



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGAVE

Uten mat og drikke - duger helten ikke

**Ellen Marie Hagen og Ida Grindheim**

**Kandidatnummer: 141 og 178**

SK152/Bachelorutdanning i sjukepleie/Institutt for helse- og omsorgsvitenskap/Fakultet for helse- og sosialvitenskap (FHS)/Sykepleie Førde

Rettleiar: Bente Gunn Melheim

Dato: 07.Juni 2019

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.

## Forord

*“Sykepleierens særegne funksjon er å hjelpe individet, sykt eller friskt, i utførelsen av de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse (eller til en fredfull død), noe han ville ha gjort uten hjelp om han hadde hatt tilstrekkelige krefter, kunnskaper og vilje, og å gjøre dette på en slik måte at individet gjenvinner uavhengighet så fort som mulig”*

- Virginia Henderson

(Tveiten, 2009, s. 23)

**Tittel:** Uten mat og drikke – duger helten ikke

**Bakgrunn for valg av tema:** Birkeland og Flovik (2016, s. 89) skriver at omtrent to tredeler av pasienter med demens eller kognitiv svikt bor fortsatt hjemme, og vil dermed kreve betydelig mye hjelp fra helse- og omsorgstjenesten framover. Forskning, egne erfaringer og pensumlitteratur viser at omtrent halvparten av hjemmeboende pasienter med demens er underernærte eller i fare for å bli det. I flere av praksisperiodene våre samt som assistenter i hjemmesykepleien har vi erfart at ernæring og ernæringsmessig risiko er et stort problem, og at underernæring hos eldre personer ofte kan få store konsekvenser. Vi har også observert at ernæring ikke står i fokus på mange arbeidsplasser.

**Problemstilling:** Hvordan kan sykepleier forebygge underernæring hos hjemmeboende pasienter med demens?

**Metode:** Bacheloroppgaven er skrevet som en litteraturstudie som i tillegg til fagteori involverer erfaringer vi har fått fra praksis og jobb.

**Konklusjon og funn:** Gode rutiner, kunnskap om kartleggingsverktøy og kompetanse om hvordan forebygge underernæring kan forebygge underernæring hos denne pasientgruppen. Det er viktig at tiltak blir satt i gang på et tidlig stadium og at helsepersonell har kunnskap om risikofaktorer ved underernæring. Vi ser at det fremdeles må forskes på området og resultatene av forskningen må deles og gjøres noe med.

*Nøkkelord: Forebygge, underernæring, demens, hjemmesykepleie*

**Title:** Without food and drink - The hero is no good

**Background for the choice of topic:** Birkeland and Flovik (2016, p. 89) wrote that approximately two-thirds of patients with dementia or cognitive impairment still live at home, and will require considerable more amount of help from the health and care service going forward. Research, own experiences and literature show that about half of home-living patients with dementia are malnourished or at risk of becoming. In several of our practice periods as well as assistants in home care, we have found out that nutrition and nutritional risk is a major problem, and that malnutrition in older persons often can have major consequences. We have also observed that nutrition is not the focus in many workplaces.

**Problem:** How can nurses prevent malnutrition in patients with dementia at home?

**Method:** The Bachelor thesis is written as a literature study which, in addition to subject theory, involves experiences we have gained from practice and work.

**Conclusion and findings:** Good routines, knowledge of screening tools and expertise on how to prevent malnutrition, can prevent malnutrition in this patient group. It's important that measures are initiated at an early stage and that health personnel have knowledge of risk factors in malnutrition. We see that research still needs to be done in the area and the results of the research must be shared and that something needs to be done.

*Keywords: Prevent, malnutrition, dementia, homecare*

## Innhold

1.0 Innledning.....	1
1.1 Problemstilling.....	2
1.2 Avgrensing .....	2
2.0 Metode .....	3
2.1 Artikkelsøk .....	3
2.2 Annen litteratur .....	5
3.0 Teori.....	6
3.1 Demens.....	6
3.2 Hjemmesykepleie .....	7
3.3 Sykepleie.....	8
3.4 Ernæring .....	9
3.4.1 Underernæring.....	10
3.5 Kartlegging av ernæringsstatus .....	11
3.6 Forsvarlige tjenester .....	12
4.0 Presentasjon av forskningsartiklene .....	13
4.1 «Rutiner for å vurdere ernæringsstatus i hjemmesykepleien» .....	13
4.2 «Ernæringskartlegginga i heimesjukepleien kan betrast» .....	14
4.3 «Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens».....	14
4.4 «The nutritional care of people living with dementia at home: A scoping review» .....	15
5.0 Drøfting.....	16
5.1 Kartlegging og observasjoner .....	16
5.2 Dokumentasjon, sykepleieprosessen og ernæringsplan(iltak) .....	19
5.3 Kommunikasjon, hukommelse og samarbeid .....	20
6.0 Konklusjon .....	23
Bibliografi .....	25

## 1.0 Innledning

Temaet vi har valgt å skrive om i denne bacheloroppgaven er: Underernæring hos hjemmeboende pasienter med demens. I flere av praksisperiodene våre samt som assistenter i hjemmesykepleien har vi erfart at ernæring og ernæringsmessig risiko er et stort problem, og at underernæring hos eldre personer ofte kan få store konsekvenser. Et sentralt spørsmål i denne sammenheng er: Hvordan kan vi som sykepleiere ivareta pasientens ernæringsstatus og dermed forebygge underernæring.

Bacheloroppgaven er skrevet som en litteraturstudie som i tillegg til fagteori involverer erfaringer vi har fått fra praksis og jobb. Gjennom teori og egen praksis har vi erfart at det ofte ikke er tilstrekkelig kunnskap om ernæring innenfor denne delen av helsesektoren og at pasienter derfor ikke får den kartlegging og oppfølging de har behov for. Vi har observert at ernæring ikke står i fokus på arbeidsplassen, og at det derfor ofte kan bli nedprioritert. Dette bekreftes også av både norske og internasjonale studier vi har studert, der det konkluderes med at eldre som bor hjemme er i risikozonen for underernæring.

Forebygging og behandling av ernæring i hjemmetjenesten blir mer vektlagt nå enn tidligere. På helsedirektoratets sider står det at forekomsten av underernæring blant syke eldre er anslått til å være rundt 10%. En prevalensstudie som omfattet 340 hjemmeboende eldre som mottok hjemmesykepleie i Oslo og Bærum viste at hele 46% var underernærte eller i ernæringsmessig risiko (Guttormsen, et al., 2013, s. 10). Basert på observasjoner vi har gjort i forbindelse med egen praksis, samt retningslinjene for forebygging og behandling for underernæring (2013) er det klart at pasienter med demens ofte er underernærte eller er i fare for å bli det.

Hvert år registreres det minst 10.000 nye personer med demens, men det antas at antallet er større da pasientene ofte går lenge uten å bli diagnostisert. På grunn av at forventet levealder i befolkningen stadig blir høyere antas det også at antall personer med demens vil stige betraktelig de neste 20 årene. Det antas at det i 2050 vil være ca. 160 000 personer i Norge med demens (Nasjonale kompetansetjeneste, 2017). Reformen «*Leve Hele Livet*» er en kvalitetsreform for eldre som ble satt i gang januar 2019 og skal bidra til at eldre skal

kunne mestre hverdagen og bo hjemme lengre, samt ha selvbestemmelse. I rapporten informeres det om, at det som en konsekvens av reformen er satt i gang ulike tiltak for å systematisere ernæringsarbeidet i mange kommuner (Helse - og omsorgsdepartementet, 2017-2018, s. 20). En av de fem innsatsområdene i reformen, *Leve Hele Livet* er mat og måltider. Både *Leve Hele Livet* og helse- og omsorgsdepartementets Demensplan 2020 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015) legger stor vekt på selvbestemmelse, og at pasienten i størst mulig grad skal få bestemme om de ønsker å bo hjemme og motta individuelt tilrettelagte tjenester i hjemmet (Helse - og omsorgsdepartementet, 2017-2018).

Omtrent to tredeler av pasienter med demens eller kognitiv svikt bor fortsatt hjemme, og vil dermed kreve betydelig mye hjelp fra helse- og omsorgstjenesten enn andre hjemmeboende pasienter uten samme utfordringer (Birkeland & Flovik, 2016, s. 89). Sykepleiere har et spesielt stort ansvar for denne pasientgruppen, og det er dermed viktig å ha tilstrekkelig kunnskap til å kunne yte forsvarlige tjenester også innen området ernæring. Demensplan 2020 har som mål at samfunnet skal være et sted som gir muligheter til samfunnsdeltakelse for alle. Dette stiller dermed krav til utforming av det fysiske miljøet, tenkemåte, politisk prioritering og holdninger. Demens er noe som angår hele samfunnet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 15). En stor del av de som blir innlagt på sykehus er underernærte og/eller dehydrerte. Ved å forebygge underernæring hos demente vil man også kunne unngå disse sykehusinnleggelsene og dermed kutte sykehuskostnadene og liggetid på sykehus (Guttormsen, et al., 2013, s. 11).

