



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Forebygge underernæring hos
hjemmeboende pasienter med
demens

Av Marianne Andberg

Bachelor i sykepleie SK 152

Avdeling for helsefag

Rettleider Irene Sjursen

01.06.18

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

Sammendrag

Tittel: «Forebygge underernæring hos pasienter med demens som bor hjemme».

Bakgrunn for valg av tema: Jeg valgte å skrive om ernæring og demens fordi at jeg både i studiepraksis og som assistent i hjemmesykepleien har observert at det er utfordrende å følge opp pasienter med demens og deres forhold til ernæring. Min erfaring er at oppfølging og kartlegging av denne pasientgruppens utfordringer relatert til riktig ernæring ofte blir nedprioritert. Jeg mener det er viktig å sette mer fokus på kartlegging av ernæringsstatus, og har derfor valgt å rette min oppgave mot forebygging av underernæring hos hjemmeboende demenspasienter.

Problemstilling: «*Hvordan kan sykepleiere forebygge underernæring hos pasienter med demens som bor hjemme?*»

Framgangsmåte: Oppgaven er gjennomført som en litteraturstudie basert på forskning og faglitteratur. Jeg har søkt i databasene *Academic Search Elite*, *Cinahl*, *Svemed+* og *Sykepleien forskning*. I søkene mine avgrenset jeg resultatene slik at litteraturen skulle være fagfellevurdert, ikke eldre enn 2008, og fulltekst.

Oppsummering av funn: I oppgaven er det funn som viser at enkle tiltak som veiing av pasienten er et forebyggende tiltak, men at alt handler i grunn om rammebetingelser. I første rekke gjelder dette hvor lang tid man har hos pasienten, hvilke ressurser man har til rådighet, og sykepleierens personlige kompetanse om problemstillingen. *Mini Nutritional Assessment* (MNA) er det kartleggingsverktøyet som blir beskrevet som det beste når ernæringsstatus hos hjemmeboende pasienter skal undersøkes og følges opp.

Konklusjon: Når jeg har skrevet denne oppgaven har jeg satt meg inn i viktigheten av å forebygge underernæring. Min konklusjon er at de viktigste tiltakene er regelmessig kontroll av pasientens vekt, grundig dokumentasjon og gode observasjoner av pasientens ernæringsstatus. Grunnlaget for dette arbeidet må være gode rutiner i virksomheten, og klare definisjoner av ansvar og roller på arbeidsplassen. Det er også nødvendig med økt kunnskap om denne problemstillingen. Forhåpentligvis vil den nye reformen *Leve hele livet* være med til å bidra til at kunnskapen rundt ernæring og eldre med demens blir større.

Nøkkelord: Underernæring, forebygge, demens og hjemmesykepleie

Innholdsfortegnelse

| | |
|--|-----------|
| 1. INNLEDNING | 1 |
| 1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA | 1 |
| 1.2 PROBLEMSTILLING | 1 |
| 1.3 PROBLEMSTILLING MED AVGRENSNING..... | 2 |
| 1.4 BEGREPSAVKLARING | 2 |
| 1.5 OPPGAVENS VIDERE OPPBYGGING | 2 |
| 2. METODE | 4 |
| 2.1 VALG AV METODE..... | 4 |
| 2.2 LITTERATURSØK | 4 |
| 2.3 KILDEKRITIKK | 5 |
| 3. TEORI | 7 |
| 3.1 VIRGINA HENDERSON | 7 |
| 3.2 DEMENS..... | 7 |
| 3.3 HJEMMESYKEPLEIE | 7 |
| 3.3.1 <i>Utfordringer i hjemmesykepleien</i> | 7 |
| 3.3.2 <i>Hjemmesykepleiens ansvar i forhold til ernæring</i> | 8 |
| 3.4 KONSEKVENSER AV UNDERERNÆRING | 8 |
| 3.5 KARTLEGGINGSVERKTØY | 8 |
| 3.5.1 <i>MNA - Mini Nutritional Assessment</i> | 8 |
| 3.5.2 <i>Ernæringsjournal</i> | 9 |
| 3.5.3 <i>IPLOS-registrering</i> | 9 |
| 3.7 LOVVERK, FORSKRIFTER OG RETNINGSLINJER..... | 10 |
| 3.8 PRESENTASJON AV FORSKNING..... | 11 |
| 3.8.1 <i>How well do nurses recognize malnutrition in elderly patients?</i> | 11 |
| 3.8.2 <i>Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens</i> | 11 |
| 3.8.3 <i>Verktøy ved screening av risiko for underernæring hos eldre</i> | 12 |
| 3.8.4 <i>Rutiner for å vurdere ernæringsstatus i hjemmesykepleien</i> | 12 |
| 3.8.5 <i>Ernæringsstatus blant pasienter i sykehjem og i hjemmesykepleien kartlagt ved hjelp av ernæringsjournalen</i> | 13 |
| 3.8.6 <i>Hva er faglig forsvarlig sykepleie?</i> | 13 |
| 4. DRØFTING | 14 |
| 4.1 HVORDAN KAN SYKEPLEIERE FOREBYGGE UNDERERNÆRING VED HJELP AV KARTLEGGINGSVERKTØY?..... | 14 |
| 4.2 HVORFOR BLIR IKKE ERNÆRINGSSTATUS KARTLAGT? | 15 |
| 4.3 ER DET VIKTIG MED OBSERVASJON, TILTAK OG DOKUMENTASJON? | 17 |
| 5. KONKLUSJON | 20 |
| LITTERATURLISTE | 21 |
| VEDLEGG 1 | 24 |
| VEDLEGG 2 | 25 |
| VEDLEGG 3 | 26 |

1. Innledning

Jeg har valgt å skrive om underernæring blant hjemmeboende pasienter med demens, og hvordan jeg som sykepleier kan forebygge at eldre hjemmeboende pasienter med demens ikke blir underernært. Demens har interessert meg lenge og ble med dette en del av hovedtemaet mitt. I Norge bor det over 77 000 mennesker som har demens og over halvparten av dem bor hjemme. Noen bor med pårørende, men mange av dem bor alene. Det finnes ulike typer demens. Fellesnevneren er at alle pasientene på ett tidspunkt vil trenge hjelp i hverdagen (Kiil, 2018). Demens blir kjennetegnet med kognitiv svikt og svekket evne til å ivareta grunnleggende behov, som for eksempel ernæring (Fjørtoft, 2012, ss. 77-78). Fermann & Næss (2015, s. 248) skriver at dårlig ernæring er et kjent problem blant eldre, og at pasienter med demens er en av de mest utsatte gruppene når det kommer til underernæring. Jeg har erfart at oppfølgingen rundt forebygging av underernæring er mangelfull. Det er grunnen til at jeg ønsker å sette fokus på dette i min oppgave.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har jobbet i hjemmesykepleien i ett år som assistent, og i studietiden har jeg hatt flere ulike praksiser hvor jeg har møtt pasienter med demens. I møte med denne pasientgruppen har jeg observert at det er utfordrende å følge opp pasientene i forhold til ernæring. I mange tilfeller blir kartlegging og oppfølging av ernæringsstatus nedprioritert. Jeg har valgt dette temaet fordi jeg synes det er interessant å få økt kunnskap om ulike metoder som kan forebygge underernæring blant pasienter med demens. Dette er også et veldig aktuelt tema å ta opp. Forskning viser at over femti prosent av en gruppe eldre pasienter som mottok hjemmesykepleie var under normal vekt i forhold til BMI-skalaen (Landmark, Gran, & Grov, 2014, s. 4). Årsaken til at mange eldre er underernært kan være at de glemmer å spise, at de har lite matlyst, eller at de rett å slett ikke merker at de er sultne (Aagaard, 2009). Jeg mener det er viktig at det settes mer fokus på ernæring. Underernæring er noe man ser over tid og må kartlegges for å kunne bli forebygget (Bjørneboe & Tonstad, 2017).

1.2 Problemstilling

Gjennom egne erfaring vet jeg at ernæring hos hjemmeboende pasienter med demens kan være en utfordring, så derfor har jeg valgt å formulere problemstillingen slik: *Hvordan kan sykepleiere forebygge underernæring hos pasienter med demens som bor hjemme?*

1.3 Problemstilling med avgrensning

Jeg ønsker å fokusere på ernæring og forebygging av underernæring. I denne oppgaven blir det lagt vekt på kartleggingsverktøy, og bruken av disse verktøyene. Jeg ønsker å sette fokus mot sykepleierens kompetanse, interessen for ernæring og hvorfor det i mange situasjoner ikke blir prioritert å kartlegge ernæringsstatus. Oppgaven retter seg således mot pasienter som har demens og bor hjemme.

