



*Sykepleierens forebyggende funksjon knyttet til
underernæring hos demente*

Kandidatnummer 301
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave i sykepleie

Antall ord 9760

Dato 14.04.2016



Lovisenberg diakonale høyskole

Dato 14.04.2016

Tittel

Sykepleierens forebyggende funksjon knyttet til underernæring hos demente

ABSTRAKT

Problemstilling

”Hvordan kan sykepleier forebygge underernæring hos brukere med demens i hjemmesykepleien?”

Metode

Denne oppgaven er en litterær oppgave, hvor jeg har brukt skriftlige kilder som fag- og forskningslitteratur for å belyse og svare på min problemstilling. Artikkelsøkene har jeg gjort i Cinahl, PubMed og Sykepleien forskning. Jeg har også gjort noen søk i Google etter å ha hentet inspirasjon fra tidligere bacheloroppgaver.

Teoretisk perspektiv

Teoretisk ramme for oppgaven er ”sykepleiers helsefremmende og forebyggende funksjon”, med fokus på forebygging.

Drøfting

I drøftingsdelen legges det vekt på forebyggende tiltak som anbefales i ernæringsarbeidet med demente, som blant annet er en god relasjon med brukeren, god kontinuitet, viktigheten av kartlegging og videre vurdering, faktorer rundt selve måltidet og innholdet i maten. Dette vil bli diskutert opp mot forskning og egne erfaringer, som i stor grad får frem hvilke utfordringer som kan oppstå i arbeidet med ernæring hos den aktuelle brukergruppen i hjemmesykepleien.

Konklusjon

Mangel på tid og svikt i rutiner som dokumentasjon skaper utfordringer for sykepleierne, som igjen går utover brukerne og kvaliteten på pleien. Likevel finnes det flere gode tiltak mot å forebygge underernæring, som bruk av ulike kartlegging- og vurderingsverktøy som bidrar til å sikre kontinuitet, hvor ernæringsjournal blir anbefalt. Pasientansvarlig sykepleier kan gjøre det lettere å skape en relasjon med brukeren. Det legges vekt på at sosialisering rundt måltider har en god effekt på brukernes ernæringsstatus, men at dette ikke alltid er lett gjennomførbart i hjemmesykepleien.

Nøkkelord Forebygging, underernæring, demens, hjemmesykepleie

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	3
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA OG PROBLEMSTILLING	3
1.1.1 Presentasjon av problemstilling.....	3
1.2 OPPGAVENS AVGRENSNING	4
1.3 BEGREPSAVKLARINGER.....	5
1.4 OPPGAVENS OPPBYGGING	6
2.0 METODE	7
2.1 METODEBESKRIVELSE.....	7
2.2 FREMGANGSMÅTE	7
2.3 VALG AV FAGLITTERATUR.....	7
2.4 VALG AV FORSKNINGSLITTERATUR.....	8
2.5 KILDEKRITIKK.....	9
3.0 TEORI	10
3.1 SYKEPLEIERS HELSEFREMMEDE OG FOREBYGGENDE FUNKSJON	10
3.2 DEMENS.....	11
3.2.1 Å leve med demens.....	12
3.2.2 Kommunikasjon med personer med demens.....	12
3.3 ERNÆRING	13
3.3.1 Ernæring og eldre.....	13
3.3.2 Ernæring og demens	14
3.3.3 Kartlegging av ernæringsstatus.....	15
3.3.4 Underernæring.....	15
3.4 HJEMMESYKEPLEIE	16
3.4.1 Ernæring i hjemmesykepleien	17
3.4.2 Demens i hjemmesykepleien.....	17
3.4.3 Kontinuitet.....	17
3.5 ETISKE OG JURIDISKE ASPEKTER	18
4.0 DISKUSJON	19
4.1 NÅR KONTINUITET HINDRER EN GOD RELASJON	19
4.1.1 Betydning av kontinuitet i pleien.....	21
4.2 KARTLEGGING AV ERNÆRINGSSTATUS	22
4.2.1 Videre kartlegging ved ernæringsmessig risiko og vurdering av behov for hjelp.....	23
4.3 NÆRINGSRIKE MÅLTIDER.....	24
4.4 MED FOKUS PÅ MÅLTIDET.....	27
4.4.1 Å være selvstendig	27
4.4.2 Betydningen av sosialt samvær under måltidet	28
5.0 AVSLUTNING	30
LITTERATURLISTE	31
VEDLEGG 1	35

1.0 Innledning

Omtrent 70.000 mennesker i Norge lider i dag av demens, og cirka halvparten er hjemmeboende. Man regner med at det totale tallet vil dobles innen 20-30 år (Fjørtoft, 2012). Forekomsten øker med stigende alder, og det sies at 35% av demensrammede er 90 år og eldre (Berentsen, 2013). Demens er en av de store truslene mot ernæring og blir stadig en større utfordring for sykepleiere (Brodtkorb, 2013). Problemer knyttet til ernæring, er svært utbredt blant personer med demens som mottar hjemmesykepleie (Rognstad, Brekke, Holm, Lindberg & Lühr, 2013).

Demens og underernæring har en vesentlig sammenheng og er ofte en utfordring i hjemmesykepleien (Brodtkorb, 2013). Hjemmebesøkene er få, tiden er knapp og brukerne takker ofte nei til hjelp (Fjørtoft, 2012). Riktig tilpasset kommunikasjon, trygghet og miljø er eksempler på faktorer som vil ha stor betydning for brukers ernæringsstatus (Sjøen & Thoresen, 2012). Kartlegging av ernæringsstatus vil også være avgjørende for å kunne iverksette nødvendige tiltak, og ikke minst sikre kontinuitet i arbeidet (Fjørtoft, 2012). Med denne oppgaven ønsker jeg å lære mer om hvordan sykepleier kan gå frem for å forebygge underernæring hos brukere med mild og moderat form av demens, til tross for de utfordringer som finnes i hjemmesykepleien.

1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

Etter å ha jobbet som ekstravakt i hjemmesykepleien over lengre tid, har jeg tenkt mye på at de demente hjemmeboende ofte takker nei til mat, og at maten som ble smurt opp på forrige besøk ofte står igjen. Det oppstår stadig utfordringer knyttet til det å bygge en tillitsfull relasjon i et begrenset tidsrom, noe som igjen gjør det vanskeligere å tilfredsstille brukernes behov for ernæring. Dette har fått meg til å tenke at det må finnes noen gode tiltak for å dekke ernæringsbehovet hos demente brukere i hjemmesykepleien, slik at konsekvenser som underernæring forebygges.

1.1.1 Presentasjon av problemstilling

”Hvordan kan sykepleier forebygge underernæring hos brukere med demens i hjemmesykepleien?”

1.2 Oppgavens avgrensning

Jeg har valgt å avgrense oppgaven slik at den retter seg mot aleneboende eldre over 65 år med demens av graden mild og moderat, og som mottar hjemmesykepleie. Demens omfatter flere sykdommer, hvor Alzheimers er av den vanligste typen (Engedal & Haugen, 2009). Jeg har i oppgaven valgt å ikke gå nærmere inn på de ulike typene. Heller har jeg valgt å ta for meg de ulike gradene av demens, som sier noe om hvor langt sykdommen har utviklet seg. Grunnen til at jeg kun tar for meg demens av graden mild og moderat, er fordi brukere med alvorlig grad av demens ikke lenger er i stand til å bo hjemme. Ved mild og moderat grad av demens vil personen ha svekket hukommelse og svikt i kognitive funksjoner som påvirker evnen til å kunne greie seg i dagliglivet (Engedal & Haugen, 2009). Oppgaven vil ha et fokus på sykepleiers forebyggende funksjon, og jeg har i forbindelse med dette valgt å bruke ”sykepleiers helsefremmende og forebyggende funksjon” som teoretisk ramme, fremfor sykepleieteoretiker.

Det ville vært relevant å nevne noe om brukers eventuelle tilleggsdiagnoser i oppgaven, men jeg har valgt å kun ha fokus på brukers demenssykdom knyttet til ernæring. Dette har jeg bevisst gjort, da jeg mener dette er en stor nok utfordring i seg selv og at det er det jeg er interessert i å finne ut mer om. Som nevnt tidligere er det mange faktorer som spiller en viktig rolle i forbindelse med demens og ernæring. Eksempler på dette er trygghet, miljø, god tid, sykepleiers kunnskap, god kommunikasjon og kontinuitet (Fjørtoft, 2012). På grunn av oppgavens avgrensning har jeg oppgaven valgt å fokusere på kontinuitet, en god relasjon med brukeren, næringsrike måltider og kartlegging av ernæringsstatus og behov for hjelp.

Jeg har bevisst valgt å utelukke pårørende. Altså bor brukeren alene, og har derfor ingen andre enn hjemmesykepleien hjemme hos seg. Likevel vil pårørende bli nevnt enkelte steder i oppgaven.

Pasienten blir omtalt som ”bruker” gjennom hele oppgaven, og jeg har bevisst valgt å anvende ”han” om brukeren og ”hun” om sykepleieren for å holde en god flyt i oppgaven. Dette har ingen kjønnsmessig betydning.

1.3 Begrepsavklaringer

Her vil begreper som går igjen gjennom hele oppgaven bli forklart. Begreper som er nevnt i problemstillingen, vil bli forklart i oppgavens teorikapittel, der det faller seg naturlig.

- Bruker

En bruker er personen som mottar hjelp fra hjemmesykepleien i sitt eget hjem. Der er det vanlig at man anvender ordet *bruker* fremfor *pasient*. Ordet *pasient* kan fort assosieres med det å være hjelpetrengende, svak og hjelpesløs. Ved å anvende brukerbegrepet får den hjelpetrengende en mer aktiv rolle, og hans rett til selvbestemmelse og myndiggjøring blir mer tydelig. Fokuset vil også i større grad rettes mot brukerens ressurser (Fjørtoft, 2012, s. 15).