## 1.1 Problemstilling

Vi har definert vår problemstilling slik: «Hvordan kan sykepleier forebygge underernæring hos hjemmeboende pasienter med demens?»

## 1.2 Avgrensing

Vi har valgt å avgrense studien til å omfatte personer over 65 år som er diagnostisert med demens og som er pasienter som får hjelp fra hjemmesykepleien. Det vil ikke bli skrevet spesifikt om pårørende, da fokuset er hvordan vi som sykepleiere kan forebygge

underernæring hos pasientene. Det påpekes likevel at pårørende er en viktig samarbeidspartner både for sykepleier og pasienten, og situasjonen kan oppleves krevende og vanskelig også for pårørende. For å avgrense oppgaven ytterligere velger vi likevel og ikke fokusere på pårørende. Det er mange kartleggingsverktøy innen ernæring, vi har valgt å bruke MNA kortversjon, da vi har erfart at MNA blir mest brukt innen hjemmetjenesten. I oppgaven legger vi vekt på forebygging av underernæring, vi skal se nærmere på kartleggingsverktøyet som blir benyttet samt legge vekt på hvordan sykepleiere kan utøve sykepleie forsvarlig ved hjelp av kommunikasjon, dokumentasjon, samarbeid og observasjoner for denne pasientgruppen. Vi har valgt å definere begrepene i teorien, istedenfor å lage en begrepsforklaring.

I første del vil vi ta for oss metodene vi har anvendt for å innhente data. Deretter tar vi for oss relevant teori og forskning, som vi tar med oss inn i drøftingen. Der vil vi supplere teoriene med egne erfaringer. Avslutningsvis vil vi beskrive hvilken lærdom vi sitter igjen med, og gi et forslag til hva sykepleiere trenger mer kunnskap om og hvordan de kan bruke dette videre.

## 2.0 Metode

Metoden i denne oppgaven er litteraturstudie der man systematisk identifiserer, vurderer og analyserer relevant forskning. Det vil si å samle inn litteratur, ha et kritisk blikk når man går gjennom den og til slutt sammenfatte relevante funn i konklusjonsdelen (Thidemann , 2015, ss. 79-80). I denne oppgaven benytter vi også egne erfaringer som vi har fått under sykepleierstudiet for å belyse problemstillingen opp mot teorien og forskningen som blir brukt.

### 2.1 Artikkelsøk

Vi har benyttet databaser som Cinahl, Medline og Pubmed. I tillegg til disse databasene har vi brukt nettstedet sykepleien.no for å finne relevant forskning til litteraturstudien. Vi har angitt norske søkebegrep som er knyttet til fagområder innenfor relevant forskning. For å få et bredere resultat har vi også definert opp søkebegrep på engelsk. Dette har gitt resultater i form av relevante artikler på engelsk og tilgang til internasjonal forskning knyttet til temaet



underernæring hos hjemmeboende som også er benyttet i oppgaven. Alle artiklene som er blitt brukt i oppgaven er funnet i løpet av april 2019.

For å kunne vurdere forskningsartiklene med et kritisk syn har vi tatt for oss PICO-modellen. Der P står for patient/problem, I står for intervention, C står for comparison og O står for outcome. PICO representerer en måte å dele opp spørsmålet på, slik at det struktureres på en hensiktsmessig måte (Thidemann, 2015, ss. 86-87). Når vi har vurdert hvilken relevans disse artiklene har for oppgaven har vi i tillegg stilt oss spørsmålene “har artikkelen en klart formulert problemstilling?” og “kan resultatene brukes i vår praksis?”. I tillegg har vi kun brukt fagfellevurdert forskning (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim, & Reinart, 2013, ss. 70-71).

Vi har brukt følgende søkebegrep: “Ernæring”, “hjemmesykepleie”, “demens”, “ernæringsstatus”, “ernæringskartlegging”, “malnutrition”, “nutritional screening”, “home care” og “dementia”. Begrepene er kvalitetssikret gjennom søk i SweMed+ ved at vi har verifisert at de begrepene vi har oversatt gir et likt resultatet der.

For å finne fram til artikkelen “ernæringskartlegginga i heimesjukepleien kan betrast” brukte vi CINAHL og valgte å få opp artikler fra både CINAHL og MEDLINE. Deretter la vi inn søkeordene “nutritional screening AND home care”, og fikk da opp 138 artikler. For og ikke bruke artikler som er over 10 år gammel ble søket begrenset til artikler mellom 2009-2019. Da fikk vi opp 93 artikler og gikk deretter nedover listen for å se om det var en artikkel som kunne belyse problemstillingen vår. Dette ble gjort ved å lese på overskriftene for deretter å lese oppsummeringen på de artiklene som ble valgt. Her kom vi fram til artikkelen “Nutritional screening in home-based nursing care can be improved”, som var nummer 5 på listen vi fikk opp. Vi ønsket å forstå teksten på best mulig måte. Vi valgte dermed den norske versjonen “Ernæringskartlegginga i heimesjukepleien kan betrast”.

Videre la vi inn søkeordet “dementia” i tillegg til “nutritional screening AND home care”. Den første artikkelen som da kom opp var artikkelen “The nutritional care of people living with dementia at home: A scoping review”, dette er en oversiktsartikkel som samler sammen flere studier, her får vi flere områder vi kan drøfte.

Vi fant artikkelen “rutiner for å vurdere ernæringsstatus i hjemmesykepleien” skrevet av Aagaard og Grøndahl (2017), ved å gå inn på nettstedet sykepleien.no og søke på ordene “ernæringsstatus hjemmesykepleie”. Vi avgrenset søkene vi gjorde til forskning og litteratur som ikke var eldre enn 2009. Dette ga oss 5 treff, artikkelen vi valgte var nummer 1 på listen. Vi valgte denne artikkelen da et av områdene vi skal drøfte i oppgaven vår handler om dette med rutiner for å vurdere ernæringsstatus og kartlegging og kompetanse i forhold til ernæring.

Deretter la vi inn søkeordene “Hjemmesykepleie demens”. Dette ga oss 9 treff og vi fant artikkelen “Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens” skrevet av Rognstad, Brekke, Holm, Linberg og Lühr (2013). Denne artikkelen har vi valgt da vi skal ha om pasienter med demens og underernæring skal stå i fokus.

## 2.2 Annen litteratur

Ved å bruke retningslinjene om demens som for eksempel “*Leve Hele Livet*”, nasjonale faglige retningslinjer, yrkesetiske retningslinjer, regjeringen og helsedirektoratet får vi i tillegg til egne erfaringer, teori og forskning inn lover og regelverk for ernæring og eldre.

Vi har brukt pensumlitteratur fra “Geriatrisk sykepleie” som skriver om både demens og ernæring hos eldre pasienter. “Sykepleie i hjemmet” som inneholder informasjon om hvordan vi som sykepleiere gir best mulig pleie i pasientens hjem, i tillegg til informasjon om pasienter med demens som bor hjemme. Vi har brukt to forskjellige utgaver av boken “Sykepleie i hjemmet”, og det vil derfor bli referert til begge to. Vi benyttet oss også av “Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie - Sykepleieboken 1”. Disse bøkene ble brukt da de inneholder relevant informasjon og gir et godt teoretisk grunnlag for videre analyse av problemstillingen, og underbygger en del av informasjonen vi har funnet i forskningsartiklene.

Vi har brukt bøkene “Etikk i sykepleien” for å kunne vise hvordan etikk blir brukt i praksis. “Sykepleie og jus” har blitt brukt for å få en dypere forståelse for sykepleieren sin rolle og hvilke lover og regler vi som sykepleiere må forholde oss til.

Både Virginia Henderson og Kari Martinsen er relevante sykepleieteoretikere innenfor temaet ernæring og omsorg. Henderson står for grunnleggende behov for sykepleierens rolle, mens Martinsen har en ideologi om omsorg og ivaretagelse av pasientens autonomi. Oppgaven tar dermed for seg teori fra både Henderson og Martinsen.

## 3.0 Teori

### 3.1 Demens

Ved alderdom endres kroppen og dens kognitive funksjon. Kognitiv svikt er ganske vanlig blant eldre, og skyldes ofte demens. Personer med nedsatt kognitiv funksjon har ofte problemer med å bearbeide informasjonen de får eller ha vansker med å gjøre rede for seg (Heyn, 2015, ss. 391-392). Demens er en varig tilstand som utvikler seg over tid og kjennetegnes av alvorlig kognitiv svikt med en rekke tilleggssymptomer. Den som rammes av demens vil fungere dårligere og dårligere både funksjonelt, mentalt og sosialt, og vil til slutt bli helt avhengig av hjelp (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 411).