Jeg har valgt å avgrense problemstillingen til enslige og eldre demente pasienter som er over 65 år, og som bor hjemme. Jeg har videre valgt å avgrense til pasienter som ikke har langtkommen demens, da denne gruppen pasienter trolig ikke bor hjemme. Jeg ønsker å sette fokus på eldre demente pasienter uten pårørende som tar del i den daglige omsorgen og som har et mangefult nettverk. Pasientene skal også ha hjemmesykepleie minst en gang daglig. I denne oppgaven er sykepleierens mål å forebygge underernæring blant eldre pasienter med demens som bor hjemme.

1.4 Begrepsavklaring

Forebygge: I følge Ranhoff (2015, s. 162) handler forebyggende helsearbeid om å forebygge sykdom, skade og tidlig død. Det handler også om å forbedre og bevare personens helse, funksjonsnivå og livskvalitet (2015).

Underernæring: Mennesker er i risiko for å bli underernært når man spiser mindre enn hva kroppen har behov for. Underernæring hos eldre kommer ofte i en kombinasjon av for lite kalorier og proteiner (Brodtkorb, 2015, s. 308) .

Demens: Demens blir kjennetegnet med kognitiv svikt og svekket evne til å ivareta grunnleggende behov og endret atferd sosialt. (Fjørtoft, 2012, ss. 77-78)

Hjemmesykepleie: Hjemmesykepleie er et tilbud som skal gi pleie og omsorg til pasienter som bor hjemme, om det er sykdom, svekket helse, alderdom eller livssituasjon som tilsier at brukeren trenger hjelp i korte eller lengre perioder (Fjørtoft, 2012, s. 19)

1.5 Oppgavens videre oppbygging

Mens dette kapittelet er en innledning til oppgaven, skriver jeg i kapittel 2 om metoden jeg har brukt for å finne forskningsartikler. Kapittelet inneholder en kort presentasjon av de utvalgte artiklene, samt hvilke kriterier som ligger til grunn for utvelgelsen av dem. På slutten av kapittel 2 har jeg skrevet om kildekritikk. I kapittel 3 legger jeg frem teoriene jeg har valgt, samt de relevante funnene i

forskningsartiklene. Disse danner grunnlaget for drøftingen som blir lagt frem i kapittel 4.
Avslutningsvis inneholder kapittel 5 en konklusjon.

2. Metode

2.1 Valg av metode

I oppgaven min har jeg benyttet meg av litteraturstudie som metode. Denne metoden skal belyse min problemstilling ved hjelp av annen litteratur som er relevant, gyldig og pålitelig. Ifølge Dalland (2015, s. 223) bygger litterær oppgave i hovedsak på skiftelige kilder. Litteraturstudie er således systematisering av kunnskap. I tidligere emner har jeg brukt denne metoden, så metoden er kjent for meg. I oppgaven kommer jeg også til å bruke mine egne erfaringer fra praksis og som assistent i hjemmesykepleien.

2.2 Litteratursøk

For å finne litteratur som kan besvare min problemstilling har jeg søkt i ulike databaser. Databasene jeg har brukt er *Academic Search Elite*, *Cinahl* og *Svemed+*. Jeg har også brukt *Sykepleien Forskning* for å finne litteratur. Søkene mine ble utført i løpet av april 2018. Ved valg av søkeord- og uttrykk har jeg benyttet både norske og engelske søkeord. For meg var dette viktig for å få flere treff, samt for å finne internasjonale forskningsartikler. Totalt sett er dette med på å styrke oppgavebesvarelsen. Under søkene brukte jeg som kriterier at informasjonen skulle være fagfellevurdert, fulltekst, og at litteraturen ikke skulle være eldre enn ti år, altså fra 2008 til 2018. Vedlegg 1 viser hvilke databaser jeg søkte i, hvilke søkeord jeg brukte, antall treff, antall leste abstrakt og valgte artikler.

Jeg startet med søk i *EBSCOhost* hvor jeg la til *Academic Search Elite* og *Cinahl*. I dette søket benyttet jeg søkeordene: «*Nurse AND elderly AND malnutrition*». Jeg huket av for fagfellevurdert, fulltekst og artikler som ikke var eldre enn ti år. Da fikk jeg 32 treff. Studien jeg valgte ut var «*How well do nurses recognize malnutrition in elderly patients?*» (Suominen, Sandelin, Soini, & Pitkala, 2009). Denne studien har jeg brukt for å drøfte om sykepleien har nok kunnskap underernæring, og hvordan forebygge dette.

Deretter søkte jeg i *Svemed+*, og gjorde de samme avgrensningene her, litteraturen skulle være fagfellevurdert, full tekst og ikke eldre enn 2008. Jeg brukte først søkeordene: «*underernæring AND eldre AND demens*». Da fikk jeg tre treff, jeg valgte ut artikkelen «*Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens*» (Rognstad, Brekke, Holm, Linberg, & Luhr, 2014). Denne treffer min problemstilling da den handler om underernæring og eldre hjemmeboende pasienter med demens. Artikkelen har jeg brukt for å begrunne at dette er et problem som bør tas opp. I mitt neste søk brukte jeg søkeordene: «*verktøy AND underernæring*». Med disse søkeordene fikk jeg ett treff med artikkelen «*Verktøy ved screening av risiko for underernæring hos eldre*» (Gjerlaug,

Harviken, Uppsata, & Bye, 2018). Denne har jeg brukt i oppgaven da den ser på ulike typer verktøy som kan brukes for å kartlegge.

I mitt neste søk på *Svemed+* hadde jeg nok en gang de samme avgrensingene at teksten er fagfellevurdert, ikke eldre enn 2008 og fulltekst. Jeg brukte søkeordene: «*hjemmesykepleien*» AND «*ernæringsstatus*». Jeg fikk fem treff. Jeg valgte ut artikkelen «*Ernæringsstatus blant pasienter i sykehjem og i hjemmesykepleien kartlagt ved hjelp av Ernæringsjournalen*» (Landmark, Gran, & Grov, 2014). Denne har jeg brukt fordi den tar for seg kartleggingsverktøyet Ernæringsjournal, samt sykepleierens kompetanse i forhold til ernæring.

Mitt siste søk på *svemed+* brukte jeg søkeordene: «*eldre AND hjemmesykepleie*». På dette søket fikk jeg 18 treff. Jeg valgte ut artikkelen «*Rutiner for å vurdere ernæringsstatus i hjemmesykepleie*» (Aagaard & Grøndahl, 2017). Denne har jeg brukt da den handler om rutiner for å vurdere ernæringsstatus hos hjemmeboende pasienter.

Til slutt gjorde jeg et søk på *sykepleien forskning* med søkeordet: «*hjemmesykepleie*». Jeg avgrenset søket mitt til forskning og litteratur som ikke var eldre enn 2008. Der fant jeg en artikkel som het «*Hva er faglig forsvarlig sykepleie?*» (Tønnessen & Nortvedt, 2018). Denne valgte jeg ut da den er nyttig i min oppgave for å belyse sykepleiens ansvar i forhold til kartlegging og forebygging av ernæringsstatus.

2.3 Kildekritikk

For å kritisk vurdere litteraturen jeg har benyttet meg av, har jeg brukt Dalland og Trygstad (2015, ss. 72-74) sin metode for å vurdere litteraturens gyldighet, holdbarhet og relevans. For å vurdere litteraturens gyldighet har jeg bare valgt ut litteratur som er fagfellevurdert. For å vurdere holdbarheten til litteraturen har bare benyttet meg av litteratur som ikke er eldre enn ti år. Grunnen til dette er at sykepleiere må holde seg faglig oppdatert, og at eldre litteratur kan være foreldet. Forskningsartiklene jeg har valgt ut skulle også gå ut fra IMRaD-struktur i sammendragene. Det vil si at de skulle ha med innledning, metode, resultat og diskusjon. Av de seks artiklene jeg har med har alle IMRaD-struktur, bortsett fra Tønnessen og Nortvedt (2018). Jeg valgt likevel ha denne artikkelen med fordi jeg mener den er med på å belyse min problemstilling. Når jeg skal vurdere relevansen for oppgaven har jeg sett om litteraturen kan svare på problemstilling eller om den stiller spørsmål som jeg også stiller i min oppgave. Jeg har også sett på hvordan jeg kan få brukt litteraturen i min oppgave (Dalland & Trygstad, 2015, s. 223). En av artiklene jeg har valgt ut er på engelsk. Dette er

ikke mitt førstespråk, så jeg må ta forbehold om enkelte feiltolkninger når jeg har oversatt teksten.

