



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGÅVE

Vurdering for å betre;

*Demens og ernæring i heimesjukepleien*

**Marita Smines**

Bachelorutdanning i sjukepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap/Institutt for

helse- og omsorgsvitenskap/Sjukepleie Førde

Rettleiar: Irene Sjursen

1.juni 2018

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldevisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10

## Samandrag

### Tittel

Vurdering for å betre;

Demens og ernæring i heimesjukepleien

### Bakgrunn for val av tema

I møte med ulike personar med demens sjukdom i heimesjukepleien, på tilsyn for å minna på måltid, var det sjeldan eg såg pasientane ete. Difor byrja eg å undrast om pasientane fekk tilstrekkeleg næring.

### Problemstilling

Korleis kan sjukepleiar vurdere, for å betre ernæringsstatus hjå personar med demens i heimesjukepleien?.

### Metode

Oppgåva er ein litteraturstudie som tar utgangspunkt i tidlegare forskning og litteratur, for å få svar på problemstillinga.

### Oppsummering av funn

Funn i forskning synte at personar med demens sjukdom var i risiko for underernæring, samt at tilsette og pårørende måtte vera kjend med risikofaktorar. Kartlegging kunne kombinerast med andre oppgåver i heimen. Pasientane følte seg ivaretatt av dei tilsette ved veging. Tverrfagleg arbeid var viktig, men utfordringar knytt til at pasientane gløymde kva dei hadde ete og drukke. Bruk av enkle standardiserte kartleggingskjema burde nyttast i delte bustader. Tilsette ynskja meir kunnskap om ernæring. Mange mangla rutinar for vurdering og hadde lite dokumentasjon. Pårørende følte dei fekk lite informasjon av dei tilsette og at det var eit behov for opplæring. Fokus på matvarer og ete miljø for å fremje måltida, samt fingermat og mat som var lett å tyggje kunne betre matinntaket.

### Konklusjon

Mykje kan tyde på at det er eit behov for tverrfagleg arbeid, samt opplæring, kunnskap og kompetanse i heimesjukepleien. Samt opplæring og informasjon til pårørende, som er ein viktig ressurs for både pasienten og heimesjukepleien. Modell for kvalitetsforbetring, nyttast for å implementere rutinar, for kartlegging på arbeidsplass.

**Nøkkelord:** demens, heimesjukepleie, ernæring, utfordringar, ernæring

## Innholdsliste

<b>1 Innleiing</b> .....	<b>1</b>
1.1 Bakgrunn for val av tema.....	1
1.2 Problemstilling med avgrensing.....	1
1.3 Definisjon av omgrep.....	2
1.4 Korleis oppgåva skal løysast.....	2
<b>2 Metode</b> .....	<b>3</b>
2.1 Søke- og utvalsprosess.....	3
2.2 Kjeldekritikk.....	4
<b>3 Teori</b> .....	<b>6</b>
3.2 Heimesjukepleien.....	6
3.3 Demens sjukdom.....	6
3.4 Mini Nutritional Assessment.....	7
3.5 Underernæring.....	7
3.6 Pårørande.....	7
3.7 Kommunikasjon.....	8
3.8 Modell for kvalitetsforbetring.....	8
3.9 Etikk ,lovverk og retningslinjer.....	9
<b>4 Resultat/Funn</b> .....	<b>10</b>
4.1 «Vurdering av ernæringsstatus (...)».....	10
4.2 «Rutiner for å vurdere ernæringsstatus (...)».....	10
4.3 «Underernæring hos eldre hjemmeboende (...)».....	10
4.4 «Experience and nutrition support (...)».....	11
4.5 Nutrition and dementia care (...).....	11
4.6 “Nutritional status of care-dependent people (...)”.....	12
<b>5 Korleis kan sjukepleiar vurdere, for å betre ernæringsstatus hjå personar med demens i heimesjukepleien?</b> .....	<b>13</b>
5.1 Samarbeid for å vurder ernæringsstatus.....	13
5.2 Opplæring, kunnskap og kompetanse.....	14
5.3 Ivaretaking og etikk.....	15
5.4 Viktigheita med pårørande.....	16
5.6 Kommunikasjon med pasienten.....	16
<b>6 Konklusjon</b> .....	<b>18</b>
<b>Kjelder</b> .....	<b>19</b>
<b>Vedlegg 1</b> .....	<b>23</b>

## 1 Innleiing

Eg ynskjer å belysa tema om ernæring og personar med demens sjukdom. I dagens samfunn med aukande levealder og det som blir kalla «eldrebølgen», vil det samstundes truleg verte fleir som lid av demens sjukdom (Folkehelseinstituttet, 2018). I fylje Folkehelseinstituttet (2018) er det omkring 70 000 personar med demens sjukdom i dagens samfunn. Dette kan føra til ei dobbelt så stor førekomst av demens frå 2006 til 2050 (Folkehelseinstituttet, 2018). Ei auking av pasientar, skapar mange utfordringar i heimesjukepleien, når det gjeld tid, observasjonar og større kompetanse utvikling (Birkeland & Flovik, 2014, s. 18). Mange personar med demens klarar seg fint i eigen heim, med trygge rammer og kjente omgivnader (Fjørtoft, 2012, s. 122). Samarbeid kan difor vera viktig, for å hjelpa pasientane i heimen (Helsedirektoratet, 2018). Demens sjukdom kan føra til at ein ikkje får i seg tilstrekkeleg næring (Rognstad, Brekke, Holm, Lindberg, & Lühr, 2013). I forhold til ernæring er det rundt ein tredjedel av pasientar i sjukehus og i pleie- og omsorgstenesta som er i risiko for underernæring (Helsedirektoratet, 2018). Underernæring kan føra til auka risiko for komplikasjonar, svekka immunforsvar, forverring av mental- og fysisk funksjon, redusert livskvalitet, forsinka rekonvalesens og meir utsatt for dødelegheit (Gjerlaug, Harviken, Uppsata, & Bye, 2018). Dette kan føra til økonomiske konsekvensar ved at pasientane treng eit aukande hjelpebehov, fleire legebesøk og innleggelsar på sjukehus (Helsedirektoratet, 2013) Konsekvensar for samfunnet kan vera at ernæringsproblem ikkje blir identifisert, og det blir dermed utfordrande å sjå kven som er i risiko (Helsedirektoratet, 2013).

### 1.1 Bakgrunn for val av tema

Bakgrunn for val av tema var fordi eg møtte mange personar med demens sjukdom i heimesjukepleien. Mange hadde tilsyn, der ein skulle minna på måltid, hjelpe med støttestrømpar eller gje medisin. Pasientane var ofte avmagra og ustø. Ved spørsmål om dei hadde ete, fekk eg ofte same svaret «ja, eg har akkurat ete». Det var sjeldan eg såg pasientane ete ved tilsyn. «Får dei i seg tilstrekkeleg næring?» var eit spørsmål eg stilte meg sjølv, i det eg skulle vidare til neste pasient.

### 1.2 Problemstilling med avgrensing

Eg ynskjer å ha fokus på kartlegging i forhold til vurdering av ernæringsstatus, knytt opp mot kvalitetsforbetring, tverrfagleg arbeid og samarbeid med pårørande. Samt kommunikasjon med pasienten, problemstillinga vart formulert slik:

*Korleis kan sjukepleiar vurdere, for å betre ernæringsstatus hjå personar med demens i heimesjukepleien?*

Oppgåva vil bli avgrensa til pasientgruppa med aldersdemens, som er ein del av dei samla omgrepa for ulike demens lidingar (Folkehelseinstituttet, 2018). Samt risiko for underernæring. Aldersgruppe frå 65 år og oppover, uavhengig av kjønn. Pasientane får tilsyn frå heimesjukepleien morgon og kveld, med pårørande som er på besøk to gonger i veka. Eg er klar over at det fins ulike demens lidingar, og at personar med demens sjukdom kan utvikla depresjon og angst (Bertelsen, 2015, s. 327). Men vel å ikkje ha fokus på dette i oppgåva, då den blir for omfattande.