- Eldre

Personer over 75 år ses ofte på som gamle, og mange av disse har aldersforandringer som kan ha betydning for sykdom, behandling, forløp og prognose. Eldre mennesker som kommer i kontakt med helsevesenet på grunn av et eller flere helseproblemer kalles gjerne den gamle eller den eldre pasient (Ranhoff, 2013, s. 75)

- Ernæring

Ernæring omfatter ifølge Ditlefsen (2015) behovet for energi og næringsstoffer og hvordan næringsstoffene fordøyes og omsettes gjennom fysiologiske og biokjemiske prosesser i celler og organismer. Ernæring brukes om sammenhengen mellom mat, næringsstoffer og helse hos mennesker. Mennesket er avhengig av å få i seg 50 ulike næringsstoffer gjennom maten, som deles inn i seks hovedgrupper: karbohydrater, fett, proteiner, mineralstoffer, vitaminer og vann (Ditlefsen, 2015).

- Ernæringsstatus

Ernæringsstatus er ifølge Sjøen og Thoresen (2012, s. 108) resultatet av tilførselen, forbruket og tapet av næringsstoffer. Ernæringsstatus uttrykker i hvilken grad det fysiologiske behovet for næringsstoffer oppfylles. Altså er det et mål på om det er samsvar mellom behov og inntak av næringsstoffer (Brodtkorb, 2013, s. 256)

1.4 Oppgavens oppbygging

Presentasjon av metode og litteratur kommer først i oppgaven. Her gjør jeg rede for metode for oppgaven, som er en litterær studie, og presenterer den mest sentrale litteraturen og hvordan jeg har funnet frem til denne. Kildekritikk vil også komme i oppgavens metodedel. Deretter presenterer jeg all teori, litteratur og begreper som er vesentlig for min problemstilling. Her har jeg valgt å ta for meg sykepleiers helsefremmende og forebyggende funksjon, fakta om demens, ernæring og hjemmesykepleie. Etske og juridiske aspekter kommer avslutningsvis i teoridelen. I drøftingsdelen samler jeg teori, forskning og egne erfaringer og skaper en diskusjon rundt min problemstilling. I avslutningen følger en oppsummering av oppgaven som et svar på problemstillingen.

2.0 Metode

I dette kapittelet beskriver jeg hvordan jeg har kommet frem til litteratur som er relevant for min problemstilling, hvordan jeg har søkt for å finne frem til artikler og hvordan jeg bevisst har valgt ut litteratur. Jeg ønsker også i dette kapittelet og forklare hvorfor litteraturen er aktuell for min oppgave. Svakheter ved litteraturen vil bli presentert under kildekritikk.

2.1 Metodebeskrivelse

Ifølge Thidemann (2015, s. 76) er metode den systematiske fremgangsmåten en benytter for å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse en problemstilling. Sosiologen Vilhelm Aubert definerer metode slik:

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 i Dalland, 2012, s. 111).

Denne oppgaven er en litterær oppgave, og i følge Dalland (2012) er det en oppgave som i hovedsak bygger på skriftlige kilder som belyser en problemstilling. Vurderingen av de skriftlige kildene i form av kildekritikk er det metodiske redskapet (Dalland, 2012, s. 223).

2.2 Fremgangsmåte

For å finne relevant litteratur til oppgaven, søker en både manuelt og ved hjelp av søkeord i databaser (Thidemann, 2015). Det anbefales at en starter med å gjøre innledende kildesøk for å få en oversikt over hva som finnes av stoff til temaet en ønsker å skrive om (Dalland, 2012). Jeg startet derfor med å lese pensumbøker og fant mye relevant litteratur knyttet til min problemstilling. Jeg har også lest en del bacheloroppgaver som omhandler demens og ernæring, og har ved hjelp av disse gjort flere kjedesøk, hvor jeg har søkt opp den ordinære kilden, og deretter fått tips til hva jeg kan lese av litteratur.

2.3 Valg av faglitteratur

Faglitteraturen som er med i oppgaven, er hovedsakelig fra lærebøker som har vært pensum gjennom utdanningen. Likevel er det noen bøker jeg har brukt spesielt mye, som jeg ønsker å nevne her. *Geriatrisk sykepleie* (Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff, 2013) og

Hjemmesykepleie. Ansvar, utfordringer og muligheter (Fjørtoft, 2012) har vært gode bøker, som tar for seg mange av de områdene jeg har valgt å fokusere på gjennom oppgaven.

Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (Helsedirektoratet, 2013) har også vært til god hjelp i oppgaven. Likevel har det vært lite som omhandler spesifikt demens og ernæring i hjemmesykepleien, men dette har jeg funnet fag- og forskningsartikler på.

2.4 Valg av forskningslitteratur

Ved søk etter forskningslitteratur har jeg brukt Cinahl, PubMed og Sykepleien forskning. Dette er alle databaser som har et helsefaglig perspektiv. Til tross for at jeg har brukt flere ulike databaser, har jeg endt opp med å kun bruke artikler som jeg har funnet frem til via Cinahl og Sykepleien forskning. Ved søk i Cinahl og PubMed har jeg brukt engelske søkeord, som jeg har kommet frem til ved hjelp av *Norsk MeSH* på skolens hjemmesider. Søkeordene jeg har brukt mest er *dementia*, *nutrition*, *malnutrition*, *prevent OR prevention*, *meals OR mealtime*, *food intake* og *home health care OR home nursing*. For å lettere plukke ut artikler, har jeg startet med å kun lese abstraktet, og deretter lese artikkelen videre dersom den har virket relevant for min problemstilling. Søkene var også avgrenset slik at artiklene ikke var eldre enn 10 år, og i fulltekst. Nærmere beskrivelse av forskningsartikler vil bli presentert i artikkelmatrisen (se vedlegg 1).

Ved å kombinere *dementia AND mealtime OR meal AND malnutrition* fikk jeg 3 treff i Cinahl, og valgte ut artikkelen ”Managing mealtime tasks: told by persons with dementia”. Kombinasjonen *food intake AND malnutrition OR nutrition AND dementia* ga 10 treff, og jeg fant frem til artikkelen ”Optimising nutrition for older people with dementia”. Videre brukte jeg søkeordene *malnutrition AND prevent OR prevention AND home health care OR home nursing*, og kom fikk 15 treff. Da fant jeg artikkelen ”Food provision for older people receiving home care from the perspectives of home care workers”.

Sykepleien forskning har også kommet godt med i denne oppgaven, og to av artiklene mine er hentet derfra. Ved å bruke søkeordene *underernæring* og *hjemmesykepleie*, fikk jeg 2 treff og kom frem til artikkelen ”Underernæring hos eldre hjemmeboende med demens”. Søkeordene *mat, eldre* og *kartlegging* ga 21 treff, og jeg valgte ut artikkelen ”Mat og måltider i sykehjem. En nasjonal kartleggingsundersøkelse”.

To av artiklene jeg har brukt, har jeg funnet gjennom andre bacheloroppgaver. Her har jeg gjort søkene i Google. Dette gjelder artiklene ”Omsorgstilbud til hjemmeboende personer med demens” og ”Nutrition and dementia - A review of available research”.

2.5 Kildekritikk

Det finnes mye fag- og forskningslitteratur knyttet til ernæring og demens, men ikke fullt så mye rettet mot disse områdene i hjemmesykepleien. Likevel er det mye som er felles for målgruppen, og jeg har derfor dratt paralleller fra institusjon til hjemmesykepleien.

”Optimising nutrition for older people with dementia” og ”Nutrition and dementia – A review of available research” er ikke forskningsartikler, men oversiktsartikler. Dette er en oversikt eller sammenfatning av forskningslitteratur om et bestemt emne (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinar, 2012, s. 197). Jeg har likevel valgt å ta de med, da de begge får frem gode poenger. Jeg anser de også som troverdig, da den ene er funnet via Cinahl og den andre er publisert av ”Alzheimer’s Disease International”.

Tre av artiklene er hentet fra Sykepleien forskning og Tidsskrift for Den norske legeforening. Dette er også kilder jeg ser på som troverdig, ettersom begge har et sykepleiefaglig/medisinsk perspektiv. Artiklene er norske og er dermed aktuelle, da de omfatter samfunnet og kulturen vi lever i. Studiene som ikke er fra Norge ser jeg likevel på som troverdige, ettersom de holder seg innenfor Europa. Helsetjenestene er kanskje organisert annerledes, men likevel vil opplevelsen av å ha demens og opplevelsen av å yte pleie og omsorg til personer med demens være den samme.

Det er viktig å påpeke at de utenlandske artiklene er skrevet på engelsk, og med dette oversatt og tolket av meg. En må derfor ta forbehold om at noe misforståelser kan ha oppstått.

3.0 Teori

Her ønsker jeg å presentere sykepleiers helsefremmende og forebyggende funksjon, som er sentrale funksjonsområder innenfor sykepleie (Nortvedt & Grønseth, 2011). Videre skriver jeg om demens, ernæring og hjemmesykepleie som hovedtemaer, med tilhørende underpunkter som er avgjørende for oppgaven. Avslutningsvis presenterer jeg noen etiske og juridiske aspekter som er aktuelle i arbeid med demente hjemmeboende som mottar hjemmesykepleie.

3.1 Sykepleiers helsefremmende og forebyggende funksjon

Sykepleiers helsefremmende og forebyggende funksjon er en avgjørende faktor for god pleie til brukeren. Funksjonen rettes både mot friske personer, personer som er spesielt utsatt for sykdom og syke personer. Sykepleiers helsefremmende funksjon innebærer å bedre forutsetningene for god helse, fremme trivsel, velvære og mulighetene til å mestre de utfordringer som bidrar til sykdom eller skade. Et viktig fokus ved helsefremmende sykepleie er å styrke brukerens egne ressurser, som for eksempel å opprettholde eldre persons evne til å stelle seg selv (Nortvedt & Grønseth, 2011).

Forebyggende helsearbeid for eldre dreier seg både om å forebygge sykdom, skade og tidlig død og om å bedre og bevare personens helse, funksjonsnivå og livskvalitet. Dette innebærer å observere og vurdere symptomer og tegn til utvikling av sykdom, og deretter iverksette tiltak. I det forebyggende arbeidet skiller vi mellom primærforebygging, sekundærforebygging og tertiærforebygging (Ranhoff, 2013).