I oppgaven har jeg for det meste benyttet meg av primærkilder. Kristoffersen (2012) er brukt som sekundærkilde når det gjelder sykepleieteoretikere som Virginia Henderson. Generelt er det er alltid fare for feiltolkning ved bruk av sekundærkilde. Da jeg skulle velge faglitteratur til oppgaven min brukte jeg bibliotekets søkemonitor «*Oria*» for å finne relevant faglitteratur. Her endte jeg opp med å bruke en del av pensumbøkene som jeg har brukt i tidligere emner som *Grunnleggende sykepleie og Kommunehelsetjeneste og psykisk helsearbeid*. Bøkene som jeg har benyttet meg mest av i oppgaven er «Geriatrisk sykepleie» (Kirkevold, Brodtkorb, & Ranhoff, 2015) og «Hjemmesykepleie» (Fjørtoft, 2012). «Geriatrisk sykepleie» har jeg benyttet fordi den omhandler eldre, og fordi den inneholder et eget kapittel om ernæring. Boken «Hjemmesykepleie» har kommet godt med under oppgaven fordi den omhandler hjemmesykepleie. Den tar også for seg rammene sykepleieren må jobbe etter i hjemmesykepleien.

3. Teori

I dette kapittelet presenterer jeg teorien jeg har brukt i drøftingen.

3.1 Virginia Henderson

I oppgaven har jeg valgt å bruke sykepleieteorien som ble utarbeidet av Virginia Henderson. Hendersons sykepleiedefinisjon og grunnleggende prinsipper har hatt stor innflytelse på sykepleien slik den er i dag (Kristoffersen, 2012, ss. 223-226). Kristoffersen (2012, s. 226) legger frem Hendersons fjorten grunnleggende prinsipper for sykepleie. Punkt nummer to handler om at pasientene må spise og drikke tilstrekkelig for å oppfylle grunnleggende behov. For å opprettholde grunnleggende behov må sykepleieren skaffe seg kunnskap om hva det er pasienten trenger hjelp til. I følge Henderson bør sykepleieren identifisere hva pasienten mangler og gi pasienten det som måtte trengs for at pasienten skal føle seg «hel», ut ifra pasientens fysiske styrke, vilje eller kunnskap om hva som er god helse (Kristoffersen, 2012, s. 226).

3.2 Demens

Mennesker med demens er i konstant forandring, og vil med tiden blir dårligere etter hvert som sykdommen utvikler seg. Vanlige symptomer ved demens er at pasienten mister korttidshukommelsen, det vil si at vedkommende glemmer for eksempel beskjeder som ble mottatt for 20 sekunder siden. Andre symptomer kan være svekket langtidshukommelse og planleggingshukommelse (Skovdahl & Berentsen, 2015, ss. 411, 416). Ett annet symptom på demens er apraksi, det vil si at men ikke klarer å utføre praktiske handlinger. Dette betyr at pasienten ikke klare å utføre handlinger i den rekkefølge han eller hun skal, eller at pasienten ikke vet hva man skal gjøre med en gitt gjenstand (s. 417).

3.3 Hjemmesykepleie

3.3.1 utfordringer i hjemmesykepleien

Mangel på tid og tidspress er ett problem som er kjent både for personalet og pasientene i hjemmesykepleien (Fjørtoft, 2012, ss. 180-181). Kompetanse er en avgjørende faktor for kvaliteten på tjenesten. Tilgangen på kompetente fagpersoner styres av økonomi, politikk og faglige prioriteringer. Sykepleieren er selv ansvarlig for egen kompetanse og faglig utvikling av denne. Faglige utfordringer, som for eksempel å se brukerens sammensatte og varierte behov, stiller store krav til sykepleierens kompetanse. Idealet i hjemmesykepleien er å se den enkelte pasients behov for omsorg og støtte. Dette er et ideal som krever at pleiepersonalet har nok tid tilgjengelig for hver

pasient, og som videre forutsetter en kompetanse som lar personalet se helhetsbildet hos pasientene. Realiteten viser en annen side. Det stilles krav til effektivitet og det er lite ressurser. Dette blir dessverre styrende i hjemmesykepleierens hverdag (Fjørtoft, 2012, ss. 245-251).

3.3.2 Hjemmesykepleiens ansvar i forhold til ernæring

Enhver sykepleier i hjemmesykepleien har ansvar for å iverksette tiltak slik at pasienten får tilstrekkelig med næring. Det er viktig å dokumentere ernæringsstatus og tiltak i pasientens journal, og videreformidle ernæringsstatus og tiltak til andre instanser som behøver denne informasjonen (Brikeland & Flovik, 2014, ss. 66-67). Sykepleieren har ansvar for å kartlegge hvem som handler inn mat for pasienten, om det er pasienten selv som gjør dette, eller andre omsorgspersoner. Hvis pasienten har mat i kjøleskapet må det redegjøres om denne maten blir spist eller kastet. Det må også avklares hvem som tilrettelegger pasientens måltider. Dette er spørsmål sykepleieren må ha kunnskap om for å kunne vite hva hjemmesykepleien er ansvarlig for (Fermann & Næss, 2015, s. 248).

3.4 konsekvenser av underernæring

Når en person i en lengre periode spiser mindre mat enn hva kroppen har behov for kan vedkommende bli underernært. På grunn av beskjedent inntak av mat får eldre mennesker ofte for lite kalorier og proteiner i seg. Dette kan resultere i underernæring. De får endret kroppsmasse-sammensetning. Dette betyr at kroppens væskeinnhold og muskulatur reduseres, mens det relative fettinnholdet øker (2015, s. 302). Brodtkorb (2015, s. 302) skriver at underernæring er noe som utvikler seg over tid, og at det kan være en utfordring å oppdage. Redusert muskelmasse og generell svekkelse gir nedsatt immunforsvar. Økt infeksjonsfare er derfor en risiko som følger av underernæring (Brodtkorb, 2015, s. 308). Ernæring og helse henger altså i stor grad sammen. Riktig ernæring kan bidra til bedre psykisk helse, og kan videre forebygge sykdom og skade (Brodtkorb, 2015, ss. 301-302).

3.5 Kartleggingsverktøy

3.5.1 MNA - Mini Nutritional Assessment

MNA (Mini Nutritional Assessment) er et kartleggingsverktøy som kan brukes for å vurdere om eldre pasienter står i faresonen for å bli underernært. Med *MNA* kan helsepersonell systematisk kartlegge årsaksforhold ved underernæring hos eldre pasienter i primærhelsetjeneste og på sykehus. *MNA* tar for seg KMI (kroppsmasseindeks), har en tredelt gradering på spørsmålene og noen ja/nei spørsmål. KMI regnes ut fra personens vekt og høyde, og viser hvor vedkommende ligger i forhold til sin vekt,

Det vil si om personen er alvorlig undervektig (<18), undervektig (18-20), har idealvekt (20-25), er overvektig (>25) eller har utviklet fedme (>30). Verdier mellom 24-27 er ideelt hos eldre mennesker (Brodtkorb, 2015). *MNA* skal fylles ut hver tredje måned, og gir helsepersonell muligheten til å oppdage underernæring på et tidlig tidspunkt. Ved hjelp av *MNA* kan ytterlige ernæringssvikt forebygges, og pasientens helse kan forbedres (Nestle Nutrition Institute, u.d, ss. 2-10). *Se vedlegg 2 MNA kartleggings skjema.*

3.5.2 Ernæringsjournal

Ernæringsjournalen er et kartleggingsverktøy som er utviklet av helsedirektoratet (2013, s. 14). Ernæringsjournalen egner seg til å finne ut om en pasient er i fare for å bli underernært eller om vedkommende allerede er underernært. Ernæringsjournalen beskrives som et enkelt verktøy å bruke. Kartleggingsverktøyet tar for seg KMI, utregning av vekttap og ja/nei spørsmål om blant annet nedsatt matlyst, tannproblemer og andre relaterte grunner som kan være grunner til underernæring. Det kommer ikke frem i kartleggingsverktøyet hvor ofte pasienter i hjemmesykepleien skal kartlegges, men ved sykehjem skal kartleggingen foregå en gang i måneden (Helsedirektoratet, 2013, ss. 49-50). *Se vedlegg 3 kartleggings skjema ernæringsjournal.*

