



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGÅVE

Demens og underernæring

Dementia and malnutrition

**Kandidatnummer: 436**

SK152 - Bachelor i sjukepleie

Campus Førde/avdeling for helsefag

07.06.2022

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle

kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. *Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.*

## Samandrag

**Tittel:** Demens og underernæring.

**Bakgrunn for val av tema:** Det er om lag 80 000 personar i Noreg som har ein demenssjukdom. I tillegg er det 25 000-30 000 eldre personar som har problem med hukommelsen, og som sannsynlegvis har ein mild kognitiv svikt som kan lede til demens. Underernæring er eit gjentakande problem hos denne pasientgruppa av forskjellige årsaker. Over halvparten av heimebuande eldre som mottar offentleg omsorgstenester, har eller står i fare for å få feil- og underernæring.

**Problemstilling:** Korleis førebygge underernæring hos heimebuande personar med demens?

**Metode:** Oppgåva er basert på litteraturstudie. Kjeldene som er nytta, er fire forskingsartiklar, faglitteratur og nokre døme frå egne erfaringar frå praksis. Forskinga som er blitt brukt er retta mot eldre menneske med demens som står i fare for underernæring, og ulike screeningsverktøy ein sjukepleiar kan nytte for å kartlegge underernæring.

**Oppsummering av funn og konklusjon:** Ernæringsproblematikk er samansett og demenssjuke pasientar som bur åleine er ekstra utsett for underernæring. Det er utfordrande å kartlegge mat- og drikkeinntaket hos heimebuande pasientar. Det er avgjerande at helsepersonell og pårørande har nok kunnskap om underernæring, og sjukepleiar må nytte sin kompetanse og legge til rette for eit godt samspel med pasientens familie. Sjukepleiar skal ernæringskartlegge pasienten ein gong per måned, og har eit særskilt ansvar å førebygge underernæring, noko som vil krevje systematisk arbeid der personsentrert demensomsorg er ein anbefalt tilnærming.

**Nøkkelord:** Demens, underernæring, ernæring og heimetenesta.

## **Abstract**

**Title:** Dementia and malnutrition.

**Background for choice of topic:** About 80,000 people in Norway have dementia. In addition, there are 25,000-30,000 elderly people who have memory problems, who likely have a mild cognitive impairment that can lead to dementia. Malnutrition is a recurring problem in this patient group for different reasons. More than half of the elderly who live at home and receive public care services are at risk of malnutrition.

**Research question:** How to prevent malnutrition in home residents with dementia?

**Methodology:** The assignment is based on a literature study. The sources used in this assignment is four research articles, professional literature and some examples from my own experiences from practice. The research that has been used is aimed at older people with dementia who are at risk of malnutrition, and various screening tools nurses can use to map malnutrition.

**Summary of findings and conclusion:** Nutrition problems are complex and patients with dementia who live alone are extra exposed to this problem. It is challenging to map the food and drinking intake of patients living at home. It is crucial that healthcare professionals and relatives have enough knowledge about malnutrition, and nurses must use their expertise and facilitate good interaction with the patient's family. The nurse must map the patient's nutrition once a month, and has a responsibility to prevent malnutrition, something that will require systematic work where person-centered dementia care is a recommended approach.

**Keywords:** Dementia, malnutrition, nutrition and homecare services.

## Innhald

1.0	Innleiing.....	1
1.1	Bakgrunn for val av tema .....	1
1.2	Presentasjon av problemstilling .....	2
1.3	Avgrensing av problemstilling .....	2
1.4	Korleis oppgåva vidare vil bli løyst .....	2
2.0	Teoretisk grunnlag .....	3
2.1	Demens .....	3
2.2	Personsentrert omsorg .....	4
2.3	Ernæring og underernæring.....	4
2.4	Faktorar som påverkar ernæring .....	5
2.5	Ernæringskartlegging og tiltak ved mistanke om underernæring.....	6
2.5.1	Tiltak I: Risikovurdering .....	6
2.5.2	Tiltak II: Kartlegging.....	6
2.5.3	Tiltak III: Individuell ernæringsplan .....	7
2.5.4	Tiltak IIII: Dokumentasjon og overføring av informasjon .....	8
2.6	Sentrale føringar .....	8
3.0	Metode.....	10
3.1	Litteraturstudie som metode .....	10
3.2	Søkjeord og database .....	10
3.3	Faglitteratur .....	11
3.4	Kjeldekritikk.....	11
4.0	Resultat og funn .....	12
4.1	Presentasjon av forskingsartiklane .....	12
4.1.1	«Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens» .....	12
4.1.2	«Vurdering av ernæringsstatus – et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien».....	12
4.1.3	«Verktøy ved screening av risiko for underernæring hos eldre» .....	13
4.1.4	«Malnutrition in Older People with Dementia Causes, Assessment and Treatment» .....	13
5.0	Drøfting .....	14
5.1	Faktorar som påverkar ernæring .....	14
5.2	Sjukepleiar sin kompetanse .....	17
5.3	Kjennskap til pasienten .....	19
5.4	Praktiske utfordringar .....	21
6.0	Konklusjon.....	23
7.0	Litteraturliste.....	24

## 1.0 Innleiing

### 1.1 Bakgrunn for val av tema

Det er om lag 80 000 personar i Noreg som har demenssjukdom (Skovdahl, 2021, s. 421). I tillegg er det 25 000-30 000 eldre som har problem med hukommelsen, og som sannsynlegvis har ein mild kognitiv svikt som kan lede til demens. Det er ei dobling av menneske med demens innan år 2050 sidan folk lever lenger. To tredjedel av menneske med demens bur heime (Folkehelseinstituttet, 2021). Som sjukepleiar vil ein møte menneske med demensdiagnose ulike stader i helsevesenet. Det er difor svært viktig å tileigne seg kunnskap om demens og ulike utfordringar rundt denne sjukdommen. Eg har tidlegare vore i praksis i forskjellige heimetenedistrikt og møtt menneske som bur heime og har demens. Eg synest det er spennande, lærerikt og utfordrande å lære om demens, og konsekvensar av denne sjukdommen. Eg tar utgangspunkt i underernæring sidan dette er eit gjentakande problem hos denne pasientgruppa av forskjellige årsaker. Menneske som er mest utsett for underernæring er gamle pasientar med redusert allmenntilstand og nedsett appetitt, pasientar med tygge- og svelgproblem, pasientar med demens og dei som treng hjelp til å ete. Over halvparten av heimebuande eldre som mottar offentleg omsorgstenester, har eller står i fare for å få feil- og underernæring (Næss, 2021, s. 251).

Ifølge Virginia Henderson har sjukepleiar eit ansvar for å ivareta menneskets grunnleggande behov når personen sine egne ressursar ikkje strekk til grunna sjukdom og helsesvikt (Henderson, referert i Kristoffersen et al., 2021, s. 18). Personar som vert ramma av demens, treng ofte meir og meir hjelp ettersom demens er ein progredierande sjukdom og vil gradvis forandre seg (Fjørtoft, 2019, s. 70-71). På eit seint stadium av sjukdommen blir personen heilt avhengig av hjelp frå andre når det gjeld praktiske gjeremål. Evna til å uttrykke seg eller forstå kan forsvinne hos enkelte (Skovdahl, 2021, s. 420). I tillegg til å ivareta grunnleggande behov må sjukepleiar rette merksemda si mot korleis pasienten opplever og reagerer på situasjonen. Sjukepleiar må ivareta meir *spesifikke behov* som oppstår som følge av sjukdommen. Henderson skriv vidare at sjukepleiar skal hjelpe pasienten til å utføre dei gjeremål som fører til god helse (Henderson, referert i Kristoffersen et al., 2021, s. 18). Eg tykkjer dette var ein god måte å formidle ein av dei mange oppgåvene ein sjukepleiar har.

Sjuepleiar må møte konsekvensar av sjukdommen eller situasjonen og ivareta pasientens grunnleggande behov.

## 1.2 Presentasjon av problemstilling

Korleis førebygge underernæring hos heimebuande personar med demens?

## 1.3 Avgrensing av problemstilling

Eg har valt å avgrense oppgåva mi til heimebuande eldre menneske med demens der heimetenesta er involvert. Eg har valt å ikkje gå inn på dei ulike typane demens. Eg har fokus på førebygging av underernæring, der kartlegging er ein del av den.