Primærforebyggende helsearbeid omfatter ifølge Ranhoff (2013) tiltak som fremmer god helse og forebygger at det oppstår sykdom eller skader. Eksempler på dette kan være å opprettholde en sunn livsstil, som igjen vil hindre unødvendig slitasje og sykdom, samt vedlikeholde kroppens funksjoner. Sekundærforebyggende tiltak settes i verk etter at det har oppstått et symptom eller en hendelse. Målet med dette er å hindre at nye hendelser oppstår (Ranhoff, 2013, s. 138). Dette gjøres ved å observere og vurdere symptomer og tegn ved utvikling av sykdom, for så å kunne iverksette riktige behandlingstiltak. Tertiærforebygging er aktuelt for denne oppgaven og går ut på å forhindre ytterligere komplikasjoner hos personer som allerede har en sykdom eller helsesvikt (Nortvedt & Grønseth, 2011). Et godt eksempel på dette er å forebygge underernæring hos personer med demens. Flere kroniske tilstander

som demens, hjertesykdom, diabetes og kols kan være grunner til redusert livskvalitet og tap av funksjoner. Kroniske sykdommer gir også en økt risiko for komplikasjoner og ulykker (Ranhoff, 2013).

Uheldig utvikling og komplikasjoner kan forebygges dersom en får god oppfølging og riktig behandling av sykdommen. Ved sykepleie til eldre bør det alltid være fokus på det forebyggende aspektet, særlig for eldre hjemmeboende som mottar hjelp fra hjemmesykepleien. For å opprettholde best mulig helse, funksjonsnivå og livskvalitet hos de eldre er det forebyggende og helsefremmede arbeidet av avgjørende betydning (Ranhoff, 2013).

Sykepleierens ansvar i det helsefremmende og forebyggende arbeidet er å kartlegge forhold som kan true brukers helse, funksjonsnivå og livskvalitet, og å iverksette primær-, sekundær- og tertiærforebyggende tiltak når det er nødvendig (Ranhoff, 2013).

Dette vil igjen hindre at en uønsket situasjon oppstår (Grønseth & Nortvedt, 2011), som i dette tilfellet er underernæring.

3.2 Demens

Demens er en samlebetegnelse på flere typer organiske sykdommer i hjernen, som kjennetegnes ved kognitiv svikt og svikt i ulike psykologiske prosesser. Vanligvis er dette prosesser som hukommelse, oppmerksomhet, læring, tenkning og kommunikasjon (Engedal & Haugen, 2009). Symptomene ved demens varierer etter hva slags demenstilstand det dreier seg om, hvilken del av hjernen som er rammet, samt ut fra miljøfaktorer, sosiale faktorer og personlige mestringsstrategier (Berentsen, 2013). Det er vanlig at personer med demens har en svekket evne til å klare dagliglivets aktiviteter (Engedal & Haugen, 2009).

Sykdommen utvikler seg gradvis, og avhenger av hvilken type sykdom som ligger til grunn (Engedal & Haugen, 2009). Det finnes derimot flere ulike grader av demens, og disse er av formen mild, moderat og alvorlig (Berentsen, 2013).

Ved mild grad av demens vil personen selv og de nærmeste pårørende legge merke til at glemsomheten går utover dagliglivets aktiviteter ved at personen glemmer ting som avtaler, handling og betaling av regninger. Vedkommende kan ha svekket orientering for tid, og går

surr i dagene. Personer som har en mild grad av demens vil stort sett kunne klare seg selv, men med litt hjelp, tilrettelegging og påminnelser (Berentsen, 2013).

Kjennetegn ved moderat form av demens er at hukommelsen er betydelig svekket, og det samme er evnen til å løse problemer. Personen vil ha problemer med enkle ting som påkledning, klesvask og matlaging, da dette blir for komplisert. En kaotisk tilværelse oppstår ofte, da personen gjerne har vanskeligheter for å danne seg et tydelig bilde av omgivelsene og hva som skjer rundt seg. Kommunikasjonen og stedssansen blir etter hvert svekket. Det er derfor vanlig at en går seg vill. Ved moderat grad av demens er det naturlig at den rammede får angst, depresjon eller sinne, da personen fortsatt er i stand til å forstå at flere og flere funksjoner går til grunne (Berentsen, 2013).

Ved alvorlig grad av demens er symptomene mer omfattende, og dreier seg ofte om flere kognitive funksjoner, ikke bare hukommelsen. En person med alvorlig grad av demens er avhengig av hjelp, og vil derfor ikke være i stand til å bo hjemme (Berentsen, 2013).

3.2.1 Å leve med demens

Opplevelsen av å ha demens er individuell, men blir ofte forbundet med utrygghet, angst og forvirring på grunn av tap av funksjoner (Rokstad, 2014, s. 11). I en tidlig fase av sykdommen forstår mange at noe er galt, og får ofte en skyldfølelse og skamfølelse i møte med andre mennesker. Frykten for å dumme seg ut foran andre og vanskeligheter med å akseptere seg selv fører til at flere velger å holde seg tilbake. Mange synes også at det er vanskelig å snakke om glemsomheten og utfordringene som oppstår i forbindelse med sykdommen (Berentsen, 2013). Vanlige gjøremål blir for mange en utfordring, og mye av personens krefter går til å mestre små og store utfordringer i hverdagen. Etter hvert som sykdommen utvikler seg, vil de ha behov for mer hjelp fra omverdenen for å kunne føle trygghet og verdighet (Rokstad, 2014).

3.2.2 Kommunikasjon med personer med demens

I følge Eide og Eide (2013, s. 17) er kommunikasjon utveksling av meningsfulle tegn mellom to eller flere parter. Kommunikasjon er en avgjørende del av en relasjon mellom mennesker, og er i følge Rokstad (2014, s. 38) det som gir næring til relasjoner. En god relasjon er også avgjørende for å kunne yte god pleie og omsorg til brukeren. Kommunikasjon er et viktig

hjelpemiddel som kan brukes til å forstå brukeren som person, til å forstå relasjonen og til å gi god hjelp og støtte (Eide og Eide, 2012). En stabil relasjon mellom bruker og sykepleier, samt kontinuitet har stor betydning for tillitsfull og god kommunikasjon (Rokstad 2014).

Personer med demens kan ofte ha problemer når det kommer til kommunikasjon, både på grunn av generell kognitiv svikt, og andre faktorer som språkvansker og aldersrelatert sansesvikt som syns- og hørselssvikt (Rokstad & Smebye, 2008). Det er også kjent at personer med demens har nedsatt konsentrasjon- og oppmerksomhetsevne. Disse faktorene krever at sykepleier har god kunnskap om kommunikasjon, slik at hun kan møte hver enkelt bruker og hans behov (Berentsen, 2013).

3.3 Ernæring

Ernæring har stor betydning for kroppens helse, og optimal ernæringsstatus er avgjørende for kroppens vekst og utvikling. God ernæringsstatus bidrar også til å opprettholde daglige aktiviteter, god helse og beskytter kroppen mot eventuelle skader og sykdom. Tilstrekkelig tilførsel av mat og drikke er et grunnleggende behov, som påvirkes av mange ulike faktorer. Ved sykdom, medisinsk behandling og funksjonssvikt vil ernæringsstatusen påvirkes i negativ retning, ved at en ikke får tilfredsstilt ernæringsbehovet (Brodtkorb, 2013).

3.3.1 Ernæring og eldre

De fleste eldre bevarer evnen til å spise og glede seg over maten langt inn i alderdommen (Brodtkorb, 2013, s. 254). Likevel er ernæringsproblemer hos eldre en vanlig utfordring. Blant disse finner vi underernæring, feilernæring, dehydrering, overvekt og fedme. Vanligst er underernæring, som også er det største problemet. Aldersforandringer, funksjonssvikt og sykdom er vanlige årsaker til at eldre ikke spiser tilstrekkelig, og riktig sammensatt kost. Å opprettholde god ernæringsstatus hos eldre er derfor et viktig forebyggende arbeid (Brodtkorb, 2013).

Kroppen vår, inkludert alle organer, blir stadig eldre, og det er det en kaller biologisk aldring (Romøren, 2013, s. 31). Mange av endringene som kommer med alderen vil også ha en betydning for vår ernæringsstatus. Etter hvert som vi blir eldre, vil også sammensetningen av kroppsmasse endres. Kroppens væskeinnhold og muskler vil reduseres, mens fettinnholdet øker. Kaloribehovet hos eldre er 20-30% mindre enn hva det er hos unge voksne, grunnet

reduisert muskelmasse og basalstoffsifte og ofte mindre aktivitet. Først og fremst er det snakk om behovet for fett og karbohydrater, da behovet for proteiner reduseres i mindre grad. Til tross for at energibehovet synker, vil likevel behovet for vitaminer og mineraler være det samme gjennom hele livet, noe som kan gjøre det vanskelig å opprettholde god ernæringsstatus hos eldre (Brodtkorb, 2013).

Andre faktorer kan også være med på å påvirke kostholdet i negativ retning, som for eksempel dårligere smaks- og luktesans, svelgeproblemer og tap av tenner. Nedsatt peristaltikk i tarmen vil gå utover tarmens evne til å absorbere næringsstoffer fra maten, og det er derfor viktig å ta hensyn til at når matinntaket reduseres må næringstettheten økes (Sortland, 2011).

Sykepleiere har ifølge Brodtkorb (2013) et stort ansvar for å opprettholde optimal ernæringsstatus hos eldre og sikre tilstrekkelig matinntak som inneholder riktig næring. Dette innebærer

- Å identifisere pasienter som har eller er i ferd med å utvikle feil- eller underernæring
- Å fremme ernæringstilstanden og forebygge underernæring hos risikopasienter
- Å bedre ernæringstilstanden hos feilernærte og underernærte pasienter

(Brodtkorb, 2013, s. 254)

3.3.2 Ernæring og demens

Ved utvikling av demens vil noen faktorer føre til økt behov for næring, mens andre faktorer kan virke negativt inn på næringsinntaket. Dette er med på å øke risikoen for underernæring. Faktorene er individuelle og vil gå ut over hver enkelt på forskjellige måter. Noen personer med demens kan ha problemer med å sove om nettene, noe som igjen vil føre til økt energibehov på dagtid. Når en rammes av hukommelsessvikt, er det vanlig at en hopper over måltider eller glemmer å kjøpe inn mat når det er nødvendig. Andre faktorer som angst, depresjon, nedsatt appetitt og sultfølelse vil dempe interessen for mat. Dersom en har kommunikasjonsproblemer, kan det være vanskelig å be om hjelp til mat når en er sulten (Prince, Albanese, Guerchet & Prina. 2014). Sosiale faktorer spiller også inn på næringsinntaket hos demente. Mange får betydelig nedsatt matlyst når de er alene, da mange forbinder mat med sosialt samvær (Brodtkorb, 2013).