3.5.3 IPLOS-registrering

IPLOS står for *individbasert pleie- og omsorgsstatistikk*. *IPLOS* er et obligatorisk verktøy i saksbehandlingen og for dokumentasjonen av pasienter underlagt landets kommunale sosial- og helsetjenester, og for de som søker på vegne av pasienter. Hovedmålet til *IPLOS-registrering* er å sikre at myndighetene i kommunen og staten får sikker informasjon og økt kunnskap om søkerne og de som mottar tjenester fra kommunale helse og omsorgstjenester (Vabo, 2014, ss. 136-138). I *IPLOS-registreringen* blir det blant annet registrert om pasienten får levert mat, hva slags dagaktivitetstilbud som benyttes, og hvilken praktisk bistand som pasienten nyttiggjør seg av. Slik praktisk bistand inkluderer for eksempel hjelp til å handle inn mat. De ulike behovene blir vurdert ut fra registrering av «poeng» fra 1 til 5. 1 poeng tilsier at det ikke er noe problem/utfordring, mens 5 poeng tilsier at det er fullt behov. Det kan også gis 9 poeng, hvilket betyr at gjeldende problemstilling ikke er relevant for den enkelte pasienten. Registreringsskjemaet inneholder mange opplysninger, blant annet opplysninger om ernæring. Der blir det registrert om pasienten er kartlagt for ernæringsstatus, eventuell vurdering ernæringsmessig risiko og planlegging av tiltak. Dette beskrives som vesentlig i arbeidet med å forebygge og behandle underernæring i helse og omsorgstjenester (Helsedirektoratet, 2015, ss. 6, 13, 31-32).

3.7 Lovverk, forskrifter og retningslinjer

Kvalitetsforskriften for pleie- og omsorgstjenestene (2003, §1) har som formål å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven skal få dekket grunnleggende behov. Det skal utføres med respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel. Ett av punktene som står beskrevet er at pasienten skal få tilstrekkelig med mat og drikke, variert og helsefremmede kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat. Et annet punkt er at pasienter med demens og andre som har vanskeligheter med å formulere sine behov skal få ett tilrettelagt tilbud (*Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene*, 2003, §1, §3).

Norsk sykepleierforbund har utarbeidet yrkesetiske retningslinjer (2011). Grunnlaget for all sykepleie er beskrevet som respekt for det enkelte menneskes liv og iboende verdighet og at sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter. I retningslinjene står det beskrevet at sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom (Norsk sykepleierforbund, 2011, ss. 7-8).

Helsedirektoratet (2013, s. 3) har laget retningslinjer for å forebygge og behandle underernæring. Retningslinjene skal bidra til å sikre god kvalitet ved å forebygge og behandling av underernæring. Det blir beskrevet at det er viktig med kompetanse, lederforankring, definert ansvarsforhold og samhandling for å oppnå gode resultater i arbeidet med forebygging og behandling av underernæring. Retningslinjene skal være et hjelpemiddel som skal være med å oppnå forsvarlighet og god kvalitet på tjenestene (Helsedirektoratet, 2013, s. 3).

Loven som gjelder for hjemmesykepleien er lov om *kommunale helse- og omsorgstjenester* (2011). Loven har blant annet som formål å forebygge, tilpasse tilbudet til den enkeltes behov og sikre kvalitet og et likeverdig tjenestetilbud (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §1-1).

For alt helsepersonell og virksomheter som yter helsehjelp gjelder *Helsepersonelloven* (Helsepersonelloven, 1999, §39). Loven tar for seg mange regler som helsepersonell skal følge. Blant annet sier den at helsepersonell plikter å føre journal dette står beskrevet i kapittel 8, paragraf 39.

Loven Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) gir pasienter rett til å stille krav til helsetjenesten. Blant annet har alle pasienter rett på tjenester av god kvalitet, medvirkning og informasjon. Loven skal bidra til å fremme tillit mellom pasienter og helsetjenestene (§1-1)

I januar 2019 skal det settes i verk en reform som skal bidra til at eldre kan meste livet sitt lengre. Reformen heter *leve hele livet-En kvalitetsreform for eldre*. Et av hovedområdene i reformen handler om mat og måltider (St.meld. (2017-2018), 2018, s. 7). I reformen under overskrift 1.6 måltider, på punkt 4 tas det opp systematisering av ernæringsarbeid. I Tromsø kommune skal det blant annet startes opp med ernæringskartlegging og felles prosedyrer for oppfølgingen av de eldres ernærings situasjon. Det skal også i mange andre kommuner settes i verk ulike arbeid med systematiseringen av ernæringsarbeid (St.meld. (2017-2018), 2018, s. 20)

3.8 Presentasjon av forskning

3.8.1 How well do nurses recognize malnutrition in elderly patients?

(Suominen et.al., 2014)

Studiedesign: Kvantitativ.

Hensikt: *Mini Nutritional Assessment (MNA)* kartlegging og kroppsmasseindekser (KMI) ble brukt for å kartlegge 1043 eldre pasienter. 53 sykepleiere ble spurt om hvor vidt de mente pasientene led av underernæring. Målet var å undersøke hvor godt sykepleieren kjenner til at underernæring er ett problem i eldreomsorg på langtidsavdeling.

Funn: Sykepleierne fastslo at 15,2% av pasienten var underernæring, mens *MNA* viste at 56,7% var underernærte. Det ble konkludert med at sykepleiere trenger mer kunnskap om ernæring.

Underernæring og vekttap er ett betydelig problem, og god ernæring har en stor helsegevinst.

Mulig drøftingsområde: Her kan jeg drøfte om sykepleiere har nok kunnskap for å forebygge underernæring, og om de tar for lett på betydningen av å være underernært.

3.8.2 Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens

(Rognstad et.al., 2014)

Studiedesign: Kvantitativ.

Hensikt: Det ble utført en studie for å kartlegge og belyse ernæringsstatusen til eldre hjemmeboende pasienter med demens. Alle pasienter skulle ha bistand av hjemmesykepleie. Bakgrunnen for at studien ble gjennomført, var at det tidligere ikke har vært så mye fokus på hjemmeboende pasienter, men mer på pasientene som bor på institusjon. Studien ble utført i fire utvalgte bydeler i Oslo.

Kartleggingsverktøyet som ble brukt for å samle inn data var *Mini Nutritional Assessment(MNA)*.

Funn: I studien kom det frem at underernæring er svært utbredt blant hjemmeboende pasienter med demenssykdom. Nesten halvparten av pasientene var underernært eller sto i fare for å bli det. Resultatet viser at det er avgjørende at sykepleiere er kjent med risikofaktoren for underernæring og tiltak som må settes i verk for å forhindre underernæring og sykdom som følge av underernæring.

Mulig drøftingsområde: Drøfte hvordan sykepleiere kan forebygge underernæring og hvorfor underernæring er så utbredt at blant pasienter med demens. Her blir også kartleggingsverktøyet *MNA* presentert, som jeg har tenkt å bruke i drøftingen.

3.8.3 Verktøy ved screening av risiko for underernæring hos eldre

(Gjerlaug et.al., 2018)

Studiedesign: Systematisk litteraturstudie.

Hensikt: Studien hadde som mål og identifisere screeningverktøy som egner seg til å avdekke risiko for underernæring blant pasienter som benytter seg av hjemmesykepleie og som bor på institusjon. Hvis man avdekker risiko for underernæring tidlig sier studien at man kan forebygge underernæring.

Funn: Det ble brukt fire ulike screeningverktøy. *MNA-SF* som er kortversjonen av *MNA*, *SNAQ*, *MST* OG *GNRI* ble fordelt på ni valideringsstudier. *MNA-SF* ble validert flest ganger og sensitivitet og spesifisitet var høy. *MST* var validert en gang med moderat spesifisitet. De to andre verktøyene viste moderat validitet. Ingen av studiene testet anvendbarheten av verktøyet. Det kom også frem at mer forskning er nødvendig.

Mulig drøftingsområde: Drøfte verktøyet som blir brukt i forskningen opp mot teori og verktøyene som blir presentert der. Drøfte hvilket verktøy sykepleiere bør benytte seg av hjemme hos pasienten.

3.8.4 Rutiner for å vurdere ernæringsstatus i hjemmesykepleien

(Aagaard & Grøndahl, 2017)

Studiedesign: kvantitativ.

