



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

# VURDERINGSINNLEVERING

---

Emnekode: SYKSB3001

Emnenamn: Sjukepleie, forskning og fagutvikling

Vurderingsform: Bacheloroppgåve

Kandidatnummer: 18

Leveringsfrist: 22.2 2013

Ordinær eksamen eller kontinuasjon: Ordinær

Rettleiar: Gurli Karin Tveit

Tal på ord: 8984

# Tid og tillit

Å førebyggja underernæring hos heimebuande demente



*(Privat bilete)*

## Samandrag

**Tittel:** Tid og tillit. Å førebyggja underernæring hos heimebuande demente.

**Bakgrunn for val av tema:** Underernæring er eit alvorleg problem, og eldre, einslege og demente er blant dei som er mest utsett. Særleg for demente som bur heime åleine, kan dette vera vanskeleg, sidan dei ikkje hugsar om dei har ete, og dei kan ha vanskar med å sjå at dei treng hjelp.

**Problemstilling:** Korleis kan sjukepleiar førebyggja underernæring hos demente som bur heime?

**Hensikt med oppgåva:** Med å skriva denne oppgåva ynskjer eg å få fram korleis sjukepleiar kan hjelpa demente som bur heime, til å få i seg nok og næringsrik mat.

**Metode:** Denne oppgåva er ein litteraturstudie. Dei endelege søka vart gjort i *CINAHL*, *Ovid Nursing og Sykepleien Forskning*, der flest søkeord var demens/dementia, heimesjukepleie/home nursing og underernæring/malnutrition. To av studiane var gjennomført i Noreg, to av dei i Sverige, og den femte var i frå Canada. Den eldste studien er i frå 2006, medan dei andre er i frå 2010 og 2011.

**Resultat:** Hovudfunna i dei fem artiklane, er at demente som bur heime helst vil greie seg sjølv og vera sjølvstendige. Men underernæring kan verta eit problem for den pasientgruppa. Sjukepleiar må sørge for å få pasienten sin tillit, slik at pasienten vert trygg i relasjonen. Sjukepleiarar må sjå kvar einskild sine behov og vurderer deira behov for næringsrik mat. Kunnskap om ernæringsarbeid, kontinuitet i arbeidet, dokumentasjon og rutinar for å sikra pasienten ein god ernæringstilstand er ting som vert trekt fram i studiane.

**Oppsummering:** For å sikra ei tilfresstillande ernæring, må sjukepleiarar bruka god tid i lag med den demente pasienten, og særleg i byrjinga når ein skal opparbeida ein god relasjon, og pasienten skal verta trygg på den som kjem og skal hjelpa. Kommunikasjon er viktig i arbeidet med å skapa god tillit. Når ein kjem heim til pasienten for å hjelpa til med måltid, må ein passe på at det vert gjort på ein slik måte at pasienten får ivaretatt sjølvkjensla og integriteten sin. For å sikra pasienten ei god og rett behandling, må det vera eit godt samarbeid mellom sjukepleiar og pasient, men også mellom sjukepleiarane som er heime hos den demente, og dokumentasjon og observasjon er avgjerande i arbeidet.

**Nøkkelord:** demente, heimesjukepleie, underernæring

## **Abstract**

**Title:** Time and Confidence: To Prevent Malnutrition in Dementia Living at Home.

**Background:** Malnutrition is a serious problem, and elderly, singles and people with dementia are among the most exposed. Especially for people with dementia living alone this can be difficult, since they do not remember whether they have eaten or not. They may also have difficulties seeing that they need help.

**Research question:** How can nurses prevent malnutrition in people with dementia who live at home?

**Purpose:** By writing this thesis I want to emphasize how the nurse can help demented people living at home to get enough nutritious food.

**Method:** This thesis is a literature study. The final searches were made in the *CINAHL*, *Ovid Nursing* and *Sykepleien Forskning*, where most keywords were dementia, home nursing and malnutrition. Two of the studies were conducted in Norway, two of them in Sweden, and the fifth was from Canada. The oldest study is from 2006, while the others are from 2010 and 2011.

**Results:** The main finding in these five articles is that demented people living at home would prefer to care for themselves and be independent. Consequently, malnutrition can be a problem for them. Nursing must therefore ensure the patient's confidence, so that the patient feels safe in the relationship. Nurses must see the patients' individual needs and assess their needs for nutritious food. Knowledge of nutrition, continuity in treatment, documentation and procedures for ensuring proper nutrition designed for the patient are emphasized in the studies.

**Summary:** To ensure adequate nutrition, nurses need to spend time together with the dementia patient. Especially in the beginning when constructing a good relationship, the patient should feel confident that the nurse will give assistance. Communication is important in the effort to create this confidence. When assisting with the meal, the nurse should ensure that the patient's self-esteem and integrity is maintained. In order to secure proper treatment, it is important that the cooperation between nurse and patient is good. This is also important when treating a patient in his/her home. However, documentation and observation is also essential in this work.

**Keywords:** dementia, home nursing, malnutrition.

## Innholdsliste

1.0 Innleiing .....	7
1.1 Bakgrunn for val av tema .....	7
1.2 Presentasjon av problemstilling.....	8
1.3 Grunngeving for val av problemstilling, avgrensing og presisering .....	8
2.0 Presentasjon av teoretiske perspektiv .....	9
2.1 Kari Martinsen sin omsorgsfilosofi .....	9
2.2 Demens.....	10
2.3 Ernæring .....	12
2.3.1 Ernæring til eldre .....	12
3.0 Metode .....	14
3.1 Metode .....	14
3.2 Litteraturstudie som metode.....	14
3.3 Søk etter litteratur .....	14
3.4 Kjeldekritikk.....	18
3.5 Forskingsetikk .....	18
4.0 Resultat .....	20
4.1 Hovudfunn frå artiklane .....	20
4.2 Presentasjon av forskingsartiklane .....	20
5.0 Diskusjon.....	24
5.1 Å skapa tillit og tryggleik.....	24
5.2 Å ha noko å seia i sin eigen heim .....	25
5.3 Omsorg på pasienten sine premissar.....	26
5.4 Kontinuitet i omsorga.....	27
5.5 Vektendring hos pasienten .....	28
5.6 Vurdering av ernæringsstatus .....	29
5.7 Dokumentasjon.....	30

6.0 Avslutning .....	32
Referanseliste .....	33
VEDLEGG I: ICD -10 sine kriterium for demens	
VEDLEGG II: Resultattabellar	

## 1.0 INNLEIING

### 1.1 Bakgrunn for val av tema

Bakgrunnen for val av tema, kjem av dei erfaringane eg har gjort meg i arbeidet med demente, både på sjukeheimar og i heimesjukepleia. Eg har møtt eldre som enten gløymer å eta, ikkje har matlyst eller at dei av andre årsaker ikkje får i seg nok næringsrik mat.

Underernæring er eit stort og alvorleg problem der eldre, einslege og demente er blant dei som er mest utsett (Helsedirektoratet, 2009). Også Sortland(2007) framhevar at ernæring er viktig for å unngå sjukdom, men og i behandling av sjukdom.