## 1.4 Korleis oppgåva vidare vil bli løyst

I teoridelen tar eg for meg demens, personsentrert omsorg, ernæring/underernæring, faktorar som påverkar ernæring, ernæringskartlegging og sentrale føringar. I methodedelen fortel eg kva metode eg har valt å bruke. Eg skildrar søkjeord og database som er nytta for å finne forskingsartiklane. Går igjennom val av faglitteratur og kjeldekritikk. Resultat og funn vert presentert i kapittel fire. I kapittel fem, drøftinga, nyttar eg eigne erfaringar, forskning og relevant teori til å svare på problemstillinga. Oppgåva vert avslutta med konklusjon og oppsummering.

## 2.0 Teoretisk grunnlag

### 2.1 Demens

Demens er eit samlebegrep på ein tilstand som kan vere forårsaka av ulike organiske sjukdommar. Tilstanden kjenneteiknast ved kronisk og irreversibel kognitiv svikt, altså sviktande evne til å ivareta daglege aktivitetar og endra sosial åtferd. For at ein kan nytte ordet demens må det påvisast ein organisk sjukdom i hjernen som er årsaka til forandringar. Demens er kronisk, kan ikkje kurerast og personen blir dårlegare over tid (Engedal & Haugen, 2018, s. 18). Demens er den vanlegaste årsaka til at menneske ikkje lenger kan bu heime, men får plass på sjukeheim. Felles for alle med demens er at på eit eller anna tidspunkt treng personen hjelp for å meistre kvardagen (Fjørtoft, 2019, s. 70). Nokre demenssjukdommar kjem av en gradvis øydelegging av visse hjerneceller, såkalla degenerative eller nevrodegenerative. Ved desse demenssjukdommane blir hjernecellene skadd eller dør i unormalt stort omfang. Det som kjenneteiknar desse sjukdommane er at det gjerne har gått ei stund før pasienten sjølv eller omgivnadane tek til å ane at noko er galt. Symptom vil variere etter kva område i hjernen som blir skadd. Pasienten får omfattande funksjonssvikt etter kvart som sjukdommen forandrar seg (Skovdahl, 2021, s. 418-420). Vaskulær demens kan vere forårsaka av hjerneinfarkt og rammar om lag kvar femte person som får demens. Det som kjenneteiknar denne demenstypen er at pasienten misser initiativ og verkar passiv. Sekundær demens kjem av andre sjukdommar, skader eller ulike tilstandar som kan ha forårsaka demensutvikling. Døme på dette kan vere vitaminmangel, rusmisbruk, hjerneskade, aids eller svulst (Skovdahl, 2021, s. 420-421). Nokre teikn på kognitiv svikt er sviktande hukommelse. Døme er at ein gløyme avtalar i nær framtid, gløyme å ete, gløyme å handle og betale rekningar. Samtidig som det er vanskeleg å relatere hendingar som har skjedd i riktig tidsperspektiv. Nokre får rett og slett sviktande evne til å orientere seg om tid og stad, vanskar med å lage mat, vaske kle og kle på seg riktig (Engedal & Haugen, 2018, s. 20-21).

## 2.2 Personsentrert omsorg

Personsentrert omsorg er anbefalt som tilnærming i behandling og omsorg for personar med demens. Menneske med demens skal ikkje vere ei eiga gruppe menneske. Dei skal møtast med openheit, inkludering og bli sett som medmenneske (Rokstad & Røsvik, 2018, s. 300).

Kirkevold (2021, s. 100) seier at god sjukepleie er bygd på pasientens verdiar og på eit godt samarbeid mellom pasient og sjukepleiar. Sjukepleiar må ha kompetanse til å støtte opp under pasientens ressursar og legge til rette i samsvar med pasientens føresetnad.

Personsentrert demensomsorg er bygd på seks prinsipp: identitet, tilknytning, sosial inkludering, bekreftelse, trøyst og kjærleik. Desse behova er sentrale for å ivareta pasientens personleg og sosiale integritet. Dementia Care Mapping (DCM) er ein modell som er laga for å styrke personsentrert omsorg og prinsippa som er nemnt ovanfor. Metoden går ut på systematiske observasjonar av åtferd/aktivitet og velvære/trivsel hos personar med demens. Målet med desse observasjonane er at ein kan lage tilrettelagte tiltak. Grunntanken i DCM er at god omsorg skal få fram ressursane til personen med demens utifrå sjukdomsforløpet (Skovdahl, 2021, s. 434).

## 2.3 Ernæring og underernæring

Ernæringsstatus og helse heng saman. God ernæringsstatus bidrar til å oppretthalde god helse og vernar kroppen mot skade og sjukdom (Brodtkorb, 2021, s. 302). Dei aller fleste bevarer evna til å ete og glede seg over maten langt inn i alderdommen. Det har dei siste åra kome fleire rapportar om underernæring- og feilernæring hos eldre i Noreg (Fjørtoft, 2019, s. 67). Når ein blir eldre vil lukte- og smakssansen bli dårlegare, noko som kan medføre dårlegare appetitt. Sjukdom og behandling kan påverke ernæringsstatus i negativ retning, mens funksjonssvikt kan gjere det vanskelegare å tilfredsstille ernæringsbehovet til pasienten. Ein del eldre bur aleine og føler seg einsame. Sosial isolasjon kan gi redusert matlyst grunna saknet etter å ha nokon å dele eit måltid med (Brodtkorb, 2021, s. 301-302).



## 2.4 Faktorar som påverkar ernæring

Å ete er ein komplisert nevrologisk prosess med ulike steg. Pasienten må føle seg tørst, svolten og vite kva som kan etast for å kunne utføre handlinga som er knytt til sjølve etinga. Demens er ein sjukdom som kan gi funksjonssvikt og ramme alle desse stega i prosessen. Menneske med demens er ofte ei gruppe som har behov for hjelp i måltid. Pasientar med demens har ofte agnosi, altså redusert evne til å tolke sanseintrykk som smak, lukt og berøring. Nokre gjenkjenner ikkje kva som er mat og kva som ikkje er mat. Vidare kan det vere vanskeleg å forstå kva etereiskap skal brukast til, og pasienten kan bli sittande å sjå på maten og kjem ikkje i gang med å ete, kalla apraksi. Det vil sei nedsett evne til å utføre praktiske handlingar. Ved demens kan ein vere mindre merksam og det skal lite til før pasienten sluttar å ete, noko som kan lett feiltolkast som mettheit. Mange stimuli på ein gong kan gi stress, noko pasientar med demens toler dårleg og kan verke forvirrande. Døme kan vere blomster på bordet, mønstrete duk og serviettar som kan føre til feiltolking av sanseintrykk og kan gjere det vanskeleg å skilje ting frå kvarande. Enkel oppdekking kan vere svært hensiktsmessig. Rutine er viktig og derfor er ein fast bordplass med på å lette kvardagen. Prating under måltid kan distrahere og ein må tilpasse dette etter pasientens behov (Brodtkorb, 2021, s. 309-310). Dehydrering er eit kjent problem blant eldre grunna redusert tørste følelse. Dehydrering kan føre til mental forvirring, apati, slappheit, paranoia, depressive tankar, hovudverk og dårleg matlyst. Dersom pasienten har slike symptom, bør væskeinntaket kontrollerast (Fjørtoft, 2019, s. 67).

Eldre nyttar ofte ulike medikament. Verknaden kan endre seg over tid, og ofte blir det behov for hyppigare medisinsk oppfølging. Ein norsk studie avslørte at fastlegar ikkje alltid har kontroll over alle medikament pasientane i heimetenesta står på (Fjørtoft, 2019, s. 68). Årsak til dette kan vere at lege på legevakt eller sjukehus ordinerer legemiddel og så blir det ikkje registrert hos fastlege. Eldre har ofte bivirkningar av ulike legemiddel. Det er en viktig oppgåve som sjukepleiar å observere virkning og bivirking hos pasientar. Gjerne informere og rettleie pasientar i medikamentbruk. Det er viktig med eit samarbeid mellom fastlege og andre involverte tenester for å redusere feil- eller overforbruk av medikament (Fjørtoft, 2019, s. 68).

## 2.5 Ernæringskartlegging og tiltak ved mistanke om underernæring

Ved ernæringskartlegging får ein bekrefta eller avkrefta om pasienten har problem med ernæring (Brodtkorb, 2021, s. 304). Ernæringsstatus er tilførsel, forbruk og tap av næringsstoff. Ifølgje *retningslinjer for førebygging og behandling av underernæring* skal pasientar vurderast for ernæringsmessig risiko. Ernæringsstatus fortel noko om kva grad det fysiologiske behovet for næringsstoff oppfyllast. Det bør vere samsvar mellom behov og inntak av næringsstoff. Kroppsmasseindeks (KMI) = vekt i kg / høgde målt i meter. Hos eldre menneske bør KMI verdien ligge mellom 24-28. Det finst fleire verktøy for å kartlegge om pasienten er i ernæringsmessig risiko. Den mest brukte er Mini Nutritional Assessment (MNA) der ein kan systematisk kartlegge årsaksforhold ved underernæring hos eldre pasientar i primærhelsetenesta eller på sjukehus (Brodtkorb, 2021, s. 304-305). HelseDirektoratets *nasjonale fagleg retningslinje for førebygging og behandling av underernæring* har innført fire tiltak for å førebygge underernæring i norsk helseteneste (Tangvik & Dierkes, 2020, s. 182).