### 1.3 Definisjon av omgrep

**Sjukepleiar:** Virginia Henderson (sitert i Nasjonalbiblioteket, 1961) beskrev at god sjukepleie var å ivareta pasienten sitt grunnleggande behov ved sjukdom, på same måte som pasienten sjølv ville gjort det, dersom han hadde hatt vilje, styrke og krefter til å mestre situasjonen sjølv.

**Demens:** I fylje Engedal og Haugen (sitert i Berentsen, 2013, s. 354) er demens hjå eldre ein erverva sjukdom. Med svekka mental kapasitet som medføre svikt i psykologiske prosessar og er ein kronisk sjukdom.

**Ernæringsstatus :** Er eit forhold mellom kroppens behov for energi, næringsstoff og inntak gjennom kosthaldet (Store medisinske leksikon, 2015).

**Tilsyn:** Tilsyn ein form for oppdrag hjå pasienten i heimesjukepleien, der ein kan skilja mellom ulike tilsyn, ut i frå kva funksjon oppdraget har (Birkeland & Flovik, 2014, s.44).

### 1.4 Korleis oppgåva skal løysast

I oppgåva blir metodikken presenter i kapittel 2. Samt søkeprosess for relevant litteratur, der eg beskriv sterke og svake sider. Heimesjukepleie og demens sjukdom blir omtalt i kapittel 3. Samt litteratur om mini nutritional assessment, underernæring, pårørande, kommunikasjon, kvalitetsforbetring og etikk, lover og retningslinjer. Funn i forskning bli presenterte i *kapittel 4*. I kapittel 5 er det diskusjon om samarbeid, opplæring, kunnskap og kompetanse. Samt pårørande og kommunikasjon med pasienten, har innverknad på vurdering for å betre ernæringsstatus hjå pasientgruppa. Dette i samanheng med funn i forskning og egne erfaringa. Tilslutt i kapittel 6 er det presentert ein konklusjon, som visar korleis eg har svart på oppgåva. Vedlegg av kartleggings skjema er tatt med, fordi dette blir omtalt i teoridelen.

## 2 Metode

Metode er ein måte å gå fram på, for å løyse problem og kome fram til ny kunnskap (Aubert, sitert i Dalland, 2017, s. 53). Ein kan nytta seg av ulike metodar, ut i frå kva ein meiner eignar seg best for å belysa spørsmål eller problemstilling ein har formulert. Metodar kan vera både kvalitative og kvantitative (Dalland, 2017, s. 53).

Denne oppgåva er ein litteraturstudie. Det vil sei at eg har tatt utgangspunkt i tidligare forskning og litteratur, for å finna svar på problemstillinga (Dalland, 2017, s. 53). Studien har hensikt å systematisera kunnskap frå skriftlege kjelder, dette inneber å samle inn litteratur og gå kritisk gjennom dei for å sjå samanheng (Dalland, 2017, s. 53). I fylje Magnus og Bakketeig (sitert i Thidemann, 2015, s. 79) er hensikta å gje lesaren ein oppdatert og god forståing for kunnskapen av det området problemstillinga tar utgangspunkt i.

Litteratur utan om forskning har eg funne på pensum lista til sjukepleieutdanninga, Høgskulen på Vestlandet. Her har eg vald å ta med ulike pensum bøker eg meiner er relevante for oppgåva mi. «Kosthåndboken – Veileder i ernæringsarbeid» gitt ut frå Helsedirektoratet (2016). Dei ulike nettsidene eg har vald å ta med, har eg brukt tidligare då eg har skrive oppgåver og er fagnettsider. Boka som er skrive av Eide og Eide (2017), var eit forslag frå rettleiaren min. Eg har brukt biblioteket der eg bestilte «Ernæring – mer enn mat og drikke (2015)» og eit temahefte «Ernæringspraksis er mer enn måltid (2015)», som eg såg som relevante knytt til tema og problemstilling

### 2.1 Søke- og utvalsprosess

Før eg byrja søkeprosessen, brukte eg rammeverket PICO, for å formulera ei problemstilling (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim, & Reinart, 2012, s. 33). PICO består av pasient/problem, intervensjon, samanlikning og utfall, som er ulike delar for å hjelpe å setta opp eit spørsmål (Nortvedt et al., 2012, s. 33). Rammeverket kan vera til hjelp for å strukturera ei problemstilling (Nortvedt et al., 2012, s. 33). Etter å ha formulert ei problemstilling, gjekk eg ut i frå denne og fann synonymord eg skreiv ned og brukte når eg søkte i dei ulike databasane. Under søkeprosessen har eg brukt databasane Swemed+, Academic Search Elite kombinert med Cinhal. I søka mine frå Swemed+ søkte eg med norske ord, inkluderte artiklar som var fagfellevurderte, samt ikkje eldre enn frå år 2010. Søka mine frå Academic Search Elite inkluderte eg Cinhal. Eg haka av for engelsk språk, fagfellevurderte artiklar, samandrag og alder frå 65 år og eldre. Funn eg valde å ekskludera, var ikkje like interessante då mange omhandla personar med demens sjukdom og terminal pleie samt pasientar på institusjon.

Eg var fyrst interessert å finne ut om det var mykje forskning basert på heimesjukepleien, så valde difor å ekskludera ordet «demens» i fyrste søk. Den 09.04.2018 byrja søkeprosessen min i databasen Swemed+, der fann eg synonymord nutrition, elderly, malnutrition og screening. Deretter kombinerte eg elderly, screening AND nutrition og fekk 9 treff. Vidare kombinerte eg ernæringsstatus AND hjemmesykepleien med 8 treff og 2 artiklar eg såg relevante for problemstillinga, fordi den handla om vurdering av ernæringsstatus i heimesjukepleien. «(1) Vurdering av ernæringsstatus – et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien» (Meyer, Velken, & Jensen, 2017), og «(2) Rutiner for å vurdere ernæringsstatus i hjemmesykepleien» (Aagaard & Grøndahl, 2017). I søka mine avgrensa eg til fagfelleverdert forskning og frå 2010 til 2018. Eg tenkte desse var relevante då dei handla om ernæring i heimesjukepleien, då dette var knytt til problemstillinga mi.

Eit seinare søk 12.04.2018 gjorde eg fyrst eit søk i Swemed+ med søkeordet «demens» og fekk 1905 treff, deretter gjorde eg eit nytt søk med «eldre» og fekk 17251 treff. Eg kombinerte desse med OR og fekk 18000 treff. Vidare gjorde eg eit nytt søk på «underernæring» med 17251 treff og gjorde eit nytt søk med kombinasjon «demens», «eldre» og «underernæring» med AND og fekk 22 treff. Eg leste gjennom nokon samandrag og valde meg ut 1 artikkel «(3) Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens» (Rognstad et al., 2013). Eg såg denne som relevant då den handla om eldre og personar med demens sjukdom.

Søkeprosessen fortsatte 18.04.2018, der eg søkte i Academic Search Elite. Først kombinerte eg orda «dementia» AND «nutrition» og fekk 1997 treff. Deretter kombinerte eg desse orda med «challenges» og fekk 51 treff. Eg leste igjennom fleir samandrag og valde meg først ut ein artikkel «(4) Experiences and nutrition support strategies in dementia care: lessons from family carers» (Ball, Jansen, Desbrow, Morgan, Moyle & Hughes, 2015). Under same søk fann eg to andre interessante artiklar «(5) Nutrition and dementia care: Informing dietic practice» (Jansen, Ball, DesBrow, Morgan, Moyle & Hughes, 2014). Samt «(6) Nutritional status of care-dependent people with dementia in shared-housing arrangement – a one-year follow-up» (Meyer, Gräske, Worch, & Ostermann, 2015). Desse var relevante for oppgava, då pasienten får besøk av pårørande to gonger i veka som er beskrive i avgrensinga.