Hensikt: I studien blir det fokusert på pasienter som får hjelp av hjemmesykepleie, og om disse kan være utsatt for underernæring. Det kommer frem at alle pasienter som bli innskrevet i hjemmesykepleien skal vurderes for ernæringsmessig risiko. Målet i studien var å finne ut hvilke rutiner ledelsen og helsepersonell i hjemmesykepleien benytter for å kartlegge underernæring.

Funn: Av lederne var det 67% som kjente til helsedirektoratas retningslinjer i forhold til å forebygge og behandle underernæring. Bare 37% av helsepersonellet kjente til dette. Over halvparten av helsepersonellet i studien ga uttrykk for at det ikke var vanlig å veie brukeren ved innskriving. Studien ble konkludert med at det bør utarbeides skiftelig prosedyrer i forhold til ernæring. Det er også vesentlig at helsepersonell for opplæring og at dette blir prioritert.

Mulig drøftingsområde: Drøfte hvorfor det virker som at helsepersonell ikke legger vekt på ernæring. Hva er grunnen til at ernæring ikke blir prioritert.

3.8.5 Ernæringsstatus blant pasienter i sykehjem og i hjemmesykepleien kartlagt ved hjelp av ernæringsjournalen

(Landmark et.al., 2014)

Studiedesign: Kvantitativ.

Hensikt: Hensikten med studien er å kartlegge underernæring hos eldre pasienter i sykehjem og hjemmesykepleie. I studien brukte de helsedirektorates ernæringsverktøy for å få kunnskap om risikoen for underernæring.

Funn: I studien hadde 50% av pasienten lavere KMI enn det som er anbefalt og 30% av pasienten var i kategorien underernært. Ernæringsjournal ble konkludert som et hensiktsmessig verktøy, men at det ikke er tilstrekkelig og at pasientens helhetlige situasjon bør vurderes. De kom også frem at kompetanseheving om ernæringsstatus og kartlegging av ernæringsstatus anbefales.

Mulig drøftingsområde: Drøfte ernæringsjournal opp mot andre verktøy som bli presenter i teorien og forskning.

3.8.6 Hva er faglig forsvarlig sykepleie?

(Tønnessen & Nortvedt, 2018)

Studiedesign: Systematisk litteraturstudie.

Hensikt: Hensikten med studien er å komme frem til hva som ligger i begrepet faglig forsvarlig sykepleie og omsorgstjenester. Det blir særlig fokusert på hjemmesykepleie. Basert på funn i en tidligere studie om hva sykepleierens prioriterer i hjemmesykepleien og hvordan pasienten opplever tjenesten.

Funn: Det kommer frem at tjenesten i hjemmesykepleien ikke dekker pasientens behov slik som det er ønskelig. Sykepleien har selv ansvar for yte faglig forsvarlig tjeneste og omsorgsfull hjelp i hjemmesykepleien.

Mulig drøftingsområde: Drøfte om hjemmesykepleien er faglig forsvarlig og om det er nok kunnskap om hva som skal til for å dekke grunnleggende behov som ernæring.

4. Drøfting

I dette kapittelet drøfter jeg teorien og forskningen jeg har valgt. Dette gjør jeg med utgangspunkt i problemstillingen min: *Hvordan kan sykepleiere forebygge underernæring hos pasienter med demens i hjemmet?* Videre tar jeg for meg de ulike kartleggingsverktøyene jeg har nevnt for å vurdere ernæringsstatus, hvorfor ernæringsstatus ikke blir kartlagt, og viktigheten av å kartlegge ernæringsstatus.

Virginia Henderson definerer i sin teori fjorten grunnleggende behov. Punkt nummer to handler om å spise og drikke tilstrekkelig, og det er dette behovet min oppgave har som mål å dekke (Kristoffersen, 2012, s. 226). Norsk sykepleierforbund har utarbeidet yrkesetiske retningslinjer som sykepleieren skal følge. Der står det blant annet at sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom (Norsk sykepleierforbund, 2011, s. 8). Dette er viktige momenter jeg tar med videre i drøftingen.

4.1 Hvordan kan sykepleiere forebygge underernæring ved hjelp av kartleggingsverktøy?

I studien til Rognstad et.al., (2014, s. 300) viste resultatene at over halvparten av pasientene som var med i studiene enten var underernært eller sto i fare for å bli underernært. I studien ble kartleggingsverktøyet Mini Nutrition Assessment (*MNA*) brukt til å samle data. I retningslinjene for å forebygge og behandle underernæring kommer *MNA* frem som et godt verktøy, fordi det identifiserer pasienter i ernæringsmessig risiko (2013, s. 14). *MNA* skal fylles ut hver tredje måned, og krever dermed gode rutiner og oppfølging (Nestle Nutrition Institute, u.d, ss. 2-10). I studien til Gjerlaug et.al., (2018, s. 148) kommer det frem at hvis risikoen for underernæring bli avdekket tidlig kan man forebygge den. I den sistnevnte studien blir *MNA-SF* presentert. Dette er «kort-versjonen» av *MNA* og er en forenklet versjon med færre spørsmål. Dette kartleggingsverktøyet viste seg å være det som hadde høyest validitet, og som egnet seg best til å avdekke risiko for underernæring. I studiene til Landmark et.al., (2014, s. 11) blir *Ernæringjournal* brukt som verktøy til å kartlegge pasientens ernæringsstatus. I studien blir det konkludert med at *Ernæringjournal* er ett godt verktøy for å kartlegge, men at det ikke strekker helt til når det gjelder pasientens helhetlige situasjon.

Gjerlaug et.al., (2018, s. 150) skriver at et kartleggingsverktøy bør være enkelt i bruk og passe til gruppen som skal kartlegges. Det er vesentlig at verktøyet kan brukes til å fange opp pasienter som er i risikogruppen for å bli underernært eller som står i faresonen. Studiene til Rognstad et.al., (2014, s. 300) og Aagaard og Grøndahl (2017, s. 1) konkluderer med at det bør utarbeides skriftlige

prosedyrer i forhold til ernæring, og at det også er viktig at helsepersonell får opplæring, og at prosedyrer og opplæring blir prioritert. *Kvalitetsforskriften for pleie- og omsorgstjenestene* (2003, §1) pålegger kommunene å utarbeide prosedyrer som sikrer at brukeren får ivaretatt grunnleggende behov på en forsvarlig måte.

4.2 Hvorfor blir ikke ernæringsstatus kartlagt?

Kristoffersen (2012, ss. 223-226) har beskrevet Hendersons fjorten grunnleggende behov som sykepleieren skal følge. For at sykepleieren skal kunne oppfylle de grunnleggende behovene til pasienten må sykepleieren tilegne seg kunnskap om hva pasienten trenger. I studiene til Aagaard og Grøndahl (2017, s. 8) kommer det frem at lederne og helsepersonellet synes kunnskapen om ernæring er for dårlig, og dermed blir ikke ernæringsstatusen til pasienter fulgt opp. Flere av sykepleierne i studien kjente ikke til de *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring* (Helsedirektoratet, 2013, s. 7). Retningslinjene har som mål å sikre god kvalitet på tjenesten ved å forebygge underernæring, og skal fungere som ett hjelpemiddel for å oppnå forsvarlig helsetjeneste.

I følge Aagaard og Grøndahl (2017, s. 7) er det største hinderet for å identifisere og følge opp pasientenes ernæringsstatus dårlig tid, manglende kunnskap og knappe ressurser. Fjørtoft (2012, ss. 180-181) skriver at mangel på tid og tidspress er et problem som er som kjent for personalet og pasienten i hjemmesykepleien og at kompetanse er en avgjørende faktor for kvaliteten på tjenesten. I studien til Suominen et al. (2009, s. 292) ble det sett på hvor dyktige sykepleierne var til å observere om pasienter var underernært. I studien kom det frem at sykepleierne mente 15,2% av pasientene var underernært, mens kartleggingsverktøyet *MNA* viste at 56,7% av pasienten var underernært. Av pasientene i studien hadde de fleste pasientene demens. Sykepleierene hadde før de svarte på undersøkelsen vært på et tre-timers kurs hvor de hadde blitt lært opp i hvordan bruke *MNA*.

I studien til Tønnessen og Nortvedt (2018, s. 281) tar de opp kvalitetsforskriften, og et av punktene som står beskrevet er at pasienten skal få tilstrekkelig med mat og drikke, variert og helsefremmede kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat. Tønnessen og Nortvedt (2018, s. 284) stiller spørsmål om hjemmesykepleien er faglig forsvarlig. I studien kommer det frem at hjemmesykepleien ikke dekker pasientens grunnleggende behov slik det er ønskelig. Tønnessen og Nortvedt (2018, s. 281) stiller også spørsmål om sykepleieren vet hva som er tilstrekkelig med næring, hvilke tegn man skal se etter, og hvilke tiltak man skal sette i verk, slik som sykepleiere kan i forhold til det å ivareta personlig hygiene.