### 2.5.1 Tiltak I: Risikovurdering

Det vert tilrådd å ernæringskartlegge nye pasientar i heimetenesta innan andre besøk slik at ein kan setje i verk tiltak så fort som mogeleg (Brodtkorb, 2021, s. 304), og seinare kartlegge pasienten ein gang per måned. Ein tar då utgangspunkt i lav KMI, lavt matinntak eller mistanke om at det daglege behovet ikkje blir dekkja, vekttap og sjukdom. Ein nyttar då screeningverktøy som arbeidsplassen har bestemt seg for å bruke (Tangvik & Dierkes, 2020, s. 182-183).

### 2.5.2 Tiltak II: Kartlegging

Ved ernæringskartlegging må ein først finne ut om pasienten er i ferd med å utvikle reernæringssyndrom, som er akutte, livstruande komplikasjonar som kan oppstå dersom pasienten har vore utan mat eller delvis utan mat i fleire veker eller meir. Det er viktig å finne ut om pasienten har hatt rask vekt nedgang dei siste dagane/vekene eller om pasienten ikkje klarer å halde på maten grunna langvarig oppkast/diaré. Ved slike tilfelle er det nødvendig å kontakte lege. Pasienten må starte ernæring forsiktig og må overvakast sidan elektrolyttane kan vere i ubalanse. Når reernæringssyndrom ikkje er eit problem, startar ein ernæringskartlegging. For å klare å lage ein individuell plan må ein kartlegge enkelte

områder og finne ut årsaka til at pasienten ikkje har fått i seg nok mat og kva kosthensyn som må takast. Då burde ein observere pasienten under måltid, snakke med både pasient og pårørende. Sjukepleiar bør lese journal slik at ein kan fange opp nyoppståtte endringar hos pasienten (Tangvik & Dierkes, 2020, s. 183-184).

### 2.5.3 Tiltak III: Individuell ernæringsplan

Dersom kartlegginga viser at pasienten har problem med ernæring, bør det lagast ein ernæringsplan for korleis ein skal betre ernæringsstatusen. I heimetenesta bør planen vere på plass innan ei veke etter at pasienten er vurdert for ernæringsrisiko. Planen skal vurderast minst ein gong per måned i ettertid. Det er viktig at ein samarbeider med pasienten så godt som mogeleg og hugse på at pasienten har brukarmedverknad (Brodtkorb, 2021, s. 307-309). I tillegg fortel kartlegging av ernæringsstatus om pasienten er i ferd med å få ernæringsproblem. Ein nyttar kartlegginga til å lage ein individuell ernæringsplan for tiltak som skal bidra til at pasientens behov blir dekkja. Individuell ernæringsplan inneheld følgjande: namn på pasient, dato, alder, ernæringsstatus (vekt, KMI, prosent vekttap og matinntak), årsak til vekttap, tiltak, mål (kortsiktig og langsiktig mål), behov pasienten har, måltidsplan og evaluering. Det er tilrådd å måle vekt ein gong per veke til vekta aukar tre gongar på rad, deretter månadleg. Nokre pasientar må tilføre meir næring gjennom næringsdrikk og bruke det som mellommåltid. Når pasienten veg rundt 65-70 kg kan ein vurdere å seponere næringsdrikk i samråd med fastlege. Under tiltaksdelen kan ein foreslå at heimetenesta er innom fleire gongar dagleg for å lage til måltid, eventuelt kartlegge kor mykje pasienten har ete eller drukke av næringsdrikk, og oppmode pasienten til å få utført eit tannstell (Tangvik & Dierkes, 2020, s. 184-185).

#### 2.5.4 Tiltak IIII: Dokumentasjon og overføring av informasjon

Det er svært viktig å dokumentere i pasientens journal. Pasientjournalen skal innehalde oppdatert informasjon om resultat av risikovurdering, pasientens ernæringsstatus og kva tiltak som er iverksett. Dersom det har oppstått ein diagnose under ernæringsarbeidet skal det stå i journalen. Det er særskild viktig å få dokumentert diagnosar som lege har satt hos pasienten i pasientjournalen dersom pasienten blir flytta mellom omsorgsledd. Ved sjukehusinnlegging har kommunehelsetenesta ansvar å informere om pasientens ernæringsstatus, behov og informasjon rundt dette. Sjukehuset skal samarbeide med kommunehelsetenesta i ernæringsarbeidet. Dersom det er noko som gjer det vanskeleg å få gjennomført ernæringsarbeidet, har sjukepleiar eit ansvar å kontakte fastlege eller klinisk ernæringsfysiolog (Tangvik & Dierkes, 2020, s. 186).

## 2.6 Sentrale føringar

*Helsepersonellova* (2001, § 1) har som formål å bidra til tryggleik for pasientar og kvalitet i helse- og omsorgstenestene samt tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstenestene. I tillegg seier § 4 at helsepersonell skal arbeide i samsvar med krav til fagleg, forsvarleg og omsorgsfull hjelp som kan forventast ut ifra helsepersonellets kvalifikasjonar, arbeidets karakter og situasjon.

*Pasient- og brukarrettigheitslova* (2001, § 1-1) har som mål å bidra til at befolkninga vert sikra lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet, bidra til tillit i forholdet mellom pasient og helsetenesta og ivareta respekt for den enkelte sitt liv, integritet og menneskeverd. Lova vektlegg spesielt brukarmedverknad og informasjon.

*Demensplan 2025* er utarbeida av regjeringa for å sikre tenestetilbod til personar med demens og deira pårørande. Målet er å bidra til eit meir demensvennleg samfunn. Demensvennleg samfunn er eit samfunn som bidrar til likeverd, inkludering og forståing. Dette krev at vi bryt ned sosiale og fysiske hindringar i samfunnet. I tillegg syner demensplanen at det er særskild viktig å ta ernæring på alvor. Personar med demens er utsett for feil- og underernæring av forskjellige årsaker. Nokre av desse er redusert kapasitet eller evne til å handle inn matvarer og tilbrede desse på eiga hand. Redusert ernæring kan

medføre forverring av den kognitive funksjonen. Underernæring kan føre til sjukdom, funksjonssvikt, auka dødelegheit og auka behov for helse- og omsorgsteneste (Regjeringen, 2020).

Stortingsmelding nr. 15 «*Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre*» skal bidra til at eldre kan meistre livet lenger og sikre trygg hjelp når behovet er der. Pårørande kan bidra utan å bli utslitt og ansatte skal bruke sin kompetanse i tenesta. Meldinga har som mål å danne eit meir aldersvennleg Noreg og finne nye og innovative løysingar på dei kvalitative utfordringane knytt til aktivitet og fellesskap, mat og måltid, helsehjelp, samanheng og overgang i tenestane (Meld. St.15 (2017-2018), s. 7).

*Nasjonal fagleg retningslinje for demens*, under kapittel 9 om ernæring og oral helse ved demens står det tydeleg at: «*Kommunen skal vurdere risiko for under- og feilernæring hos mottakere av helse- og omsorgtjenester, herunder personer med demens*».

(Helsedirektoratet, 2020, s. 69). I tillegg står det at ernæringsproblematikk knytt til demens er samansatt. Dei mest vanlege utfordringane er å handle og lage seg mat på eiga hand, redusert evne til å hugse å ete eller ta beslutningar, endring i lukt- eller smakssans, redusert ete funksjon, svelgproblem, dårleg tannstatus, redusert appetitt eller følelse av svolt eller redusert evne til å gjenkjenne mat og forstå at den skal etast. Ein person med demens kan ha problem med å få maten frå tallerken og inn i munnen. Det kan også komme andre faktorar inn i bilete som redusert tørste følelse, problem med tømning av magesekk og auka obstipasjonstendens.