I praksisperioden eg hadde i heimesjukepleia, fekk eg innblikk i korleis nokre eldre demente hadde vanskar med å oppretthalda eit tilfredstillande næringsinntak, og at nokon av dei ikkje ynskte å ta i mot hjelp. Dette er noko eg synes er så grunnleggande naudsynt, at eg ynskjer å finna ut kva sjukepleiar kan gjera for å førebygga underernæring blant demente som bur heime.

*Medan eg var i praksis i heimesjukepleia, fekk eg god kontakt med ein pasient på 84 år, som var enke og budde åleine. I utgangspunktet fekk ho hjelp av heimesjukepleia til andre ting, men etter ein bekymringstelefon frå pårørande, der dei uttrykte stor bekymring for at mora hadde vorte mykje tynnare og bleikare, vart det gjort nytt vedtak om hjelp og tilsyn tre gonger for dagen. Pasienten hadde også byrja å snu på døgeret. Ho kunne reisa opp mitt på natta og dusje, og når heimesjukepleia kom om morgonen, lukta det kumler, som ho hadde ete til frukost. Sjølv om ho tilsynelatande åt, var det ikkje nok til at ho greidde å halda vekta eller å få i seg nok næringsrik mat. Ho hadde familie som handla inn mat, men heimesjukepleia skulle hjelpa ho å laga til måltida, og dei kunne sitja å eta i lag med ho. Problemet var at ho ikkje ynskte å ta i mot denne hjelpa.*

Demens er ei felles nemning for ein tilstand som kjem av ulike organiske sjukdomar.

Kjenneteikn ved demens er kognitiv svikt i form av hukommelsestap, orienteringsproblem, språkvanskar, planleggingssvikt, sviktande evner til å utføra aktivitetar i dagleglivet og

endringar i sosial væremåte (Helsedirektoratet, 2011). Pasienten eg har fortalt om, hadde ikkje fått diagnosen demens, men på ein MMSE-NR<sup>1</sup> test hos fastlegen, hadde ho skåra lavt. På line med væske og søvn, er tilstrekkeleg ernæring eit grunnleggande behov. For lite næringsinntak, vil over tid føra til at ein dør. Ein reknar med at blant sjuke eldre som bur heime, vert rundt 10 prosent ramma av underernæring (Helsedirektoratet, 2011), men nokon undersøkingar visar at opp i mot 46 prosent av pasientane i heimesjukepleia, enten er underernærte, eller er i ei risikogruppe for ernæring (Birkeland og Flovik, 2011).

## 1.2 Presentasjon av problemstilling

Problemstillinga mi er:

*Korleis kan sjukepleiar førebyggja underernæring hos demente som bur heime?*

## 1.3 Grunngeving for val av problemstilling, avgrensing og presisering

Hensikta med oppgåva er å finna ut meir om korleis sjukepleiar kan førebyggja at demente som bur heime, vert underernærte. Sidan storleiken på oppgåva er avgrensa, er det naudsynt med nokre presiseringar. Pasienten eg har fortalt om i innleiinga, hadde ikkje fått diagnosen demens, og eg vil difor fokusera på dei med demens i grad I - Mild (sjå punkt 2.2), som i fylgje ICD-10<sup>2</sup> har svekka hukommelse og svikt i kognitive funksjonar som verkar inn på evna til å greie seg i dagleglivet (Engedal og Haugen, 2009), men som er i stand til å bu heime. Eg vil og ha ei avgrensing om at pasienten bur åleine, og ikkje har pårørande som hjelper til med innkjøp av mat, sjølv om familie vert så vidt nemnd eit par stader i drøftinga. I Noreg i dag bur det mange med innvandrarbakgrunn, men eg har valt å avgrensa det til dei etnisk norske, sidan kultur, språk, religion, matvanar og matvarer kan ha innverknad på kosthald og ernæringsstatus. Eg vil og sjå vekk i frå andre sjukdomar, bruk av medikament og medisinsk behandling, som kan vera med å påverka ernæringstilstanden. Mottakarar av tenester frå heimesjukepleia vert omtalt både som ”brukarar” og ”pasientar”, men eg vel å bruka ordet pasient. Eg har og valt å ikkje skilja på kjønn, så ved bruk av ordet pasient, tenkjer eg både menn og kvinner. Aldersgruppa eg har valt å sjå på er eldre over 65 år.

---

<sup>1</sup> MMSE-NR, Norsk Revidert Mini Mental Status Evaluering, er eit verktøy for å utreda om ein pasient er dement (Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, u.å.).

<sup>2</sup> I Noreg brukar me eit klassifikasjonssystem, ICD, for å klassifisera sjukdomar. Ein nyttar for tida den tiande versjonen, og difor står det ICD-10 (Engedal og Haugen, 2009).



## 2.0 PRESENTASJON AV TEORETISKE PERSPEKTIV

### 2.1 Kari Martinsen sin omsorgsfilosofi

Eg har vorte kjend med Kari Martinsen (1943- ) sin sjukepleieteori gjennom studietida mi, og har nytta den i mange oppgåver. Teorien og tankane til Martinsen (1989) betyr mykje for meg, og er noko som eg kjenner meg igjen i.

Omgrepet omsorg står sterkt hos Martinsen. Ho meiner omsorg er heilt fundamentalt for vår eksistens, og det handlar om korleis me visar omtanke for kvarandre, seier Martinsen (1989). Vidare beskriv ho kva ho meiner er karakteristisk ved omsorgsarbeidet. Det er når mottakaren av omsorg er i ein situasjon der han ikkje er sjølvhjelpen, når omsorgsrelasjonen varer ved og fører til ansvar og forplikting frå omsorgsutøvarer si side, og når omsorgsrelasjonen er basert på generalisert gjensidighet, det vil sei at ein ”sørgjer for den andre” utan å forventa noko attende. Martinsen (1989) peikar på tre fundamentale kvalitetar som er viktig for omgrepet omsorg:

*Relasjon* har med fellesskap og solidaritet med andre å gjera, og omsorg er i fylgje Martinsen ein sosial relasjon. Den *praktiske* sida for omsorg, har med forståing for andre å gjera, og som eg tileignar meg ved å gjera ting saman med andre og for andre. Me utviklar felles erfaringar, og dei situasjonane me kan forstå, er dei situasjonane me har erfaring i frå. Slik vil ein kunna forstå den andre gjennom måten han held seg til sin situasjon. På den måten vert den andre respektert med sine ressursar og avgrensingar, og ein grip ikkje inn i og umyndiggjer den andre. Den *moralske* sida seier at skal omsorga vera ekte, må eg ha ei haldning overfor den andre som visar at eg godkjenner den andre ut i frå hans situasjon. Dette betyr ei gjensidig samhandling som har vorte utvikla gjennom ein praktisk arbeidssituasjon.

Martinsen skriv og om tillit, om å bli tilliten verdig. Å visa tillit betyr å utlevera seg, våga seg fram for å verta imøtekomen. I alle samtalar og i vår haldning til den andre, er tillit heilt elementært, og me skal ta vare på det liv som tilliten legg i vår hand (2005). Martinsen (2005, s. 146) viser og til Løgstrup, som seier at me er vist til kvarandre for å ta vare på kvarandre, noko som tyder at for å gagna den enkelte pasient mest mogeleg, også hindre at han skader seg, er det både ei oppgåve og eit ynskje frå sjukepleiaren å gå inn i ein slik relasjon. Det kan og vera fare for at ein tenkjer at den andre ikkje vedkjem meg, dersom ein feiltolkar det etiske prinsipp om respekten for pasienten sin autonomi og retten til sjølv å bestemma. Då unndrar

ein seg forpliktinga om å ha omsorg for den andre. Respekt for eit anna menneske er berre mogeleg i personrelasjonar, og ikkje som aleineståande, autonomt individ (Martinsen, 2005).