Demens skyldes forandringer i hjernen. Deler av hjernen blir ødelagt, noe som resulterer i redusert mental kapasitet. Dette vil etterhvert føre til at pasienten får problemer med å lese, skrive og utvikler afasi. Sykdommen påvirker evnen til å klare seg i dagliglivet. Det kan oppstå problemer med å forstå og tolke hva andre mennesker sier. De fleste typer demens er progredierende, som vil si at pasienten etterhvert vil få en betydelig fysisk og psykisk funksjonssvikt som kan ende med død (Birkeland & Flovik, 2016, s. 89). For å kunne diagnostiseres med demens må pasienten ha hatt sykdommen med symptomer i minst seks måneder, det må også tas ulike tester (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 412).

Pasienter med demens er en stor utfordring for hjemmesykepleien og krever en betydelig innsats og ressurser. Pasienter med demens får ofte problemer med å forstå og gjenkjenne gjenstander og personer, og har en sviktende hukommelse. Det er viktig med en

personorientert tilnærming til hver enkelt pasient i denne pasientgruppen (Birkeland & Flovik, 2016, ss. 89-90).

Kommunikasjon og samhandling er viktig i møte med pasienter med demens. Det er viktig å bruke nødvendig tid, ha øyekontakt, vise respekt, høflighet og medmenneskelighet, og ikke minst være tålmodige med denne pasientgruppen. I hjemmesykepleien er det ofte begrenset med tid som er oppsatt hos hver enkelt pasient, og det kan derfor være utfordrende å være tålmodig og opptre langsomt i møte med disse pasientene. Når en kommuniserer med en pasient med demens er det viktig å snakke tydelig, langsomt og med enkle, korte setninger, da pasientene ofte trenger mer tid enn friske folk til å oppfatte, svare og uttrykke seg. I møte med en pasient med demens er det viktig å skape en positiv atmosfære og å være "her og nå". Det er ikke nok å ha kunnskaper om demenssykdommen - en må også ha forståelse for personen bak sykdommen (Birkeland & Flovik, 2016, s. 92).

### 3.2 Hjemmesykepleie

Hovedfunksjonen til hjemmesykepleien er å ivareta pasientens grunnleggende behov. I tillegg til dette er forebygging et sentralt begrep innen hjemmesykepleie. Det overordnede målet for hjemmesykepleien er at pasienten skal kunne mestre hverdagen i sitt eget hjem så lenge det er ønskelig og forsvarlig (Birkeland & Flovik, 2016, s. 35). Hjemmesykepleie har ingen entydig definisjon, da det ikke blir fokusert på en spesiell "type" pasienter eller pasientgrupper. En kan treffe alle typer pasienter i hjemmesykepleien. Birkeland og Flovik (2016) definerer hjemmesykepleie som sykepleie i hjemmet. Det sies at det spesielle med hjemmesykepleie er det generelle, og at det er en form for sykepleiens allmennpraksis. Definisjonene på hjemmesykepleie vil alltid være tilpasset den tiden de blir skrevet i, og det vil derfor ikke være mulig å lage en definisjon av hjemmesykepleie som omhandler alt hjemmesykepleie er og holder på med (Birkeland & Flovik, 2016, ss. 13-14).

I møte med pasienter i eget hjem må fokuset ligge på pasientens egne opplevelse av sin situasjon, og sykepleieren må være bevisst på den tilliten pasienten faktisk viser dem når de kommer inn i deres hjem. Man må være henvendt mot, ha respekt for og være i kontakt med pasienten og ikke bare fokusere på de rent praktiske arbeidsoppgavene (Birkeland &

Flovik, 2016, s. 44). Når en pasient bor hjemme har en ikke den samme kontroll over pasienten sitt mat- og drikkeinntak som en har i institusjon. Dermed krever det en spesiell oppfølging av hjemmesykepleien. En utfordring i hjemmesykepleien kan for eksempel være at pasientene får besøk av mange forskjellige ansatte, og ikke alle har like mye kunnskap om den enkelte pasient. Dette kan gjøre at pasientene ikke får den oppfølgingen de har krav på og behov for (Birkeland & Flovik, 2016, s. 63).

IPLOS (Individualisert pleie- og omsorgsstatistikk) er et verktøy som blir brukt for å kartlegge tjenestebehovet og funksjonsnivået til alle pasienter som mottar eller søker om kommunale helse - og omsorgstjenester. I IPLOS blir det registrert opplysninger om pasienten er vurdert av tannhelsepersonell og lege, om pasienten og boligen, funksjonsevne og individuell plan og relevante diagnoser. Her blir pasientens funksjonsnivå registrert ut fra 17 variabler, på en skala fra 0 til 5. Alle pasienter som mottar hjemmesykepleie skal registreres i IPLOS og kartlegges. Ut fra resultatene man får ved bruk av IPLOS blir hjelpen som pasientene får tilrettelagt. Det er derfor viktig at all informasjonen er så korrekt som mulig i IPLOS (Birkeland & Flovik, 2018, s. 111).

### 3.3 Sykepleie

Kari Martinsen beskriver spesielt tre forhold innenfor omsorg. At det har en moralsk dimensjon - som innbefatter at alle pasienter blir behandlet med respekt slik at hjelpen blir rettferdig fordelt, omsorg er relasjonell – det dreier seg om kontaktene mellom pasient og sykepleier, og omsorg er forankret i praksis – det vil si at det dreier seg om hvordan sykepleie praktisk utøves i hjemmet (Birkeland & Flovik, 2018, s. 34). Det er ikke bare omsorg som er viktig når man skal jobbe i hjemmesykepleien, men også at sykepleieren skal ivareta de grunnleggende behovene pasienten har. Det vil si at sykepleieren skal hjelpe pasienten med å ivareta de funksjonene som de har som følge av nedsatt funksjonsevne eller sykdom. Martinsen blir også trukket fram når det er snakk om nærhetsetikk. I nærhetsetikken ligger fokuset på samspillet mellom to ulike individer. Den legger vekt på følelsenes betydning for å forstå at etiske og faglige verdier står på spill, og forståelsen av situasjonen. Den vektlegger altså ikke normer og regler (Brinchmann, 2016, s. 115).

Virginia Henderson belyser 14 av sykepleierens funksjoner og oppgaver. De ni første av funksjonene som blir beskrevet er relevant i utøvelse av praktisk sykepleie rettet mot menneskets grunnleggende behov. Disse behovene er blant annet å kunne puste, spise og drikke tilstrekkelig, holde kroppen ren og velpleid og huden beskyttet, å kunne kvitte seg med kroppens avfallsstoffer, få tilstrekkelig søvn og hvile, å kunne velge riktig av- og påkledning. Det innebærer også og kunne unngå farer fra omgivelsene og unngå å skade andre og opprettholde kroppstemperaturen, samt tilpasse den etter forholdene i omgivelsene og puste normalt (Birkeland & Flovik, 2018, s. 42).

For å kunne ivareta pasientens grunnleggende behov er det viktig at sykepleieren observerer, identifiserer, evaluerer og samler inn data om pasienten. Dette innebærer også å observere pasientens evne til å ivareta sin egen ernæringsstatus. Observasjoner og vurderinger som sykepleieren har ansvar for, kan avdekke endringer i pasientens funksjonsnivå (Birkeland & Flovik, 2018, s. 44).

Sykepleieprosessen og Virginia Hendersons teori har mange likhetstrekk. I begge prosessene foretas en kartlegging, identifisering av behov, hvilke mål som er relevante og realistiske, og hvilke tilnæringsmåter som er best. Evaluering er også med i begge prosessene (Tveiten, 2009, ss. 76-77).

### 3.4 Ernæring

Helse og ernæring henger tett sammen. For å opprettholde god helse, daglige aktiviteter og skape beskyttelse mot sykdom og skader, er en optimal ernæringsstatus viktig. Hos eldre er det å opprettholde en god ernæringsstatus et viktig forebyggende tiltak (Brodtkorb, 2014, s. 301).

En av årsakene til at eldre ikke får i seg nok næring kan være en begynnende demens som gjør at de ofte glemmer å spise og drikke, og at de strever med å lage mat selv. Pasienter med kognitiv svikt og demenssykdom kan glemme å legge maten som er innkjøpt i kjøleskapet, da blir maten stående i vanlig romtemperatur og blir dårlig. Det er derfor svært

viktig at helsepersonellet tar seg tid til å sjekke på kjøkkenet og i kjøleskapet, for å se hva slags mat som finnes der, og vurdere om den er spiselig (Birkeland & Flovik, 2018, s. 139).