## 3.0 Metode

### 3.1 Litteraturstudie som metode

Ved metode beskriv ein korleis ein skal gå fram og korleis ein planlegg å samle inn data (Thidemann, 2020, s. 11). Eg nyttar litteraturstudie som metode. Kjenneteikn på en god litteraturstudie er at problemstilling er avgrensa og presis, hensikta med studien er godt beskriven og ein gir lesaren ei forståing av kunnskapen problemstillinga etterspør (Thidemann, 2020, s. 78). Eg har nytta PICO fordi rammeverket har fleire funksjonar som skal hjelpe med å lage ei problemstilling som blir presis og søkbar. P står for populasjon/pasient/problem, I står for intervention, C står for comparison og O står for outcome. Oppgåva til PICO er å fokusere på og presisere spørsmålet, gjere klart kva ein vil inkludere og ekskludere, identifisere søkeord og omgrep som er nyttig i søket og korleis strukturere søket i databasen (Thidemann, 2019, s. 82-83).

### 3.2 Søkjeord og database

I litteratursøket har eg valt å bruke ulike søkeord som passa spesifikt til temaet mitt. Grunnen til dette er at eg ønskte å finne artiklar som handla om demens og underernæring slik at eg har nok god og stødig teori til å skrive bacheloroppgåva. Eg har gjennom HVL sitt bibliotek brukt Oria og Academic Search Elite + Research Gate for å finne forskingsartiklar. Søkjeorda mine er: dementia, malnutrition, older people, home dwellers, hjemmesykepleien, ernæring, underernæring og demens. Eg søkte etter nokre forskingsartiklar på sykepleien.no sidan det er ei påliteleg nettside som vert utgitt av Norsk sykepleierforbund. Det er om lag 120 000 sjukepleiarar som les og held seg oppdatert gjennom denne nettsida ifølgje sykepleien.no. For å finne artikkelen «Malnutrition in older people with dementia causes, assessment and treatment» skrive av Ilhan et al., (2016) brukte eg søkjeorda «malnutrition» and «dementia articles». Eg valte å bruke denne artikkelen sidan den er fagfelleurdert.

### 3.3 Faglitteratur

Eg har nytta nettsider som lovdata, sykepleien, regjeringen, folkehelseinstituttet og helsedirektoratet. I tillegg har eg brukt pensumbøkene til bachelor i sjukepleie ved Høgskulen på Vestlandet (HVL). Eg har prøvd å skaffe dei nyaste utgåvene av pensumbøker slik at informasjonen er oppdatert, noko som styrker oppgåva. Eit døme er den nye utgåva av *Geriatrisk sykepleie – omsorg til den gamle pasienten* som kom i 2021. Eg har brukt relevant fagstoff som *Demensplan 2025*, *Kosthåndboken* og *Stortingsmelding nr 15 – «Leve hele livet»*, *Nasjonale faglege retningslinjer for demens* og *Demens* av Engedal og Haugen.

### 3.4 Kjeldekritikk

Å skrive bacheloroppgåve inneber å skrive akademisk. Det er viktig å vere kjeldekritisk og at kjeldematerialet skal belyse problemstillinga. Ved kritisk vurdering viser ein at ein forstår kunnskapen som er blitt brukt og bestemmer relevans, styrke og begrensingar i informasjonen som er samla inn (Thidemann, 2020, s. 26). I oppgåva har fokuset vore å finne oppdatert faglitteratur og forskning. Eg har difor valt å avgrense publiseringsdatoen på forskingsartiklane frå 2012 til 2022. Tre av artiklane er norske og ein er engelsk. Det som kan vere utfordrande med den engelske artikkelen er oversetting og at ein lett kan misforstå eller feiltolke innhaldet i artikkelen. Dei tre norske artiklane har styrke ved at vi har eit felles helsevesen og same lovverk som vi må halde oss til i Noreg, så alle er relevante å bruke. Pensumbøkene eg nyttar er relevante fordi HVL har anbefalt desse og dei ligg i pensumlista til høgskulen.

## 4.0 Resultat og funn

### 4.1 Presentasjon av forskingsartiklane

#### 4.1.1 «Underernæring hos eldre heimeboende personer med demens»

Hensikta med studien var å kartlegge og belyse ernæringsstatusen til eldre heimebuande pasientar med demens og kognitiv svikt. Studien tok utgangspunkt i heimebuande pasientar i fire bydelar i Oslo som fekk bistand av heimetenesta. Rognstad et al. (2013) fann at underernæring er svært utbreidd blant heimebuande pasientar med demens eller kognitiv svikt. Om lag halvparten av pasientane var- eller sto i fare for underernæring. Å vere kvinne og ha problem med matinntak er ein viktig risikofaktor for underernæring. Resultatet viser at det er avgjerande at helsepersonell og pårørande har nok kunnskap om underernæring. Ein må iverksette tiltak så tidleg som mogeleg for å unngå alvorleg underernæring og sjukdom som følger av dette.

#### 4.1.2 «Vurdering av ernæringsstatus – et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien»

Hensikta med denne studien var å utforske korleis sjukepleiarane i heimetenesta tolkar og ivaretar fagleg forsvarleg ernæringspraksis ut ifrå krava i *Nasjonale faglege retningslinjer for førebygging og behandling av underernæring*. Resultatet viste at det er viktig at leiinga er involvert og støtter for at systematisk ernæringskartlegging skal innførast. Sjukepleiarane gav uttrykk for at kjennskap til pasienten er særst viktig for å kartlegge ernæringsbehovet og er betydningsfullt ved tilrettelegging i heimen. Det er utfordrande å vurdere mat- og drikkeinntak i praksis i løpet av eit døgn. Sjukepleiarane uttrykte at dei følte dei sto fast mellom sjølvbestemminga til den heimebuande pasienten, anbefalingane om systematisk ernæringskartlegging og tidspress (Meyer et al., 2017).



### 4.1.3 «Verktøy ved screening av risiko for underernæring hos eldre»

Hensikta med studien var å finne ut kva slags screeningsverktøy som eigna seg best for å avdekke risiko for underernæring hos to grupper eldre: dei som bur i institusjon og dei som mottar hjelp frå heimetenesta. Forskinga seie noko om validitet, reliabilitet og anvendbarheit. Det vart nytta fire ulike screeningsverktøy: MNA-SF: Mini Nutritional Assessment Short Form er ifølge Gjerlaug et al., (2016) eitt godt verktøy for å identifisere eldre personar med auka risiko for underernæring. Eldre menneske går igjennom ei rekke forandringar grunna aldring- og funksjonsforstyrningar og BMI er derfor ikkje egna for å bedømme ernæringsmessig risiko. Ved MNA-SF tar ein leggomkrets og overarmsomkrets som en indikator på ernæringsstatus hos eldre. MST: Malnutrition Screening Tool er eit screeningverktøy som blir brukt på sjukehus i forbindelse med poliklinisk verksemd. Det er ikkje spesifikt tilpassa eldre ifølge Gjerlaug et al., 2016). MST består av to spørsmål. Eitt spørsmål om vektendring og eitt spørsmål om endring i matinntak (Helsedirektoratet, 2022). SNAQ: Simplified Nutritional Appetite Questionnaire er eit screeningverktøy som har fokus på appetitt og måltid. GNRI: Geriatric Nutritional Risk Index tar utgangspunkt i albumin, noverande vekt og normalvekt. Funn viste at MNA-SF var best eigna for å avdekke ernæringsmessig risiko ved begge, men viste at meir forskning var nødvendig. Det vert ikkje tilrådd å bruke same screeningverktøy for å påvise underernæring blant heimebuande eldre, pasientar på institusjon eller på sjukehus (Gjerlaug et al., 2016).

### 4.1.4 «Malnutrition in Older People with Dementia Causes, Assessment and Treatment»

Hensikta med studien er å undersøke ernæringsproblem hos pasientar med demens. Funn i studien påpeika at ernæringsproblematikk hos denne pasientgruppa kan delast inn i primære og sekundære faktorar. Primære faktorar er sjukdomsrelaterte slik som verknad av demens på hjernestruktur som kontrollere appetitt og energi. Sekundære faktorar går meir på det sosiale og omsorgsbyrde for andre. I studien anbefalast det å evaluere ernæringsstatus hos pasienten ved bruk av screeningsverktøyet MNA. Vurderinga kan hjelpe til med å orientere seg om risikoen for utvikling av ernæringsproblem hos eldre menneske. Det kom fram at ein slik vurdering bør fullførast med familie eller omsorgspersonar slik at det ikkje blir misvisande resultat. Årsaker til underernæring kan også være sekundære.

Studien viser til at pasientar med demens som bur utan en omsorgsperson eller partner hadde lavare gjennomsnittsvekt samanlikna med pasientar med en omsorgsperson eller partner (Ilhan et al., 2016).