Fjørtoft (2012, ss. 245-251) skriver at sykepleieren selv er ansvarlig for sin egen kompetanse og utviklingen av kompetansen. Dette innebærer å yte faglig forsvarlig tjeneste og omsorgsfull hjelp i hjemmesykepleien. Faglige utfordringer som å se brukerens sammensatte og varierte behov stiller store krav til sykepleierens kompetanse. I studien til Landmark et al., (2014, s. 10) vises det til sykepleierens manglende interesse for fagfeltet ernæring, og at årsaken til manglende interesse kan ha som årsak at sykepleieren ikke forstår viktigheten av god ernæring og kartlegging av ernæringsstatus. Landmark et. al., (2014, s. 10) henviser i studien til en undersøkelse som hadde blitt gjennomført. I denne hadde sykepleierne fått både muntlig og skriftlig opplæring om ernæring og hvordan bruke *Ernæringsjournal*. På tross av dette oppga fremdeles noen av de ansatte at de ikke hadde nok kunnskap om hvordan kartlegge ernæring. I stortingsmeldingen *Leve hele livet* ((2017-2018), 2018, s. 7), står det at mat og måltid blant eldre har i de senere årene stått på agendaen i Norge, men til tross for den økende oppmerksomheten rundt ernæring holder ikke arbeidet mål slik helsemyndighetene anbefaler. Tilbakemeldingen helsemyndighetene har fått fra diagonalmøter tyder på at ikke alle eldre får ivare tatt sine grunnleggende behov når det gjelder mat og ernæring. Denne reformen skal bidra til at eldre kan mestre livet sitt lengre. Det skal blant annet settes i verk systematisering av ernæringsarbeid og kompetansehevingprogrammer innen mat og ernæring.

Et gjennomgående tema i flere av studiene jeg har tatt for meg, er kunnskapen og kompetansen om forebygging av underernæring hos eldre hjemmeboende er for dårlig. Både studien til Landmark et. al., (2014, s. 12) og Suominen et. al., (2009, s. 291) konkluderer med at mye av ansvaret ligger hos sykepleierne og den manglende kompetansen innenfor fagfeltet ernæring. Slik jeg ser det er det mangel på ansvar, dårlig fordeling av ansvar og oppgaver, samt dårlige eller mangelfulle rutiner som kan ha mye av skylden for den manglende forebyggingen av underernæring.

Hvis kartlegging av ernæringsstatus var like viktig som et sårskift eller et morgenstell ville ikke ansvaret for underernæringen ligget hos sykepleierne. Ved slike oppgaver som jeg her referer til har det blitt innarbeidet rutiner og ansvarsfordeling. Det er det jeg mener kartlegging av underernæring også bør få i hjemmesykepleien, spesielt når det gjelder pasienter med demens, fordi denne pasientgruppen er i risikogruppen for å bli underernært.

I studien til Aagaard og Grøndahl (2017, s. 1) ble det gjort en undersøkelse der de faglige lederne og helsepersonell skulle svare på om hvor mye de kunne om betydningen av å kartlegge ernæringsstatus. Resultatet viste at 67% av de faglige lederne kjente til helsedirektoratets retningslinjer, men bare 37% av helsepersonellet kjente til retningslinjene. Åtti prosent av de faglige

lederne, og over halvparten av helsepersonellet, svarte at det ikke var vanlig å veie pasienten ved innskriving. Til tross for at veiing av pasientene ved innskriving ikke var vanlig svarte over halvparten av de faglige lederne og helsepersonellet at ernæringstilstanden til brukerne var god. Aagaard og Grøndahl (2017, s. 7) skriver at regelmessig veiing er en av de viktigste tiltakene for å avdekke og vurdere en pasients ernæringstilstand. Jeg mener det er oppsiktsvekkende at lederne og helsepersonellet beskriver at det ikke er vanlig å veie pasienten ved innskriving, hvordan skal de da ha skaffe seg ett utgangspunkt, og vite hvilke pasienter som trenger forebygging?

Min erfaring fra praksis og som assistent i hjemmesykepleien er som tidligere nevnt preget av tidspress. Dette skaper utfordringer når helsepersonellet skal danne seg et helhetsbilde av pasienten. Fjørtoft (2012, ss. 245-251) har skrevet om idealet til hjemmesykepleien, det handler om å se den enkeltes behov for omsorg og støtte. Dette krever en tjeneste som tilbyr nok tid, tilgjengelighet, samt har personell som ser helhetsbilde hos pasienten. Fjørtoft (2012, ss. 245-251) beskriver også hvordan realiteten er, og at hverdagen til hjemmesykepleien styres av krav til høy effektivitet, og lite ressurser. Dette er noe jeg kjenner meg igjen i fra min tid som assistent i hjemmesykepleien.

4.3 Er det viktig med observasjon, tiltak og dokumentasjon?

Brodtkorb (2015, s. 302) skriver at underernæring er noe som utvikler seg over tid, og at tilstanden kan være en utfordring å oppdage. Hun skriver videre at eldre mennesker spiser ofte for lite, og derfor får for lite tilskudd av kalorier og proteiner. Dette kan resultere i at de står i fare for å bli underernært (s. 308). Birkeland og Flovik (2014, ss. 66-67) skriver at sykepleieren i hjemmesykepleien har ansvar for å iverksette tiltak, dokumentere og videreformidle informasjon om ernæringsstatus til andre instanser som trenger denne informasjonen. I praksis har jeg observert at dokumentasjonen ofte er mangelfull, og at sykepleieren ikke iverksetter tiltak selv om det er åpenbart at pasienten er i risikogruppen. I mange tilfeller opplever jeg at sykepleieren fraskriver seg ansvaret. Ferman og Næss (2015, s. 248) skriver at sykepleien har ansvar for å kartlegge hvem som handler inn for pasienten. Det må enten stilles spørsmål til pasienten, eller så må sykepleieren observere og undersøke om pasienten har mat i kjøleskapet. Det må avklares om maten blir kastet eller spist, og det må dokumentere hvem som tilrettelegger måltidene til pasienten. Dette kommer frem som viktige spørsmål, da svarene er med på å kartlegge pasienten i forhold til ernæring. I studien til Rognstad et al., (2014, s. 305) kommer det frem at det er 65% mindre sjanse for å bli underernært, eller stå i fare for å bli underernært, dersom pasienten får handle selv. Enten må pasienten være med helsepersonellet i butikken, eventuelt må det dokumenteres at pasienten klarer å handle på egenhånd. Dette kan ha en sammenheng med at pasienten plukker de varene som

pasienten helst vil ha. I praksis har jeg observert at det ofte er sykepleieren som skriver handleliste til pasienten, eller at sykepleieren gjør det i samråd med pasienten. Ofte har jeg også observert at det er de samme varene som bli kjøpt gang på gang. Dette mener jeg kan påvirke pasienten negativt slik at vedkommende kan bli «matlei».

Birkeland og Flovik (2014, ss. 63-67) skriver at det er avgjørende at det er det samme helsepersonellet som kommer igjen, og at personellet som gjennomfører besøket har nødvendig kunnskap om ernæring. Ernæring og helse henger i stor grad sammen. Når pasienten har god ernæringsstatus gir det en helsemessig gevinst. Pasienten får økt energinivå, bedre immunforsvar, og bedre psykisk helse. Dette vil igjen kunne forebygge sykdom og skade (Brodtkorb, 2015, ss. 301-302). Ifølge *helse og omsorgstjenesteloven* er sykepleieren lovpålagt å forebygge, tilpasse tilbudet til den enkelte bruker, og sikre kvalitet og likeverdig tjenestetilbud. I *Helsepersonelloven* kapittel 8 paragraf 39 er det skrevet at helsepersonell plikter å føre journal (Helsepersonelloven, 1999, §39). *Pasient- og brukerrettighetsloven* (1999, §1-1) bidrar til at pasienten kan stille krav til helsetjeneste. Pasienten har rett på tjenester som har god kvalitet og det forventes at helsetjenesten følger lovverk. Loven er med på å skape tillit mellom pasient og helsetjenestene og det er derfor viktig å opprettholde denne tilliten i mellom helsetjenestene og pasientene (§1-1).