## 2.2 Demens

Det fins om lag 71 000 personar med demens i Noreg i dag, og dersom ein går ut i frå at førekomsten held seg på same nivå som i dag, vil talet fram mot 2040 nesten dobla seg (Helsedirektoratet, 2011). Om lag 42 000 personar med demens bur heime (Birkeland og Flovik, 2011). Ein kan definera demens som ein tilstand der fleire av dei kognitive funksjonane er svekka, som hukommelse, konsentrasjon, evna til å resonnera, kritisk sans, evna til å tenkje abstrakt og språkfunksjonen (Dietrichs, 2009).

Kognitiv svikt er eit symptom på demens, som har same kjenneteikn som demens. Ein kan dela det inn i *mild kognitiv svikt*, som ikkje er ein sjukdom, men der hukommelsen er meir redusert enn ved normal aldring. *Alvorleg grad av kognitiv svikt* er ei samling av symptom der fleire kognitive funksjonar er redusert, som hukommelse, språkfunksjon, evna til å orientera seg og evna til å utføra praktiske handlingar. *Demens* kan koma som fylgje av ulike sjukdomar eller skader, og inneber kognitiv svikt og eventuelle psykologiske endringar, eller endringar i oppførsel (Berentsen, 2008).

Som nemnt i kapittel 1, vel eg å fokusera på dei pasientane som har demens i grad I. ICD-10 sine kriteria for demens er:

- I. 1. Svekka hukommelse, især for nyare data
2. Svikt av andre kognitive funksjonar, som dømmekraft, planlegging, tenking, abstraksjon.

Mild: Verkar inn på evna til å klare seg i dagleglivet.

II. Klar bevisstheit

III. Svikt av emosjonellkontroll, motivasjon eller sosial åtferd

IV. Tilstanden må vare minst seks månader.

(Engedal og Haugen, 2009, s. 18).

Sjå vedlegg I.

Når eit menneske vert dement, kan det vera vanskeleg å veta korleis det tenkjer. I den tidlege fasen kan mange forstå at noko er galt, men dei forsøker så godt dei kan å dekkja over svikten og kompensera for den (Berentsen, 2008). I arbeidet med demente, møter ein ofte etiske

problemstillingar, og etiske refleksjonar er difor naudsynt. Dei avgjerslene som ein tek i arbeidet, må visa at ein har respekt for den enkelte pasient, og at alle har ein ibuande verdigheit og er like verdfulle som alle andre (Berentsen, 2008).

Kommunikasjon er viktig i alt arbeid mellom menneske. Eide og Eide (2007) peikar på at evnene til god kommunikasjon er eit hjelpemiddel til å forstå pasienten som person, til å forstå relasjonen, til å gje betre hjelp og støtte, til at gode slutningar vert teken i fellesskap, og for at den andre si utvikling vert stimulert best mogeleg. I kommunikasjon med eldre som har kognitiv svikt, må ein ta utgangspunkt i den andre si mogelegheit til å vera fokusert og oppmerksam, og ein må nytta stadfestande ferdigheiter i kommunikasjon (Eide og Eide, 2007).

Stadfesting og respekt er viktige omgrep i kommunikasjon og relasjon med demente. Det er viktig i forhold til kjenslene deira, og til å verna om autonomien og integriteten deira. Ved å visa forståing, observera og å lytta godt slik at ein er i stand til å sjå korleis den andre har det, viser ein respekt. For å visa dei demente at dei vert sett, treng dei tilbakemeldingar som styrkar sjølvkjensla, hjelper pasienten til å vera i kontakt med seg sjølv og som stimulerer til funksjon som er så god som mogeleg (Eide og Eide, 2007).

Demente bør ha færrest mogeleg tenesteytarar å forholde seg til, og det beste er at ein fast person, sjukepleiar eller hjelpepleiar, har eit heilskapleg ansvar for planlegging, utøving og vurdering av den daglege sjukepleia til pasienten (Dale, 2004). Dale (2004) peikar og på at demente har mindre evne til å formidla sine ynskjer og behov, og for å sikra at pasienten får den støtta han treng, er det ei føresetnad at ein kjenner pasienten godt.

Heimesjukepleietenesta skal nå ei stor målgruppe og har omfattande funksjonar. I tenesta skal ein yta sjukepleie til menneske der dei bur og i deira daglegliv, og som har ulike helseproblem (Solheim og Aarheim, 2004). Heimesjukepleia kan vera prega av at ein har avgrensa med tid når ein er heime hos pasientar. Dette kan vera ei utfordring i arbeidet og kommunikasjonen med demente. Ein skal opptre langsamt og vera tålmodig, og det kan vera naudsynt å få sett av meir tid hos ein person med demens (Birkeland og Flovik, 2011).

## 2.3 Ernæring

### 2.3.1 Ernæring til eldre

Gjennom heile vaksenlivet, eldast menneskekroppen. Det er det ein kallar biologisk aldring, og aldringa påverkar alle organ i kroppen (Kirkevold, 2008). Den eldre befolkninga er ei samansatt gruppe, og fleire av dei endringane som kjem med alderen, kan ha stor betydning for kosthald, ernæringsstatus og helse. Med alderen vert behovet for energi lågare på grunn av mindre muskelmasse og fysisk aktivitet, men behovet for vitaminer og mineral er det same, om ikkje høgare, noko som betyr at dei eldre bør eta meir variert (Helsedirektoratet, 2011). Sortland (2007) viser og til dei same tala frå Sosial- og helsedirektoratet, der det kjem fram at til eldre med nedsett appetitt, bør karbohydrat utgjera 45-50 prosent av energien i kosten og energiinntaket av protein vera 15-20 prosent. Dersom næringsinntaket er lavt og det er risiko for underernæring, bør fett utgjera 35 prosent av energien i kosten.

Andre ting kan og vera med å påverka vekta og kosthaldet. Det kan blant anna vera at ved aukande alder vert vekta til indre organ redusert, mengd av vatn i kroppen vert mindre, lukt- og smakssans vert dårlegare, ein kan få svelgproblem, tap av tenner og/eller dårleg tilpassa tannprotese kan føra til problem med tygging, tarmperistaltikken vert redusert og tarmens evne til å absorbera næringsstoff vert dårlegare. Det er difor viktig å tenka på at næringstettleiken i maten må aukast når inntaket av mat vert redusert (Sortland, 2007).

Når næringsinntaket er mindre enn behovet, enten fordi behovet aukar, eller inntaket vert mindre, oppstår underernæring. Hos eldre skyldast dette ofte ein kombinasjon av for lavt kalori- og proteininntak, og resultatet vert at ein tapar både fett og muskelvev (Brodtkorb, 2008). Sortland (2007) seier at lav kroppsvekt ikkje automatisk vil sei at ein er underernært, men dersom det føreligg eit vekt tap på 10 prosent dei siste fem – seks månadane, kan det vera eit alvorleg sjukdomsteikn. Måling av høgde og vekt er vesentleg i samband med ernæring, og pasientane må vegast jamleg, for å følgja med på vekta. Måling av høgde, er for å kunna vurdera kroppsvekta i forhold til høgda, altså for å rekna ut kropps masseindeksen (KMI)<sup>3</sup>. I Noreg har ein ikkje referanseverdier for eldre over 65 år, men studiar visar at ein KMI verdi under 22 for eldre personar, er eit teikn på undervekt, seier Mowe (2002, I Sortland, 2007, s. 195).