## 5.0 Drøfting

I denne delen av oppgåva vil eg drøfte problemstillinga: «Korleis førebygge underernæring hos heimebuande personar med demens?». Eg vil bruke egne erfaringar frå praksis, godt anonymisert slik at ein ikkje kan kjenne att personen(ar) i oppgåva.

### 5.1 Faktorar som påverkar ernæring

Menneske som bur heime og har demens blir etter kvart avhengig av hjelp. Kirsti Wogn-Henriksen har sagt: «*mennesker med demens trenger andre mennesker som aldri før*» (Wogn-Henriksen, referert i Engedal & Haugen, 2018, s. 54). Dette samsvarer med Fjørtoft (2019, s. 67) som seier at pasientar som bur ilag med ektefelle eller ein annan omsorgsperson klarer seg gjerne betre ernæringsmessig enn dei som bur åleine. Ilhan et al., (2016) kom fram til det same: at pasientar med demens som bur utan ein omsorgsperson eller partner hadde lavare gjennomsnittsvekt samanlikna med pasientar med ein omsorgsperson eller partner. Vidare veit vi at det ikkje alltid er lett å vere omsorgsperson til ein person med demens. Det kan fort oppstå konflikt mellom pasienten og omsorgspersonen under måltid dersom kommunikasjonen ikkje er tilstrekkeleg. Omsorgspersonen er ofte den som lagar til måltid. Dersom måltidet ikkje blir oppfatta som ei positiv oppleving, blir heller ikkje maten det (Rognstad et al., 2013). Det er viktig å ta vare på og støtte omsorgspersonen. I min praksis i heimetenesta erfarer eg ofte at denne støtta handlar om å ta ein ekstra telefon til pårørande, spørje om "kva treng du som pårørande for å lukkast?". Mine erfaringar vert støtta av Ulstein (2018, s. 346) som meine at det er særst viktig å lytte til pårørande slik at dei ikkje blir pålagt for store omsorgsoppgåver med auka risiko for å bli overbelasta. Det er ofte omsorgspersonen som er nøkkelen til at pasienten klarer å bu heime og slepp å flytte inn på institusjon (Ulstein, 2018, s. 332).

Eg har erfart at det oftast er åleinebuande personar med demens ein må halde eit ekstra auge med når det gjeld underernæring. Det er utfordrande å kartlegge kva pasienten får i seg i løpet av ein dag, og ofte har ikkje pasienten nokon som kan lage til måltid. Eit døme frå praksis er at heimetenesta er innom ein pasient som har demens fire gongar per dag for å laga til frukost, lunsj, middag og kveldsmat, og passe på at pasienten har drikke tilgjengeleg i ein mugge. Ved middag tar vi med varm mat frå eit storkjøkken. Kvar gong vi er innom denne pasienten set vi oss alltid ned ved bordet og ser til at pasienten kjem godt i gang med måltidet før vi dreg vidare. Då får vi samtidig prata og observert at pasienten får i seg mat. Ein kan gjere mange observasjonar ved å setje seg ned ilag med pasienten i nokre minutt. Korleis meistrar pasienten å ete? Bruk av bestikk? Kor mykje drikk pasienten? Korleis er matlysta og humøret til pasienten? Har pasienten det bra? Dei ekstra minuttane ein tar seg kan utgjere mykje for pasienten, og samtidig kan sjukepleiar fange opp ny informasjon om pasienten. Eit godt tiltak kan vere å ta med seg nista når ein køyrer ruta i heimetenesta. I staden for å skunde seg tilbake til kontoret for å ete ilag med anna personale, kan ein setje seg ned ilag med pasienten. Tangvik & Dierkes (2020, s. 188) fann at medspising er eit godt tiltak ved manglande matlyst. I tillegg blir ein kjent med pasienten på ein annan måte. Dette samsvarer med Meyer et al., (2017) som kom fram til at trivsel skapast når ein et ilag med andre, og sjukepleiarane meinte at pasientar som bur åleine og et lite, kan det å ete saman med vere eit viktig trivselsskapande tiltak. I følge İlhan et al., (2016) er det samanheng mellom nedgang i dagleglivets aktivitetar og ernæringsstatus hos pasientar med demens. Etter kvart som sjukdommen utviklar seg, vil det sosiale nettverket krympe (Engedal & Haugen, 2018, s. 325). Det å sitje åleine og ete oppvarma mat fremme gjerne ikkje matlysta då ein i utgangspunktet ikkje har lyst på mat. Kan nokre minuttars selskap vere avgjerande for om pasienten nyt maten? (Ness, 2021, s. 252). Rognstad et al., (2013) peikar også på at ein av faktorane som gjer at personar med demens strevar med underernæring kan vere situasjonen rundt måltidet, til dømes det å sitje åleine å ete. Personar med demens må aktivt inviterast inn og inkluderast i sosiale grupper for å oppleve tilhøyrgheit. Dei kan trenge behov for hjelp og støtte for å etablere og oppretthalde sosiale relasjonar til andre menneske (Rokstad & Rørvik, 2018, s. 302). Dei aller fleste kommunar har organisert eit tilrettelagt dagtilbod for personar med demens. Dagsenter skal førebygge sosial isolasjon og

hjelpe pasienten med å førebygge funksjonstap (Ranhoff, 2021, s. 170). Dagsenter for eldre gir auka livskvalitet, utset institusjonsinnlegging og er ein nødvendig avlastning for pårørande. «Brukerene får gjennom måltidene tilfredsstilt sitt ernæringsbehov. Det er også hyggelig å spise sammen med andre» kjem fram i undersøkelsen (Rummelhoff et al., 2012, s.61-63). Å ha ein «spisevenn» kan vere gull verdt for menneske med redusert matlyst. I praksis ser eg at pasientar med demens har god nytte av dagtilbod. Ei demenssjuk kvinne som bur åleine, er svært vanskeleg å motivere til å stå opp av senga om morgonen, men dei dagane ho skal på dagtilbod, sprett ho opp av senga og går ut på badet for å få hjelp til morgonstell. I tillegg er det betryggande for oss som arbeider i heimetenesta at ho et eit eller fleire måltid ilag med andre personar på dagtilbodet. God helse er meir enn fråvær av sjukdom. Livet må innehalde hygge, produktiv sysselsetting og sosial kontakt skriv Henderson (Henderson, referert i Kristoffersen, 2021, s. 236).

Det å ha problem med tannstatus kan vise seg å gå utover ernæringa og kan føre til underernæring (Rognstad et al., 2013). Munnehelse er ofte eit forsømt tema blant menneske med demens, noko som kan resultere i infeksjonar, karies og pasienten kan få problem med å ete (Skovdahl, 2021, s. 435). Mi erfaring frå praksis er at det kan variere om ein får lov til å hjelpe pasienten med tannstell. For pasienten er munnen eit personleg område og pasienten ser ikkje alltid behovet for tannstell. Sjukepleiar må vere fleksibel for å unngå bruk av tvang. Pasient- og brukerrettighetsloven seier at: «Helsehjelp kan bare gis med pasientens samtykke med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke. For at samtykket skal være gyldig, må pasienten ha fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, § 4-1). Ein må sjå an situasjonen og gjerne få gjennomført tannstellet dersom pasienten er med på dette uavhengig av klokkeslett. Om det blir gjort på morgonen eller midt på dagen kan ein ikkje alltid gjere noko med. Eitt tannstell er betre enn ingen. I tråd med Rokstad og Røsvik (2018, s. 304) erfarer eg at bruk av personsentrert tilnærming er heilt avgjerande i møte med personar med demens som ikkje ønskjer hjelp med tannstell. I praksis har eg erfart at det er viktig å bruke språket bevisst ved å seie kva pasienten skal gjere i staden for å gje dei valet gjennom å stille spørsmål. Det kan også vere lettare for den demenssjuke å forstå at tennene skal pussast dersom han/ho sit ved vasken og får sjå tannbørsten.

Ifølgje Rognstad et al., (2013) er redusert appetitt det første kliniske teiknet på vekttap og fare for underernæring. Eldre pasientar står ofte på fleire legemiddel, noko som aukar sjansen for både bivirkningar og legemiddelinteraksjonar. Eldre brukar ofte legemidlar som angstdempende, betennelsesdempende, sovemidler, diuretika og syredempande. Slike legemidlar kan gi bivirkningar som munntørtheit, urinretensjon, obstipasjon, svekka kognisjon og akutt forvirring, såkalla delir (Halvorsen, Gulla & Kjome, 2020, s. 254-256). Nokre bivirkningar som kan slå negativt ut på ernæring. Det kan vere kvalme, nedsett matlyst og trøttheit (Ranhoff & Engh, 2021, s. 195). I praksis har eg sett at dersom pasientar er kvalme, nyttar det ikkje å tilby mat. Då er det ingenting som freistar og pasienten treng ofte kvalmestillande før måltid. Dersom pasienten er trøtt, vil han/ho heller ikkje ha mat, men vil heller sove, noko som gjer at ein får i seg for lite væske og næring. Når en pasient ikkje får i seg mat, bør ein ta kontakt med fastlegen. Ved ein legemiddelgjennomgang skal ein sikre at pasienten oppnår effekt av legemiddel, samstundes som uheldige bivirkningar vert redusert og handtert (Ranhoff & Engh, 2021, s. 195).