## 2.2 Kjeldekritikk

Styrken til metodikken er at eg har gjort systematiske søk i skulen sitt bibliotek for sjukepleiarar og funne studiar som ikkje er eldre enn ni år. Eg har vurdert artiklane eg har funne etter IMRAD

strukturen, som er ein måte å bygge opp ein vitenskapeleg artikkel på (Nortvedt et al., 2012, s. 69). IMRAD består av introduksjon, metode, resultat og ein diskusjonsdel (Nortvedt et al., 2012, s. 69). Valde meg ut forskingsartiklar, såg på kva tid dei vart publisert og tok for meg nyare studiar. For validering av artiklane las eg om metode i Dalland (2017). Eg las gjennom samandrag, som mange artiklar har med før innleiinga (Nortvedt et al., 2012, s. 69) og resultat for å få eit overblikk om forskinga var interessant for problemstillinga. For forståing av vanskelege ord/uttrykk, brukte eg ordbok. Eg har nytta variert pensum, brukt biblioteket, samt bøker frå høgskulen si pensum liste for sjukepleiarutdanning, og prøvd å finne dei nyaste utgåvene av pensum. I tillegg vald meg ut norske fagfelle vurderte artiklar, der eg beherskar språket. Vidare har eg nytta meg av primærkjelder, oppgitt sekundærkjelder der eg ikkje har hatt tilgang på primærkjelda, og referert til det eg sjølv har lese.

Svakheitar med litteraturen kan vera setningar eg har misforstått i dei engelske tekstane, som gjer at eg kan ha tolka innhaldet feil. Ein annar svakheit er at eg ikkje har formulert klare utvalgskriterium, dette gjer at eg kan ha oversett stikkord og overskrifter. Samt har eg lese gjennom mange overskrifter og kan ha oversett anna relevant litteratur. Nokon av dei engelske forskingsartiklane eg har tatt med, er knytt til familien si oppleving av ernæring i heimen, sidan dei ikkje har sjukepleiekompetanse kan det vera observasjonar dei ikkje har fått med seg. Eg kan ha misstolka nokon av artiklane då eg vurderte dei etter IMRAD strukturen, fordi mange nye fagartiklar kan ha same oppbygging som ein vitenskapeleg artikkel. Den eine forskingsartikkelen «(4) Nutritional status of care-dependent people (...)» (Meyer et al., 2015) har sine svake sider, der den ikkje har hatt vektinformasjon om pasientane før dei starta studien. I tillegg kan innhaldet ha blitt feiltolka, ved bruk av sekundærkjelder.



## 3 Teori

I oppgåva er det fokus på korleis sjukepleiar kan vurdere ernæringsstaus. I likskap med sjukepleieteoretikaren, Virginia Henderson (sitert i Mathisen, 2015, s. 128) ser eg på ernæring som eit av dei grunnleggande behova til mennesket. Henderson (sitert i Mathisen, 2015, s.128) utarbeida 14 grunnleggande prinsipp, der eit av punkta var å kunne ete og drikke tilstrekkeleg. Prinsippa hennar tok utgangspunkt i at sjukepleiar kunne observera og vurdere om pasienten hadde mangel på krefter, vilje eller kunnskap til å ivareta desse behova (Henderson, sitert i Mathisen, 2015, s.128).

### 3.2 Heimesjukepleien

Ein kan sei at heimesjukepleien er «sjukepleie i heimen» (Birkeland og Flovik, 2014, s. 14). Heimen er eit utgangspunkt for å føla trygghet, då ein er i kjende omgjevningar (Birkeland & Flovik, 2014, s. 28). Heimesjukepleien er ei kommunal teneste der hjelpebehovet ofte går over lengre tid, behovet kan og gjelde kortare periodar. Hjelpebehovet er varierende, og mange av pasientane kan ha kroniske sjukdommar og eit omfattande sjukdomsbilde (Birkeland & Flovik, 2014, s. 28). Kronisk sjukdom inneber sjukdommar som er varige, og kan vera både psykisk og fysisk. Eit omfattande sjukdomsbilde, kan vera at pasienten har ulike sjukdommar i ulike organ, som påverkar kvarandre og kroppens funksjon (Birkeland & Flovik, 2014, s. 14).

### 3.3 Demens sjukdom

Demens sjukdom rammar nervesystemet og er ein erverva hjerneorganisk sjukdom hjå eldre personar, men kan òg oppstå hjå yngre pasientgrupper (Berentsen, 2013, s. 354). Førekomsten av demens aukar ved stigande alder. Sjukdomsforløpet kan strekka seg til omtrent 20 år (Berentsen, 2013, s. 355), mens hjå andre kan forløpet vera kort, intenst og kan vera ei stor påkjenning for pårørande (Berentsen, 2013, s. 371). Årsak til demens er avhengig av kva del i hjernen som er ramma, og vil påverka symptoma til pasienten. Uansett type demens, kan dei same symptoma oppstå (Berentsen, 2013, s. 363). Hippocampus, thalamus, tinninglappane og områda rundt tredje hjerneventrikkel er områda i hjernen som vert skada ved demens sjukdom. Områda er viktige kjelder for handtering av informasjon og læringa til mennesket (Berentsen, 2013, s. 356). Kjenneteikn er svekka mental funksjon som medfører psykologisk svikt, både hukommelse, oppmerksomheit, tenking og kommunikasjon (Berentsen, 2013, s. 354). Svikt i hukommelsen er nokon av dei første teikna som ofte er synlege, og vert ofte lagt merke til hjå dei nærmaste rundt. Symptoma utviklar seg over tid, då demens er ein kronisk tilstand som ikkje kan kurerast (Berentsen, 2013, s. 354-355).

Dei ulike gradene av demens er delt opp i mild, moderat og alvorleg. Ved moderat demens, har pasienten vanskar med å orientere seg for omgjevnadane og hukommelsen er dårleg. Lage mat, kle på seg og vaske i heimen kan vera vanskelege oppgåver i denne fasen. Pasienten er og prega av kommunikasjonsproblem (Berentsen, 2013, s. 355). Gradvis forverring av sjukdom kan gå ut over mestring av måltid, det kan bli utfordrande å handle sjølv og korleis ein skal bruke bestikk og glas som kan føra til at pasienten går ned i vekt og blir dehydrert (Helsedirektoratet, 2016, s. 201).

### 3.4 Mini Nutritional Assessment

Mini Nutritional Assessment (MNA) er eit av kartleggingsverktøya som er anbefalt å bruka for vurdering av ernæringsstatus, hjå personar over 65 år (Jacobsen & Bye, 2015, s. 641-642). Spørsmåla frå Mini Nutritional Assessment gjeld vurdering av sjukdom og helsesituasjon. Samt kvar pasienten bur, inntak av næring og korleis pasienten vurderar eige helse (Jacobsen & Bye, 2015, s. 642). Om pasienten ikkje er i stand til å svara på alle spørsmåla, kan det vera nyttig å hente informasjon frå journal eller samtale med pårørande, for å innhenta informasjon for å kartlegga ernæringsstatus (Jacobsen & Bye, 2015, s. 642).

### 3.5 Underernæring

Om næringsinntaket er mindre enn behovet, kan det oppstå underernæring. Det kan vera fordi behovet er auka, eller fordi inntaket er redusert (Brodtkorb, 2013, s. 259). Underernæring kan utvikla seg over tid, difor er det viktig å ha regelmessig vektkontroll, som er ein metode for å fylje opp personar med demens sjukdom (Fossli, 2015, s. 13). Eldre er ei utsatt gruppe, der aldersforandringar, sjukdom og funksjonsvikt kan vera faktorar som bidreg til redusert lyst eller evne til å ete og drikke tilstrekkeleg, ved måltid (Brodtkorb, 2013, s. 254). Alle som får helsehjelp, har rett til vurdering av ernæringsstatus (Helsedirektoratet, 2013).