### 3.4.1 Underernæring

Underernæring kan defineres som en tilstand som oppstår når inntaket av næringsstoffer er mindre enn pasientens behov. Det vil si at mangelen på energi, protein og/eller andre næringsstoffer er det som forårsaker underernæring (Jacobsen & Bye, 2015, s. 650). Den viktigste årsaken til underernæring er akutt sykdom, og vi snakker da om sykdomsrelatert underernæring. Årsakene kan også være sammensatte og komplekse. Tap av appetitt og/eller redusert matinntak, og vekttap er vanlig blant eldre. Dette kalles «anorexia of aging» og kan i likhet med tap av muskelmasse og styrke, betraktes som et geriatrisk syndrom som er assosiert med en rekke negative utfall for pasienten, som sykdom og i verste fall død. Hos eldre reduseres muskelmassen, og det antas at en person på 70 år har mistet ca. 40% av muskelmassen (Mowé, 2002).

Årsakene til underernæring er mange. Noen sentrale risikofaktorer er blant annet endring i kroppssammensetning, aldringsprosessen i seg selv, akutt og kronisk sykdom og den medisinske behandlingen av disse, redusert fysisk funksjon, samt sosiale og miljømessige forhold rundt pasienten. I tillegg kan legemiddelbivirkninger som munntørrhet være med å påvirke appetitten til den eldre. Munntørrhet kan være med å gi pasienten problemer med å svelge eller tygge. Pasienter som har munn- og svelgeproblemer, samt pasienter som bruker flere legemidler samtidig, kan ha redusert opplevelse av tørste og sult, som kan føre til underernæring. Også psykososiale forhold kan påvirke appetitten, da dette for eksempel kan føre til dårlig ernæringsstatus, med tanke på mistriivsel rundt matsituasjonen (Birkeland & Flovik, 2018, s. 138)

Kognitiv svikt, depresjon og sosial isolering er også noen underliggende faktorer for underernæring. I hjemmesykepleien dreier det seg om å tilrettelegge måltider for pasientene som mottar hjelp. Dette kan også være et samarbeid mellom pasient og pårørende. Utfordringen kan ofte være å støtte pasientens selvstendighet og samtidig identifisere helseutfordringer ved redusert vekttap og appetitt. For pasienter som bor alene

med en demenssykdom, kan dette være en spesiell utfordring (Birkeland & Flovik, 2018, s. 135).

### 3.5 Kartlegging av ernæringsstatus

Alle pasienter som mottar hjemmesykepleie, skal få vurdert ernæringsstatus ved oppstart av tjenesten og deretter hver måned, eller et annet faglig begrunnet individuelt opplegg (Guttormsen, et al., 2013, s. 8). Målet er at pasienter som er i en ernæringsmessig risiko eller står i fare for underernæring, skal få en målrettet ernæringsbehandling og identifiseres for ernæringsmessig risiko. I enhver datasamling eller vurdering, enten underveis, eller om det er en førstegangsvurdering, skal en finne ut om pasienten får i seg nok mengder mat, og om maten har et tilfredsstillende næringsinnhold (Birkeland & Flovik, 2018, s. 139). Til selve kartleggingen av ernæringsstatusen finnes det flere verktøy som kan brukes, men det som blir mest brukt er MNA (Mini Nutritional Assessment). MNA består av 18 spørsmål, som dreier seg om appetitt, generell helse, tilstedeværelse av akutt sykdom, evne til mobilitet og fysisk funksjon, selvrappertert helseoppfatning, matinntak (proteiner, væskeinntak, grønnsaker og frukt), psykologisk stress og demenssykdom og antropometriske målinger (KMI, legg- og armomkrets) (Birkeland & Flovik, 2018, s. 140).

KMI (kroppsmasseindeks) blir betraktet som en av de viktigste metodene for å vurdere ernæringsstatus hos eldre pasienter. På grunn av at eldre ofte har høyere andel av fettvev på kroppen, er det ønskelig at verdiene ligger mellom 24 og 27, og for voksne skal verdiene ligge mellom 20 og 24,9. Formelen for å måle KMI er å dele vekt på høyde<sup>2</sup> (Brodtkorb, 2014, s. 304).

NRS 2002 (Nutritional risk screening) er et kartleggingsverktøy der pasienten scores ut fra to hovedkomponenter som er sykdommens alvorlighetsgrad og ernæringstilstand. Den består av en innledende screening og en hoved screening. I den innledende screeningen er det 4 ja/nei spørsmål. Hvis man i denne screeningen svarer ja på et eller flere spørsmål, skal en gå videre til hoved screeningen. I hoved screeningen skal man skåre pasientens ernæringstilstand og sykdommens alvorlighetsgrad fra 0-3. Hvis pasienten er over 70 år skal det legges til et poeng. Pasienter som skårer under 3 poeng er ikke i en ernæringsmessig



risiko. Ved 3 poeng eller mer er pasienten i ernæringsmessig risiko, og målrettet ernæringsbehandling skal iverksettes (Jacobsen & Bye, 2015, s. 643).

Pasienter som er i ernæringsmessig risiko skal ha en ernæringsplan der det står dokumentert ernæringsstatus, inntak og behov av energi og væske, samt tiltak som skal bli gjort. Dette skal gjøres uansett om de er innlagt på institusjon eller de er pasienter i hjemmesykepleien. Ernæringsplanen skal være individuell for alle pasientene og tiltakene skal evalueres jevnlig. Ernæringsplanen skal utarbeides da det ikke er nok å bare vurdere ernæringsmessig risiko for å forebygge underernæring (Guttormsen, et al., 2013, s. 17).

I Helsedirektoratet (2013) sine retningslinjer for å forebygge og behandle underernæring står det at det er viktig med kompetanse, lederforankring, samhandling og definert ansvarsforhold for å oppnå gode resultater. Retningslinjene skal være et hjelpemiddel som skal hjelpe med å oppnå forsvarlighet og god kvalitet i de tjenestene som blir gitt (Guttormsen, et al., 2013, s. s.3).

### 3.6 Forsvarlige tjenester

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) formål er å bidra til å sikre at alle har lik tilgang på tjenester, og skal gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten. Det står også skrevet i §1-1 at loven skal bidra til å fremme tillit mellom pasient og helsepersonell, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkeltes pasient liv, integritet og menneskeverd (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999). Lovens §1-3 definerer helsehjelp som "handlingar som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål som er utført av helsepersonell". Utøving av helsehjelp krever kompetanse, og det stilles formelle og klare krav til hvordan helsehjelpen skal utføres (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999).

Dette er rettigheter som alle norske borgere har uavhengig av pasientstatus.

Helsetjenestene det typisk snakkes om her er blant annet retten til å få hjelp der du er, på sykehus, i institusjon eller hjemme, av personell som respekterer din integritet.

I Helsepersonelloven §4 og i tjenestelovgivningen står det at plikten til forsvarlighet innebærer at helsepersonell som yter helsehjelp har et helhetlig ansvar for pasienten. Dette inkluderer også ansvar for å gi adekvate medisinske, behandlingsmessige og ernæringsmessige tiltak, samt ansvar for å gi pasienten god omsorg (Guttormsen, et al., 2013, s. 8). I tillegg beskriver kvalitetsforskriften for pleie og omsorgstjenestene (2003, §1) at pasienter med demens og andre som har vanskeligheter med å formulere sine behov skal få et tilrettelagt tilbud. Hovedformålet med forskriften er å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven skal få hjelp til å dekke grunnleggende behov, og at dette skal utføres med respekt for den enkelte sin selvbestemmelsesrett, livsførsel og egenverd (Helse- og omsorgsdepartementet, 2003, ss. §1-3).

For hjemmesykepleien gjelder loven om kommunale helse- og omsorgstjenester (2011). I §1-1 står det at loven har som formål å forebygge, sikre kvalitet, et likeverdig tjenestetilbud og tilpasse tilbudet til den hver enkeltes behov (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

Tønnesen og Nortvedt (2012) konkluderer med at hjemmesykepleien ikke dekker pasientens behov ut fra det som er ønskelig og det pasientene faktisk har rett på. Det antydes også at det er uklart hva som er minstenormen for forsvarlig og nødvendige helsetjenester.

Sykepleierne har selv ansvar for å yte faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp (Tønnesen & Nortvedt, 2012).

## 4.0 Presentasjon av forskningsartiklene

### 4.1 «Rutiner for å vurdere ernæringsstatus i hjemmesykepleien»

Artikkelen er en kvantitativ tverrsnittundersøkelse som er skrevet av Aagaard & Grøndahl (2017). Artikkelforfatterne sendte ut et spørreskjema til lederne og helsepersonell i hjemmesykepleien om hvorvidt de kjente til Helsedirektoratets retningslinjer og hvilke prosedyrer de hadde på arbeidsplassen for å kartlegge ernæringsstatus. En av tre svarte at hjemmesykepleien hadde skriftlige prosedyrer for å vurdere ernæringsstatus. 37% av helsepersonellet og 67% av lederne oppga at de kjente til retningslinjene. 80% av lederne og 69% av helsepersonellet svarte at de ikke var normalt å veie pasientene ved innskriving i hjemmesykepleien, selv om dette står i retningslinjene. Denne artikkelen viste at

kartleggingen av ernæringsstatus i hjemmesykepleien er mangelfull og at helsepersonell ikke har nok kunnskap på området ernæring eller om retningslinjene i forhold til underernæring. Det blir konkludert med at det bør utarbeides skriftlige prosedyrer i tillegg til bruk av retningslinjene som allerede finnes i kommunene for å vurdere ernæringsstatus. Samt at opplæring av helsepersonell bør være mer prioritert i kommunene (Aagaard & Grøndahl, 2017).