## 5.2 Sjukepleiar sin kompetanse

I studien til Gjerlaug et al., (2016) kjem det fram at eldre menneske er mest utsett for underernæring, og personar med demens er særleg utsett. Årsaker til underernæring kan vere at helsepersonell ikkje i tilstrekkeleg grad oppfattar risikofaktorar som dårleg appetitt og matinntak blant eldre. Årsak til dette kan vere mangelfull rutine og prosedyre for vurdering av matinntak og ernæringstilstand i dei ulike helseinstitusjonane og i dette tilfellet heimetenesta. Vidare står det at helsetenesta må sette søkelys på underernæring sidan ein slik tilstand kan føre til auka liding og død hos pasienten. Ifølgje Meyer et al., (2017) har sjukepleiar eit særskilt ansvar når det gjeld å vurdere ernæringsstatus og setje i verk tiltak så fort som mogeleg dersom situasjonen tilseier det. I *Nasjonale retningslinjer for førebygging og behandling av underernæring* er det eit mål at personar med ernæringsmessig risiko skal bli identifisert og raskt få ernæringsbehandling (Helsedirektoratet, 2022). Sjukepleiar skal følgje desse retningslinjene og nytte screening som ein rutinemessig utgreiing (Gjerlaug et al., 2016). *Demensplan 2025* er tydeleg på risiko for underernæring hos demenssjuke, og peikar på kor viktig det er å ta ernæringsproblematikk på alvor (Regjeringen, 2020). Kvalitetsreforma *Leve hele livet* peikar på nye innovative løysingar knytt til mat og måltid.

Helsedirektoratet gir tilskotsordningar for å motivere til matglede og matomsorg til eldre, der samarbeid med frivillige og private aktørar står sentralt (Meld. St 15 (2017-2018), s. 64-65).

Andre hjelpemidler sjukepleiar kan nytte seg av er *Kosthåndboken* som er eit verktøy for leiarar, helsepersonell og kjøkken- personell for å sikre god kvalitet i ernæringsarbeidet i helse- og omsorgstenesta. Målet er å førebygge meir og behandle mindre. *Kosthåndboken* legg vekt på betydninga av kartlegging og oppfølging av pasienten sin ernæringsstatus. Det å gi riktig mat til riktig tid krev kompetanse og samarbeid på fleire nivå (Helsedirektoratet, 2016). Ifølge Tangvik & Dierkes (2020, s. 188) er ernæringsarbeid eit arbeid med rutiner, system og tydeleg fordeling av oppgåver og ansvar i kommunehelsetenesta. Oppskrifta for å lukkast med kost- og ernæringsarbeidet er tverrfagleg samarbeid mellom leiar, avdeling og kjøkken. Det er leiar sitt ansvar å sikre tilstrekkeleg ressursar og kompetanse. I praksis har eg erfart at kjøkkenet som lagar mat til pasientar på omsorgssenteret og i heimetenesta er veldig flinke til å tilpasse måltid til den enkelte pasient. Kjøkkenet lagar middagar og set desse fram slik at heimetenesta kan ta med ut til pasientar, alltid tilpassa etter pasientens behov, som kan vere mosa eller meir næringsrik mat.

Som sjukepleiar vurderer eg nemnde dokument og faglitteratur som svært nyttige til å bygge opp sjukepleiar sin kompetanse i førebygging av underernæring. Etter at eg har fordjupa meg i tema, kjenner eg eit stort ansvar for å implementere dokumenta endå meir i heimetenesta, og å setje ernæringsrisiko hos demenssjuke på dagsorden. Eg kjenner også eit stort ansvar for å i endå større grad å få til eit konstruktivt samarbeid med pårørande. Henderson identifiserer menneske sitt behov som «*mat, kjærlighet, annerkjennelse, følelsen av å være til nytte og av gjensidig samhørighet og avhengighet av andre i den menneskelige sammenheng*». Pasienten står i sentrum og at pasientens nærmaste bør involverast i sjukepleien når dette kan bidra til å dekke pasientens behov (Henderson, referert i Kristoffersen, 2021, s. 236). Sjukepleiar må nytte sin kompetanse og legge til rette for eit godt samspel med pasientens familie (Bruvik, 2020, s. 58). Det medfører å ha kjennskap og vise forståing for pårørande si rolle (Bruvik, 2020, s.51). I tillegg må ein bruke pårørande si erfaring sidan det er dei som kjenner pasienten best. Pårørande har kjennskap til pasienten sin bakgrunn, ressursar, ønskje og behov. Dersom helsepersonell kan nytte slik informasjon

kan dette bli eit bindeledd mellom pasient og helsepersonell. Min erfaring frå praksis er at pårørande ønskje kun det beste for sin kjære, men kan i nokre tilfelle oppfattast som «vanskelege». Dersom eg hadde vore i same situasjon ville eg nok ha opptreidd på same vis. Det handlar om å få til eit godt samarbeid slik at ein ivaretar pasienten sine behov. Det kan vere hensiktsmessig at pårørande har ein fast kontaktperson i helsetenesta for å fremme ein god dialog. Tillit og samarbeid vil då kunne styrkast over tid, noko som er særskild viktig for pårørande (Bruvik, 2020, s.58).

### 5.3 Kjennskap til pasienten

I studien til Rognstad et al., (2013) kom det fram at hos kvinner kan ein sjå ein samanheng mellom problem med matinntak og underernæring. Rognstad et al., (2013) skriv vidare at det er svært viktig at helsepersonell og omsorgspersonar er kjent med risikofaktorar ved underernæring og at tiltak blir iverksett på eit tidleg tidspunkt for å førebygge, hindre underernæring og sjukdom som følge av dette. I praksis har eg erfart at eit godt samarbeid med omsorgspersonen til pasienten er avgjerande for å førebygge underernæring. Omsorgspersonen kjenner pasienten best og kan lage/skaffe mat som pasienten likar. Omsorgspersonen kan lage gode tilrettelagte og næringsrike måltid. Det å spørre kva pasienten har lyst på kan vere lurt. Nokre pasientar veit kva dei vil ha, mens andre veit gjerne ikkje eller klarer ikkje svare på spørsmålet. Eg støtter meg her til Meyer et al. (2017) som fann at det er viktig at personar med demens vert respektert og ikkje overkøyr. Personar med demens er utsett for å oppleve degradering av personverd grunna kognitiv svikt. Det å møte dei grunnleggande psykologiske behova hos personen med demens, blir det same som å bekrefte personens oppleving av verdi som menneske. Å sjå personen og skape tillit er viktig for alle menneske, men særleg for personar med demens. Personsentrert omsorg er ein anbefalt metode for tilnærming i behandling og omsorg for personar med demens (Rokstad & Røsvik, 2018, s. 300-301). *Nasjonale faglege retningslinjer for demens* fastslår at behandling og omsorg skal byggast på personsentrert omsorg. Det er særskild viktig å få fram ressursane til den demenssjuke pasienten til tross for funksjonstap. Pasienten er ein likeverdig partner, som sjukepleiar må ein rådføre seg og samarbeide med vedkommande i gjennomføring av nødvendige tiltak som kan vere å styrke ernæring. Målet med personsentrert omsorg er at pasienten skal bli møtt som en unik og verdifull person, ikkje som eit sjukdomstilfelle (Rokstad & Røsvik, 2018, s. 304).