### 3.6 Pårørande

I Pasient og brukerrettighetslova (1999, § 3-1) blir pårørande definert som den personen pasienten oppgjer sjølv. Pårørande kan vera sambuar, venn eller andre personar som har nær kontakt med pasienten. Om pasienten ikkje er i stand til å gje informasjon om kven pårørande er, vil det automatisk bli den personen som har hatt størst og lengst kontakt med pasienten. Lova tek uansett utgangspunkt i ei rekkjefølge, der ektefelle kjem fyrst (Pasient og brukerrettighetslova, 1999, § 3-1). Det kan vera krevjande for pårørande når eit familiemedlem er sjuk. Dei er ofte meir involvert og kan føla meir ansvar når pasienten bur heime. Det er ikkje alle som har nære pårørande, og heimesjukepleien må respektera familieforholda (Birkeland & Flovik, 2014, s. 140). Pårørande er ein

viktig ressurs for både pasienten og heimesjukepleien, fordi dei kjenner pasienten, og har best utgangspunkt for å sjå kva pasienten treng hjelp til eller kva som kan forbetrast (Birkeland & Flovik, 2014, s. 143).

### 3.7 Kommunikasjon

Omgrepet kommunikasjon kjem av det latinske ordet «communicare», og betyr å gjera noko felles (Eide & Eide, 2017, s. 17). Eide og Eide (2017, s. 31) beskriv at kommunikasjonens grunnelement består av at det er minst to involverte partar, som påverkar kvarandre gjensidig. Ein kan og kommunisera ved å ta i bruk teikn og signal, dette kan komma til utrykk ved å snakka med pasienten (verbalt) eller bruk av kroppen og ansiktsuttrykk (nonverbalt) (Eide & Eide, 2017, s. 31). Det som andre tenkjer, føler og ynskjer å formidla, er ikkje alltid like openbart, og må tolkast for å kunna forstå det som kjem til utrykk (Eide & Eide, 2017, s. 31). Personorientert kommunikasjon har fokus på at ein lyttar aktivt, er open og ser heile mennesket som ein unik person. Samt ikkje berre lytte til det som blir sagt med ord, men og det som kjem til utrykk. (Eide & Eide, 2017, s. 17). Ei varsam berøring kan bidra til å senke uro og sinne, og føra til oppleving av ro og positive følelsar (Eide & Eide, 2017, s. 326). Traynor et al., (sitert i Eide & Eide, 2011, s. 326) beskriv at det trengs aukande kompetanse i demensomsorgen på kommunikasjon, etikk og personorientert omsorg.

### 3.8 Modell for kvalitetsforbetring

Forbetringsarbeid er ein systematisk prosess. Det er laga ein modell som kan nyttast for både store og små forbetring prosessar (Folkehelseinstituttet, 2015). Modellen skildrar kva som er viktig for å sikra gjennomføring av ei forbetring og skildrar korleis ein skal gå fram for forbetring av ei teneste gjennom fem fasar. Dei ulike fasane består av: forbetring, planlegging, utføring, evaluering og oppfølging (Folkehelseinstituttet, 2015). Ein må igjennom alle fasane for å få best mogeleg resultat (Folkehelseinstituttet, 2015). Forbetring, handlar om at alle har ei felles erkjenning av behovet for forbetring, at arbeidet blir forankra og organisert i samarbeid med alle dei involverte partane og at ein sikrar at dei tenestene som blir utført har god kvalitet gjennom forskning, erfaringar og brukarkunnskap (Folkehelseinstituttet, 2015). I siste fase gjeld det å implementere ny praksis, sikra oppfølging og dele erfaringane med forbetringane (Folkehelseinstituttet, 2015). Oppfølging er viktig for at tenesta skal fungere over lengre tid. For implementering av ny praksis er det viktig at forbetringa blir ein del av organisasjonens system (Folkehelseinstituttet, 2015). Det er anbefalt at ein opprettar eller oppdaterer prosedyrar, har opplæringsprogram, beskriving og sikre rutinar for god kommunikasjon. Ein må samstundes ha system for korleis ein skal sjå til for at ny praksis fungera som den skal (Folkehelseinstituttet, 2015). Folkehelseinstituttet (2015) beskriv at ein kan gjera jamleg

målinger for å kontrollere og drøfta resultatata med leiarar og tilsette, i tillegg har leiinga eit ansvar for at resultatata av forbetringa blir brukt vidare i forbetningsarbeidet.

### 3.9 Etikk ,lovverk og retningslinjer

Autonomiprinsippet er eit etisk prinsipp som handlar om at pasienten sjølv får bestemme og ta egne val, om eige helse (Molven, 2014, s. 67). Samstundes har sjukepleiaren ansvar for å utøva sjukepleie som fremjar helse og førebyggjer sjukdom (Norsk Sykepleierforbund, 2016).

Brukarmedverknad er pasienten eller brukarens rett til medverknad. Det vil sei at ein person som har behov for helsehjelp, har rett til å ta del i gjennomføring av helsehjelp som blir gitt (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). Den skal tilpassast den enkelte til å gje og få informasjon, slik at den blir forstått. Samt krav til samarbeid mellom helsepersonell om det er nødvendig for pasienten (Helsepersonellloven, 1999, § 4). Om pasienten ikkje har samtykkekompetanse, vil det vera den nærmaste pårørande som har rett til å medverka saman med pasienten (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999, 3-1).

## 4 Resultat/Funn

### 4.1 «Vurdering av ernæringsstatus (...)»

**«Vurdering av ernæringsstatus – et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien»** (Meyer et al., 2017). Ein Kvalitativ studie. Studien tar for seg korleis heimesjukepleien klarar å vurdere pasientane sin risiko for underernæring ut i frå dei nasjonal faglege retningslinjene. Det var vald ut sjukepleiarar frå to ulike kommunar frå eit praksisutviklingsprogram (Meyer et al., 2017). Sjukepleiarane grua seg litt over kartlegging av pasientane, då mange av dei hadde god kjennskap til dei frå før av, men var overraska over positiv tilbakemelding frå brukarane. Dei erfarte at kartlegginga kunne kombinerast med andre oppgåver, men at det var utfordrande når mange av pasientane gløymde kva dei hadde ete å drukke (Meyer et al., 2017). Det viste seg at det kan vera vanskeleg å fylja dei nasjonale faglege retningslinjene når ein jobbar i heimesjukepleien, men at det er viktig med tverrfagleg arbeid for å betre vurdering av ernæringsstatus (Meyer et al., 2017).

### 4.2 «Rutiner for å vurdere ernæringsstatus (...)»

**«Rutiner for å vurdere ernæringsstatus i hjemmesykepleien»** (Aagaard & Grøndahl, 2017). Ein Kvantitativ tverrsnittstudie. Det vart gjort undersøking av rutinar ein hadde i heimesjukepleien og kva leiarar og helsepersonell nytta seg av, for å vurdere ernæringsstatus hjå brukarane. I tillegg samanlikna dei rutinar. I forskinga ville dei sjå samanheng mellom ulike kartleggingsverktøy. MNA-SF (spesielt brukt for eldre) og NUFFE. Frå funna kom det fram at eldre og pasientar med kognitiv svikt var meir utsatt for underernæring. Ut i frå spørjeskjema viste det seg at fleire av dei som jobba i heimesjukepleien ynskte meir kunnskap om ernæring. Funn viste at omkring halvparten ikkje hadde rutinar for vurdering av ernæringsstatus (Aagaard & Grøndahl, 2017). I tillegg kunne dokumentasjonen bedrast slik at ein fekk riktig informasjon. Sjukepleiarane syntes det var utfordrande å vege pasientane, men dei hadde fått positiv tilbakemelding frå pasientane som følte seg ivaretatt av dei tilsette (Aagaard & Grøndahl, 2017).

