pasienten. Et problem i hjemmesykepleien er at klokkeslettene på besøkene varierer veldig. Min erfaring er at det kan være vanskelig å få til besøkene på samme tid hver dag. Grunnen til dette er at de ulike oppdragene og bemanningen varierer fra dag til dag. Pasienter som skal på dagsenter må for eksempel få besøk tidlig, noe som medfører at noen andre pasienter må vente. Dagen etter kan det være andre hensyn å ta, og pasienter man må legge opp arbeidsdagen etter.

Et tilbud som kan være med på å gjøre måltidene til en mer positiv opplevelse og på sikt forhindre underernæring, er dagsenter. Der er pasienten noen timer på dagtid og får servert frokost og middag. Min erfaring er at en del pasienter er positive til dette tilbudet, men det er også noen som gir uttrykk for at dagsenter ikke passer for dem. Som sykepleier mener jeg det er viktig å informere pasienten og de pårørende om dette tilbudet. Hvis pasienten er positiv til dagsenter, kan dette være en fin anledning til å komme sammen med andre mennesker. Pasienten slipper å spise alene, samtidig som den sosiale kontakten forhåpentligvis gir økt velvære og appetitt.

Som et tiltak for å forhindre underernæring kan man altså innføre medspising. Dette vil i mange tilfeller kunne korrigere en begynnende underernæring og dermed på sikt forhindre komplikasjoner og de økte kostnadene det fører med seg. Medspising vil gi helsepersonell bedre oversikt over pasientens matinntak og gjøre dokumentasjonen lettere. Videre må man passe på hvordan maten og omgivelsene ser ut. Som vi også ser, kan dagsenter være en fin avlastning for hjemmesykepleien, samtidig som pasientens dag blir mer innholdsrik. Når helsepersonell får være til stede under måltidene, vil det også være lettere å fange opp om pasienten har behov for ytterligere hjelp.

4.4.1 Aktuelle mattiltak.

Når man har funnet ut at pasienten ikke får dekket sitt behov for ernæring, finnes det ulike mattiltak man kan iverksette. Helsedirektoratet her laget en ernæringstrapp som kan være til hjelp når man skal vurdere hvilket tiltak man skal iverksette. Trinnene i trappen er som følgende: spisesituasjon, normal kost, tilpasset kost, beriket kost, mellommåltider,

næringsdrikker, sondeernæring og intravenøs ernæring (Helsedirektoratet, 2009, s. 19). Spisesituasjonen har jeg drøftet i kapittelet ovenfor. Helsedirektoratet utdyper ikke hva de mener med normal kost, men jeg vil anta at det innebærer å legge til rette spisesituasjonene med ”vanlig mat”.

Tilpasset kost handler blant annet om at sykepleieren klarer å identifisere tygge- og svelgeproblemer sånn at pasienten får kost han greier å spise. Berikning innebærer å gjøre maten næringstett ved for eksempel å bruke fløte, smør og olje. Mellommåltider er måltider mellom hovedmåltidene. Etter min erfaring vil det være vanskelig å få innvilget egne besøk for å få mellommåltid. Hvis hjemmetjenesten skal lage mellommåltider til pasientene, må dette gjøres i forbindelse med hovedmåltidene. Dette byr på utfordringer fordi de fleste vil glemme at det er blitt laget et mellommåltid, og dermed ikke spise det. I Meyer et al (2015, s. 786) pekes det på at mange med en demensdiagnose er avhengig av å kunne se maten for å vite at den finnes, og dermed huske å spise den. For at tiltaket om mellommåltid skal fungere, tror jeg det er lurt å sette en bolle med for eksempel frukt eller kjeks et sted man vet pasienten oppholder seg i løpet av dagen. For eksempel ved ”godstolen”. Dette vil øke sannsynligheten for at pasienten ser maten og spiser den.