3.3.3 Kartlegging av ernæringsstatus

Kartlegging av ernæringsstatus er et avgjørende punkt i prosessen mot forebygging av underernæring. Hensikten med dette er å sikre at brukeren får i seg tilstrekkelig med næring i forhold til behovet. På denne måten vil en få bekreftet eller avkreftet om brukeren har, eller er i ferd med å utvikle et ernæringsproblem (Brodtkorb, 2013). Kartleggingen i seg selv er ikke tilstrekkelig for å kunne forebygge og behandle underernæring, men er likevel en viktig del i prosessen. Dersom brukeren står i fare for å bli underernært, vil det være nødvendig med ytterligere utredning med en ernæringsplan, tiltak og oppfølging (Helsedirektoratet, 2013).

Det finnes flere måter å kartlegge Eldres ernæringsstatus på. Vanligst er vektkontroll, gjerne hvor en bruker kroppsmasseindeks (KMI) som verktøy. KMI brukes til å regne ut forholdet mellom høyde og vekt:

$$\text{KMI} = \frac{\text{vekt (målt i kg)}}{\text{Høyde}^2 \text{ (målt i m)}}$$

Hos eldre burde KMI være noe høyere enn hos yngre mennesker, fordi andelen av fettvev er prosentvis høyere. Normalverdien for voksne ligger på mellom 20 og 24,9, mens normalverdien hos eldre ligger på mellom 24 og 27 (Brodtkorb, 2013).

”Mini Nutritional Assessment” (MNA), og ”Mini UnderernæringScreeningverkTøy” (MUST) er to gode kartleggingsverktøy. I tillegg til å ta for seg brukers KMI, kartlegges også årsaksforhold ved underernæring. Dersom brukeren står i fare for underernæring, enten risikoen er lav, middels eller høy, vil dette synliggjøres (Helsedirektoratet, 2013). Det anbefales at dette gjøres 1-2 ganger i året hos alle brukere (Brodtkorb, 2013). Dersom resultatene viser at brukeren står i fare for underernæring eller er underernært, må forebyggende tiltak iverksettes (Helsedirektoratet, 2013).

3.3.4 Underernæring

Underernæring oppstår når inntaket av næring er lavere enn behovet over en lengre periode. Dette skyldes ofte en kombinasjon av for lavt kalori- og proteininntak, noe som igjen fører til tap av fett og muskelvev (Brodtkorb, 2013).

Det er mange uheldige konsekvenser av underernæring, og blant disse finner vi alt fra nedsatt allmenntilstand og dårlig livskvalitet til økt dødelighet. Ettersom musklene blir svakere, vil ventilasjonen, hostekapasiteten og mobiliseringen bli dårligere. Man blir mer utsatt for infeksjoner, da immunforsvaret går ned. Økt risiko for trykksår, falltendens, depresjon, slapphet og apati er andre vanlige komplikasjoner. Sårtilhelingen forsinkes, noe som er uheldig ved for eksempel kirurgiske inngrep. Dette vil igjen føre til lengre liggetid på sykehus, som gir økonomiske følger for samfunnet (Sjøen og Thoresen, 2012).

Uregelmessige måltider og utilstrekkelig matinntak vil ha innvirkning på ens fysiske evne og kognisjon. Dersom en går for lenge uten inntak av næring vil blodsukkeret synke, som igjen gjør at man blir slapp, får nedsatt hukommelse, konsentrasjonsproblemer og dårligere læreevne. Kroppen er avhengig av regelmessig tilførsel av de viktige næringsstoffene for at den skal kunne fungere optimalt (Sjøen og Thoresen, 2012).

3.4 Hjemmesykepleie

Hjemmesykepleie er et pleie- og omsorgstilbud til hjemmeboende som blir avhengige av hjelp på grunn av sykdom, svekket helse eller en livssituasjon. Tilbudet gjelder for alle som har behov for nødvendig helsehjelp i hjemmet, og kan gis over en kort eller en lengre periode. Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven (1999) er helsehjelp handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål, og som er utført av helsepersonell. Alle disse er faktorer som er aktuelle i hjemmesykepleien. Målet med å yte hjemmesykepleie er at den enkelte skal kunne mestre hverdagen i sitt eget hjem, og at den enkelte skal kunne bo hjemme så lenge det er ønskelig og forsvarlig. (Fjørtoft, 2012).

Det er flere rammer innenfor hjemmesykepleien, som setter grenser for hva som kan og skal gjøres. De sentrale rammene er historiske og samfunnsmessige rammer, samhandlingsreformen, juridiske rammer, organisatoriske rammer, ressurser som personell, kompetanse og utstyr, og tid. Disse rammene kan knyttes til ulike utfordringer, som for eksempel manglende fleksibilitet, kontinuitet, dårlig tilpasning til hver enkelts behov og begrenset med tid. Kvaliteten på pleien blir i stor grad påvirket av de ulike rammene, både positivt og negativt. Det er viktig at sykepleier kjenner til de ulike rammene, slik at hun kan vurdere om helsehjelpen er forsvarlig (Fjørtoft, 2012).

3.4.1 Ernæring i hjemmesykepleien

Hjemmesykepleien har et stort ansvar når det kommer til ernæringsomsorg, og har ansvaret for å vurdere ernæringsstatus hos alle brukere som mottar hjemmesykepleie. Dette innebærer jevnlig vektkontroll, iverksetting av nødvendige tiltak mot underernæring, dokumentasjon og videreformidling til sykehjem/sykehus ved overflytting. I mange tilfeller vil brukeren ha behov for hjelp i matsituasjon, og det vil da være hjemmesykepleiens ansvarsområde (Birkeland og Flovik, 2011).

3.4.2 Demens i hjemmesykepleien

Det er en allmenn oppfatning at de fleste eldre ønsker å bo i sitt eget hjem så lenge de kan (Berentsen, 2013, s. 378). For at den demente skal kunne bo hjemme så lenge som mulig, er hjelpen fra hjemmesykepleien avgjørende. Målet for denne pasientgruppen er å fremme livskvalitet og å bevare de funksjoner pasienten har. Vanlige kjennetegn i hjemmesykepleien ved mild og moderat grad av demens, er at brukerne ofte glemmer å spise, vaske seg og ta medisiner (Fjørtoft, 2012).

3.4.3 Kontinuitet

Kontinuitet går ut på at hver enkelt pasient skal få nødvendig hjelp til rett tid, og at ingen skal bli glemt bort. Dersom en bruker blir glemt bort på grunn av sviktende rutiner, kan dette få katastrofale følger. Kontinuitet krever god dokumentasjon som inneholder observasjoner, tiltak og planer for hver enkelt bruker. God dialog mellom aktuelle samarbeidspartnere, samt utveksling av viktig informasjon er også avgjørende for god kontinuitet (Fjørtoft, 2012).

3.5 Etiske og juridiske aspekter

I de yrkesetiske retningslinjer punkt 2.1 sies det at sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom (Norsk sykepleierforbund 2011, s. 8). Dette er også en lovpålagt oppgave ifølge helse og omsorgstjenesteloven (2011), der det i §3-3 kommer frem at kommunen er lovpålagt å gi nødvendig helse- og omsorgstjenester til alle som oppholder seg i kommunen. Disse tjenestene skal fremme helse og forebygge sykdom, skade og sosiale problemer. Det kommer frem i samme lov at helsehjelp er handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål, og som er utført av helsepersonell.

Det står også i de yrkesetiske retningslinjer punkt 2.4 at sykepleieren skal fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått (Norsk sykepleierforbund, 2011, s. 8). I punkt 2.5 kommer det frem at sykepleieren skal respektere de valgene pasienten gjør (Norsk sykepleierforbund, 2011, s. 8). Dette bekreftes også i pasient- og brukerrettighetsloven (1999), §3-1, 3-2 og 3-5, der det står at pasienten har rett til å medvirke i egen behandling, rett til den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i egen helsesituasjon og innholdet i helsehjelpen og rett til å få informasjonen tilpasset. Helsepersonell er også ifølge helsepersonelloven (1999) §10 pliktet til å gi informasjonen og forsikre seg om at informasjonen er forstått.

I forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (2003), står det i §3 at tilbudet som gis skal være helhetlig, forutsigbart og trygt. Det står også at fysiologiske behov som tilstrekkelig næring, variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat er et krav. Brukeren skal også få dekket sitt sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet.

Sykepleiere er etter Helsepersonelloven §39 (1999) pliktig til å dokumentere helsehjelpen som blir utført, for å sikre kontinuitet i arbeidet (Fjørtoft, 2012).

4.0 Diskusjon

Mange faktorer har en betydning for ernæringsstatusen til hjemmeboende eldre med demens, og sykepleiers kunnskap er avgjørende for å kunne forebygge komplikasjoner som underernæring. Denne kunnskapen vil være grunnlaget for å kunne fokusere på og iverksette forebyggende tiltak. I en studie gjennomført av Rognstad et al. (2013) kommer det frem at eldre hjemmeboende med demens er svært utsatt for underernæring, og at halvparten av brukerne som deltok i studien allerede var underernært eller stod i fare for å bli det. Dette er med på å få frem viktigheten av å tidlig starte med forebyggende tiltak.