### 4.3 «Underernæring hos eldre hjemmeboende (...)»

**«Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens»** (Rognstad et al., 2013). Tverrsnittstudie i 4 utvalde bydelar i Oslo. Mini nutritional assesment blei brukt for å vurdere ernæringsstatus, hjå eldre heimebuande personar med demens sjukdom (Rognstad et al., 2014). Rognstad et al., (2013) beskreib at det var lågare førekomst av underernæring hjå personane som handla inn maten sin sjølv. Funna viste at dei tilsette var godt kjente med brukarane (Rognstad et al., 2013). Over halvparten var underernærte eller stod i fare for å bli underernært. Spesielt heimebuande personar med demens sjukdom, der kvinner var meir utsatt enn menn. I tillegg at

personar med fysiske problem eller dårleg tannstatus var særst utsatt for underernæring. Rognstad et al., (2013) uttrykte at underernæring var utbreidd blant denne pasientgruppa, og at det var viktig med rutinar for å innhente informasjon om ernæringsstatus. I tillegg at pårørande og tilsette var kjend med risikofaktorar for utvikling av underernæring, slik at tiltak blei satt i verk tidleg (Rognstad et al., 2013).

#### 4.4 «Experience and nutrition support (...)»

«**Experience and nutrition support strategies in dementia care: lessons from family carers**» (Ball et al., 2015). Kvalitativ studie med intervju av 14 pårørande til personar med demens, som ikkje budde på institusjon. Utforska kva oppfatning pårørande til personar med demens hadde i forhold til ernæringsrelaterte utfordringar, med fokus på måltid og praktiske strategiar (Ball et al., 2015). Tiltak viste seg å redusera risiko for underernæring og vekttaap hjå personar med demens. Eksempel var å ta kosttilskot, inkludera visse matvarer og matprogram (Ball et al., 2015). Pårørande observerte tiltak og opplevde at det var utfordrande både psykisk og fysisk. Dei kunne gløyme å ete, ha svelgvanskar og lite appetitt (Ball et al., 2015). Samt opplevde dei at personen demens sjukdom isolerte seg sosialt. Ved måltider var det vanskeleg å bruka bestikk. I fylje Ball et al., (2015) følte pårørande at dei fekk lite informasjon og at dei blei redd, då dei såg vekttaap hjå pasienten. Dei hadde positiv erfaring ved at ein skulle unngå ueinighet ved matval og gje regelmessig fingermat. Dei var glade glad for erfaringa, men hadde ynskja dei fekk betre informasjon (Ball et al., 2015).

#### 4.5 Nutrition and dementia care (...)

«**Nutrition and dementia care: Informing dietic practice**» (Jansen et al., 2014). Var ein litteraturstudie, knytt til ernæring og behandling av personar med demens sjukdom (Jansen et al., 2014). I funna til Jansen et al., (2014) kom det fram at det var eit aukande behov for fokus på ernæring og kosthald på grunn av aukande førekomst av demens liding og utfordringar knytt til ernæring. Funn viste stress i samanheng med måltider og vekttaap. (Jansen et al., 2014). Progressivt vekttaap viste samanheng med aukande risiko for infeksjonar, fall og progresjon av sjukdom (Jansen et al., 2014). Funna til Jansen et al., (2014) viste bebring av vekt ved opplæring av pårørande, der ein jobbar med sosial engasjement, levering av måltid når pasienten var mest kognitiv til stades og la til side objekt som kunne distrahere (for eksempel tv eller mobiltelefon). I tillegg til fingermat og mat som ikkje var for hard, slik at det blei lettare å tygge/svelge. Funn viste og at det burde vera fokus på matvarer og ete miljø for å fremje oralt inntak av mat (Jansen et al., 2014). Samt fokus på ernæring og kosthald (Jansen et al., 2014).

#### 4.6 “Nutritional status of care-dependent people (...)”

« **Nutritional status of care-dependent people with dementia in shared-housing arrangement – a one-year follow-up**» (Meyer et al., 2015). Var ein kvalitativ studie med eit års oppfølging i Tyskland. Denne studien omhandla ernæringsstatus til personar med demens sjukdom som budde i delt bustad, der dei fylgde med på dei ernæringsrelaterte endringane over eit år (Meyer et al., 2015). Det var 45 av personar, med ein gjennomsnittsalder på 78 år som deltok i studien der fleirtalet var kvinner (Meyer et al., 2015). Omkring 88 prosent av dei som deltok var hadde demens sjukdom, der cirka 80 prosent viste seg å vera i risiko for underernæring (MNA). Funna frå Meyer et al., (2015) viste at enkle standardiserte kartleggingskjema burde nyttast ved delte bustader, med regelmessig kartlegging av ernæringsstatus.

## 5 Korleis kan sjukepleiar vurdere, for å betre ernæringsstatus hjå personar med demens i heimesjukepleien?

### 5.1 Samarbeid for å vurder ernæringsstatus

I dei nasjonal fagleg retningslinjer for førebygging og behandling av underernæring er det beskrive at alle som får helsehjelp, har rett til vurdering av ernæringsstatus (Helsedirektoratet, 2013). Aagaard og Grøndahl (2017) beskrev at omtrent halvparten av dei som jobba i heimesjukepleien ikkje hadde rutinar for vurdering av ernæringsstatus. Rognstad et al., (2013) uttrykte at underernæring var utbredt hjå pasientar med demens sjukdom. Underernæring kan auka risiko for svekka immunforsvar, forverring av mental- og fysisk funksjon, redusert livskvalitet, forsinka og meir utsatt for dødelegheit (Gjerlaug et al., 2018). Dette kan tyde på at ernæringsarbeid er viktig i heimesjukepleien. Helsedirektoratet (2013) beskriv at underernæring blant anna kan føra til aukande hjelpebehov. Mini Nutritional Assessment er eit kartleggings skjema som blir mykje brukt for vurdering av ernæringsstatus, hjå eldre over 65 år (Jacobsen & Bye, 2015, s. 641-642). Skjema gjeld vurdering av sjukdom og helsesituasjon og inneheld spørsmål pasienten skal svara på (Jacobsen & Bye, 2015, s. 641).

(Meyer et al., 2017) beskrev at det kan vera ei utfordring for heimesjukepleien å vurdere ernæringsstatus, fordi retningslinjene ikkje tok nok omsyn til at hjelpa blei utført i den private heimen. Birkeland og Flovik (2014, s.91) uttrykte at pasientar med demens sjukdom har nytte av å bu i eigen heim. Årsaka til dette er at pasienten kan ha eit godt utgangspunkt for å føla trygghet, då ein er i kjende omgjevnader (Fjørtoft, 2012, s. 122). I fylgje Helsepersonellova (1999 § 4) skal sjukepleiar samarbeide med andre og samhandla med anna kvalifisert helsepersonell om det er nødvendig for pasienten. Dette er i samsvar med det Meyer et al., (2017) beskriv om at det er viktig med eit tverrfagleg arbeid for å vurdere ernæringsstatus. På den måten kan sjukepleiarane møte dei ulike behova pasientane har. I heimesjukepleien har eg opplevd at sjukepleiarane jobbar mykje på eige hand, men om pasienten for eksempel blei innlagt på sjukehus, var det samarbeid med anna helsepersonell. Lege skal ta medisinske avgjersler i forhold til spørsmål og undersøking som gjeld den enkelte pasient (Helsepersonellova, 1999, § 4). Er ikkje dette ein form for samarbeid? Meyer et al., (2017) peikar på at det er viktig å arbeida mot eit felles mål. Birkeland og Flovik (2014, s. 157) legg vekt på at sjukepleiar er avhengig av å samarbeide, der pasientane kan ha behov for hjelp frå ulike instansar i heimesjukepleien. I fylgje samhandlingsreforma er det viktig med samarbeid, om pasientane blir flytta ulike einingar. I tillegg har sjukepleiar eit ansvar ovanfor pasienten og oppfølging av den enkelte (Birkeland & Flovik, 2014, s. 37). I praksis erfarte eg at samarbeid med ernæringsfysiolog var lærerikt, der dei delte kunnskap om ernæring knytt til demens sjukdom.



Tverrfagleg arbeid gjennom samtale med andre tilsette, leiinga og fastlege er nokon eksempel på viktige samarbeidspartnara (Fermann & Næss, 2013, s. 204). Forbetring, i modell for kvalitetsforbetring handlar om at alle har ei felles erkjenning av behovet for forbetring, at arbeidet blir forankra og organisert i samarbeid med alle dei involverte partane (Folkehelseinstituttet, 2015).