#### 4.2 «Ernæringskartlegginga i heimesjukepleien kan betrast»

Artikkelen "Ernæringskartlegginga i heimesjukepleien kan betrast" er et fagfellevurdert vitenskapelig essay skrevet av Melheim og Sandvoll (2017). Artikkelen er basert på kjent litteratur, men har ikke en systematisk litteraturgjennomgang. Bakgrunnen for artikkelen er at studier viser at 50 % av de eldre som får hjelp av hjemmesykepleien er underernærte eller står i fare for å bli det. Ifølge retningslinjene for helsetjenester skal alle pasienter skal få kartlagt ernæringsstatus med jevne mellomrom, uten gode kartleggingsrutiner kan det være vanskelig å oppdage underernæring.

Hensikten med denne studien er å argumentere for det beste kartleggingsverktøyet for underernæring blant eldre som får hjelp fra hjemmesykepleien. I artikkelensvises det til flere studier som konkluderer med at MNA (mini nutritional assessment) sin kortversjon er vurdert til å være best å bruke til kartlegging i hjemmesykepleien. Sykepleierne ønsker mer kompetanse på området for å møte dette behovet, samt tydeligere ansvarsdeling. Ernæringskartlegging gjør det lettere å oppdage ernæringsvansker før det oppstår underernæring (Melheim & Sandvoll, 2017).

#### 4.3 «Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens»

Artikkelen «underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens» er en kvantitativ tverrsnittstudie skrevet av Rognstad, Brekke, Holm, Linberg, & Lühr (2013). Artikkelen kartlegger og belyser ernæringsstatusen til eldre pasienter med demens og kognitiv svikt som får hjelp fra hjemmesykepleien.

Bakgrunnen og resultat for studien er at underernæring er svært utbredt blant hjemmeboende med demens, omtrent 50% var enten underernærte eller hadde stor fare for å bli underernært. De skriver at en stor risikofaktor var å være kvinne og ha problemer med matinntak. I studien til blir det skrevet at de som er hyppigst utsatt for feilernæring/underernæring er blant annet pasienter med ulike former for demens. Forstyrret appetitt og spiseatferd er et betydelig problem hos pasienter med demens som bor hjemme, viser en norsk studie.

Konklusjon viser at for å forebygge underernæring blant personer med demens er det avgjørende at helsepersonell er kjent med risikofaktorer for underernæring (Rognstad, Brekke, Holm, Linberg, & Lühr, 2013). Den viser at det er viktig å lage en oversikt over mengde og typer væsker som inntas for å kartlegge mat og drikkeinntak. For mange med demens er tilrettelegging, måltidsmiljø og sosial interaksjon viktig for å oppnå økt energiinntak, trivsel og fysisk funksjon. Studier viser også at kommunikasjon mellom omsorgsperson og pasient er avgjørende for å gjøre måltid til en positiv opplevelse (Rognstad, Brekke, Holm, Linberg, & Lühr, 2013)

#### 4.4 «The nutritional care of people living with dementia at home: A scoping review»

Artikkelen er en oversiktsartikkel skrevet av Mole, Kent, Abbott, Wood, & Hickson (2017). I artikkelen blir det skrevet at flere og flere lever med demens i eget hjem nå enn tidligere, ofte får de støtte og hjelp fra et familiemedlem. Litteraturstudien er utført mellom juli 2016 og september 2016 og undersøkte hvilken kunnskap som eksisterer per i dag, og identifiserer hull i forskningen som er gjort hos ernæring blant personer med demens som bor hjemme. Dette inkluderte de påvirkningene som kan ha blitt prøvd eller jukset med, og synspunktene fra de som har bodd med personer med demens, omsorgspersoner og pleiere. Kvalitative og kvantitative studier som så på ernæringsmessig omsorg blant personer som bor hjemme ble også inkludert (Mole, Kent, Abbott, Wood, & Hickson, 2017).

Det var tre kategorier som representerte resultatene: tidlig identifisering av ernæringsmessig risiko og påfølgende regelmessig oppfølging av ernæringsstatus,

påvirkningen av pleiepersonalet som hadde med ernæringsstatus å gjøre og skreddersydde intervensjoner. Mange av studiene identifiserer personer som bor hjemme med demens som en ekstra sårbar gruppe. I de fleste studiene ble det brukt MNA som verktøy for å kartlegge ernæringsstatusen til de demente pasientene. I noen av studiene som ble undersøkt ble det brukt kartleggingsverktøy som var spesielt laget for pasienter med demens. Det ble gitt undervisning innen ernæring, til omsorgspersonene i 3 av undersøkelsene. Varigheten på undervisningen var 6 mnd. To av de tre studiene som ble gjort rapporterte en stor økning i ernæringsstatus hos de gruppene som hadde omsorgspersoner med utdanning, i forhold til kontrollgruppene med omsorgspersoner uten noen utdanning. Det blir også skrevet at det er mangel på forskning som ser på rollen hjemmehjelp og helsepersonell har i forhold til kartlegging av ernæringsstatus og tiltak knyttet til det, og at det derfor er et behov for mer forskning for å undersøke hvordan det emosjonelle aspektet til omsorgspersonen påvirker ernæringsstatusen til pasientene. Det er derimot gjort en del forskning på hvordan pårørende sin relasjon til pasienten kan øke ernæringsstatusen til pasienter med demens, og hvor viktig et tillitsforhold er for ernæringsstatus (Mole, Kent, Abbott, Wood, & Hickson, 2017).

## 5.0 Drøfting

Vår problemstilling er "Hvordan kan sykepleier forebygge underernæring hos hjemmeboende pasienter med demens?".

### 5.1 Kartlegging og observasjoner

Vår erfaring er at dette er et område det er relativt lite kunnskap om i driftsområdene, til tross for at det er et fokusområde fra Helsedepartementet. I teorien legges det vekt på at et viktig tiltak for å forebygge underernæring generelt er å benytte kartleggingsverktøy som kan identifisere eventuelle problemer knyttet til ernæring. I en undersøkelse som det er referert til i artikkelen "Hva er faglig forsvarlig hjemmesykepleie?" av Tønnessen og Nortvedt (2012) ble det brukt et ernæringsverktøy MNA Kortversjon for å kartlegge underernæring hos pasienter mellom 65-96 år som fortsatt bodde hjemme. Erfaringene med bruk av verktøyet var gode. Også i studiene til Mole et al., (2017) og Melheim/Sandvoll

(2017) blir det skrevet at MNA er det instrumentet som er tryggest og mest brukt ved screening av eldre personers ernæringsstatus. Forekomsten av pasienter som sto i fare for å bli underernært varierte fra 13,5 prosent til 22,5 prosent. Helsedirektoratet (2013) har kommet med anbefalinger i sine nasjonale retningslinjer, der de har skrevet hvilke verktøy de anbefaler til bruk av kartlegging av underernæring. I 2010 gjennomførte også statens helsetilsyn en ernæringskartlegging i 21 kommuner, i 7 forskjellige fylker i Norge. Der viste det seg at det var lovbrudd i to av tre kommuner. Tilsynet sin konklusjon var at det i mange kommuner var for lite kunnskap om ernæring og lite oppmerksomhet rundt ernæringsvikt knyttet til eldre (Aagaard & Grøndahl, 2017).

I helsedirektoratets retningslinjer (2013) blir det skrevet at alle pasienter skal få kartlagt ernæringsstatus med jevne mellomrom, og at uten kartleggingsrutiner kan det være vanskelig å oppdage underernæring. Enhver vurdering eller datasamling bør inkludere en grundig undersøkelse av ernæringsstatus (Birkeland & Flovik, 2016, s. 66). Melheim og Sandvoll (2017) mener at ved å bruke MNA skjemaet kan man kartlegge ernæringsstatus og forebygge eventuell underernæring hos eldre. I hjemmetjenesten har vi erfart at screening ofte ikke blir gjennomført når det skal eller at det ikke skjer i det hele tatt i møte med pasienten. Derfor understreker helsedirektoratet (2013) at det er viktig å kartlegge pasientene. Hvis det blir lagt inn rutiner på at det skal bli tatt ernæringsstatus på pasientene med en gang det blir tatt vedtak på dem, og så månedlig eller ukentlig framover ut fra pasientens behov, vil det kunne gjøre at det blir mindre underernæring i hjemmetjenesten. Vi tenker at ved å skrive det inn som huskeliste i pasientjournalen eller i planbok på arbeidsplassen, vil dette kunne gjøre det om til en rutine.