Det er ikke uvanlig at det oppstår utfordringer knyttet til å yte hjelp til brukere i hjemmesykepleien, da arbeidsarenaen har sine begrensninger (Fjørtoft, 2012). I dette kapitlet ønsker jeg å diskutere hvordan sykepleier på best mulig måte kan bidra til å forebygge underernæring, til tross for de utfordringer som oppstår. Ved å trekke inn egne erfaringer, fag- og forskningslitteratur vil jeg svare på min problemstilling: *”Hvordan kan sykepleier forebygge underernæring hos brukere med demens i hjemmesykepleien?”*

4.1 Når kontinuitet hindrer en god relasjon

En god relasjon mellom sykepleier og bruker er ifølge Rokstad (2014, s. 38) viktig for at begge parter skal kunne føle seg trygge under besøket, og deretter en avgjørende faktor for god pleie. Dersom brukeren føler seg trygg, vil han kanskje uttrykke sine behov i større grad og dermed få den hjelpen han trenger. Videre sier hun at kommunikasjon er nøkkelen til en god relasjon, og at sykepleiers kjennskap til brukerens kommunikasjonsferdigheter vil være med på fremme god denne. Det er vanlig at det oppstår utfordringer i kommunikasjon med demente, noe som kan oppleves som vanskelig både for pasient og helsepersonell (Berentsen, 2013). En burde tilpasse seg hver enkelt, slik at det som blir sagt også blir forstått av den andre part. Mange med demens opplever det som vanskelig å formidle sine følelser, ønsker og behov (Rokstad, 2014). Det er hensiktsmessig å kommunisere tydelig, snakke langsomt dersom det er nødvendig og alltid forsikre seg om at pasienten forstår hva som blir sagt (Berentsen, 2013).

Respekt ovenfor brukeren kan også være en avgjørende faktor for en god relasjon, og er viktig for å ivareta deres integritet og autonomi. Ved å ta seg god tid, være fokusert, lytte og vise forståelse vil sykepleier vise respekt ovenfor brukeren. Manglende forståelse kan derimot føre

til angst og usikkerhet hos brukeren, og han vil kanskje miste kontrollen over hvordan han skal uttrykke seg (Eide og Eide, 2012). Samtalen skal være positiv, og gi brukeren en følelse av mestring (Fjørtoft, 2012). Tilbakemeldinger vil bidra til økt selvbilde, og han vil føle seg sett (Eide og Eide, 2012).

Alle faktorene som er nevnt vil være hensiktsmessig for å skape en god relasjon, men kan ofte være en utfordring i hjemmesykepleien, da sykepleieren ofte har mange besøk og begrenset med tid (Fjørtoft, 2012). Dette underbygges av en studie gjort av Watkinson-Powell, Barnes, Lowatt, Wasielewska & Drummond (2014), der det kommer frem at ansatte i hjemmesykepleien opplever det som utfordrende å bli godt kjent med brukerne, da tiden ikke strekker til. De opplevde også utfordringer rund å tilfredsstille brukerens behov på grunn av dette. Ofte gikk pleierne videre med en følelse av at de ikke hadde gjort det de skulle og dårlig samvittighet. Det er begrenset hvor godt kjent man blir på den lille tiden man har til rådighet ved hvert besøk. Å skape en relasjon med den demente brukeren kan være tidkrevende, og det kan derfor være vanskelig å oppfylle dette kravet (Fjørtoft, 2012).

Sykepleiers kjennskap til brukeren vil i stor grad ha innvirkning på kvaliteten på pleien (Rokstad, 2014), og det er derfor hensiktsmessig at de som kjenner brukeren godt utfører besøket (Fjørtoft, 2012). I en studie gjort av Lystrup, Lillesveen, Nygård og Engedal (2006) kommer det frem at brukerne som mottok hjemmetjenester, i gjennomsnitt hadde åtte ulike pleiere hjemme hos seg per uke. Mange pleiere førte til lite kontinuitet i arbeidet, og vanskeligheter for å sikre at brukeren fikk hjelpen han trengte. Det kommer også frem av studien at det var signifikant flere hjelpere involvert hos brukere med alvorlig grad av kognitiv svikt. I en svensk studie viste det seg at et høyt antall hjelpere reduserte omsorgsklimaet og kvaliteten av omsorgen (Kaasa, 2002, gjengitt i Lystrup et al., 2006). Personer med demens må ha færrest mulig personer å forholde seg til, nettopp på grunn av dette (Fjørtoft, 2012).

En god løsning kan ifølge Fjørtoft (2012, s. 33) være bruk av pasientansvarlig sykepleier. En pasientansvarlig sykepleier vil ha hovedansvaret for den aktuelle brukeren, og dermed få muligheten til å skape en god relasjon. Deretter vil en lettere kunne tilpasse hjelpen og møte brukerens behov. Dette vil være til fordel for begge parter, da man blir godt kjent og brukeren i større grad kan føle seg trygg på sykepleieren (Fjørtoft, 2012). Basert på egne erfaringer fra hjemmesykepleien, ser jeg at dette ikke alltid er gunstig for den aktuelle sykepleieren. Dette

fordi sykepleieren ofte blir fordelt på sine primærbrukere, som skaper lite variasjon i arbeidet. De uttrykker også at det oppstår utfordringer rundt det å se endringer i brukerens behov, ettersom de er der så ofte. Likevel skal pasientansvarlig sykepleier bidra til bedre oppfølging av brukerne, samt sikre kontinuitet i arbeidet (Fjørtoft, 2012).

4.1.1 Betydning av kontinuitet i pleien

Med åtte ulike pleiere hjemme hos seg hver uke, kan en tenke seg til at kvaliteten på pleien ikke blir optimal. Personer med demens kan bli forvirret dersom det er mange pleiere innom, da mange kan ha problemer med å kjenne igjen ansikter (Fjørtoft, 2012). Dessuten kan sykepleiere ha mange forskjellige måter å jobbe på, noe som kan skape forvirring hos brukeren grunnet mange ulike inntrykk innenfor et kort tidsrom (Engedal & Haugen, 2009). Ved at sykepleierne prøver å beholde samme rutiner tilpasset den aktuelle brukeren, vil han føle seg tryggere og det vil bli lettere for brukeren å forstå situasjonen (Fjørtoft, 2012).

Kontinuitet i pleien er en spesielt viktig faktor i arbeidet med å forebygge underernæring. Dette kan derimot være vanskelig i hjemmesykepleien, der det er mange pasienter og ulike personer og tjenester involvert (Lystrup et al., 2006). Dersom en iverksetter forebyggende tiltak, er det viktig at disse blir fulgt opp kontinuerlig av de ansatte og videre vurdert (Ranhoff, 2013). Ved bruk av ernæringsplan i arbeidet med brukere med ernæringsmessig risiko i hjemmesykepleien, som også Helsedirektoratet (2013) anbefaler, vil sykepleier lettere kunne møte brukers behov, og dermed sikre kontinuitet. Planen vil være tilgjengelig for alle som er innom den aktuelle brukeren, og kan inneholde hva slags mat som skal serveres, i hvilken rekkefølge og hvordan den skal tilberedes (Helsedirektoratet, 2013). Ved å følge en slik plan vil sykepleier få en oversikt over hva som skal gjøres hos brukeren, noe som vil være til fordel for begge parter, da også brukeren vil føle seg tryggere ettersom sykepleierens måte å jobbe på samsvarer i større grad (Engedal & Haugen, 2009).

Dokumentasjon ses på som det viktigste hjelpemiddelet for å sikre kontinuitet. Oppdatert og god dokumentasjon vil bidra til god oversikt og nøyaktighet i en ellers hektisk hverdag, og vil fremme individuell sykepleie (Fjørtoft, 2012). Vurderinger som blir gjort og tiltak som iverksettes skal journalføres, og er en avgjørende del i arbeidet mot å kunne forebygge underernæring (Birkeland & Flovik, 2011). Sykepleiere er også pliktig til å dokumentere helsehjelpen som blir utført. En kan ved hjelp av dokumentasjonen sørge for at tiltak som iverksettes faktisk blir fulgt opp i arbeidet (Fjørtoft, 2012).

Jeg opplever selv i hjemmesykepleien at viktige observasjoner og vurderinger ikke alltid blir dokumentert i brukerens journal. Informasjonen blir derimot ofte gitt under muntlig rapport, men jeg mener at dette ikke er tilstrekkelig for å sikre kontinuitet. Dessuten hender det at dokumentasjonen som kommer frem i brukers journal er mangelfull, noe som gjør det vanskelig å følge opp brukeren. Ofte har jeg opplevd at brukere kan bli lettere irritert, dersom tidligere beskjeder ikke er blitt formidlet til meg innen besøket. Fjørtoft (2012, s. 207) legger vekt på at god dialog mellom aktuelle samarbeidspartnere med utveksling av all nødvendig informasjon er viktig, men at dette også må være å finne i brukerens journal (Fjørtoft, 2012). Dersom det oppstår svikt i pleien, kan det skyldes at tiltak og observasjoner ikke var skrevet ned, at viktig informasjon ikke var formidlet eller at dokumentasjonen ikke var lest (Fjørtoft, 2012).

4.2 Kartlegging av ernæringsstatus

Ifølge Engedal & Haugen (2009, s. 26) bor personene som er minst rammet av demens, hjemme, og etter hvert som sykdommen utvikler seg får de plass på sykehjem. På den andre siden viser studien til Lystrup et al. (2006) at flertallet av de hjemmeboende med demens hadde en moderat form av sykdommen. En kan på bakgrunn av dette tenke seg til at hjemmeboende personer med demens er en svært utsatt gruppe når det kommer til ernæring, og at problemer knyttet til måltidet ikke blir oppdaget. En årsak til at problemer knyttet til ernæring ikke oppdages, kan være manglende kunnskap på feltet, samt at pleierne ikke er tilstede under måltidet. I en artikkel skrevet av Cole (2012) legges det vekt på at kunnskap hos personalet er avgjørende. Dersom sykepleier er klar over hvilke faktorer som kan gjøre det vanskelig for brukeren ved matlaging og under måltider, vil det også være lettere å fange opp brukerens behov for hjelp (Cole, 2012). Ved å identifisere brukers behov og tilrettelegge for best mulig matsituasjon i god tid, vil man bidra til at bruker bevarer sine funksjoner, og kan bo hjemme i lengre tid (Sjøen & Thoresen, 2012).