## 5.2 Opplæring, kunnskap og kompetanse

I fylje Aagaard og Grøndahl (2017) var det viktig med opplæring av dei tilsette, og at dei ulike kommunane fekk prosedyrar for korleis ein skulle kartlegge, for å vurdere ernæringsstatus. I heimesjukepleien såg eg at det kunne vera utfordringar knytt til opplæring, då dei tilsette var ute på oppdrag på ulike tidspunkt, som kunne føra til at informasjonen ikkje nådde fram til alle. Frå Folkehelseinstituttet (2015) er det anbefalt at ein opprettar eller oppdaterar prosedyrar, har opplæringsprogram, beskriving og sikre rutinar for arbeid som skal bli gjennomført. Tidligere forskning har vist at opp mot 70 prosent av forbetningsarbeidet, ikkje blir oppretthaldt fordi ein gløymer å ivareta det som er viktig (Folkehelseinstituttet, 2015). Ut i frå eigen erfaring, har eg sett at det er mange assistentar i heimesjukepleien som ikkje har kunnskap eller kjenner til kartlegging skjema for ernæringsstatus. I likskap med Folkehelseinstituttet (2015), meiner eg det er viktig med eit system og oppfølging på arbeidsplassen, for at ny praksis skal bli implementert. Jansen et al., (2014) uttrykte at opplæring av pårørande var ein viktig del av ernæringsarbeidet. Pårørande fortalde at dei opplevde betring av måltid om det kunne bli levert mat når pasienten var mest kognitiv til stades, samt legge til side element som kunne distrahera måltida, for at pasienten skulle ha fokus på måltida (Jansen, et al., 2014). Kjenneteikn ved demens sjukdom er svekka mental funksjon som medfører psykologisk svikt, hukommelse, oppmerksomheit, læring, tenking og kommunikasjon (Berentsen, 2013, s. 354). Forskinga viser at dette kan ha ein samanheng, og at pårørande kan ha gjort seg gode observasjonar. I funna til Ball et. al., (2014) følte pårørande at dei fekk lite informasjon frå sjukepleiarane, då dei skulle observera kva tiltak som fungerte i heimen for å betre ernæringsstatus, hjå deira familiemedlem med demens sjukdom. Dette viste seg å vera ei påkjenning for familien (Ball, et al., 2014). Berentsen (2013, s. 354-355) beskriv at svikt i hukommelse kan vera eit tidleg teikn, der symptoma utviklar seg over tid som pårørande legg merke til.

Aagaard og Grøndahl (2017) uttrykte at helsepersonellet ynskte meir kunnskap om ernæringsarbeid, korleis vurdere og berekne pasienten sitt energibehov. I tillegg meir kunnskap om rettleiing for kosthald og dei ulike næringsstoffa. Femten prosent av helsepersonellet hadde svart «godt», på korleis dei trudde leiinga vurderte betydinga om å kartlegge og vurdere brukaren sin

ernæringstilstand (Aagaard & Grøndahl, 2017). Regelmessig kontroll av vekt er ein enkel metode for at ein skal fylje opp pasienten sin ernæringsstilstand (Fossli, 2015, s. 13). I funna til Meyer et al., (2017) erfarte sjukepleiarane at kartlegginga kunne kombinerast med andre oppgåver. Sjukepleiar har ansvar å gjere grundige observasjonar og følge opp pasienten. I tillegg er det viktig at sjukepleiar innhentar seg informasjon om kva mat pasienten føretrekk, fordi måltida kan bidra til å strukturera kvardagen, og lukt av mat kan stimulera matlyst (Helsedirektoratet, 2016, s. 200). Sjølv om lukt av mat kan stimulera matlyst, beskriv Helsedirektoratet (2016, s.201) at forverring av sjukdom kan gå ut over mestring av måltida, då ein kanskje ikkje har kunnskap om korleis ein skal bruke bestill og glas. Dette kan føra til at pasienten går ned i vekt og blir dehydrert (Helsedirektoratet, 2016, s. 201).

### 5.3 Ivaretaking og etikk

Meyer et al., (2017) skildra at sjukepleiarane opplevde at kartlegging gjekk ut over pasientane sin rett til å bestemme sjølv og verdigheita deira, då ein skulle utføra kartlegging (Meyer et al., 2017). I Fylje Aagaard og Grøndahl (2017) hadde helsepersonellet fått positiv tilbakemelding frå pasientane då dei skulle vegast i heimen, og dei hadde opplevd dette som at dei tilsette brydde seg i større grad om dei. Sjølv om dette ikkje var direkte knytt opp mot pasientar med demens sjukdom, tenkjer eg at det er viktig at pasienten føler seg ivaretatt av sjukepleiar. Autonomiprinsippet er eit etisk prinsipp som har fokus på at pasienten sjølv får bestemme og ta eigne val, om eige helse (Molven, 2014, s. 67). Ved moderat demens, har pasienten vanskar med å orientere seg for omgjevnadane og hukommelsen er dårlegare (Berentsen, 2013, s. 355). Dette kan vera utfordrande og etisk vanskeleg. Sjølv opplevde eg pasientar i heimesjukepleien som ikkje ville ha hjelp til matlaging. Pasientane sa dei klarte å gjere dette på eige hand, då kunne situasjonen bli vanskeleg, der ein ikkje kan tvinge dei til å ete. Uansett har sjukepleiar ansvar å fremje helse (Norsk Sykepleierforbund, 2016).

I funna til (Jansen et al, 2013) fann dei resultat om at personar med demens sjukdom sjeldan oppretthaldt ei stabil kroppsvekt og at det var ei rekke utfordringar som bidrog til risiko for underernæring. Underernæring kan oppstå om næringsinntaket er mindre enn behovet, behovet kan vera auka, eller redusert (Brodtkorb, 2013, s. 259). Fossli (2015, s. 13) beskriv at underernæring kan utvikla seg over tid, difor er det viktig å ha regelmessig vektkontroll, som er ein enkel metode for å fylje opp personar med demens. Eit av dei fjorten grunnleggande prinsippa til Henderson, var at pasienten kunne ete og drikke tilstrekkeleg (Henderson, referert i Mathisen, s. 128). Meyer et al., (2015) beskrev at enkle standardiserte kartleggingsskjema burde nyttast hjå personar med demens sjukdom i delte bustader, med regelmessig vurdering. I tillegg til at det er viktig at sjukepleiar og pårørande er kjent med risikofaktorane og at tiltak blir sett i verk tidleg (Rognstad, et al, 2013). Kartlegging av ressursar er ein del av brukarmedverknad, der pasientar med behov for helsehjelp, har

rett til å ta del i gjennomføring av helsehjelp som blir gitt (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). Eg hevdar at sjukepleiaren må ta omsyn til at pasienten med demens sjukdom får bevara sine egne ressursar, på denne måten kan pasienten mogeleg ha eit større ynskje om å ete sjølv.

## 5.4 Viktigheita med pårørande

Pårørande er ein viktig ressurs for pasienten, men og for heimesjukepleien, fordi det er dei som kjenner pasienten og har best utgangspunkt for å sjå kva pasienten treng hjelp til, eller kva som må forbeholdast (Birkeland & Flovik, 2014, s. 143). I mange tilfelle har eg opplevd at pårørande er veldig opptatt av å få informasjon, er bekymra og har mange spørsmål for deira familiemedlem. Rognstad et al., (2013) uttrykte at det er viktig for dei tilsette og pårørande å vera kjend med ulike risikofaktorar for underernæring. I praksis opplevde eg at mange pårørande hadde lite kunnskap om kva demens er, og kva endringar som skjedde med kroppen både fysisk og psykisk. I fylje Ball et al., (2015) følte pårørande at dei fekk lite informasjon frå dei tilsette. Dette kan vise samanheng der Jansen et al., (2014) beskriv at opplæring av pårørande var ein viktig del i ernæringsarbeidet. Mykje kan tyde på at det er viktig med god kommunikasjon mellom pårørande og sjukepleiar for at ein skal få best utbytte av vurderingar ein gjer som helsepersonell. Om pasienten ikkje har samtykkekompetanse, vil det vera den nærmaste pårørande som har rett til å medverka saman med pasienten (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999, 3-1). Pårørande har behov for kunnskap om sjukdommen, og korleis ein skal forhalda seg til pasienten (Birkeland & Flovik, 2014, s. 143).