I studien til Meyer et al., (2017) kom det fram at sjukepleiarane meinte at kjennskap til pasienten og ernæringsbehovet var viktig ved praktisk tilrettelegging i heimen, men at det var utfordrande å kartlegge mat- og drikkeinntaket i løpet av døgnet. Sjukepleiarane sto fast mellom sjølvbestemmingsretten til den heimebuande pasienten, anbefalingar om systematisk ernæringskartlegging og tidspress. I praksis har eg erfart at ein veit aldri korleis dagen blir i heimetenesta. Ein kan prøve å planlegge så godt ein kan, men det kan oppstå situasjonar eller arbeidsoppdrag som tar lang tid og ein må som sjukepleiar prioritere. I følge Meyer et al., (2017) vil krav om systematiske vurderingar av ernæringsmessig risiko innanfor eksisterande midlar, krevje tett samarbeid mellom leiarar og sjukepleiarar. Eitt døme frå praksis er at leiar har leigd inn ekstra helsepersonell slik at ein sjukepleiar kan ta seg av primærpasienten som strevar med underernæring. Då har denne sjukepleiaren brukt tid på å gå igjennom MNA skjema, vekt, kartlagt pasienten og dokumentert i journalen at underernæring blir tatt på alvor.

Ei anna utfordring som dukka opp i Meyer et al., (2017) sin studie var at enkelte sjukepleiarar meinte at det var: *«upassende å veie pasienten og begrunnet dette med pasientens verdighet og selvbestemmelse»*. Eg har vore på to ulike praksisplassar i heimetenesta og det var stor forskjell i praksis når det gjaldt veking av pasientar. I den eine praksisen tok vi ofte med oss vekta frå vaktrommet ut til pasientar og vog dei med jamne mellomrom. I den andre praksisen var det mindre bruk av vekt. Det kom fram i studien til Meyer et al., (2017) at sjukepleiarar antok at pasienten ikkje ønskte å bli vegen, men dei heimebuande pasientane og deira pårørnde var positive til vektkontrollen. Det kom fram at pasientane følte at «nokon brydde seg om dei» når sjukepleiarane ville ta vekt og at det vart oppfatta som ei positiv oppleving. Pårørnde var takksame for kartlegginga og at det var blitt meir søkelys på manglande matinntak og vekttap. Det viser seg at pårørnde ofte er bekymra for sine kjære når dei ser eit ufrivillig vekttap. I praksis har eg erfart at ikkje alle pasientar har ei vekt heime og det vart derfor bestemt at vi tar med oss ei vekt frå vaktrommet og nyttar denne ute i feltet. Då blir det brukt same vekt kvar gong vi vog pasientar og resultatet ville bli påliteleg. Dette blir støtta opp under i studien til Meyer et al., (2017) som også erfarte at ikkje alle pasientar hadde vekt i heimen. Det kom fram at dersom



pasienten ikkje klarte å stå på ei vekt, vart det praktisk utfordrande å utføre veging. Nokre sjukepleiarar i studien til Meyer et al., (2017) foreslo at pasienten kunne vegast under eit korttidsopphald. I praksis har eg erfart at pasientar som ikkje klarer å gå, men som har avlastningsopphald, blir vegd under opphaldet ved bruk av heis. Sidan avlastningsopphaldet er med jamne mellomrom, blir derfor vekta tatt minst ein gong per månad.

#### 5.4 Praktiske utfordringar

Ei praktisk utfordring ein møter på vegen er innkjøp av mat. Kven handlar inn mat til pasienten eller gjer pasienten dette sjølv? I artikkelen til Rognstad et al., (2013) kom det fram at ernæring har samanheng med kven som handlar inn. Dersom pasientar sjølv handlar inn er det mindre sannsynleg at desse er underernærte eller står i fare for underernæring samanlikna med dei som ikkje handlar inn sjølv. Grunnen til dette kan vere at desse pasientane har betre ernæringsstatus og er betre rusta til å handle inn sjølv. Ein annan årsak kan vere at pasientar som er underernærte ikkje har krefter til å handle inn sjølv. Det kan også vere at dersom pasienten får moglegheit til å planlegge og handle inn maten ein sjølv ønskjer, bidrar dette til å auke matlysta og redusera risikoen for underernæring (Rognstad et al., 2013). I tillegg kan det vere eit godt tiltak at omsorgspersonen eller eventuelt heimehjelpa tar med seg pasienten på butikken slik at pasienten får velje ut maten som han/ho gjenkjenner og vil ete. Eit døme eg har ifrå praksis er ein eldre pasient med demens som bur åleine. Pasienten har ein nevø som handlar inn matvarer. Dette fungerte godt fram til sjukepleiar oppdaga at det ikkje minka med pålegg i kjøleskapet. Pasienten slutta å bruke pålegg og sat å åt på skiver utan pålegg og drakk vatn attåt. Tiltaket som vart iverksett var at heimetenesta begynte å lage til måltid til denne pasienten slik at ein forsikra seg om at pasienten fekk i seg tilstrekkeleg med næring.

Kva gjer ein når pasienten gløymer å ete? Ifølge Skovdahl (2021, s. 435) kan personar med demens gløyme å ete og drikke av forskjellige årsaker, noko som blir underbygd i studien til Rognstad et al., (2013). Skovdahl (2021, s. 435) fortel vidare at nokre av desse kan vere redusert følelse av tørste, svolt eller redusert forståing av behovet for næring. Redusert appetitt kan vere dei første teikna på vektta og underernæring. I praksis har eg opplevd at ein pasient ikkje klarte å nytte bestikk. Skovdahl (2021, s. 435) seier at personar med demens kan gløyme korleis ein brukar bestikk og nokre kan ha så dårleg finmotorikk at dei ikkje

klarer å bruke bestikket. For å løyse desse problema kan ein laga til mat som kan etast utan bestikk eller pasienten kan få tilpassa bestikket. I studien til Rognstad et al., (2013) kjem det fram at årsaker til underernæring kan vere åtferdsproblematikk knytt til eting, mating eller sjølv måltidet. Samtidig skriv Skovdahl (2021, s. 435) at gjennom å gi måltidssituasjonen betydning med eit godt måltidsmiljø og sosiale interaksjonar, kan personar med demens oppnå auka energiinntak, trivsel og fysisk funksjon. I studien til Rognstad et al., (2013) vert det framheva at det å ete åleine gjer det meir sannsynleg at matinntak vert lavt og dermed fører til utilsikta vektta. Som nemnt tidlegare kan dagsenter vere eit godt supplement.

Frivillige er viktige bidragsytarar når det gjeld sosial kontakt og aktivitet. Ifølge Hillestad et al., (2020) kan det å vere sosial ilag med andre ha positiv innverknad på kognisjonen. I tillegg er det nødvendig for pasientar med demens å ha eit sosialt nettverk for å skape ein god livskvalitet. Eg har sjølv erfart at frivillige og støttekontaktar kan vere eit viktig supplement. Eit døme frå praksis er ein pensjonist som jobbar som frivillig. Han bestiller seg middag ein gong i veka og tar med middag heim til ein person med demens som bur åleine. Akkurat denne dagen i veka et dei to middag ilag og har ei sosial stund. Denne pensjonisten bringer mange middagar på dørrer til eldre i løpet av veka, men brukar litt ekstra tid på denne demenssjuke personen sidan han har kjent han/ho store delar av livet og har lyst å vere «ete venn». Dette vert då ein vinn vinn situasjon for begge partar.

## 6.0 Konklusjon

Korleis førebygge underernæring hos heimebuande personar med demens? For å svare på dette har eg drøfta problemstillinga mi ved hjelp av forskning, teori og brukt egne erfaringar frå praksis. Underernæring er eit problem blant heimebuande personar med demens, og det viser seg at demenssjuke som bur åleine er ekstra utsett. Andre faktorar som påverkar ernæring er mellom anna einsemd, dårleg tannstatus, biverknad av medikament, måltidsmiljø og praktiske utfordringar som innkjøp av matvarer. Ernæringsproblem kan føre til forverring av den kognitive svikten, auka liding og i verste fall død.

Det er eit komplekst arbeid å førebygge underernæring hos pasientar med demens. Sjukepleiar må ta ernæringsutfordringane på alvor, både ved å kartlegge og å følgje opp pasienten sin ernæringsstatus. Dette vil krevje systematisk arbeid der personsentrert demensomsorg må vere i fokus. For å skape tillit og bygge ein god relasjon til pasienten er det ein stor fordel om det er kjente helsepersonell som kjem heim til pasienten. Dette vil gjere det enklare å oppfatte risikofaktorar som dårleg appetitt og nedsett matinntak, og setje i verk tiltak så fort som mogeleg. Ernæringsarbeid er eit arbeid med rutinar, system og tydeleg fordeling av oppgåver og ansvar i kommunehelsetenesta. For å lukkast er tverrfagleg samarbeid mellom leiar, heimeteneste og kjøkken av stor verdi. Sjukepleiar må tenkje innovativt, for eksempel i samarbeid med frivillige, private aktørar og landbruk. Målet må vere å motivere til matglede og matomsorg for menneske med demens.