I studien til Aagaard og Grøndahl (2017, s. 8) kommer det frem at kun halvparten av respondentene svarte at ernæring var et punkt i sykepleieplanen som de mottok fra pasienter som ble utskrevet fra sykehus. Aagaard og Grøndahl skriver at fra 1 januar 2016, ble det stilt krav om at alle kommuner i Norge skal dokumentere brukerens ernæringsstatus i IPLOS-registeret. I praksis har jeg observert sykepleiere som registrerer pasienter i IPLOS-registeret. Min erfaring er at registreringen ofte blir gjort under tidspress og at registreringen oppleves mangelfull. Da jeg var i praksis i hjemmesykepleien var det slik at to sykepleiere hadde ansvar for en gruppe pasienter som de skulle registrere. Det jeg oppdaget da de skulle registrere var at de hadde veldig ulik mening om pasientene ernæringsmessige status. Det slo meg spesielt når de skulle kartlegge en pasient som hadde demens. Den ene sykepleieren hadde jobbet der i 6 måneder, mens den andre sykepleieren hadde jobbet der i mange år og kjente til pasienten godt. Den «ferske» sykepleieren mente at pasienten sto i risiko for å bli underernært, og at pasienten hadde større hjelpebehov i forhold til ernæring. Den andre sykepleieren mente at pasienten alltid hadde «vært slik», og at det ikke var noe nytt. Hun mente derfor at det ikke var nødvendig med å gi pasienten en høyere poengsum enn slik det hadde vært før. Denne episoden fikk meg virkelig til å tenke på hvilken kunnskap sykepleieren sitter med i forhold til ernæring, hvor viktig det er med faglig oppdatering, og nødvendigheten av for eksempel internundervisning og forbedringsarbeid på arbeidsplassen. Dette eksempelet fra min praksis viser

behovet for kartlegging. I følge helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2015, ss. 6, 13, 31-32) har IPLOS-registrering som formål å sørge for kvalitetssikring, og være med på å gi grunnlag for overvåking, planlegging, utvikling og overordnet styring av helse- og omsorgstjenesten. IPLOS-registrering er også med på å danne grunnlag for videre forskning. Ved å føre inn opplysninger i IPLOS-registreringen vil helsepersonellet sørge for at lokale og statlige myndigheter får en verdifull oversikt over pasientens tilstand og behov. Dette gjør at det blir lettere å legge til rette for den enkelte bruker slik at det tilbys best mulig rammebetingelser i fremtiden (Vabo, 2014, ss. 136-138). Hvis sykepleieren er flink til å registrere ernæringsstatus og behovet for tilrettelegging og nødvendige ressurser, kan registreringen være med på å bidra til at ernæring blir mer vektlagt i fremtiden, og at dette kan bidra til å synliggjøre det økende behovet.

5. Konklusjon

I denne oppgaven har jeg sett på hvordan sykepleieren kan forebygge underernæring hos pasienter med demens som bor hjemme. Basert på de forskningsresultatene og teorien jeg har benyttet i oppgaven kan mye tyde på at kunnskap rundt forebygging av ernæring i hjemmesykepleien er for dårlig. I flere av forskningsartiklene jeg har med i oppgaven kommer det frem at sykepleieren mener det er for lite kunnskap om ernæring. Kartleggingsverktøyet MNA har blitt presentert i mange av artiklene og har kommet frem som et godt verktøy for å kartlegge ernæringsstatus, og dermed forebygge underernæring. I hovedsak handler det mest av alt om vedkommende helsepersonell som skal bruke verktøyet, samt om tilgjengelige ressurser, nok tid til pasienten, og nødvendig kompetanse. For å forebygge underernæring må man observere pasienten, kartlegge ernæringsstatus, eventuelt bruke kartleggingsverktøy som MNA, samt iverksette nødvendige tiltak. Først da vil sykepleieren kunne ha større sjanse til å forebygge underernæring.

Når jeg har skrevet denne oppgaven føler jeg at jeg har lært mye om viktigheten av å forebygge ernæring, og hvor viktig god ernæringsstatus har for helsen. Det viktigste tiltaket, slik jeg opplever det, er regelmessig kontroll av vekt, dokumentasjon og gjøre gode observasjoner av ernæringsstatus. Dette er viktig for å kunne forebygge risikoen for underernæring hos hjemmeboende pasienter med demens. Jeg mener at innarbeiding av gode rutiner og ansvarsfordeling på arbeidsplassen er det viktigste når helsetjenester skal sette i gang forebyggende tiltak mot underernæring. Spesielt i hjemmesykepleien, der det er mange ansatte, og beskjeder skal nå ut til mange. Hvis ledelsen har innarbeidet gode rutiner, og de ansatte vet hvem som har ansvar for de ulike arbeidsoppgavene, er det enklere å nå ett felles mål. Pasienter med demens har svekket kognitiv funksjon. De trenger sykepleieren til å være der for dem og hjelpe dem med å oppnå deres grunnleggende behov. Dette inkluderer tilstrekkelig med mat. De eldre i dagenes samfunn burde ikke lide av underernæring. Det er tydelig at noe må gjøres i arbeidet med å forebygge underernæring. Forhåpentligvis vil den nye reformen *Leve hele livet* bidra til økt fokus og forbedring i arbeidet i forhold til ernæring og eldre.

Litteraturliste

- Aagaard, H. (2009,7. Mars). Ernæring nedprioriteres ofte Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2009/03/ernaering-nedprioriteres-ofte>
- Aagaard, H., & Grøndahl, V. A. (2017). Rutiner for å vurdere ernæringsstatus i hjemmesykepleien. *Sykepleien Forskning*, 2(1), ss. 1-12. DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.61219>
- Birkeland, A., & Flovik, A. M. (2014). Pasienter med demens. I A. Birkeland, & A. M. Flovik, *Sykepleie i hjemmet* (2. utgave. utg.). Oslo: Cappelen damm akademisk.
- Bjørneboe, G.-E., & Tonstad, S. (2017, Januar 16). *Store medisinske leksikon*. Hentet April 2018 fra Underernæring: <https://sml.snl.no/underern%C3%A6ring>
- Birkeland, A., & Flovik, A. M. (2014). Hygiene og ernæring. I A. Birkeland, & A. M. Flovik, *Sykepleie i hjemmet*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Brodtkorb, K. (2015). Ernæring, mat og måltider. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dalland, O. (2015). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O., & Trygstad, H. (2015). Kilde og kildekritikk. I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Fermann, T., & Næss, G. (2015). Sykepleie til eldre i hjemmesykepleien. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Fjørtoft, A.-K. (2012). *Hjemmesykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Gjerlaug, A. K., Harviken, G., Uppsata, S., & Bye, A. (2018). Verktøy ved screening av risiko for underernæring hos eldre. *Sykepleien Forskning*, 11(2), ss. 148-156. DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2016.57692>
- Helsedirektoratet. (2013). *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/916/Nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-underernering-IS-1580.pdf>

- Helsedirektoratet. (2015). *IPLOS-registeret Veileder for personell i kommunale helse- og omsorgstjenester*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/436/Veileder%20for%20personell%20i%20kommunale%20helse-%20og%20omsorgstjenester.pdf>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonell>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Kvalitetsforskriften 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. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>
- St.meld. nr 15 (2017-2018). Leve hele livet- en kvalitetsreform for eldre. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/sec1>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Kiil, R. (2018, Februar 15). *Nasjonalforening for folkehelsen*. Hentet April 2018 fra demens: <http://nasjonalforeningen.no/demens/hva-er-demens/>
- Kirkevold, M., Brodtkorb, K., & Ranhoff, A. H. (2015). *Geriatrisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2012). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug, *Grunnleggende sykepleie Bind 1*. Gyldendal Akademisk.
- Landmark, B. T., Gran, S. V., & Grov, E. K. (2014). Ernæringsstatus blant pasienter i sykehjem og i hjemmesykepleien kartlagt ved hjelp av Ernæringsjournalen. *Klinisk sykepleje*, 28(1) ss. 4-14.
- Nestle Nutrition Institute. (u.d.). *mna-elderly.com*. Hentet April 2018 fra Veiledning for utfylling av skjema for ernæringsvurdering: Mini Nutritional Assessment MNA®: http://www.mna-elderly.com/forms/mna_guide_norwegian.pdf

- Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- Ranhoff, A. H. (2015). Forebyggende og helsefremmende sykepleie. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie, God omsorg til den gamle pasient*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Rognstad, M.-K., Brekke, I., Holm, E., Linberg, C., & Luhr, N. (2014). Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens. *Sykepleien Forskning*, 8(4), ss. 300-307. DOI: <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2013.0137>
- Skovdahl, K., & Berentsen, V. D. (2015). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Suominen, M. H., Sandelin, E., Soini, H., & Pitkala, K. H. (2009). How well do nurses recognize malnutrition in elderly patients? *European Journal of Clinical Nutrition*, 63(2), ss. 292-296. DOI <http://dx.doi.org/10.1038/sj.ejcn.1602916>
- Tønnessen, S., & Nortvedt, P. (2018). Hva er faglig ansvarlig hjemmesykepleie? *Sykepleien Forskning*, 7(3), ss. 280-285. DOI: <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2012.0134>
- Vabo, G. (2014). *Dokumentasjon i sykepleie*. Oslo: Cappelen damm Akademisk.