Sykepleier har ansvaret for å kartlegge brukers tilstand, som er nødvendig for å videre kunne vurdere hans behov for sykepleie (Kirkevold & Brodtkorb, 2013). Manglende kartlegging og vurdering av demenssykdommen knyttet til ernæring, kan føre til at bruker ikke får den hjelpen han har behov for og over tid utvikler underernæring (Brodtkorb, 2013). Når det kommer til kartlegging rundt ernæring ønsker jeg å legge vekt på hvordan en kartlegger

brukers ernæringsstatus og videre vurderer behovet for sykepleie ut ifra ulike faktorer som matvaner, hva en trenger hjelp til rundt det å lage i stand mat og innta et måltid.

Alle personer i sykehjem/institusjon og som er innskrevet hjemmesykepleien, skal vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse/vedtak og deretter vurderes månedlig (Helsedirektoratet, 2013). I en studie gjort av Aagard (2010) kom det frem at kun 16 prosent av sykehjemmene hadde skriftlige prosedyrer for å vurdere ernæringsstatusen til beboerne. Dette kan tyde på at rutinene rundt kartlegging ikke er gode nok, som igjen kan føre til at brukere som står i fare for underernæring eller allerede er underernært ikke den hjelpen de har behov for, tilpasset deres ernæringsstatus.

Helsedirektoratet (2013) anbefaler at sykepleier bruker MNA og MUST når det kommer til kartlegging innenfor primærhelsetjenesten. I studien gjort av Rognstad et al. (2013), ble MNA skjemaet brukt for å kartlegge brukers ernæringsstatus i fire bydeler i Oslo, og resultatene kommer tydelig frem. Selv om dette er en enkel måte å kartlegge på, vil man likevel ifølge Brodtkorb (2012, s. 257) få frem den informasjonen en trenger. MNA er et nyttig verktøy som er lett å bruke, og gir en systematisert oversikt. Selv har jeg kartlagt brukers ernæringsstatus ved hjelp av MNA skjemaet, og mener at dette er et enkelt verktøy å bruke. På en annen side opplevde jeg det utfordrende, da flere av de demente brukerne ikke klarte å svare på flere av spørsmålene rundt deres matvaner.

4.2.1 Videre kartlegging ved ernæringsmessig risiko og vurdering av behov for hjelp

Dersom kartleggingen viser at den gamle har problemer knyttet til ernæring, må det ifølge Brodtkorb (2012, s. 259) lages en målrettet plan for hvordan vedkommendes ernærings situasjon kan bedres. Arbeidet må gjøres i så nært samarbeid med brukeren som mulig. Sykepleietiltakene må dokumenteres og jevnlig evalueres. En individuell og systematisk tilnærming har vist seg å kunne forebygge underernæring i forbindelse med sykehusinnleggelse og bedre ernæringstilstanden hos pasienter i sykehjem (Brodtkorb, 2012, s. 259).

Det anbefales at en kartlegger brukers mat- og drikkeinntak, slik at en kan se om behovet dekkes. I hjemmesykepleien kan dette derimot være utfordrende, ettersom en ikke har kontinuerlig kontroll på dette gjennom dagen. Det anbefales her at en tar i bruk ”matkortet” som er spesielt utviklet for hjemmeboende eldre, og gir en indikasjon på måltidsfrekvens og

inntak av viktige matvaregrupper. Som tidligere nevnt, vil det også være hensiktsmessig med en ernæringsplan for brukeren, som vil være med på å sikre at tiltak blir fulgt opp (Helsedirektoratet, 2013).

Brukers matvaner burde kartlegges på et tidlig stadium, for å få en oversikt over hva han liker å spise. Dette kan en gjøre ved å intervju brukeren, dersom han er i stand til å svare på spørsmålene (Brodtkorb, 2013). utfordringer knyttet til kommunikasjon kan gjøre det vanskelig for brukeren å selv gi beskjed eller svare på spørsmål knyttet til mat og måltider (Prince et al., 2014). Mange eldre unnlater dessuten å fortelle om spiseproblemer, og bagatelliserer dette på grunn av skamfølelse (Brodtkorb, s. 257) Det kan da være hensiktsmessig å snakke med brukers pårørende, som kjenner personen godt (Prince et al., 2014).

Demenssykdommen kan ha innvirkning på pasientens evne til å lage mat og å innta måltidet (Prince et al. 2014). Alle har nødvendigvis ikke behov for hjelp til hele prosessen rundt det å lage mat. Noen vil kanskje ha god nytte av veiledning og motivasjon, slik at de selv kan utføre arbeidet. Andre kan ha behov for mer hjelp, hvor sykepleier for eksempel smører opp brødmat eller varmer opp ferdigmiddager og setter dette frem. Hos mange vil det også være nødvendig å se til at pasienten begynner å spise (Birkeland og Flovik, 2011). I studien til Johansson et al. (2011) kommer det frem at noen hadde problemer med å bruke diverse utstyr som ovn og mikrobølgeovn, da de ikke alltid husket hvordan de skulle bruke det. Noen hadde også problemer med å bruke redskaper som bestikk på grunn av smerter eller fysisk handicap. Dette kan være nok til at brukeren blir avhengig av hjelp rundt måltider, og det er derfor viktig at sykepleier kommer inn og møter dette behovet (Brodtkorb, 2013).

4.3 Næringsrike måltider

Hos brukere som får i seg lite mat, er det spesielt viktig at maten inneholder nødvendige næringsstoffer. Proteinrik mat bør prioriteres, i tillegg til mat som inneholder energi i form av fett og karbohydrater. En proteinrik kost vil føre til økt behov for væske, og det er derfor hensiktsmessig at brukeren får i seg rikelig med væske for å ikke bli dehydrert. Dersom sykepleier har kunnskap om dette, vil hun kunne bidra til at brukeren får i seg tilstrekkelig med næring (Sortland, 2011).

Hvis brukeren får i seg lite mat kan sykepleier berike kosten ved hjelp av ulike næringspreparater, som for eksempel olje eller næringsrikt pulver. Ulempen med dette er at smaken på maten kan bli påvirket (Sortland, 2011). Det kommer frem i oversiktsartikkelen til Cole (2012) at dersom måltidene ser appetittlige ut og er velsmakende, vil appetitten øke betydelig. Maten burde også bli servert i små porsjoner, da brukeren kan oppleve store porsjoner som overveldende, og dermed miste lysten til å innta måltidet (Cole, 2012). Hos brukere som får i seg lite mat på grunn av nedsatt appetitt kan det også være hensiktsmessig å legge til fete produkter i måltidet. En kan for eksempel tilsette fløte og smør til maten, og velge helmelk fremfor lettmelk (Sortland, 2011).

I studien til Watkinson-Powell et al. (2014) forteller de ansatte at mangel på tid førte til en fullstendig avhengighet av ferdigmat som kunne varmes i mikrobølgeovn. Dette er også et kriterium i kommunen jeg er ansatt i. Dersom brukerne har vedtak på hjelp til middag, er det kun gjennomførbart dersom de har ferdigretter som for eksempel Fjorland. Det kan diskuteres hvor vidt et slikt måltid inneholder tilstrekkelig med næring, og denne type mat er ikke nødvendigvis det som frister mest. Brukerne som deltok i studien var stort sett fornøyd med maten, men fortalte at fersk mat laget fra bunnen var å foretrekke. Flere var ikke fullt så fornøyd med maten, noe som førte til utfordring for pleierne, da en ikke hadde annet å tilby (Watkinson-Powell et al., 2014). Dette tyder på at eldre til tider får mat de ikke foretrekker, som kan være en grunn til nedsatt matlyst og underernæring i seg selv (Sortland, 2011).

Mange får familie eller venner til å handle inn mat, dersom de ikke er i stand til å gjøre det selv (Brodtkorb, 2013). Flere av brukerne i studien til Watkinson-Powell et al., (2014) opplevde at maten som ble kjøpt inn, var mat brukeren ikke likte. De samme matvarene ble kjøpt inn hver uke, som resulterte i lite variert kost. Dersom pleierne hadde mulighet, hendte det at de tok med brukeren i butikken, slik at han fikk mulighet til å handle inn etter eget ønske. Dette syntes de var utfordrende, da brukerne ofte hadde andre ønsker om mat enn hva som egentlig var sunt og næringsrikt. De hadde ofte lyst på snacks og søtsaker, og følte ikke at de kunne si ”det er ikke bra for deg”, da dette er opp til brukeren (Watkinson-Powell et al., 2014). En god løsning på dette kan være å bestille matvarer hjem på døren, som nå tilbys av flere kjente dagligvarekjeder. Sykepleier kan sammen med brukeren skrive en liste, hvor brukeren også får bestemme hva som skal bestilles. Ved å gjøre dette kan sykepleier også sørge for at maten er næringsrik og variert.

Mellommåltider og næringsdrikker kan tilbys dersom brukeren spiser lite ved måltidene. Sykepleier kan for eksempel ved morgenbesøket kutte opp frukt, og smøre opp mat pyntet med grønnsaker og sette det i kjøleskapet, slik at brukeren får mulighet til å forsyne seg med dette gjennom dagen (Brodtkorb, 2013). For noen kan det være enklere å få i seg det som er flytende. Næringsdrikke kan da være et godt alternativ som mellommåltid, og kan øke totalinntaket av energi og næringsstoffer (Helsedirektoratet, 2013). Næringsdrikkene er å få i mange ulike smaker, og er gjerne veldig søte. Som det kommer frem av studien til Watkinson-Powell et al. (2014) er eldre spesielt glad i det som er søtt, og det kan derfor tenkes at næringsdrikken vil falle i smak. Likevel påpeker Cole (2012) at dette ikke er den beste løsningen, da det i en studie gjort i 2004 av Young et al., kommer frem at kosttilskudd var mindre nyttig for deltakere med lav KMI enn de med høy KMI. Deltakerne med lav KMI hadde en tendens til å spise mindre mat til måltidene, dersom de fikk næringsdrikke i forkant.