---

<sup>3</sup> KMI reknar ein ut ved å ta vekta, i kg, og dividera med kvadratet av høgda, i meter (Sortland, 2007).

Bjerkreim (2005) seier vidare at ved teikn på underernæring, kan huda og håret verta tørt. Ein kan ved å løfte opp ei hudfald på underarmen, sjå om den vert ståande. Det kan i så fall vera teikn på enten underernæring eller dehydrering. Dette kan ein og observere på slimhinner i munnen og i svelget, ved at ein sprekkar i leppene og i munnviken, eller at det blør frå tannkjøtet.

Eit viktig førebyggjande arbeid blant eldre, er å halda oppe ein god ernæringsstatus for å bidra til god helse, daglege aktivitetar og for å beskytta kroppen mot sjukdom og skadar. Sjukepleiarar har eit stort ansvar for å sikra at tilførsel av næring til eldre pasientar er tilstrekkeleg (Brodtkorb,2008). I anbefalingane frå *Nasjonale faglege retningslinjer for førebygging og behandling av underernæring* (Helsedirektoratet, 2009), står det at hos dei pasientane som er underernærte, eller står i fare for å verta underernært, skal det lagast til ein ernæringsplan eller ernæringsjournal i arbeidet.

## **3.0 METODE**

### **3.1 Metode**

Metode er ein måte å gå fram på for å få fram kunnskap, eller finne ut om påstandar som er gjort er haldbare og til å stole på. Ein brukar metode for å finna svar på ei problemstilling, og å koma fram til ny kunnskap (Tranøy 1985 I Dalland, 2007, s. 83). Ein nyttar ulike metodar til å samle data for å gje informasjon om det som skal undersøkast. Det vert nytta to hovudtypar av metode, kvantitative og kvalitative metodar. Kvantitative metodar gjev informasjonen ein innhentar, om til einingar som er målbare, slik at ein kan finna gjennomsnitt og prosent av ei større mengd. Kvalitative metodar skal få fram meiningar og opplevingar som ikkje kan målast eller talfestast (Dalland, 2007). Dei ulike metodane skal gje betre forståing av samfunnet me lever i, og korleis kvart enkelt menneske, grupper og institusjonar handlar og samhandlar (Holme og Solvang, 1996 I Dalland, 2007, s. 84). I denne oppgåva kan det nyttast både kvantitative og kvalitative artiklar.

### **3.2 Litteraturstudie som metode**

Bacheloroppgåva er ein litteraturstudie, og er den avsluttande oppgåva i sjukepleiarutdanninga. For at ein skal kunna skriva ein systematisk litteraturstudie, er det ein føresetnad at det fins tilstrekkeleg med studiar av god kvalitet som kan gje grunnlag for vurderingar og konklusjonar (Forsberg og Wengström, 2008). Forsberg og Wengström (2008, s. 31) viser og til Mulrow og Oxman(1997) sin definisjon av ein systematisk litteraturstudie, som seier at det er ein studie som har eit tydeleg formulert spørsmål som det vert gitt svar på ved å identifisera, velja, vurdere og analysere relevant forskning. I ein litteraturstudie skal det koma fram kva som er bakgrunn for og formålet med studien. Den skal og innehalda ei spørsmålsstilling og innsamlingsmetode. Ein nyttar forskingsartiklar til å hente inn data, og drøftar dei opp i mot den bakgrunns litteraturen som allereie fins, for å finne svar på problemstillinga (Olsson og Sörensen, 2003).

### **3.3 Søk etter litteratur**

Når eg skulle finna litteratur som kunne brukast til å gje svar på mi problemstilling, søkte eg etter forskingsartiklar og litteratur som var aktuell for det emnet eg har valt. Eg har brukt pensumlitteratur, nytta HSH/Stord sitt bibliotek, søkt i BIBSYS for å finna bøker og å lesa

artiklar i full tekst og eg har søkt på internett for å finna relevante artiklar, faglege retningslinjer og teori om stoffet. Ved søk etter forskingsartiklar, nytta eg dei helsefaglege søkedatabasane ved Høgskulen Stord/Haugesund. Eg har og lest i referanselista til artiklar og bøker, for å sjå om det har vore brukt artiklar der som eg kunne ha nytte av. Søkeprosessen min gjorde eg i Sykepleien Forskning, CINAHL, SveMed+, Ovid Nursing og ProQuest. CINAHL og Ovid Nursing er søkedatabasar som er anbefalt av skulen. Etter ein del søk, enda eg opp med å bruka CINAHL, Ovid Nursing og Sykepleien Forskning.

Eg brukte engelske søkeord, som eg fyrst fann ved å skriva det norske ordet i SveMed+. Søkeorda eg nytta var demente/dementia, kognitiv svikt/cognitive impairment, sykepleie/nursing, hjemmesykepleie/home nursing OR home health care, ernæring/nutrition, underernæring/malnutrition OR undernutrition, forebygging/prevent OR prevention, eldre/older people, autonomi/autonomy. Eg avgrensa søka ved kun å få fram artiklar som var publisert dei 10 siste åra og som var i full tekst. Tabellane under viser kvar og korleis eg har søkt, og kva for søkekombinasjonar eg har brukt.

**Søketabell 1 - CINAHL**

<b>Søk i CINAHL 19.12.2012</b>			
<b>Nummer</b>	<b>Søkeord/term</b>	<b>Avgrensing</b>	<b>Resultat</b>
S1	dementia		23 741
S2	autonomy		13529
S3	nursing		434433
S4	S1 AND S2 AND S3		93
S5	S1 AND S2 AND S3	Begrensing- Full text Publisert 20020101- 20121231	25
Her valte eg den sjuande artikkelen: <i>"Living alone with dementia: an interpretive phenomenological study with older women"</i> de Witt, Ploeg & Black, 2010.			

## Søketabell 2 - CINAHL

Søk i CINAHL 02.01.2013			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensing	Resultat
S1	dementia		23 741
S2	home health care OR home nursing		53497
S3	undernutrition		515
S4	prevent OR prevention		300790
S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4		1
S6	S1 AND S2 AND S3		3
S7	malnutrition OR undernutrition		4411
S8	S1 AND S2 AND S7		31
S9	S1 AND S2 AND S7	Begrensing- Full text Publisert 20020101- 20121231	5
S10	home nursing	Begrensing- Full text Publisert 20020101- 20121231	7104
S11	S1 AND S7 AND S 10		5
S12	S1 AND S7		111
S13	S1 AND S7	Begrensing- Full text Publisert 20020101- 20121231	29
<p>Her valte eg artikkelen:</p> <p><i>“Managing mealtime tasks: told by persons with dementia”.</i></p> <p>Johansson, Christensson &amp; Sidenvall, 2011.</p>			



### Søketabell 3 - Ovid Nursing

<b>Søk i Ovid Nursing 06.01.2013</b>			
<b>Nummer</b>	<b>Søkeord/term</b>	<b>Avgrensing</b>	<b>Resultat</b>
S1	cognitive impairment		931
S2	malnutrition		2811
S3	older people		3348
S4	S1 AND S2 AND S3		3
Her valte eg artikkelen: <i>"Malnutrition and cognitive impairment among people 60 years of age and above living in regular housing and in special housing in Sweden"</i> Fagerstöm, Palmqvist, Carlsson & Hellström, 2011.			