## 5.6 Kommunikasjon med pasienten

Frå Mini nutritional assesment, blir det stilt spørsmål som pasientane skal besvara, for vurdering av ernæringsstatus (Jacobsen & Bye, 2015, s.641-642). Eide og Eide (2017, s. 17) beskriv at kommunikasjon tydar å gjera noko felles. I praksis har eg sett at det kan vera utfordrande å kommunisera med pasientane. Mange har hatt problem med å finne ord, og har vorte sinte og frustrert over situasjonen. I fylje Ball et al., (2015) opplevde pårørande at deira nære personar med demens sjukdom isolerte seg sosialt. Eide og Eide (2017) beskriv at det å lytta aktivt til personen, ikkje berre til det som blir sagt, men kjem til uttrykk hjå pasienten kan bidra til at kommunikasjonen går lettare. I praksis var eg inn til ein pasient med demens sjukdom, der eg skulle gje medisin og ha eit tilsyn for å sjå om vedkommande hadde ete. Personalet blei ståande med ryggen mot pasienten, mens ein signerte for at medisin var gitt. Ein kunne sjå at pasienten brått hadde flytta seg frå bordet, der han sat og åt, til å gjere andre ting. Kunne dette ha vore distraherande for pasienten?.

I funna til Jansen et al., (2014) blei det beskrive at objekt som ikkje hadde noko med matsituasjonen å gjera, blei lagt til side og kunne bidra til at pasienten var meir fokusert, for eksempel ved

måltidssituasjon. Dette kan ha sammenheng med at pasienten med demens sykdom byrja å ete om det var flyt i samtalen og fjernsynet var slått av. Områda i hjernen som vert skada ved demens sykdom er viktige kjelder for å handtere informasjon og læringa til mennesket (Berentsen, 2013, s. 356). Dette har sammenheng med det Traynor et al., (sitert i Eide & Eide, 2011, s. 326) seier at ein treng aukande kompetanse i demensomsorgen på kommunikasjon, etikk og personorientert omsorg. Samt beskriv Skovdhal et al., (sitert i Eide & Eide, 2017, s. 326) at varsam berøring kan bidra til å senke uro og sinne, og føra til opplevelse av ro og positive følelsar . I praksis har eg sjølv opplevd at det kan vera vanskeleg med kommunikasjon der ein skal forstå og bli forstått av pasienten. Ball et al., (2015) uttrykte at pasientane kunne ha vanskar med å bruke bestikk når dei skulle ete. Korleis kan ein då kommunisera, om pasienten ikkje har manglande kunnskap om korleis ein brukar ulike objekt?.

Eide og Eide (2017, s. 31) beskriv at ein kan kommunisera ved å ta i bruk teikn og signal. Ball et al., (2015) uttrykte at pårørande hadde dei fått positiv erfaring ved at ein skulle inngå ueinigheit i matval. Mykje kan tyde på at sjukepleiar må ha kunnskap om korleis ein skal kommunisera med pasienten, for å forstå og bli forstått når ein kartleggar for å vurdere ernæringsstatus. Ein person som har behov for helsehjelp, har rett til å ta del i gjennomføring av helsehjelp som blir gitt. Den skal tilpassast den enkelte til å gje og få informasjon, slik at den blir forstått (Pasient og brukerreittighetsloven, 1999, § 1-3.). Om pasienten ikkje er i stand til å svara på alle spørsmåla, kan ein ha samtale med pårørande, for å innhenta seg informasjon for å kartlegga ernæringsstatus (Jackobsen & Bye, 2015, s. 642). Jansen et al., (2014) beskriv at det bør vera fokus på ete miljø for å fremje matsituasjonen. Dette kan vera utfordrande i heimesjukepleien, då mange av pasientane bur åleine.

## 6 Konklusjon

I oppgåva er det drøfta korleis kartlegging, underernæring, pårørande, kommunikasjon, kvalitetsforbetring, samt etikk, lovverk og retningslinjer spelar inn for vurdering av ernæringsstatus. Dette hjå personar med demens sjukdom i heimesjukepleien. Nokon av forskingsartiklane, er ikkje direkte knytt mot problemstillinga, men eg meiner dei er relevante i forhold til kva som er viktig for sjukepleiar å ta stilling til når ein skal vurdere ernæringsstatus. Ein kan konkludera med at det er behov for godt tverrfagleg samarbeid. I tillegg eit behov for opplæring, kunnskap og kompetanse i heimesjukepleien, då mange utrykte at dei ynskja meir kunnskap. Modellen for kvalitetsforbetring kan vera eit hjelpemiddel for leiinga og sjukepleiarar, for å skapa gode rutinar på arbeidsplassen. Samstundes vera ei påminning for viktigheita av kartlegging, slik at kartlegging blir implementert på arbeidsplassen. Mykje kan tyde på at det er viktig med god informasjon, opplæring og samarbeid med pårørande. Slik at dei blir ivaretatt, då dei er ein viktig ressurs for både pasienten og heimesjukepleien. Kunnskap om kommunikasjon i samspel med pasienten, og lyttar til det som kjem til uttrykk. I tillegg at sjukepleiar visar hensyn, slik at pasienten får ivareta sine egne ressursar. Eg tenkjer desse områda spelar inn for korleis sjukepleiar kan bidra til vurdering, for å betre ernæringsstatus, hjå pasientane. Eg sit igjen med tankar om at det er nødvendig med meir forskning om ernæringsstatus knytt til heimesjukepleien og demens. Dette fordi forskning visar at denne pasientgruppa er i risiko for underernæring. Sjølv om Mini nutritional assessment blir mykje brukt, kan det vera nødvendig å forska på andre skjema, som kan vera enklare å bruka i heimesjukepleien. Forsking viste at enkle standardiserte kartleggingsskjema burde nyttast. I tillegg vurdere om ein treng meir fokus på opplæring i heimesjukepleien blant dei tilsette, i dagens samfunn med aukande levealder og mogleg fleir personar med demens sjukdom.