Det kan derimot være vanskelig for sykepleier å kontrollere hva brukeren får i seg av mat, dersom hun ikke er tilstede under selve måltidet. Noen av pleierne i Watkinson-Powell et al., (2014) sin studie, valgte innimellom å bruke lengre tid enn hva som egentlig var satt av til besøket, for å kunne tilberede et ordentlig måltid og sitte ned med brukeren under måltidet. Dette gjorde de for at brukeren skulle få maten han likte, og for at brukeren skulle slippe å spise alene, noe som også er en vanlig årsak til nedsatt appetitt. Dessuten følte pleierne at de lettere fikk observere brukers behov for hjelp, og hjulpet til der det var nødvendig.

Sykepleier har som oppgave å fremme god ernæring hos eldre mennesker, som forutsetter at hun har tilstrekkelig med kunnskap innenfor temaet. Ikke alle følte de hadde nok kunnskap om ernæring, noe som var utfordrende, ettersom dette var en stor del av pleien til brukerne (Watkinson-Powell et al., 2014).

4.4 Med fokus på måltidet

Faktorer som hukommelsessvikt og det at en bor alene er nok til at en ikke får i seg tilstrekkelig med næring. Forstyrret appetitt og problemer knyttet til selve måltidet var hovedproblemene hos brukerne ifølge Rognstad et al. (2013). Det kommer også frem i studien gjort av Rognstad et al. (2013) at kommunikasjon mellom pleieren og den hjelpetrequende er viktig for å gjøre måltidet til en positiv opplevelse. Flere opplevde dette som spesielt vanskelig hos brukere med demens, som de ikke kjente godt fra før. Ettersom kommunikasjonen ikke var tilstrekkelig, ble det også vanskeligere å tilføre brukeren tilstrekkelig med næring for å unngå konsekvenser som vekttap.

Selv opplever jeg ofte at brukere av hjemmesykepleien sier at de allerede har spist eller at de fint klarer å lage i stand mat selv. Dersom jeg ikke er godt kjent med brukeren, kan det ofte være ubehagelig å skulle ”overtale” han til å spise, dersom han ikke ønsker det. Sykepleier må vise respekt og være forsiktig med å trå over grenser og bestemme over andre i deres hjem (Fjørtoft, 2012). Brukeren skal selv ha mulighet til å ta selvstendige avgjørelser (Norsk sykepleierforbund, 2011), og en kan derfor ikke kreve at noen skal sette seg ned å spise. Ofte opplever jeg at det å sette seg ned med brukeren å prate litt om andre ting først, kan være en god løsning. Det hender da at brukeren er villig til å motta hjelp i etterkant. En kan da tenke seg til at brukeren allerede føler seg trygg. Dette vil likevel ikke alltid la seg gjøre, dersom man har begrenset med tid, som kan være frustrerende for de som skal hjelpe brukeren (Lystrup et al., (2006).

4.4.1 Å være selvstendig

I en studie gjort av Johansson, Christensson og Sidenvall (2011), hvor hjemmeboende personer med demens ble intervjuet, forteller flere av brukerne at hukommelsessvikten ikke kom i veien for matlagingen. Spesielt damene påpekte dette, og mente at matlaging var noe de alltid hadde drevet med. Oppgavene gikk stort sett på automatikk, på grunn av gamle vaner og rutiner. En av damene påpekte at hun aldri ville glemme det hun hadde interesse for. Mennene derimot så på dette som et større problem dersom de var aleneboende, ettersom de var vant med å få servert mat av sin tidligere partner (Johansson et al., 2011). Dette kan tyde på at aleneboende menn vil være mer avhengig av hjelp utenifra, enn aleneboende kvinner. Likevel kommer det frem i studien til Rognstad et al. (2013) at kvinner var mer utsatt for underernæring enn menn, uten at det begrunnes hvorfor.

Vanskeligheter med å klare seg selv øker gradvis ettersom demenssykdommen utvikler seg. Det vil for mange være utfordrende å håndtere enkle oppgaver som matlaging og ivaretagelse av personlig hygiene (Berentsen, 2013). På tross av dette, viser studien til Johansson et al. (2011) at brukerne ønsket å klare seg selv. Flere forbandt det å få hjelp av hjemmesykepleien med å ha mistet noe viktig og ønsket ikke å innse at de var avhengige av hjelp. Ved å utføre oppgavene på egenhånd, fikk de mestringsfølelse og opplevelse av å ha kontroll i sitt eget liv. Likevel forteller de at de ofte måtte bruke lang tid på å utføre enkelte oppgaver, fremfor å være effektive. Det hendte også at de kastet seg ut i oppgaver, med den risiko om at det kunne gå galt (Johansson et al., 2011).

Det at brukerne ønsker å være selvstendige er også avgjørende for at deres funksjoner ikke skal gå til grunne. Å bidra til opprettholde brukers funksjoner er derfor et viktig forebyggende og helsefremmende arbeid (Ranhoff, 2013). På en annen side kan mangel på tid føre til at sykepleieren tar over arbeidet rundt det å lage i stand mat, fremfor å la brukeren prøve seg frem på egenhånd, da dette ofte kan være mer effektivt. Dette underbygges av studien til Watkinson-Powell et al. (2014), der dette ofte ble tilfellet. De ansatte følte det ubehagelig å skulle ta over matlagingen i brukers hjem, når han i utgangspunktet ønsket å være selvstendig. Dersom dette blir tilfellet over en lengre periode, vil brukers funksjoner avta, og han vil dermed bli mer avhengig av hjelp fra hjemmesykepleien (Fjørtoft, 2012). Dette strider også imot de yrkesetiske retningslinjer punkt 2.1, der det står at sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom (Norsk sykepleierforbund 2011, s. 8)

4.4.2 Betydningen av sosialt samvær under måltidet

Forskning viser at det å ha en partner hadde stor innvirkning på brukers matsituasjon (Johansson et al., 2011). Etter å ha mistet sin partner, ble appetitten betydelig dårligere, da måltider var sterkt forbundet med det å være sosial. Når partneren tidligere hadde vært tilstede, kunne en dessuten få hjelp til de tingene som var utfordrende i matsituasjon. Dette underbygges av en artikkel skrevet av Cole (2012), der det kommer frem at tilstedeværelse av personale som tar seg god tid har en positiv effekt på næringsinntaket. Pleierne som deltok i studien til Watkinson-Powell et al. (2014) fortalte at de som regel hadde 15-30 minutter til rådighet når de skulle servere brukerne mat, og at de som tidligere nevnt sjelden hadde

muligheten til å sette seg ned med brukeren under måltidet, med mindre de lot det gå utover tiden de egentlig hadde.

En nyere norsk artikkel skrevet av Fonn (2016), forteller om konseptet ”samspising” i hjemmesykepleien. Dette ble nylig innført i et distrikt i Hamar, og går ut på at sykepleier er tilstede under hele måltidet. En aktuell bruker omtales i artikkelen, og det har vist seg at samspising har hatt god effekt på brukers ernæringsstatus, da appetitten økte betraktelig med personell tilstede. Brukeren kviknet til, ble mer selvhjulpen og mestringsfølelsen økte. Dessuten gikk han opp flere kilo på kort tid, etter å ha vært svært underernært (Fonn, 2016). Ved å innføre dette flere steder i landet, vil veien mot forebygging av underernæring bli betydelig kortere.

Flere av brukere i hjemmesykepleien der jeg jobber benytter seg av dagsenteret i kommunen, hvor en får mulighet til å delta på aktiviteter sammen med andre, og ikke minst innta måltider i fellesskap. Selv opplever jeg at brukerne er svært fornøyd med dette, da de setter stor pris på å møte andre mennesker som er i samme situasjon. Dersom dette er et tilbud i kommunen, vil dagsenter kanskje være en god løsning for mange.

Med dette vil det være viktig at sykepleier er klar over at personer med demens i stor grad ønsker å klare seg selv, og la de prøve seg frem på egenhånd når det kommer til å lage i stand mat, dersom man får tid til dette. Pleieren og personen med demens bør i følge (Johansson et al., 2011) møtes regelmessig for å skape et tillitsforhold, som igjen kan minske sjansen for at brukerne takker nei til hjelp. Dette vil også være med på å opprettholde personens autonomi. Dersom det lar seg gjøre, vil det være av stor betydning at sykepleier tar seg god tid ved besøk som omfatter ernæring, mat og måltider, slik at brukeren får muligheten til å være sosial.

5.0 Avslutning

Hensikten med denne oppgaven var å komme frem til hvordan sykepleier kan forebygge underernæring hos hjemmeboende eldre med demens. Mange faktorer vil ha en positiv innvirkning på brukers ernæringsstatus, men mye av dette er derimot vanskelig å gjennomføre på grunn av hjemmesykepleiens begrensninger.

Kartlegging av ernæringsstatus og videre vurdering av behov for hjelp vil være første steget mot forebygging av underernæring. Kontinuitet i pleien, med godt samarbeid mellom tjenesteytere, god dokumentasjon og oppfølging av tiltak vil være avgjørende faktorer. Likevel viser det seg at dette ofte kan være utfordrende, da det er mange personer involvert i arbeidet og svikt i rutiner forekommer. Det anbefales at man lager en ernæringsplan, slik at sykepleieren får en oversikt over faktorer som virker inn på den aktuelle brukers ernæring, samt hvilken type mat vedkommende skal ha.

Fokus på å trygge brukeren bør prioriteres, da dette har en positiv effekt på brukers ernæringsstatus. En god relasjon med riktig kommunikasjon vil være med på å fremme dette. Sykepleier bør i den grad det er mulig, tilstrebe å være tilstede sammen med bruker under måltidene, noe som i flere studier viser seg å ha en positiv innvirkning både på brukers ernæringsstatus og relasjonen mellom dere i mellom. Det er også av stor betydning at brukeren har få personer å forholde seg til, for å sikre kontinuitet i arbeidet og ikke minst hindre at det oppstår forvirring hos brukeren. Bruk av primærsykepleier er et godt alternativ, og vil gjøre det mulig å skape en god relasjon.

Brukerne legger stor vekt på det å være selvstendige. Likevel vil det være nødvendig at sykepleier møter brukerens behov, og hjelper til der det er nødvendig, slik at inntaket av næring blir så godt som optimalt. Sykepleier må være forsiktig med å ikke ta over arbeidet for brukeren, noe som ofte kan forekomme på grunn av begrenset tid, da dette over en lengre periode vil gjøre brukeren avhengig av hjelp i større grad. En skal så godt det lar seg gjøre ha fokus på å fremme helse ved å ivareta funksjoner, og samtidig forebygge konsekvenser som underernæring.