Denne artikkelen fekk eg ikkje lest her, så den måtte eg opna via BIBSYS.

Eg gjorde og eit søk i Google på "hjemmeboende med demens", og fann artikkelen "Omsorgstilbud til hjemmeboende personer med demens" av Lystrup, Lillesveen, Nygård & Engedal (2006).

Etter søk i Sykepleien Forskning med søkeorda "ernæring til eldre", fekk eg ti treff på forskingsartiklar. Der valde eg artikkelen "Mat og måltider i sykehjem. En nasjonal kartleggingsundersøkelse" av Heidi Aagaard (2010).

Resultattabell med oversikt over artiklane, ligg som vedlegg II.

### 3.4 Kjeldekritikk

For å slå fast om ei kjelde er sann, nyttar ein kjeldekritikk, som vil sei å vurdere og karakterisera dei kjeldene som vert nytta (Dalland, 2007). Kjeldekritikk er viktig for at lesaren skal få forståing for kva refleksjonar eg har gjort meg, og om den litteraturen eg har brukt har relevans og er gyldig for å belysa mi problemstilling (Dalland, 2007).

I søk etter forskingsartiklar gjekk det mykje tid, for eg fann lite forskning på emnet eg har valt, eller det kan vera eg har brukt feil søkeord for å få nok treff. Eg fann ein del forskning som var gjort på sjukeheimar, men ikkje om demente som budde heime. Eg har ikkje brukt forskingsartiklar som er eldre enn 10 år, for at innhaldet og forskinga skulle vera så oppdatert, gyldig og så relevant som mogeleg.

For å vurdere ein artikkel kritisk, ser ein etter om forfattarane har fått fram ei klart formulert problemstilling, og om den designen dei har nytta, er eigna for å gje svar på problemstillinga (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt og Reinart, 2007). Nortvedt et al., (2007) skriv og at dei fleste vitenskaplege artiklar er bygd opp etter IMRAD prinsippet, som er ei forkorting for introduksjon, metode, resultat og(and) diskusjon. Artiklane eg har valt inneheld IMRAD, og sjølv om dei ikkje svarar direkte på mi problemstilling, har eg valt å bruka dei, sidan dei gjev opplysningar som kan brukast for indirekte å gje svar på mi problemstilling.

I studien min, har eg prøvd å nytta mest primærkjelder. Dalland (2007) peikar på at ein bør bruka primærkjelder, sidan det er den sikraste måten å unngå at ein skriv andre sine feiltolkingar og unøyaktigheiter. Men i kapittel 5, har eg brukt Nina Jahren Kristoffersen (2005) si tolking av Martinsen, fordi det var ei oversiktleg framstilling av hennar sjukepleiefilosofi.

### 3.5 Forskingsetikk

Når ein skriv ein litteraturstudie, er det viktige etiske omsyn ein må ta. Når ein skal velja artiklar som ein skal bruka i oppgåva, må det koma tydeleg fram at pasientar eller deltakarar i forskinga ikkje vert utsett for skade og at omsynet til individet går føre omsynet til samfunnet (Slettebø, 2008). Dei artiklane ein bestemmer seg for å bruka, skal vera godkjend av ein etisk komité, forskningsetiske retningslinjer må vera fylgt, eller etiske omsyn må vera tatt. Ein skal gjere greie for alle artiklane som ein brukar i litteraturstudien, og arkivera dei på ein sikker

stad i ti år. Alle resultata frå artiklane skal presenterast, enten dei støttar hypotesen eller ikkje. Å berre presentera dei artiklane som støttar forskaren si meining, er uetisk (Forsberg og Wengström, 2008). Når ein skriv ei oppgåve, skal ein gjere greie for både dei data ein har samla inn, og for alle kjelder ein brukar i arbeidet. Å gjenfortelja andre sine tankar som sine egne, er uærleg (Dalland, 2007).

Artiklane vart valt etter å ha lese samandrag og resultat for å sjå om dei kunne vera relevante for mi problemstilling, og eg såg etter at dei inneheldt IMRAD, at dei var godkjent av etisk komité og at deltakarane var anonyme. I søkeprosessen var det mange artiklar som vart forkasta, blant anna fordi dei var eldre enn ti år, dei handla om ernæring og tvang, eller mating med bruka av sonde (enteral ernæring). Det var og viktig at artiklane hadde eit sjukepleiefagleg innhald, og fire av artiklane eg fann er gitt ut i sjukepleiefaglege tidsskrift. Ein artikkel er gitt ut i eit legetidsskrift, men er likevel med sidan den er relevante for problemstillinga mi. Fire av artiklane er godkjende av etiske komitear i tillegg til at deltakarane hadde gitt skriftleg godkjenning. Den femte artikkelen er send inn til Datatilsynet, der dei er vorten einige om at det ikkje var naudsynt å senda forkinga til etisk komité, sidan respondentane var anonyme, deltakinga var frivillig og berre fylke vart registrert. Denne artikkelen har eg og valt å ta med i oppgåva mi, sjølv om den omhandlar mat og måltid på sjukeheimar, for her er det mange parallellar ein kan trekka til arbeidet i heimesjukepleia.

## 4.0 RESULTAT

### 4.1 Hovudfunn frå artiklane

Hovudfunna i dei fem artiklane, er at demente som bur heime helst vil greie seg sjølv og vera sjølvstendige. Dei fryktar framtida, og er redd for den dagen dei vert så dårlege at dei må flytta. Sjukepleiarar må sjå kvar ein skild sine behov og vurdera deira behov for næringsrik mat. Ein må og få betre kunnskap om ernæringsarbeid og sikra at det er kontinuitet i arbeidet. Omgrep som går igjen i artiklane er tillit, tryggleik, autonomi og relasjon. Dette er viktig for samarbeidet mellom den demente og sjukepleiaren, for at ein skal få lov til å hjelpa dei både i notida, men og i tida som kjem.

### 4.2 Presentasjon av forskingsartiklane

Artikkel 1

#### *Managing mealttime tasks: told by persons with dementia.*

Johansson, Christensson & Sidenvall, 2011.

Artikkelen er ein kvalitativ studie der 10 kvinner og 5 menn i alderen 69-86 år frå Sverige deltok. Data vart samla inn ved intervju heime hos deltakarane. Det vart gjennomført minst sju besøk heime hos kvar, der ein i tillegg til intervju, samla data om ernæringsstatus, næringsinntak, helse, vekt, kognitive funksjonar og gjeremål i samband med måltida. Det er mange faktorar som kan verka negativt inn på kosthaldet til demente, og som kan vera med å auka faren for å verta underernært. Hensikta med studien, var å få fram korleis personar med demens som bur heime, sjølv opplever at dei beherskar oppgåver som å handle inn mat, lage til måltid og sjølve måltidet.