Resultatene nevnt i første avsnitt kan tyde på at screening ikke gjennomføres, og dette kan være en konsekvens av manglende forståelse for hvorfor screening er viktig. For å kunne gjøre disse screeningene krever det at personalet får nok kunnskap om hvordan de skal bruke disse kartleggingsverktøyene og at alt som blir observert hos pasienten blir skrevet inn i pasientjournalen. Det er viktig at man etter hver screening legger inn funnene i journalen og lager tiltak ut fra disse. Dette vil også gjøre at helsepersonell som skal til pasienten er klar over pasientens ernæringsstatus og tiltakene som skal bli gjort under tilsynet. Det er også viktig at hjemmesykepleien kjenner til risikofaktorene ved underernæring og at det blir

sørget for at tiltak for å forebygge underernæring blir iverksatt tidligst mulig (Rognstad, Brekke, Holm, Linberg, & Lühr, 2013).

Som helsepersonell skal vi observere en del symptomer ved en pasient uavhengig av alder og kjønn. Tretthet, blekhet, slapphet, forvirring, nedstemt eller tiltaksløshet, som kan være symptom på at pasienten har en utilstrekkelig ernærings situasjon (Birkeland & Flovik, 2018, s. 140). Men når det gjelder vekt settes det som regel ikke i gang tiltak før helsepersonell observerer at klær er blitt for store eller sitter dårlig. Andre tiltak som skal kunne virke forbyggende er vektkontroll. Omtrent som med spedbarn er det viktig å kontrollere vekten til personer som er i risikoutsatte grupper. Månedlig vektkontroll er også et tiltak som er anbefalt av blant annet Birkeland & Flovik (2018, s. 140). Men ved underernæring, infeksjonssykdommer eller at pasienten står i risiko for underernæring bør det tas vektkontroll hver uke. Hvis vekten går ned, er det viktig at helsepersonell iverksetter tiltak tidlig (Birkeland & Flovik, 2018, s. 140).

Det viktigste verktøyet som blir brukt for å vurdere ernæringsstatusen til pasientene er veiing, dette skal gjøres ved inntak som pasient i hjemmesykepleien, og deretter regelmessig (Birkeland & Flovik, 2018, s. 141). I tillegg er utregning av KMI et viktig verktøy (Brodtkorb, 2014, s. 303). I hjemmesykepleien kan det være en utfordring å måle KMI hos en pasient, fordi vedkommende ikke har en vekt tilgjengelig hjemme. Derfor er det viktig at helsepersonell kan snakke med pårørende, sånn at de kan kjøpe inn en vekt, eller at sykepleierne kontakter innkjøp i kommunen for å få tak i vekt til pasienter som er i risikozonen. Erfaringer fra praksis har vist at vekt ikke alltid har vært tilgjengelig på arbeidsplassen, dette på grunn av at vekten ofte blir glemt og dermed blir borte, eller at den er ødelagt. Dette kan medføre at folk ikke har tid eller mulighet til å lete etter vekten og dermed glemmer å måle KMI hos pasienten. Når hverken kommunene eller pasientene har personvekter kan det dermed bli problemer med oppfølgingen av ernæringsstatusen. Det er da viktig at helsepersonell vet hva de skal observere for å se om pasientene går ned i vekt. Ifølge Birkeland og Flovik (2018, s. 135) er det å lage mat og drikkelister et tiltak som kan være fornuftig. Listene føres av hjemmesykepleien, med supplering fra pårørende om nødvendig. (Birkeland & Flovik, 2018, s. 135).

## 5.2 Dokumentasjon, sykepleieprosessen og ernæringsplan(tiltak)

I hjemmetjenesten er det ofte forskjellige personer som kommer til hvert tilsyn, og det er ikke alltid at personalet som kommer kjenner pasienten eller vet hva de skal se etter med tanke på ernæring (Birkeland & Flovik, 2018, s. 136). Dette kan igjen gjøre at det blir vanskelig å kunne kartlegge og identifisere matinntak og væskeinntak, og det kan dermed bli vanskelig å forebygge underernæring. Når personalet ikke har kjennskap til pasienten, kan det gjøre at pasienten også vil føle seg usikker. Det kan føre til at personalet ikke får lov til å hjelpe pasienten med det som er nødvendig. Vi har erfart i praksis at ved å sette seg ned med pasienten under måltid og ta en liten matbit selv har gjort at pasienten spiser det som blir laget, selv om pasienten tidligere kan ha sagt at han allerede har spist eller ikke er sulten. Som helsepersonell skal man alltid ha fokus på å ivareta pasientens selvbestemmelsesrett og autonomi. Det skal tas hensyn til den enkelte pasient sine døgnrutiner, matvaner og egne ønsker når det skal utarbeides en ernæringsplan (Jacobsen & Bye, 2015, s. 620). Som helsepersonell er det viktig å dokumentere om pasienten har behov for tilrettelegging under måltidene og at dette blir registrert i IPLOS, sånn at helsepersonell får tildelt mer tid på oppdragene sine, slik at de ikke bare har fem minutter for å være tilstede og tilberede måltidet.

En viktig del av å jobbe som sykepleier i hjemmetjenesten er dokumentasjon. I følge helsepersonelloven §39 (1999) er alle sykepleiere som gir helsehjelp pliktig til å føre journal. Helsepersonelloven §40 (1999) skriver at alle relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen skal skrives ned (Molven, 2016, s. 198). I denne sammenheng skal alle tiltak og vurderinger som er gjort av pasienten skrives ned i journalen. Hvis pasienten er underernært eller i fare for å bli det, skal det dokumenteres sånn at hvis pasienten blir overført til sykehus eller sykehjem har de nok informasjon om pasienten til å kunne gi riktig behandling. Dokumentasjon om underernæring bør også sendes til fastlegen, sånn at det kan opprettes et samarbeid om ernærings situasjonen om nødvendig (Birkeland & Flovik, 2016, s. 67). Vi har selv erfart å komme på jobb en helg og ikke ha tilgang til pasientjournalen. Dette kan føre til at personalet som skal innom pasienten ikke har fått beskjed om at pasienten er i fare for underernæring og at det er blitt satt i gang viktige forebyggende tiltak. I hjemmetjenesten jobber det mange ufaglærte som kanskje ikke vet



hvordan man skal observere og finne ut om pasientene er underernært eller ikke, dette kan igjen gjøre at pasienten ikke får forsvarlig helsehjelp. Som sykepleiere har vi ansvar for å veilede ufaglærte personal, slik at de vet hva som skal gjøres og hvorfor (Brodtkorb, 2014, s. 306). Hvis ikke dette blir gjort kan det føre til uheldige rutiner, som kan bidra til at pasienten ikke får tilfredsstilt sine grunnleggende behov på en forsvarlig måte (Brodtkorb, 2014, s. 306). For å unngå at dette skal oppstå er det viktig at vi som sykepleiere har en god dialog mellom alle ansatte, og at rutinene for dokumentasjon på arbeidsplassen er klare og tydelige (Aagaard & Grøndahl, 2017). Vi har selv erfart at dokumentasjon kan være tidskrevende og belastende å gjøre på slutten av vekten. Vi har observert at det ikke alltid blir skrevet rapport eller dokumentert hva som har blitt gjort i løpet av dagen på grunn av tidspress. Dette kan føre til at pasienten sine behov og krav ikke blir utført på neste vakt.

En studie som tar for seg rutiner for vurdering av ernæringsstatusen viser til at mye av svikten rundt ernæringsarbeidet i hjemmesykepleien tilskrives mangel på skriftlige prosedyrer, selv om virksomheten skal ha slike, i henhold til forskrift for kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (Aagaard & Grøndahl, 2017). Det er mange innen helse som mangler kunnskap om ernæring, og det er kun en av tre som har lest retningslinjene om behandling og forebygging av underernæring fra helsedirektoratet. Det er ikke bare kunnskap det er mangel på innen ernæring i hjemmesykepleien, men også rutiner og hvordan systemet virker på hver avdeling (Birkeland & Flovik, 2018, s. 141). Manglende kunnskap om ernæring og retningslinjene rundt forebygging er noe som blir trukket fram i mange studier. I en undersøkelse som ble gjort i en av våre praksisperioder så vi at personalet ikke hadde nok kunnskap om ernæring, og hadde dermed ikke forståelse for viktigheten av å veie pasientene regelmessig å følge med på hvor mye de spiste og drakk i løpet av dagen. Samt at personalet ikke hadde nok tid til pasientene for å kunne vurdere ernæringsstatusen.