Litteraturliste

- Aagard, H. (2010). Mat og måltider i sykehjem. En nasjonal kartleggingsundersøkelse. *Sykepleien forskning*, (5) 36-43. Hentet 03.01.2016, fra: <https://sykepleien.no/forskning/2010/03/mat-og-maltider-i-sykehjem-en-nasjonal-kartleggingsundersokelse>
- Berentsen, V. D. (2013). Kognitiv svikt og demens. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie – god omsorg til den gamle pasienten* (s. 350-382). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Birkeland, A. & Flovik, A. M. (2011). *Sykepleie i hjemmet*. Oslo: Akribe.
- Brodtkorb, K. (2013). Ernæring, mat og måltider. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie – god omsorg til den gamle pasienten* (s. 254-273). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Cole, D. (2012). Optimising nutrition for older people with dementia. *Nursing Standard*, 26(20), s. 41-48.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 5 utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Ditlefsen, A. (2015). Ernæring. *Store medisinske leksikon*. Hentet 09.04.2016, fra: <https://sml.snl.no/ernæring>
- Eide, H. & Eide, T. (2013). *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2 utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Engedal, K. & Haugen, P. K. (2009). *Demens. fakta og utfordringer*. 5. utg. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Fjørtoft, A-K. (2012). *Hjemmesykepleie. Ansvar, utfordringer og muligheter*. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

- Fonn, M. (2016). Hun samspiste med Arne. *Sykepleien*. Hentet 13.04.2016, fra: <https://sykepleien.no/2016/04/hun-samspiste-med-arne>
- Helsedirektoratet (2013). *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*. Hentet 16.03.2016, fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/916/Nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-underernering-IS-1580.pdf>
- Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* Hentet 13.03.2016, fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Johansson, L., Christensson, L., & Sidenvall, B. (2011). Managing mealtime tasks: told by persons with dementia. *Journal Of Clinical Nursing*, 20(17/18), 2552-2562. doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03811.x
- Kirkevold, M. & Brodtkorb, K. (2013). Kartlegging. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie – god omsorg til den gamle pasienten* (s. 113-122). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene (2003). *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. November 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. Desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.* Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>
- Lystrup, L. S., Lillesveen, B., Nygård, A-M. & Engedal, K. (2006). Omsorgstilbud til hjemmeboende personer med demens. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 126(15), s. 53-59.
- Norsk sykepleierforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 03.02.2016, fra: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

- Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2011). Klinisk sykepleie – funksjon og ansvar. I Almås, H., Stubberud, D-G. & Grønseth, R. (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (s. 17-32). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinar, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert*. Oslo: Akribe.
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet 07.04.2016, fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Prince, M., Albanese, E., Guerchet, M. & Prina, M. (2014). Nutrition and dementia: a review of available research. *Alzheimer's disease international*. Hentet 10.12.2015, fra: <https://www.alz.co.uk/sites/default/files/pdfs/nutrition-and-dementia.pdf>
- Ranhoff, A. M. (2013). Forebyggende og helsefremmende sykepleie. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie – god omsorg til den gamle pasienten* (s. 137-147). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Rognstad, M-K., Brekke, I., Holm, E., Lindberg, C. & Lühr, N. (2013). Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens. *Sykepleien forskning*, 8(4), 298-307.
- Rokstad, A. M. M. (2014). *Se hvem jeg er! Personsentrert omsorg ved demens*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Rokstad, A. M. M, & Smebye, K. L. (2008). *Personer med demens – møte og samhandling*. Oslo: Akribe.
- Romøren, T. I. (2013). Eldre, helse og hjelpebehov. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A.H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (s. 29-37). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Sjøen, R. J. & Thoresen, L. (2012). *Sykepleierens ernæringsbok*. 4. Utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Sortland, K. (2011). *Ernæring – mer enn mat og drikke*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Thidemann, I-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.

Watkinson-Powell, A., Barnes, S., Lovatt, M., Wasielewska, A., & Drummond, B. (2014). Food provision for older people receiving home care from the perspectives of home-care workers. *Health & Social Care In The Community*, 22(5), 553-560.
doi:10.1111/hsc.12117

VEDLEGG 1

ARTIKKELMATRISE

Artikkel	Hensikt	Metode	Deltakere	Resultat
<p>Johansson, Christensson & Sidenvall. (2011).</p> <p><i>"Managing mealtime tasks: told by persons with dementia"</i>.</p> <p>Journal of Clinical Nursing</p> <p>Sverige</p>	<p>Hensikten med denne studien var å finne ut av hvordan hjemmeboende med demens selv opplevde å utføre oppgaver knyttet til måltider. Eksempler på oppgaver var å handle inn mat, lage mat og faktorer rundt selve måltidet</p>	<p>Kvalitativ studie med etnografisk tilnærming.</p> <p>Intervju hjemme hos deltakerne, med tematisk analyse.</p>	<p>10 kvinner og 5 menn i alderen 69-86 år.</p>	<p>Resultatene av studien viser at deltakerne ønsker å være selvstendige, uten behov for hjelp utenifra. De mente at hukommelsessvikt ikke gikk utover oppgavene i stor grad. Oppgavene gikk stort sett på automatikk, på grunn av gamle vaner og rutiner.</p>
<p>Watkinson-Powell, Barnes, Lovatt, Wasielewska & Drummond. (2014).</p> <p><i>"Food provision for older people receiving home care from the perspectives of home-care workers"</i></p> <p>Health and social care in the community</p> <p>England</p>	<p>Hensikten med studien var å finne ut av hvordan ansatte i hjemmesykepleien opplevde situasjoner hvor de hjalp brukerne i forbindelse med måltider.</p>	<p>Kvalitativ studie basert på semistrukturerte intervjuer.</p>	<p>Ansatte i hjemmesykepleien i 13 forskjellige "hjemmesykepleiefirmaer". Usikkert hvor mange deltakere som var med i studien.</p>	<p>Resultatene av studien viser at mange ansatte fant det utfordrende å tilfredsstille brukernes behov, da de ofte hadde dårlig tid ved hvert besøk. Dette førte til at de ikke fikk satt seg ned med brukerne og snakket/sosialisert og motivert under måltidet, noe de mente var avgjørende faktorer for at brukerne skulle få i seg den maten som var nødvendig</p>
<p>Lystrup, Lillesveen, Nygård & Engedal. (2006).</p> <p><i>"Omsorgstilbud til hjemmeboende personer med demens"</i></p> <p>Tidsskrift for</p>	<p>Hensikten med studien var å undersøke hjemmetjenestetilbudet til personer med demens: kartlegging av type hjelp, tidsbruk og antall hjelpere</p>	<p>Undersøkelse hvor antall hjelpere, hjelpernes utdanning og tidsbruk ble registrert i syv dager hjemme hos brukerne. Tiltakene ble registrert i et eget skjema av hjemmetjenesten når de var inne hos brukerne.</p>	<p>Undersøkelsen ble gjort hjemme hos 460 brukere en antok hadde en demenssykdom, med vedtak om hjemmebaserte tjenester. Gjennomsnittsalderen var 82 år og deltakerne kom fra 24 kommuner i Norge.</p>	<p>Resultatene viser at brukerne i gjennomsnitt fikk hjelp 5,3 timer per uke ifra 8 ulike pleiere per uke. Hjelp til medisiner, tilberedning av mat, personlig hygiene og rengjøring var gitt oftest. Noen fikk ikke den hjelpen de hadde behov for, mens andre</p>

den norske legeförening Norge				fikk hjelp til noe de egentlig kunne gjort selv. Det kom også frem at personer med demens ikke fikk mer hjelp enn de uten demens.
Aagard. (2010). <i>”Mat og måltider i sykehjem. En nasjonal kartleggingsundersøkelse”</i> Sykepleien forskning Norge	Hensikten med undersøkelsen var å få frem hvordan leder av sykehjem vurderte maten som ble servert til beboerne, antall måltid og hvilke tidspunkt. Det ble også undersøkt hvilke rutiner som ble brukt for å kvalitetssikre ernæringsarbeidet.	En kvantitativ tverrsnittsundersøkelse der hvert sykehjem fikk tilsendt spørreskjemaer med faste svaralternativ.	Alle sykehjem i Norge ble spurt om å være med i undersøkelsen, som var 886 stk. 560 representanter fra ulike sykehjem deltok.	Det kom frem av spørreskjemaene at respondentene ved de fleste sykehjemmene var fornøyd med maten som ble servert, men at tilbudet av frukt kunne vært bedre. Det ble også lagt vekt på at tiden mellom siste måltid på kvelden og første måltid neste dag var for lang. Undersøkelsen viste også at det var behov for nasjonale retningslinjer for å bedømme beboernes ernæringsstatus. Helsevesenet bør unngå sparetiltak som går utover maten og ernæringsarbeidet ved sykehjem.
Rognstad, Brekke, Holm, Lindberg og Lühr. (2013). <i>”Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens”</i> Sykepleien forskning Norge	Hensikten med denne studien var å kartlegge og belyse ernæringsstatusen til eldre hjemmeboende personer med demens og kognitiv svikt som får bistand av hjemmetjenesten i fire bydeler i Oslo.	Tverrsnittsstudie i fire utvalgte bydeler i Oslo. Instrumentet ”Mini Nutritional Assessment” (MNA) ble benyttet til innsamling av data.	Eldre (67 år og eldre), hjemmeboende personer med demenssykdom eller kognitiv svikt, som skåret 3-5 på IPLOS- (individbasert pleie og omsorgsstatistikk) skalaen med variabelen ”hukommelse”, og som mottar helsetjenester i hjemmet. Fire bydeler i Oslo	Resultatene viser at 40,4 prosent av brukerne stod i fare for underernæring, mens 10,3 prosent allerede var underernært. Resterende var ikke i faresonen. 91 prosent anga at de ikke hadde problemer med matinntak. Hjemmeboende kvinner med kognitiv svikt var mer utsatt for underernæring enn menn.