Resultatet av studien var at deltakarane ynskte å vera uavhengige, og kunne klare seg sjølv. Dei såg ikkje på tap av hukommelse som eit problem, dei fann sine måtar å løyse tinga på ved å lage seg nye strategiar, men ting vart også gjort av gammal vane. Faren for at andre skulle tru at dei ikkje kunne ta vare på seg sjølv, kan føre til at dei ikkje tør sei klart ifrå om at dei treng hjelp. Deltakarane i denne studien gjev uttrykk for at det går fint med dei, fordi dei er engsteleg for ikkje å kunna bu heime i sin eigen heim. Det er viktig at den demente og helsepersonell møtest ofte for å skapa eit tillitsfullt samarbeid, det kan vera med å minske faren for at dei ikkje vil ta i mot hjelp, og samstundes vera med å oppretthalde deira autonomi.

Denne relasjonsbygginga må starte tidleg i demensutviklinga, sidan det vil verta vanskelegare på eit seinare tidspunkt.

#### Artikkel 2

##### ***Malnutrition and cognitive impairment among people 60 years of age and above living in regular housing and special housing in Sweden: A population-based cohort study***

Fagerström, Palmqvist, Carlsson & Hellström, 2011.

Artikkelen er ein kvalitativ studie der 1402 eldre i alderen 60 – 96 år frå ein stor kommune, med over 60 000 innbyggjarar, i Sverige deltok. Deltakarane budde både nær sentrum og ute i meir landlege omgjevnader. Data vart samla inn av forskarar frå eit forskingssenter, og bestod av strukturerte intervju, medisinske undersøkingar og spørjeskjema.

Underernæring er eit kjend problem blant eldre, og er assosiert med nedsett funksjonsevne og kognitive evner. Hensikta med studien var å beskriva samanhengen mellom ernæringsstatus og kognitive evner. Studien framhevar at dei med moderat og alvorleg grad av kognitiv svikt, står i fare for å utvikla underernæring, uavhengig av bustad og buforhold. Sjølv om det kjem fram at problemet med underernæring er størst hos dei med kognitiv svikt som bur i spesielle bustader (omsorgsbustader/bustader for demente), ser ein at risikoen for underernæring er stor også for dei som bur heime i eigen bustad. Resultata av studien foreslår at sjukepleiarar i sosiale tenester og i helsevesenet må vurdere endringar i vekt og næringsinntak, så vel som individuelle behov hos eldre med kognitiv svikt, for å unngå underernæring.

#### Artikkel 3

##### ***Omsorgstilbud til hjemmeboende personer med demens.***

Lystrup, Lillesveen, Nygård & Engedal, 2006.

Artikkelen er ein kvantitativ studie der 460 pasientar frå 24 kommunar i Noreg deltok. Gjennomsnittsalderen deira var 82 år. Data vart samla inn av heimetenesta sjølv i sju samanhengande dagar, der det vart registrert hjelpetiltak, tal på hjelpearar, hjelparen si utdanning og tidsbruk. I tillegg skulle personalet i heimetenesta vurdere pasienten sine funksjonsevner ved hjelp av to internasjonalt standardiserte skalaer. Den eine skalaen var

Klinisk demensvurdering (KDV) som vurderer pasienten sine kognitive evner på områda hukommelse, orienteringsevne, vurderingsevne, evne til å utføre samfunnsaktivitetar, huselege og personlege gjeremål. Den andre skalaen var Rapid Disability Rating Scale-2 (RDRS-2) som måler pasienten si evne til å fungera i 21 ulike daglege aktivitetar og spesielle problem. I denne studien vart berre aktivitetar i dagleglivet tatt med, som matlaging, personleg hygiene, påkledning, toalettvanar, evne til å handla, dusj/bading og medisinhandtering.

Det kom fram at dersom tilbodet til pasientar med demens ikkje var godt nok planlagt, vart kvaliteten på tenestene dårlegare, og særleg dersom det var mange hjelparar involvert. Dersom det er mange forskjellige hjelparar som kjem heim til dei i løpet av ei veka, kan det vera fare for at tilbodet vert vilkårleg, og pasienten vert prisgitt den enkelte hjelpar si haldning, innsikt og kjennskap til pasienten sine behov. Dersom pasientar med demens skal kunna bu heime lengst mogeleg, og ha det bra, må dei heimbaserte tenestene få meir innsikt i korleis ytingane vert organisert, og korleis ein best kan utnytta arbeidsstyrken meir effektivt. Slik kan ein sikra pasienten si psykiske helse og sikkerheit, kontinuitet og at arbeidet vert som forventa.

#### Artikkel 4

##### ***Living alone with dementia: an interpretive phenomenological study with older women.***

de Witt, Ploeg & Black, 2010.

Artikkelen er ein kvalitativ studie av 8 eldre kvinner frå Ontario i Canada. Dei vart rekruttert gjennom kommunen sine helse- og sosialtenester, og av profesjonelle medarbeidarar som hadde brukt målretta prøvetaking for å sikra at utvalet av deltakarar hadde diagnosen mild til moderat Alzheimer, eller ein annan nærliggande form for demens. Data vart samla inn ved 14 opne intervju i perioden januar 2004 til april 2005, der intervjuet vart tatt opp på band.

Målet med studien var å forstå korleis det er å bu åleine, sett i frå eldre med Alzheimer eller andre former for demens, sitt perspektiv. Balansegangen mellom sikkerheit og autonomi er eit alvorleg internasjonalt dilemma når det gjeld omsorg til demente, og eldre sitt perspektiv har ikkje kome så mykje fram i kvalitativ forskning om korleis det er å vera dement og bu åleine.

Betyding for praksis som ein kan læra av denne studien, er ved å forstå meininga med *å halda tilbake tida*, og informera framtidige pasientar med risikoen for å bu åleine og om vurdering

av deira behov for helsetenester. Ved å forstå meininga av *lagra tid* kan sjukepleiar få informasjon slik at dei i arbeidet kan vera med å påverka tidlig diagnostisering av demens, og at framtidige pasientar kan ha mogelegheit til behandling med medisinar, og mogelegheit til å delta i planlegginga av deira framtidige buforhold.

## Artikkel 5

### ***Mat og måltider i sykehjem. En nasjonal kartleggingsundersøkelse.***

Aagaard, 2010.

Artikkelen er ei kvantitativ tverrsnittsundersøking, der 570 sjukeheimar i Noreg deltok. Undersøkinga vart svart på med spørjeskjema med faste svaralternativ. Målgruppa for undersøkinga var leiarane ved sjukeheimane eller leiarane av sjukepleietenesta ved sjukeheimane. Hensikta med studien var å få fram korleis leiaren av sjukeheimen vurderte maten som vart servert, tal på måltider i løpet av eit døger, tidspunkt for måltida, og rutinar for å kvalitetssikra ernæringsarbeidet. Respondentane skulle svara på spørjeskjemaet ut i frå korleis dei meinte dei faktiske forholda ved sjukeheimen var, ikkje korleis dei meinte det burde vera.