I heimetenesta er ein til stades i korte periodar i løpet av ein dag, og det er mellom anna krevjande å gjennomføre nøyaktig registrering av mat- og drikkeinntak gjennom heile dagen. Det vil vere verdifullt å få til eit godt samarbeid med pårørande sidan dei kjenner pasienten best og kan vere ein viktig bidragsytar. Sjukepleiar må lytte til pårørande slik at dei ikkje vert pålagt for store omsorgsoppgåver med risiko for å bli overbelasta. Demens er kronisk og i stadig utvikling. Menneske med demens blir dårlegare med tida, og det vil vere avgjerande å komme inn i bilete på eit tidleg tidspunkt slik at ein kan hindre vidare utvikling av underernæring. Som Kirsti Wogn-Henriksen ein gong sa: «*Mennesker med demens trenger andre mennesker som aldri før*», dette gjeld også med tanke på underernæring.

## 7.0 Litteraturliste

- Brodtkorb, K. (2021). Ernæring, mat og måltider. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & H. A. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie – god omsorg for den gamle pasienten* (s. 301-316). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bruvik, F. (2020). Pårørende. I B. S. Husebø & E. Flo (Red.), *Eldreboeken – diagnoser og behandling* (s. 51-61). Fagbokforlaget.
- Engedal, K. & Haugen, P-K (2018). Demens. I K. Engedal & P-K. Haugen (Red.), *Demens – sykdommer, diagnostikk og behandling* (s. 14-28). Forlaget aldring og helse.
- Engedal, K. & Haugen, P-K (2018). Miljøtiltak. I K. Engedal & P-K. Haugen (Red.), *Demens – sykdommer, diagnostikk og behandling* (s. 315-331). Forlaget aldring og helse.
- Engedal, K. & Haugen, P-K (2018). Å leve med en demenssykdom. I K. Engedal & P-K. Haugen (Red.), *Demens – sykdommer, diagnostikk og behandling* (s. 48-58). Forlaget aldring og helse.
- Fjørtoft, A-K. (2019). Pasientene i hjemmesykepleien. (s. 47-100). I A-K. Fjørtoft. *Hjemmesykepleie – Ansvar, utfordringer og muligheter*. (3. utg.). Fagbokforlaget.
- Folkehelseinstituttet. (2021, 23. februar). Demens. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>
- Gjerlaug, A. K., Harviken, G., Uppsata, S. & Bye, A. (2016). Verktøy ved screening av risiko for underernæring hos eldre. *Sykepleien Forskning*, 11(2), 148-156.  
[10.4220/Sykepleienf.2016.57692](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2016.57692)
- Halvorsen, K. H., Gulla, K. & Kjome, R. L. S. (2020). Legemiddelbruk i sykehjem. I B. S Husebø & E. Flo (Red.), *Eldreboeken – diagnoser og behandling* (s. 253-262). Fagbokforlaget.
- Helsedirektoratet. (2020, 03, januar). *Demens – nasjonal faglig retningslinje*. [Nasjonal faglig retningslinje for demens - Helsedirektoratet \(keff.no\)](https://www.helsedirektoratet.no/nasjonalfaglig-retningslinje-for-demens)

Helsedirektoratet. (2022, 14, mars). *For å vurdere risiko for underernæring anbefales verktøyet MST (Malnutrition Screening Tool).*

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-og-behandling-av-underernaering/vurdering-av-risiko-for-underernaering/for-a-vurdere-risiko-for-underernaering-anbefales-verktoyet-mst-malnutrition-screening-tool#referere>

Helsedirektoratet. (2016, september). *Kosthåndboken – veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten. Kosthåndboken – Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten.pdf (helsedirektoratet.no)*

Helsepersonelloven. (2001). *Krav til helsepersonells yrkesutøvelse.* (LOV-1999-07-02-64).

Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Helsepersonelloven. (2001). *Lovens formål, virkeområde og definisjoner.* (LOV-1999-07-02-64).

Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Hillestand, E., Tessem, J. & Magerholm, B. (2020). Frivillige som samarbeidspartnere i eldreomsorgen. I B. S. Husebø & E. Flo (Red.), *Eldreboeken – diagnoser og behandling* (s.364-374). Fagbokforlaget.

Ilhan, B., Erdogan, T., Saribeyliler, G. & Bahat, G. (2016). Malnutrition in Older People with Dementia Causes, Assessment, and Treatment. *Baoj Palliative medicine*, 2(2), 1-7.

Kirkevold, M. (2021). Personsentrert og individuelt tilpasset sykepleie. I M. Kirkevold, K Brodtkorb & H. A. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie – god omsorg for den gamle pasienten* (s. 89-114). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen, N. J., Skaug, E-A., Steindal, S. A. & Grimsbø, G. H. (2021). Introduksjon til sykepleie som fag og tjeneste. I N. J. Kristoffersen, E-A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie – fag og profesjon* (s. 15-28). Gyldendal.

- Kristoffersen, N. J. (2021). Sykepleiefagets teoretiske utvikling – en historisk reise. I N. J. Kristoffersen, E-A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie – fag og profesjon* (s. 225-288). Gyldendal.
- Meld. St. 15 (2017-2018). *Leve hele livet - En kvalitetsreform for eldre*. Det kongelige helse- og omsorgsdepartement.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/196f99e63aa14f849c4e4b9b9906a3f8/no/pdfs/stm201720180015000dddpdfs.pdf>
- Meyer, S. E., Velken, R. & Jensen, L. H. (2017). Vurdering av ernæringsstatus – et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien. *Sykepleien Forskning*, 17.  
[10.4220/Sykepleienf.2017.61797](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.61797)
- Næss, G. (2021). Sykepleie til eldre i hjemmesykepleien. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & H. A. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie – god omsorg for den gamle pasienten* (s. 245-262). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). *Formål*. (LOV-1999-07-02-63). Lovdata.  
<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63/§1-1>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). *Hovedregel om samtykke*. (LOV-2021-05-07-31 ). Lovdata. [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL\\_1#%C2%A71-1](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_1#%C2%A71-1)
- Ranhoff, A. H. (2021). Forebyggende sykepleie. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & H. A. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie – god omsorg for den gamle pasienten* (s. 160-172). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Ranhoff, A. H. & Engh, E. (2021). Eldre og legemidler. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & H. A. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie – god omsorg for den gamle pasienten* (s. 189-198). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Regjeringen. (02.12.20). *Demensplan 2025*. Regjeringen.no.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/b3ab825ce67f4d73bd24010e1fc05260/demensplan-2025.pdf>

Rognstad, M.K, Brekke, I, Holm, E, Linberg, C. & Lühr, N. (2013). *Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens*. *Forskning*, 4, 2013; 8: 298-307.

<https://doi.org/10.4220/sykepleief.2013.0137>

Rokstad, A. M. M. & Røsvik, J. (2018). Personsentrert omsorg. I K. Engedal & P-K. Haugen (Red.), *Demens – sykdommer, diagnostikk og behandling* (s. 300-314). Forlaget aldring og helse.

Rummelhoff, R. G., Nilsen, S. R. & Brynhildsen, S. (2012). *Dagsenter gir økt livskvalitet. Fagutvikling*, 100(14), 60-63. <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2012.0152>

Skovdahl, K. (2021). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & H. A. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie – god omsorg for den gamle pasienten* (s. 416-441). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Tangvik, R. J. & Dierkes, J. (2020). Kosthold og ernæring. I B. S. Husebø & E. Flo (Red.), *Eldreboen – diagnoser og behandling* (s. 179-189). Fagbokforlaget.

Thidemann, I. J. (2020). Litteraturstudie. (s. 81-100). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter – den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.

Thidemann, I. J. (2020). Prosjektbeskrivelse. (s. 11-14). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter – den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.

Thidemann, I. J. (2020). Valg av metode. (s. 74-80). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter – den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.

Thidemann, I. J. (2020). Å skrive akademisk. (s. 26-27). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter – den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.

Ulstein, I. D. (2018). Pårørendes situasjon. I K. Engedal & P-K. Haugen (Red.), *Demens – sykdommer, diagnostikk og behandling* (s. 332-348). Forlaget aldring og helse.





# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave i sykepleie

SK152-O-2022-VÅR-FLOWassign

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	03-06-2022 09:00	<b>Termin:</b>	2022 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	07-06-2022 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave i sykepleie		
<b>Flowkode:</b>	203 SK152 1 O 2022 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	436
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	7896
----------------------	------

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

### Gruppe

<b>Gruppenavn:</b>	(Anonymisert)
<b>Gruppenummer:</b>	33
<b>Andre medlemmer i gruppen:</b>	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

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