Når det kommer til næringsdrikke, kan det både kjøpes og lages selv. Jeg har ikke noe erfaring med at hjemmetjenesten lager næringsdrikker, men har mye erfaring med de man kan få kjøpt. Dessverre er næringsdrikke relativt dyrt. Det er vist at næringsdrikker har positiv effekt på pasientens vekt og KMI (Volkert et al., 2015, s. 1063). På medisinsk grunnlag kan pasientens lege søke om støtte til næringsdrikke (Sortland, 2011, s. 238). Her kan sykepleieren bidra med relevante opplysninger til legen. Sett under ett, skulle jeg ønske at kravene for å få dekket næringsdrikker ikke var fullt så strenge. I mitt arbeid i hjemmesykepleien har jeg møtt mange pasienter som har et ønske om næringsdrikke, og som jeg tror ville hatt godt utbytte av det, men som ikke får. Til sist i trappen kommer sondeernæring og intravenøs ernæring. Dette er dyre behandlingsmåter som man helst vil unngå (Helsedirektoratet, 2009, s. 19).

Det finnes altså flere mattiltak man kan iverksette for å forhindre underernæring. Når man oppdager underernærte pasienter eller pasienter som er i risiko for underernæring, er det

viktig å raskt iverksette tiltak fra ernæringstrappen. Da kan man ofte starte langt nede på trappen, noe som innebærer at tiltakene både er enklere og billigere å gjennomføre.

5.0 AVSLUTNING

I oppgaven kommer det frem at underernæring er et vanlig problem blant eldre pasienter i hjemmesykepleien. Rundt halvparten av eldre i hjemmesykepleien er eller står i fare for å bli underernærte, og man ser at pasienter med demens er ekstra utsatt. Underernæring virker negativt inn på pasientens helse. Pasienten blir blant annet mer mottakelig for sykdom og det tar lengre tid å bli frisk, dette fører igjen til økte kostnader for samfunnet. Det betyr altså at sykepleieren har en viktig rolle i å forhindre underernæring.

For å kunne forhindre underernæring, er det viktig at sykepleierne har kunnskap om risikofaktorer, mat og sammensetningen av mat. Som sykepleier har man også en jobb med å videreformidle kunnskap til de andre på avdelingen. Som leder har man ansvar for å lage prosedyrer og rutiner, og videreformidle disse til de ansatte. Dokumentasjon er også helt sentralt for å sikre faglig forsvarlig sykepleie. God relasjon mellom helsepersonell og pasient er viktig, og kan være med på å forhindre underernæring. En god relasjon vil kreve at pasienten har et fåtall helsepersonell å forholde seg til og tilstrekkelig med tid. Videre ser vi at kartlegging og veiing er effektive måter å forhindre underernæring på. Gjøres dette regelmessig, vil man tidlig oppdage forandringer i ernæringsstatusen. Det er viktig med rutiner og prosedyrer på kartlegging og veiing. Man må også greie å iverksette tiltak når kartleggingsresultatet krever det, for deretter å evaluere om tiltakene har hatt effekt. En tilrettelagt spisesituasjon vil være med på å forhindre underernæring. Her er tiltak som medspising, innbydende mat og spisemiljø viktig. Til slutt ser vi at det finnes mange ulike mattiltak, som for eksempel næringstett kost og næringsdrikke.