Det kom fram av resultata at dei fleste var fornøgd med den maten som vart servert til bebuarane, men at det var nokon område som trong forbetring. Blant anna kom det fram at hos mange gjekk det for lang tid frå det siste kveldsmåltidet, til det fyrste måltidet om morgonen. Få av sjukeheimane hadde skriftlege prosedyrar for å vurdere ernæringsstatus, men nesten alle opplyste om at inntaket av mat vart registrert dersom bebuaren har dårleg ernæringstilstand. Det var berre 16 % av sjukeheimane som hadde innført mogelegheiter til å velja varm mat frå ein oppsett meny, sjølv om det i St.meld. 25 vert framheva kor stor betyding det har. Inntaket av frukt var og for lite, det var berre halvparten av sjukeheimane som serverte frukt dagleg. I tillegg kom det fram at respondentane meinte at personalet på sjukeheimar treng meir kunnskap om ernæringsarbeid, og at det er trong for nasjonale retningslinjer for å bedømme ernæringsstatus.

## 5.0 DISKUSJON

### 5.1 Å skapa tillit og tryggleik

I problemstillinga mi, stiller eg spørsmål om korleis sjukepleiar kan førebyggja underernæring til demente som bur heime. I fylgje rapporten *Glemsk, men ikke glemmt* (2007) er det eit mål at flest mogeleg skal kunna bu heime og ta i mot tilrettelagde tenester. Mange demente bur aleine, og ernæring kan verta eit problem. Det fyrste ein må gjera, meiner eg, er å skapa tillitsfullt forhold, slik at ein får lov til å hjelpa dei.

Når ein arbeider i heimesjukepleia, kjem ein heim til pasienten som gjest, men og som ein som skal gje hjelp. Dette er ein fin balansegang, og ein må trø varsamt. I arbeid med demente er det mange omsyn å ta, som kan vera etisk vanskeleg. Ein ser at pasienten treng hjelp, men kor går grensa for å gje hjelp i samarbeid med pasienten, eller å gjera ting som pasienten ikkje føler at han har vore med å tatt avgjersle i? For å sikra eit godt samarbeid med pasienten, må ein skapa tillit og ein god relasjon. Dette er sentrale omgrep som Martinsen (2005) og legg vekt på. I møte med pasienten må sjukepleiar vera imøtekomande og visa respekt for den andre, på den måten opparbeider ein tillit, som legg grunnlaget for det vidare samarbeidet. Pasienten som eg har omtala i innleiinga, likar at ein tek seg tid og set seg ned og snakkar med ho. Ho likar godt når me spør om ting som hende før, då har ho mykje å fortelja. Men ein merkar at dersom ein snakkar om ting som skjer no, så vert samtalen kortare, fordi ho ikkje har så mykje å sei om det. Dette er ein viktig observasjon i forhold til å følgja med på hennar utvikling av kognitiv svikt. Det er og ei viktig handling for å skapa tillit hos pasienten, at ein viser at ein tar seg tid til vedkomande, og høyrer på kva dei har å seia. Dette underbygger Fjørtoft (2006) og når ho skriv at kommunikasjon er avgjerande for relasjonen, og at måten me kommuniserer på, er avgjerande for om me formidlar respekt og tryggleik. Ho seier vidare at me må gje informasjon og rettleiing på ein slik måte at ein ikkje avslører at det er svikt, men at det vert god samhandling. Samtalen skal vera positiv og gje pasienten ei kjensle av meistring. Då kan ein samtale om tidlegare tider, og det personen hugsar av livet sitt, vera ei god oppleving. Med tanke på den pasienten eg har nemnd tidlegare, kan ein undra på kvifor ho ikkje ville ta i mot hjelp. Dei gangane eg kom aleine, kan eg forstå det, sidan eg var ny og ho ikkje kjende meg godt nok. Kontaktsjukepleiaren min gjekk ofte til denne pasienten, men det var og andre frå personalet som var der. Kan hende det var ei årsak, at det var for mange som kom til ho, og at tillitsforholdet til dei ikkje var godt nok. Formålet til *Pasientrettighetslova* (1999) er å bidra til at tillitsforholdet mellom pasient, brukar og helse-



og omsorgstenestene vert fremja. Vidare skal ein fremja sosial tryggleik, og respekten for den enkelte pasient og brukar sitt liv, integritet og menneskeverd skal verta ivaretatt.

## 5.2 Å ha noko å seia i sin eigen heim

Johansson et al (2011) konstaterer i sin artikkel at demente som bur heime, har eit sterkt ynskje om å fortsatt gjera det. Sjølv om dei har forstått at dei kan trenga hjelp i samband med måltida, så vil dei ikkje snakka om det, for dei er redd for at andre skal tru at dei ikkje kan ta vare på seg sjølv. På den andre sida kjem det fram i studien til De Witt et al (2010) at nokre av deltakarane her såg sine avgrensingar, og at dei kom til å trenga hjelp. Så lenge ein bur heime, vil ein også gjere ting sjølv. Ein er van med å ordna i huset og å laga seg mat. Etter kvart kan det verta vanskeleg for den demente å sjå om kosthaldet er optimalt, men eg forstår at så lenge ein bur heima, vil ein behalda autonomien, og sjølv få vera med å påverka korleis ting skal gjerast. Dette må me respektera. Men ut i frå det eg tidlegare har nemnd om pasienten eg var hos, ser eg at det kan vera eit problem. Me må respektera at ho vil laga mat sjølv, men samstundes ser ein at ho ikkje greier å oppretthalda eit tilfredstillande kosthald, og det er difor ho får hjelp frå heimesjukepleia. Målet må heile tida vera at ein ikkje skal krenka pasienten sin integritet, sjølv om det i nokre situasjonar er tydeleg at helsepersonell veit betre enn pasienten kva som er til hans eige beste (Brinchmann, 2008). *Verdighetsgarantien (2010)* dokumenterer også at dei tenestene som vert gitt, skal gjerast med respekt for eigenverd, livsførsel og den enkelte sin rett til å sjølv å vera med å bestemma. Sjølv om ein kjem for å hjelpa dei, skal pasienten ha ei kjensle av å meistre mest mogeleg og at dei oppgåvene dei utfører er verdt noko. I desse situasjonane kan ein og nytta seg av Martinsen sin filosofi, der ein ser på den relasjonelle sida ved at sjukepleiaren må finna ut kva pasienten treng ved å engasjere seg og vise interesse. Og på den moralske sida ved at sjukepleiaren har ei moralsk utfordring om å handle godt og riktig slik at det vert til det beste for pasienten (Kristoffersen, 2005). Det kan vera at eg tilbyr meg å hjelpa, men at det er pasienten som seier korleis det skal gjerast. Eg kan koma med leiande spørsmål, dersom eg ser at pasienten treng hjelp. I *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011)*, kjem det fram at sjukepleiar sine handlingar, skal byggja på respekt for kvart enkelt menneske, og ein skal ivareta kvar enkelt pasient sin verdigheit og integritet.