### 5.3 Kommunikasjon, hukommelse og samarbeid

I sykepleieutdanningen lærer vi at god ernæring er viktig for å kunne opprettholde en god helse. Når pasientene selv ikke klarer å opprettholde et godt kosthold, er det vår oppgave som sykepleiere å hjelpe pasientene med dette. Ifølge Mole et al., (2017), Rognstad et al., (2013), samt litteratur er pasienter med demens en av de pasientgruppene som har særlig

stor risiko for feil- eller underernæring. Årsakene til dette kan være at pasienter med demens ofte glemmer å spise og drikke, og at de strever med å lage maten selv. Kommunikasjon kan også gjøre det vanskelig for både den demente og sykepleieren, da pasienten ikke alltid forstår hva sykepleieren spør om eller forsøker å meddele og omvendt. Pasienter med demens har ofte lav toleranse for stress, og mye stimuli på en gang kan virke forvirrende (Brodtkorb, 2014, s. 310). Nasjonalt råd for ernæring anbefaler at det bør spises fire måltider hver dag (Birkeland & Flovik, 2016, s. 67). Hos pasienter med demens kan dette være vanskelig å opprettholde på grunn av hukommelse, samt at eldre ikke har samme sultfølelse som yngre personer (Brodtkorb, 2014, s. 301). Sykepleiere skal ivareta pasientens grunnleggende behov. Et sentralt område innen grunnleggende behov er at pasienten får i seg tilstrekkelig med mat og drikke (Birkeland & Flovik, 2016, s. 67).

Martinsen peker på at relasjon mellom sykepleier og pasient er viktig (Birkeland & Flovik, 2018, s. 35). I Nærhetsetikken pekes det også på at vi som sykepleiere må være oppmerksomme på det særskilte ved den enkelte sin situasjon, og at fokuset skal ligge på samspillet som oppstår mellom sykepleier og pasient. Martinsen sier også at en ut fra en følsom åpenhet ser sykepleieren personen bak sykdommen og bruker faglighet for å kunne forstå pasienten og handle ut fra det (Brinchmann, 2016, s. 126). Som sykepleierstudenter får vi høre fra første dag på studiet at det er viktig å se personen bak sykdommen, som vil si å sette oss inn i pasientens liv og interesser. Dette kan være med på å skape en tillitsrelasjon som er spesielt viktig i møte med pasienter med demens som ofte er utrygge (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 422). Trygghet og god kommunikasjon i møte med pasientene er viktig for å kunne behandle pasienten på best mulig måte. Dette innebærer at pasienten ikke kan ses som et isolert individ, men må ses i en sosial sammenheng. Pasienten må kunne føle seg sett av helsepersonell og at det oppstår en likeverdig kontakt mellom helsepersonell og pasient (Birkeland & Flovik, 2018, s. 35). Kommunikasjon til demente pasienter må være tydelig og ikke preget av stress. God kommunikasjon er viktig for å skape gode relasjoner og tillit hos pasienter med demens. Dette støttes også i Rognstad et al., (2013) og Mole et al., (2017) sine artikler der det pekes på at god kommunikasjon mellom pasienten og omsorgspersonen er viktig for å gjøre måltidet til en positiv opplevelse, samt at tiltak blir satt i gang på et tidlig stadium for å forhindre underernæring og sykdom (Rognstad, Brekke, Holm, Linberg, & Lühr, 2013).

Studien «Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens» viser til at en stor andel av pasientene med kognitiv svikt som bor hjemme og mottar hjemmesykepleie står i fare for underernæring eller er i en ernæringsmessig risiko. Studien viser også til at pasienter som tar matinnkjøpet sitt selv, har en lavere sannsynlighet for å være underernært enn de som får hjelp til matinnkjøpet (Rognstad, Brekke, Holm, Linberg, & Lühr, 2013). Det blir også støttet i alle artiklene som vi har valgt å ha med i oppgaven. Dette vil si at det ikke bare er et problem her i landet, men også internasjonalt.

Det er viktig å tilrettelegge måltidene til pasientene på best mulig måte, som å slå av tv om den står på, samt ta bort ting som kan distrahere pasienten mens han spiser (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 428). Ensomhet kan også spille en stor rolle for pasienten, da det kan redusere matlysten (Brodtkorb, 2014, s. 309). Det er derfor viktig at vi som sykepleiere setter oss ned og bruker tid hos disse pasientene, selv om vi kan føle at vi egentlig ikke har tid til det og at det blir satt av nok tid til disse pasientene på dagsplanen. Vi har erfart at et stort problem i møte med pasienter med demens ofte er at de sier at de har spist, enten for at de har glemt at de har spist eller ikke, eller for at de ser at vi har dårlig tid. Selv om pasientene har demens, betyr ikke dette nødvendigvis at de ikke forstår når personalet er stresset under tilsyn. En setning vi har fått høre mye fra pasientene vi har vært innom er at «de klarer seg selv og ordner mat når de er sulten». Derfor er det viktig at vi som helsepersonell observerer matinntak og omgivelsene rundt pasienten på den tiden vi har inne hos pasienten.

Som nevnt tidligere i teoridelen er det også viktig at man har tid til å observere matvarene pasientene har hjemme, om de for eksempel har god holdbarhetsdato og at pasienten har nok mat til hele uken. Har ikke pasienten nok mat, er det viktig at man som helsepersonell kan kommunisere med pårørende, sånn at de kan stå for handling av mat eller at pasienten får tilkjørt middag fra kommunen. Vi har erfart at pasienter med demens ofte kan være vanskelig å kommunisere med, på grunn av manglende språkforståelse og hukommelsesproblemer. Det er derfor viktig at dialogen mellom helsepersonell og pårørende er god. Pårørende kjenner ofte pasienten bedre enn helsepersonell og kommuniserer bedre med pasienten. Pårørende kan for eksempel hjelpe til med å lage en handleliste over hvilken mat og drikke pasienten liker, sånn at vedkommende får den

næringen han/hun har behov for. Ved at pasienten får mat han/hun ønsker og liker, kan dette påvirke ernæringsstatusen på en positiv måte (Birkeland & Flovik, 2016, s. 63).

I noen kommuner er det tidspress i hjemmesykepleien, det vil si at de kanskje bare har fem minutter hos en pasient for å tilberede måltidet, før de må videre på neste oppdrag. Men dette er ikke tilstrekkelig. Det er ikke bare tidspress det står på, men også økonomi. I noen kommuner blir tilberedning av mat karakterisert som hjemmehjelp eller praktisk bistand, noe som betyr at pasienten må betale ekstra for at helsepersonell skal tilberede maten (Birkeland & Flovik, 2018, s. 142). Egne erfaringer viser at mange eldre pasienter som bor hjemme alene har lav pensjon, og det fører til at de ikke har råd til å betale for praktisk bistand. Det er da viktig at vi som sykepleiere er flink til å dokumentere at dette er et grunnleggende behov som ikke blir ivaretatt, og at pasienten skal få personlig bistand for å ivareta ernæringsbehovet. Dersom pasienten har åpenbare, skjulte eller sammensatte problemer rundt inntaket av næring, er det viktig at hjemmesykepleien betrakter dette som et behov for personlig bistand, og at oppdraget blir karakterisert som nødvendig og rettmessig helsehjelp. Dette kan være med på å redusere underernæring hos pasienter som bor hjemme (Birkeland & Flovik, 2018, s. 143).

## 6.0 Konklusjon

Som en følge av at levealderen stadig er økende, er personer med demens en økende pasientgruppe som vi i større grad vil møte både som privatpersoner, som pårørende og profesjonelle sykepleiere.

For å forebygge underernæring er det viktig at både helsepersonell (og pårørende) har kunnskap og kompetanse om hvordan forebygge underernæring. For helsepersonell er det viktig at det gis regelmessig kompetansepåfyll i form av informasjon og kurs. Det må fremdeles forskes på området og resultatene av forskningen må deles.

Vi har i denne oppgaven sett på hvordan sykepleiere kan forebygge underernæring, og hvilke risikofaktorer vi må kjenne til. Vi har også fått en forståelse for at det er viktig å iverksette tiltak så tidlig som mulig og bruke de kartleggingsverktøyene og retningslinjene som er laget

for å forebygge underernæring. En av risikofaktorene ved demens er underernæring, og det er derfor viktig at sykepleieren har et spesielt stort fokus og har nok kunnskap om denne pasientgruppen. Vi ser at i dagens samfunn faller ofte pasienter med demens mellom to stoler. Dette støttes i det som skrives i artiklene om at omtrent halvparten av hjemmeboende pasienter med demens er underernært eller i fare for å bli det. Forskning viser at noen av de største problemene hos eldre som bor hjemme og som er demente er ernæring. Dette fører til at denne pasientgruppen blir ansett som en risikofaktor, også av helsedirektoratet sin Demensplan (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Både forskning, litteratur og egne erfaringer viser at en må tilrettelegge måltidene og ha mer tid inne hos pasienter med demens. Helsepersonell mangler generell kunnskap om ernæring og de ulike kartleggingsverktøyene som blir brukt, og at dette er et problem som har vært i flere tiår.