LITTERATURLISTE

- Aagaard, H & Bjerkreim, T. (2011). Væske og ernæring. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Grunnleggende behov* (2. utg., Bind 2, s. 161-207). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Aagaard, H. & Grøndahl, V. A. (2017). Rutiner for å vurdere ernærings-status i hjemme-sykepleien. *Sykepleien Forskning*. doi: 10.4220/Sykepleienf.2017.61219.
- Belmin, J., Vellas, B., Gillette, S., . . . Nourhashemi, F. (2007). Practical guidelines for the diagnosis and management of weight loss in Alzheimer's disease: a consensus from appropriateness ratings of a large expert panel. *J Nutr Health Aging*, 11(1):33-37.
Hentet fra
<http://search.proquest.com.ezproxy.hioa.no/docview/222296549?accountid=26439>
- Birkeland, A. & Flovik, A. M. (2014). *Sykepleie i hjemmet* (2. utg). Oslo: Cappelen damm.
- Brodtkorb, K. (2014). Ernæring, mat og måltider. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, A. H. Ranhoff. *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 301-315). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Engedal, K. (2008). *Lærebok alderspsykiatri i praksis* (2. Utg). Tønsberg: Aldring og helse.
- Fermann, T. & Næss, G. (2014). Sykepleie til eldre i hjemmesykepleien. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, A. H. Ranhoff. *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 238-264). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Fjørtoft, A.-K. (2016). *Hjemmesykepleie ansvar, utfordringer og muligheter* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Gjerlaug, A. K., Harviken, G., Uppsata, S. & Bye, A. (2016). Verktøy ved screening av risiko for underernæring hos elder. *Sykepleie forskning*, 11(2): 148-156. doi: 10.4220/Sykepleienf.2016.57692
- Helsedirektoratet. (2009). *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring* (IS-1580). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-underertering>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_8#KAPITTEL_8
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_3
- Johannessen, K. (2017, 22. april). Faren min sultet i hjel i eldreomsorgen. *Tv2*. Hentet fra <http://www.tv2.no/a/9064347/>
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E.-A. (2011). Om sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg., Bind 1, s. 15-29). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lystrup, L. S., Lillesveen, B., Nygård, A.-M. & Engedal, K. (2006). Omsorgstilbud til hjemmeboende personer med demens. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 126(15), 1917- 1920. Hentet fra <http://www.tidsskriftet.no/article/1405024>
- Meyer, S., Gräske, J., Worch, A. & Wolf-Ostermann, K. (2015). Nutritional status of care-dependent people with dementia in shared-housing arrangements - a one-year follow-up. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(4), 785-792. Doi: 10.1111/scs.12210
- Mæland, J. G. (2016). *Forebyggende helsearbeid folkehelsearbeid i teori og praksis* (4. Utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Nestlé Nutrition Institute. (2006). *Mini Nutritional Assessment*. [Kartleggingsverktøy]. Hentet fra http://www.mna-elderly.com/forms/MNA_norwegian.pdf

Norsk sykepleieforbund. (udatert). Sykepleie – et selvstendig og allsidig fag. Hentet 9. mai 2017 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/122020/Sykepleie---et-selvstendig-og-allsidig-fag>

Norsk sykepleieforbund. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet 25. april 2017 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert!: en arbeidsbok*. Oslo: Akribe.

Nortvedt, P. (2016). *Omtanke en innføring i sykepleiens etikk* (2. Utg). Oslo: Gyldendal akademisk.

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient og brukerrettigheter*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Rognstad, M.-K., Brekke, I., Holm, E., Linberg, C. & Lühr, N. (2013). Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens. *Sykepleien forskning*, 8(4): 298-307. doi: 10.4220/sykepleief.2013.0137

Rokstad, A. M. M. (2008). Hva er demens?. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye *Personer med demens: Møte og samhandling* (s. 27-45). Oslo: Akribe.

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

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

Slettebø, Å. (2013). *Sykepleie og etikk* (6. utg). Oslo: Gyldendal akademisk.

Snoek, J. E. & Engedal, K. (2008). *Psykatri: kunnskap, forståelse, utfordringer* (3. utg). [Oslo]: Akribe.