## Kjelder

- Aagaard, H., & Grøndahl, V. A. (2017, 5. juli). *Rutiner for å vurdere ernæringsstatus i hjemmesykepleien*. Hentet fra Sykepleien:  
<https://sykepleien.no/forskning/2017/03/rutiner-vurdering-av-ernaeringsstatus-i-hjemmesykepleien>
- Ball, L., Jansen, S., DesBrow, B., Morgan, K., Moyle, W & Hughes, R. (2015). Experiences and nutrition support strategies in dementia care: Lessons from family carers. *Nutrition and dietetics*, 72: 22-29.  
doi: 10.1111/1747-0080.12107.
- Berentsen, V. D. (2013). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie - God omsorg til den gamle pasienten* (1. utg., s. 350-382). Gyldendal Akademisk.
- Bertelsen, A. K. (2015). Sykdommer i nervesystemet. I S. Ørn, J. Mjell, & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (1. utg., s. 314-336). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Birkeland, A., & Flovik, A. M. (2014). *Sykepleie i hjemmet* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Brodtkorb, K. (2013). Ernæring, mat og måltider. I M. Kirkevoll, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (1. utg., s. 254-266). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dalland, O. (2017). *Metode* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, H., & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner; personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Fermann, T., & Næss, G. (2013). Eldreomsorg i hjemmesykepleien. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (1. utg., s. 196-218). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Fjørtoft, A. K. (2012). *Hjemmesykepleie. Ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Folkehelseinstituttet. (2015, 20. august). *Modell for kvalitetsforbedring*. Hentet 3. mai 2018 fra Helsebiblioteket: <http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/modell-for-kvalitetsforbedring>
- Folkehelseinstituttet. (2018, 14. mai). *Demens*. Hentet 11. mai 2018 fra Folkehelseinstituttet: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens---folkehelse rapporten-2014/#nesten-hver-femte-person-faar-demens-i-loepet-av-livet>
- Fossli, K. R. (2015). *Ernæringspraksis er mer enn måltid. Personer med demens i dagaktivitetstilbud*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Gjerlaug, A. K., Harviken, G., Uppsata, S., & Bye, A. (2018, 6. april). *Verktøy ved screening av risiko for underernæring hos eldre*. Hentet fra Sykepleien: <https://sykepleien.no/forskning/2016/05/egnet-verktoy-ved-screening-av-risiko-underernaering-hos-eldre>
- Helsebiblioteket. (u.a.) *MNA: Mini Nutritional Assessment*. Hentet 11. mai 2018 fra <http://nske.no/screening/MNA.pdf>
- Helsedirektoratet. (2013, april). *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*. Hentet 3. mai 2018 fra Helsedirektoratet: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/916/Nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-underernering-IS-1580.pdf>
- Helsedirektoratet. (2016). *Kosthåndboken. Veilder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2018, 11. mai). *Samhandlingsreformen*. Hentet 19. mai 2018 fra Helsedirektoratet: <https://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen>
- Helsedirektoratet. (2018, mai). *Tiltakspakke for forebygging og behandling av underernæring (sykehus)*. Hentet 19. mai 2018 fra Pasientsikkerhetsprogrammet: [http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomr%C3%A5der/\\_attachment/4182?\\_download=false&\\_ts=15ad62dce80](http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomr%C3%A5der/_attachment/4182?_download=false&_ts=15ad62dce80)
- Helsepersonelloven (1999). Lov om helsepersonell m.v. Hentet 30. april 2018 fra: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonell%20lova#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonell%20lova#KAPITTEL_3)
- Henderson, V. (1961). *Sykepleiens grunnprinsipper*. Hentet 4. april 2018 fra Nasjonalbiblioteket:

<https://www.nb.no/items/d3ce187de0f8950cf79f319da298bc7c?page=0&searchText=virginia%20henderson>

- Jacobsen, E. L., & Bye, A. (2015). Ernæring. I E. K. Grov, & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1* (5. utg., s. 619-668). Oslo: Cappelen damm akademisk.
- Jansen, S., Ball, L., DesBrow, B., Morgan, K., Moyle, W & Hughes, R. (2015). Nutrition and dementia care: *Informing dietetic practice. Nutrition & Dietetics*, 72: 36-46.  
doi: 10.1111/1747-0080.12144.
- Mathisen, J. (2015). Hva er sykepleie? I E. K. Grov, & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., ss. 119-141). Oslo: Cappelen damm akademisk.
- Meyer, S. E., Velken, R., & Jensen, L. H. (31. juli, 2017). *Vurdering av ernæringsstatus - et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien*. Hentet 9. april 2018 fra Sykepleien: <https://sykepleien.no/forskning/2017/05/vurdering-av-ernaeringsstatus-et-sykepleiefaglig-ansvar-i-hjemmesykepleien>
- Meyer, S., Gräske, J., Worch, A & Ostermann, W.K. (2015). Nutritional status of care - dependent people with dementia in shared – housing arrangements – a one-year follow-up. *Skandinavian Journal of caring sciences*, 29: 285-792.  
doi: 10.1111/scs.12210.
- Molven, O. (2014). Forholdet mellom jus og etikk. I O. Molven, *Sykepleie og jus*. Oslo: Gyldendal Juridisk.
- Norsk Sykepleierforbund. (2016, 23. mai). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleierer*. Hentet 4. april 2018 fra Norsk Sykepleierforbund: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. Oslo: Akribes AS.
- Pasient og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. Hentet 30. april 2018 fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20bruker>
- Rognstad, M.-K., Brekke, I., Holm, E., Lindberg, C., & Lühr, N. (2014, 23. mai). *Underernæring hos eldre hjemmeboende med demens*. Hentet 12. april 2018 fra Sykepleien: <https://sykepleien.no/forskning/2013/11/underernaering-hos-eldre-hjemmeboende-personer-med-demens>



Store medisinske leksikon. (2015, 23. september). *Ernæringsstatus*. Hentet 19. mai 2018 fra

Store medisinske leksikon: <https://sml.snl.no/ernæringsstatus>

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

Universitetsforlaget.

## Vedlegg 1

Henta frå Helsebiblioteket (u.a).

### 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, fortsatt med vurderingen del II for å komme fram til en gradering av ernæringstilstanden.

Vurdering, del I	
<b>A Har matinntaket gått ned i løpet av de 3 siste månedene pga nedsatt appetitt, fordøyelsesproblemer, vanskeligheter med å tygge eller svelge?</b> 0 = alvorlig nedsatt appetitt 1 = moderat nedsatt appetitt 2 = ikke nedsatt appetitt	<input type="checkbox"/>
<b>B Vekttap i løpet av de 3 siste månedene</b> 0 = vekttap over 3 kg 1 = vet ikke 2 = vekttap mellom 1 og 3 kg 3 = ikke vekttap	<input type="checkbox"/>
<b>C Mobilitet</b> 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"/>
<b>D Har opplevd psykologisk stress eller akutt sykdom i løpet av de 3 siste månedene</b> 0 = ja    2 = nei	<input type="checkbox"/>
<b>E Neuropsykologiske lidelser</b> 0 = alvorlig demens eller depresjon 1 = mild demens 2 = ingen psykologiske lidelser	<input type="checkbox"/>
<b>F Kroppsmasseindeks (KMI) (vekt kg) / (høyde x høyde)</b> 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"/>
<b>Undersøkelsespoengsum vurdering, del I</b> (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	
<b>G Bor i egen bolig (ikke på alders/sykehjem eller sykehus)</b> 1 = ja    0 = nei	<input type="checkbox"/>
<b>H Bruker mer enn tre typer reseptbelagte medisiner pr dag</b> 0 = ja    1 = nei	<input type="checkbox"/>
<b>I Trykksår eller hudsår</b> 0 = ja    1 = nei	<input type="checkbox"/>
<b>J Hvor mange fullstendige måltider spiser pasienten pr dag?</b> 0 = 1 måltid 1 = 2 måltider 2 = 3 måltider	<input type="checkbox"/>
<b>K Utvalgte markører for proteininntak</b> • 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"/>
<b>L Spiser to eller flere porsjoner frukt eller grønnsaker pr dag?</b> 1 = ja    0 = nei	<input type="checkbox"/>
<b>M Hvor mye væske (vann, juice, kaffe, te, melk...) inntas pr dag?</b> 0.0 = mindre enn 3 kopper 0.5 = 3 til 5 kopper 1.0 = mer enn 5 kopper	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
<b>N Matinntak</b> 0 = ikke i stand til å spise uten hjelp 1 = spiser selv med noe vanskeligheter 2 = spiser selv uten vanskeligheter	<input type="checkbox"/>
<b>O Eget syn på ernæringsmessig status</b> 0 = ser på seg selv som underernært 1 = er usikker på ernæringsmessig tilstand 2 = ser ikke på seg selv som underernært	<input type="checkbox"/>
<b>P Hvordan vurderer pasienten sin egen helsetilstand sammenlignet med mennesker på samme alder?</b> 0.0 = ikke like bra 0.5 = vet ikke 1.0 = like bra 2.0 = bedre	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
<b>Q Overarmens omkrets (OO) i cm</b> 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"/>
<b>R Leggomkrets (LO) i cm</b> 0 = LO mindre en 31 cm 1 = LO 31cm eller større	<input type="checkbox"/>
<b>Vurdering, del II (maks. 16 poeng)</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
<b>Undersøkelsespoengsum, vurdering, del I</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
<b>Totalvurdering, del I + del II (maks. 30 poeng)</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
Gradering av underernæringstilstand	
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