Vedlegg 1

EBSCOhost

Søk gjort i databasene Academic Search Elite og Cinahl.

| Søkeord | Antall treff | Antall leste abstrakt | Antall valgte artikler | Tittel på artikler |
|--------------------------------|--------------|-----------------------|------------------------|--|
| Nurse, Elderly og malnutrition | 32 | 5 | 1 | «How well do nurses recognize malnutrition in elderly patients?» |

SveMed+

| Søkeord | Antall treff | Antall leste abstrakt | Antall valgte artikler | Tittel på artikler |
|------------------------------------|--------------|-----------------------|------------------------|---|
| Underernæring, eldre og demens | 3 | 2 | 1 | «Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens» |
| Verktøy og underernæring | 1 | 1 | 1 | «Verktøy ved screening av risiko for underernæring hos eldre» |
| Hjemmesykepleie og ernæringsstatus | 5 | 2 | 1 | «Ernæringsstatus blant pasienter i sykehjem og i hjemmesykepleien kartlagt ved hjelp av ernæringsjournalen» |
| Eldre og hjemmesykepleie | 18 | 4 | 1 | «Rutiner for å vurdere ernæringsstatus i hjemmesykepleie» |

Sykepleien forskning

| Søkeord | Antall treff | Antall leste abstrakt | Antall valgte artikler | Tittel på artikler |
|-----------------|--------------|-----------------------|------------------------|---------------------------------------|
| Hjemmesykepleie | 52 | 4 | 1 | «Hva er faglig forsvarlig sykepleie?» |

Vedlegg 2

Mini Nutritional Assessment MNA®

| | | | |
|------------|-----------|------------|------------|
| Etternavn: | Fornavn: | Kjønn: | Dato: |
| Alder: | Vekt, kg: | Høyde, cm: | ID-nummer: |

Besvar undersøkelsen ved å fylle inn de riktige poengsifferene. Bruk tallene fra hvert enkelt spørsmål og summer. Hvis oppnådd sum er 11 eller mindre på vurdering del I, fortsett med vurderingen del II for å komme fram til en gradering av ernæringsstilstanden.

| Vurdering, 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 = alvorlig nedsatt appetitt 1 = moderat nedsatt appetitt 2 = ikke nedsatt appetitt | <input type="checkbox"/> |
| 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 | <input type="checkbox"/> |
| C Mobilitet 0 = sengeliggende/sitter i stol 1 = i stand til å gå ut av seng/stol, men går ikke ute 2 = går ute | <input type="checkbox"/> |
| D Har opplevd psykologisk stress eller akutt sykdom i løpet av de 3 siste månedene 0 = ja 2 = nei | <input type="checkbox"/> |
| E Neuropsykologiske lidelser 0 = alvorlig demens eller depresjon 1 = mild demens 2 = ingen psykologiske lidelser | <input type="checkbox"/> |
| F Kroppsmasseindeks (KMI) (vekt kg) / (høyde x høyde) 0 = KMI mindre enn 19 1 = KMI 19 til mindre enn 21 2 = KMI 21 til mindre enn 23 3 = KMI 23 eller større | <input type="checkbox"/> |
| Undersøkelsesspoengsum vurdering, del I (sumtotal maks. 14 poeng) | <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> |
| 12 poeng eller mer: Normal - ikke i faresonen - ikke nødvendig å gjennomføre vurderingen, del II 11 poeng eller mindre: mulig underernæring - fullfør vurderingen, del II | |
| Vurdering, del II | |
| G Bor i egen bolig (ikke på alders/sykehjem eller sykehus) 1 = ja 0 = nei | <input type="checkbox"/> |
| H Bruker mer enn tre typer reseptbelagte medisiner pr dag 0 = ja 1 = nei | <input type="checkbox"/> |
| I Trykksår eller hudsår 0 = ja 1 = nei | <input type="checkbox"/> |
| J Hvor mange fullstendige måltider spiser pasienten pr dag? 0 = 1 måltid 1 = 2 måltider 2 = 3 måltider | <input type="checkbox"/> |
| 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 ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> 0.0 = hvis 0 eller 1 ja 0.5 = hvis 2 ja 1.0 = hvis 3 ja | <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> |
| L Spiser to eller flere porsjoner frukt eller grønnsaker pr dag? 1 = ja 0 = nei | <input type="checkbox"/> |
| 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 | <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> |
| N Matinntak 0 = ikke i stand til å spise uten hjelp 1 = spiser selv med noe vanskeligheter 2 = spiser selv uten vanskeligheter | <input type="checkbox"/> |
| 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 | <input type="checkbox"/> |
| P Hvordan vurderer pasienten sin egen helsestilstand sammenlignet med mennesker på samme alder? 0.0 = ikke like bra 0.5 = vet ikke 1.0 = like bra 2.0 = bedre | <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> |
| 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 | <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> |
| R Leggomkrets (LO) i cm 0 = LO mindre en 31 cm 1 = LO 31cm eller større | <input type="checkbox"/> |
| Vurdering, del II (maks. 16 poeng) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> |
| Undersøkelsesspoengsum, vurdering, del I | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> |
| Totalvurdering, del I + del II (maks. 30 poeng) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> |
| Gradering av underernæringsstilstand | |
| 17 til 23.5 poeng | <input type="checkbox"/> i fare for underernæring |
| Mindre enn 17 poeng | <input type="checkbox"/> underernært |

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the 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. Gerontol 2001;56A: M366-377.

Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.

© Nestlé, 1994, Revision 2006. N67200 12/99 10M
For more information : www.mna-elderly.com

(Helsedirektoratet, 2013)

Vedlegg 3

Pasientdata
Navn

Alder

Ernæringsjournal

1. Høyde

målt liggende målt stående m dato:

2. Vekt og vektutvikling

- Tidligere vekt:kg mnd/år:
- Vekt ved innleggelse:kg dato:
- Vekt ved registrering:kg dato:
- Vekttap/vektøkningkg..... % over antall mndr/år.....
(se nærmere veiledning på baksiden)

Vekt skal videre kontrolleres 1 g/uke i sykehus og 1g/mnd i sykehjem, og vektendringer skal bedømmes.
Pasienter i sykehjem som har ernæringsproblemer /dårlig ernæringsstatus skal veies 1g/uke.

3. Kroppsmasseindex KMI (=BMI)

(se veiledning for utregning på baksiden)

4. Andre ernæringsrelaterte data (kryss av og skriv anmerkninger)

| | | |
|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| • Nedsatt matlyst | ja <input type="checkbox"/> | nei <input type="checkbox"/> |
| • Tannproblemer | ja <input type="checkbox"/> | nei <input type="checkbox"/> |
| • Tygge/svelgeproblemer | ja <input type="checkbox"/> | nei <input type="checkbox"/> |
| • Munnsårhet/munntørighet | ja <input type="checkbox"/> | nei <input type="checkbox"/> |
| • Kvalme/oppkast | ja <input type="checkbox"/> | nei <input type="checkbox"/> |
| • Forstoppelse/diaré | ja <input type="checkbox"/> | nei <input type="checkbox"/> |
| • Ødemer | ja <input type="checkbox"/> | nei <input type="checkbox"/> |
| • Grippe/bevegelsesproblemer | ja <input type="checkbox"/> | nei <input type="checkbox"/> |
| • Trenger hjelp til å spise | ja <input type="checkbox"/> | nei <input type="checkbox"/> |
| • Synsproblemer | ja <input type="checkbox"/> | nei <input type="checkbox"/> |

Anmerkninger (se baksiden)

.....

.....

.....

5. Vurdering (se baksiden):

.....

.....

.....

.....

(Helsedirektoratet, 2013)