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

Sortland, K. (2011). *Ernæring - mer enn mat og drikke* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget

Volkert, D., Chourdakis, M., Faxen-Irvin, G., Fruhwald, T., Landi, F., Suominen M. A., Vandewoude, M., Wirth, R. & Schneider, S. M. (2015). ESPEN guidelines on nutrition in dementia. *Clinical nutrition*, 34(6):1052-1073.
<http://dx.doi.org.ezproxy.hioa.no/10.1016/j.clnu.2015.09.004>

Vedlegg 1 - Sentral litteratur

- Metode og oppgaveskriving av Olav Dalland er brukt i metodekapittelet.
- Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving skrevet av Inger-Johanne Thidemann er brukt i metodekapittelet.
- Jobb kunnskapsbasert: en arbeidsbok av Monica W Nortvedt, Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholdt, Lena V Nordheim og Liv Merete Reinart. Boken er brukt i metodekapittelet.
- Omtanke en innføring i sykepleieetikken av Per Nortvedt har jeg brukt i oppgaven til å se på ulike etiske prinsipper.
- Sykepleie og etikk av Åshild Slettebø har jeg brukt i oppgaven til å se på ulike etiske prinsipper.
- Psykiatri kunnskap forståelse og utfordringer av Jannike Engelstad Snoek og Knut Engedal har jeg brukt i forhold til fakta om demens.
- Sykepleie i hjemmet av Arild Birkeland og Anne Marie Flovik har jeg brukt i en rekke ulike kapitler i oppgaven. Det er mye generell og nyttig informasjon om hjemmesykepleien og ulike utfordringer i boken.
- Hjemmesykepleie ansvar, utfordringer og muligheter av Ann-Kristin Fjortoft har jeg brukt mye i kapittelet om hjemmesykepleie og litt i kapittelet om kommunikasjon.
- Demensguiden holdninger og handlinger i demensomsorgen av Kirsti Solheim har jeg brukt i forhold til underernæring hos demente og kommunikasjon og tillit.
- Kommunikasjon i relasjoner samhandling, konfliktløsning, etikk av Hilde Eide og Tom Eide har jeg brukt i forhold til kommunikasjon med pasient og helsepersonell seg imellom.
- I Grunnleggende sykepleie, grunnleggende behov skrevet av Nina Jahre Kristoffersen, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug har jeg brukt kapittelet ”væske og ernæring” skrevet av Heidi Aagaard og Torhild Bjerkreim. Kapittelet er brukt mye i de delene av oppgaven som tar for seg teori om ernæring.
- I Grunnleggende sykepleie: sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar skrevet av Nina Jahre Kristoffersen, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug har jeg brukt kapittelet ”om sykepleie” som er skrevet av Nina Jahre Kristoffersen, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug. Kapittelet har jeg brukt i forhold til å se på sykepleierens rolle.
- Ernæring mer enn mat og drikke av Kjersti Sortland har jeg brukt flere ganger i oppgaven innenfor ulike temaer innenfor ernæring.

- I Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasient skrevet av Marit Kirkevold, Mari Brodtkorb og Anette Hylene Ranhoff har jeg brukt kapitlene ernæring, mat og måltider; sykepleie til eldre i hjemmesykepleien; og kognitiv svikt og demens. Boken har vært sentral i store deler av oppgaven.
- En annen kilde jeg har bukt mye er ”Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring” fra Helsedirektoratet. Denne kilden går igjen i hele oppgaven.

Vedlegg 2 – MNA-kartlegging

Mini Nutritional Assessment

MNA[®]

Etternavn: Fornavn:

Kjønn: Alder: Vekt, kg: Høyde, cm: Dato:

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

Screening, del I	
A Har matinntaket gått ned i løpet av de 3 siste månedene pga nedsatt appetitt, fordøyelsesproblemer, vanskeligheter med å tygge eller svelge? 0 = betydelig redusert matinntak 1 = noe redusert matinntak 2 = ingen endring i matinntaket	□
B Vekttap i løpet av de 3 siste månedene 0 = vekttap over 3 kg 1 = vet ikke 2 = vekttap mellom 1 og 3 kg 3 = ikke vekttap	□
C Mobilitet 0 = sengeleggende / sitter i stol 1 = i stand til å gå ut av seng / stol, men går ikke ute 2 = går ute	□
D Har opplevd psykologisk stress eller akutt sykdom i løpet av de 3 siste månedene? 0 = ja 2 = nei	□
E Neuropsykologiske problemer 0 = alvorlig demens eller depresjon 1 = mild demens 2 = ingen psykologiske lidelser	□
F Body Mass Index (BMI) = vekt (kg) / [høyde(m) x høyde(m)] 0 = BMI mindre enn 19 1 = BMI 19 til mindre enn 21 2 = BMI 21 til mindre enn 23 3 = BMI 23 eller større	□
Screeningresultat, del I (sumtotal maks. 14 poeng) 12 - 14 poeng: <input type="checkbox"/> Normal ernæringsstatus 8 - 11 poeng: <input type="checkbox"/> Risiko for underernæring 0 - 7 poeng: <input type="checkbox"/> Underernært	□ □
For en mer dyptgående vurdering, fortsett med spørsmål G-R	
Screening, del II	
G Bor i egen bolig (ikke på alders/sykehjem eller sykehus) 1 = ja 0 = nei	□
H Bruker mer enn tre typer reseptbelagte medisiner pr dag 0 = ja 1 = nei	□
I Trykksår eller hudsår 0 = ja 1 = nei	□
J Hvor mange fullstendige måltider spiser pasienten pr dag? 0 = 1 måltid 1 = 2 måltider 2 = 3 måltider	□
K Utvalgte markører for proteininntak • Minst en porsjon melkeprodukter (melk, ost, yoghurt) pr dag ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> • To eller flere porsjoner belgfrukter eller egg pr uke ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> • Kjøtt, fisk eller kylling/ kalkun hver dag 0.0 = hvis 0 eller 1 ja 0.5 = hvis 2 ja 1.0 = hvis 3 ja	□ □
L Spiser to eller flere porsjoner frukt eller grønnsaker pr dag? 0 = nei 1 = ja	□
M Hvor mye væske (vann, juice, kaffe, te, melk...) inntas pr dag? 0.0 = mindre enn 3 kopper 0.5 = 3 til 5 kopper 1.0 = mer enn 5 kopper	□ □
N Matinntak 0 = ikke i stand til å spise uten hjelp 1 = spiser selv med noe vanskeligheter 2 = spiser selv uten vanskeligheter	□
O Eget syn på ernæringsmessig status 0 = ser på seg selv som underernært 1 = er usikker på ernæringsmessig tilstand 2 = ser ikke på seg selv som underernært	□
P Hvordan vurderer pasienten sin egen helsetilstand sammenlignet med mennesker på samme alder? 0.0 = ikke like bra 0.5 = vet ikke 1.0 = like bra 2.0 = bedre	□ □
Q Overarmens omkrets (OO) i cm 0.0 = OO mindre enn 21 cm 0.5 = OO 21 til 22 cm 1.0 = OO mer enn 22 cm	□ □
R Leggomkrets (LO) i cm 0 = LO mindre en 31 cm 1 = LO 31cm eller større	□
Screening, del II (maks. 16 poeng)	□ □ □
Screening, del I	□ □ □
Samlet vurdering, del I + del II (maks. 30 poeng)	□ □ □
MNA resultat 24 til 30 poeng <input type="checkbox"/> Normal ernæringsstatus 17 til 23.5 poeng <input type="checkbox"/> Risiko for underernæring Mindre enn 17 poeng <input type="checkbox"/> Underernært	

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of MNA[®] - Its History and Challenges. J Nut Health Aging 2006; 10: 456-465.
 Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J. Geront 2001; 56A: M368-377.
 Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA[®]). Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10: 466-487.
 © Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
 © Nestlé, 1994, Revision 2006. N67200 12/99 10M
 Se mer info på: www.mna-elderly.com