Vi har sett at måten personalet kommuniserer med pasientene er en viktig faktor for å opprettholde god ernæringsstatus og generelt grunnleggende behov. God kommunikasjon skaper trygghet og tillit hos pasientene, som igjen gjør at faren for å bli underernært er mindre. Gjennomgang av de mest brukte kartleggingsverktøyene har vist at det er viktig å ha kunnskap om hvordan de fungerer, hva de inneholder og kunne vurdere hvilke som er best å bruke til denne pasientgruppen. Ved at det blir lagt inn en rutine på at det alltid skal gjøres ernæringscreening på nye pasienter og deretter regelmessig, vil det kunne forebygge underernæring.

Etter å ha skrevet denne oppgaven har vi sett at vi som sykepleiere kan være med på å skape bevissthet rundt problematikken gjennom å fokusere på at kommunikasjon med eldre og demente krever tid og tillit. Gode rutiner, enkelt planverk som gjør det enkelt for sykepleiere og pårørende å kontrollere at den demente har spist, kunnskap om kartleggingsverktøy og ernæring, samt fokus på en rolig atmosfære i måltidsituasjonen er viktig. Vi har også lært at det er viktig å opprette ernæringsplan for pasienter som er underernært, eller i fare for å bli det, samt at tidlig igangsetting av tiltak er viktig. Ernæringsplanen bør helst ligge hjemme hos pasienten, da det hender at ikke alle har tilgang til pasientjournal, og det dermed ikke blir fulgt opp.

## Bibliografi

- Aagaard, H., & Grøndahl, V. A. (2017, Mars 15). *Rutiner for å vurdere ernæringsstatus i hjemmesykepleien*. Hentet April 09, 2019 fra Sykepleien.no: <https://sykepleien.no/forskning/2017/03/rutiner-vurdering-av-ernaeringsstatus-i-hjemmesykepleien>
- Birkeland, A., & Flovik, A. M. (2016). Hjemmesykepleie - definisjon, bakgrunn og rammer. I *Sykepleie i hjemmet* (ss. 13-24). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Birkeland, A., & Flovik, A. M. (2016). Hjemmesykepleie som fagområde. I *Sykepleie i hjemmet* (ss. 25-42). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Birkeland, A., & Flovik, A. M. (2016). Hygiene og ernæring. I *Sykepleie i hjemmet* (ss. 56-67). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Birkeland, A., & Flovik, A. M. (2016). Pasientens hjem som arbeidsarena . I *Sykepleie i hjemmet* (ss. 43-55). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Birkeland, A., & Flovik, A. M. (2016). Pasienter med demens. I *Sykepleie i hjemmet* (ss. 89-94). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Birkeland, A., & Flovik, A. M. (2018). Ernæring . I *Sykepleie i hjemmet* (ss. 135-143). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Birkeland, A., & Flovik, A. M. (2018). Hjemmesykepleie som fagområde. I *Sykepleie i hjemmet* (ss. 33-48). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Birkeland, A., & Flovik, A. M. (2018). Samarbeid, samhandling og organisering . I *Sykepleie i hjemmet* (ss. 94-111). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Brinchmann, B. S. (2016). Nærhetsetikk. I *Etikk i sykepleien* (4. utg., ss. 114-129). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Brodtkorb, K. (2014). Ernæring, mat og måltider. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie - God omsorg til den gamle pasienten* (ss. 301-315). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Guttormsen, A. B., Hensrud, A., Irtun, Ø., Mowé, M., Sørbye, L. W., Thoresen, L., . . . Smedshaug, G. B. (2013, April). *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*. Hentet April 09, 2019 fra Helsedirektoratet.no: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/underernaering>
- Helse - og omsorgsdepartementet. (2017-2018). *Meld.st.15 (2017-2018)*. Hentet April 16, 2019 fra Regjeringen.no: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/sec1>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1999, Juli 02). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*. Hentet Mai 15, 2019 fra Lovdata.no: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2003, Juni 27). *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunen og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.* Hentet Mai 10, 2019 fra Lovdata.no:  
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011, Juni 24). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*. Hentet Mai 15, 2019 fra Lovdata.no: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015, Desember). *Demensplan 2020*. Hentet April 16, 2019 fra Regjeringen.no:  
[https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan\\_2020.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020.pdf)
- Heyn, L. (2015). Kommunikasjon - menneskets grunnleggende behov for å forstå og å bli forstått. I E. K. Grov, & I. M. Holter, *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie - sykepleieboken 1* (5. utg., ss. 391-392). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Jacobsen, E. L., & Bye, A. (2015). Ernæring. I G. K. Ellen, & I. M. Holter, *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie - sykepleieboken 1* (ss. 619-673). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Melheim, B. G., & Sandvoll, A. M. (2017, Desember 20). *Ernæringskartlegginga i heimesjukepleien kan betrast*. Hentet April 09, 2019 fra Sykepleien.no:  
<https://sykepleien.no/forskning/2017/12/ernaeringskartlegginga-i-heimesjukepleien-kan-betrast>
- Mole, L., Kent, B., Abbott, R., Wood, C., & Hickson, M. (2017, Desember 08). *The nutritional care of people living with dementia at home: A Scoping review*. Hentet April 09, 2019 fra Wiley Online Library:  
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/hsc.12540?fbclid=IwAR24m2oZelV8REIDY8klgcFKffoxlPhrnkqjDAPxQvfOqKN4sakXlfH0UY>
- Molven, O. (2016). Dokumentasjon og pasientjournal . I *Sykepleie og jus* (ss. 185-199). Oslo: Gyldendal juridisk .
- Mowé, M. (2002, Mars 20). *Behandling av underernæring hos eldre pasienter*. Hentet Mai 22, 2019 fra Tidsskriftet: <https://tidsskriftet.no/2002/03/tema-geriatri/behandling-av-underernaering-hos-eldre-pasienter?fbclid=IwAR0d1cz1ntzBypDwJKEhpi5vw8LSlmjgln9GI6G9o1Fd8K1mOCX92FZMk2k>
- Nasjonale kompetansetjeneste. (2017, Oktober 12). *Demenssykdommer*. Hentet April 11, 2019 fra Aldring og helse:  
<https://www.aldringoghelse.no/demens/demenssykdommer/>
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M. (2013). Kritisk vurdering. I *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok* (2. utg., ss. 67-162). Oslo: Akribe.

- Rognstad, M.-K., Brekke, I., Holm, E., Linberg, C., & Lühr, N. (2013, Desember 10). *Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens*. Hentet April 09, 2019 fra Sykepleien.no: <https://sykepleien.no/forskning/2013/11/underernaering-hos-eldre-hjemmeboende-personer-med-demens>
- Skovdahl, K., & Berentsen, V. D. (2014). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie - God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., ss. 408-437). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Thidemann, I. J. (2015). Valg av metode . I *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter - Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (ss. 76-82). Oslo: Universitetsforlaget.
- Thidemann, I. J. (2015). Litteratursøk . I *Bacheloroppgave for sykepleierstudenter - Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (ss. 83-99). Oslo: Univeristetsforlaget.
- Tveiten, S. (2009). Sykepleierens funksjons og ansvarsområder. I *Pedagogikk i sykepleiepraksis* (2. utg., ss. 23-29). Bergen: Fagbokforlaget.
- Tønnessen, S., & Nortvedt, P. (2012, Oktober 03). *Hva er faglig forsvarlig hjemmesykepleie?* Hentet April 15, 2019 fra Sykepleien.no: <https://sykepleien.no/forskning/2012/10/hva-er-faglig-forsvarlig-hjemmesykepleie>





# Høgskulen på Vestlandet

## SK152 - Bacheloroppgave i sykepleie

SK152

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	23-05-2019 09:00	<b>Termin:</b>	2019 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	07-06-2019 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave i sykepleie	<b>Studiepoeng:</b>	15
<b>SIS-kode:</b>	203 SK152 1 O 2019 VÅR FORDE		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

**Kandidatnr.:** 141

### Informasjon fra deltaker

**Antall ord \*:** 8610

**Egenerklæring \*:** Ja

**Inneholder besvarelsen  
konfidensiell materiale?:** Nei

**Jeg bekrefter at jeg har  
registrert oppgavetittelen  
på norsk og engelsk i  
StudentWeb og vet at  
denne vil stå på  
vitnemålet mitt \*:** Ja

### Gruppe

**Gruppenavn:** (Anonymisert)

**Gruppenummer:** 10

**Andre medlemmer i  
gruppen:** 178

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \*

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \*

Nei