### 5.3 Omsorg på pasienten sine premisser

Som eit resultat av manglande evne til å utføra oppgåver tilknytt måltida på eiga hand, hadde informantane endra måten å leva på, kom det fram i studien til Johansson et al. (2011). For pasientar som kan vera i fare for å verta underernærte, må ein passe på at dei får handla inn den maten dei treng, at måltida vert lagt til rette for dei og at dei et tilstrekkeleg (Birkeland og Flovik, 2011). Vidare seier dei at det kan vera vanskeleg for mange pasientar å kome seg på butikken, og at dei då treng hjelp frå andre til det. Dette vert og beskrive av nokre av informantane i artikkelen til Johansson et al. (2011), at familie eller vener handla inn mat til dei. Sjukepleiar som er heime hos pasienten, må kartlegge kva for behov pasienten har slik at ein kan sjå kva oppgåver pasienten sjølv greier, og så leggja til rette for at pasienten kan greie enkle oppgåver i kvardagen. Dette ser eg kan vera ei utfordring. I min praksis, der pasienten ikkje ville ta i mot hjelp, og det var knapt med tid, var det ikkje lett å få til eit slikt samarbeid. Og her kjem ein tilbake til dette som er nemnd tidlegare, med god tid til den demente (Dale, 2004, Fjørtoft, 2006) og ein tillitsfull relasjon (Martinsen, 2005, Fjørtoft, 2006). Eit dagsprogram med faste rutinar, er til stor hjelp for personar med demens, seier Dale (2004). Eg tenkjer då at ein kan ha ei oversikt med klokkeslett der det står for eksempel kor tid pasienten skal eta og kva han skal eta, kor tid heimesjukepleia kjem og om pasienten skal til eit omsorgssenter eller til legen. Pasienten må sjølvst og ha ei klokke som tydeleg viser tida.

Nokre av informantane til Johansson et al. (2011) åt middag på eit seniorsenter, medan nokre fekk tilkøyrte ferdig middag. Dei synes det var greitt å sleppa å laga maten sjølv, og dei syntes maten var variert og næringsrik. På ei anna side uttrykte andre informantar i artikkelen til Johansson et al. (2011) at dei var i stand til å gjera oppgåver som å handle, laga mat og vaske opp. Dei ynskte å vera uavhengig og trong ikkje hjelp frå andre. Her trur eg det er stor forskjell. Mange greier å gjera mykje, medan andre treng meir hjelp.

Når ein bur aleine, et aleine og et mindre enn normalt, har det vist seg å vera assosiert med underernæring (Fagerström et al., 2011). I studien til Aagaard (2010) svarte 70 prosent at dei pasientane som åt lite, vanlegvis fekk næringstett kost. 22 prosent svarte at dei fekk næringstett kost nokre gongar, medan 6 prosent svarte at pasientar som åt lite sjeldan eller aldri fekk næringstett kost. Birkeland og Flovik (2011) peikar på at tilsette i heimesjukepleia må passe på at kosthaldet til pasienten inneheld naudsynt energi og næring, og at

næringsdrikkar kan vera eit tilskot dersom pasienten får i seg lite næring. Tiltak som vart satt i verk hos pasienten eg var hos, var blant anna å laga frukost og kvelds, varma middag, tilby næringsdrikk og liknande produkt og sitja å eta i lag med ho. Men veldig ofte når me kom, sa ho at hadde laga seg mat og hadde ete, eller at ho ikkje var svolten no, men skulle laga seg mat seinare. I desse situasjonane er det ikkje enkelt å vite kva ein skal gjera. Skal ein gå derifrå med dårleg samvit, eller skal ein overtala pasienten til å eta medan me er der. På den eine sida skal ein bevare deira autonomi og integritet, og visa at me har tiltru til dei. På den andre sida har sjukepleiar eit ansvar for å sikra at pasienten får i seg nok og næringsrik kost (Yrkesetiske retningslinjer, 2011, Kirkevold et al., 2008). Dersom pasienten seier at ho har ete middag, kan ein føreslå for pasienten at me skal kosa oss med dessert og tilby gode næringsprodukt som fins i ulike variantar, eller frukt. Ved å motivera pasienten til å ta i mot hjelp, eller til å eta medan ein er der, får ein pasienten til å føla at det er av eigen vilje, og ikkje noko sjukepleiar har bestemt (Kristoffersen, 2005).

Hos Birkeland og Flovik (2011) kjem det og fram at nokre kommunar har ordningar der dei køyrer ut ferdig middag, og nokre har også butikkar som køyrer heim varer på bestilling. Dette er gode tilbod til eldre, men eg ser også utfordringar med dette. Ikkje alle bur slik at dei kan nytta seg av desse tilboda. Det kan vera små bygder og lang transport. Det er mange små kommunar i Noreg, og det er ikkje sikkert alle har økonomi til slike tilbod. Men når det er sagt, så er det blant anna det *Samhandlingsreforma (2008-2009)* vil gjera noko med. Kommunane i Noreg mottar midlar for å gje eit breiare tilbod til innbyggjarane i kommunen. Det skal satsast på førebygging, og ein skal byggja opp nye tenester der folk bur.

## 5. 4 Kontinuitet i omsorga

I artikkelen til Lystrup, Lillesveen, Nygård & Engedal (2006) kjem det fram at pasientar med demens som budde heime, hadde åtte ulike hjelparar heime hos seg per veke. Dei seier at ein kan anta at med så mange hjelparar, vert kvaliteten på omsorga dårlegare. Vidare peikar dei og på at med så mange hjelparar, vert det ikkje kontinuitet i arbeidet, og det kan difor vera vanskeleg å sikra at pasienten får den hjelpa han treng. Dale (2004) framhevar at kontinuitet i omsorga er viktig, og at den demente må ha færrast mogeleg å halde seg til. Også personalet som får ansvar for demente, må få mogelegheit til å bruka tid på pasientane, og dei må få stor handlefridom. Fjørtoft (2006) seier at målet må vera at kvar enkelt skal få eit tenestetilbod som er så skreddarsydd som mogeleg. Skal ein greie det, er det ein føresetnad at ein kjenner

brukaren, for å kunna tilpassa hjelpa og møta hans spesielle behov. Som tidlegare nemnd om pasienten eg var hos, så var det fleire frå personalet som var heime hos ho.

Kontaktsjukepleiaren min var der oftast og hadde ein god relasjon med pasienten, men så lenge det er fleire som skal gje hjelp, er det ein fare for at det ikkje vert kontinuitet i hjelpa. God planlegging og dokumentasjon vil kunna hjelpa her. Martinsen framhevar at dersom ein skal handle til pasienten sitt beste, må ein vera lydhøyr i samhandlinga med pasienten, og la sansane styre merksemda. Ein må også samtale slik at ein får veta korleis pasienten ynskjer at pleia skal verta utført (Kristoffersen, 2005).

## 5.5 Vektendring hos pasienten

I studien til Fagerström, Palmqvist, Carlsson og Hellström (2011) kjem det fram at personar med moderat til alvorleg grad av demens, enten dei bur heime eller i omsorgsbustader, står i fare for å verta underernært. Kva kan ein så gjera for å førebygga det?

Dersom ein observerer endringar i vekt, er det grunn til å tenka at pasienten kan vera i fare for å verta underernært (Fagerström et al. 2011, Aagaard, 2010), men i studien til Aagaard kom det fram at det ikkje var rutine for å vega pasientane regelmessig, sjølv om det var fleire som registrerte vekta dersom det var mistanke om at pasienten åt lite. Sortland (2007) seier at å måle vekta og registrere vektendring, er ein lett måte å observere ernæringsstatus.

Som vist i kapittel 2.3.2, er KMI ein annan måte å vurdere pasienten sin ernæringsstatus. I studien til Fagerstöm et al. (2011) kjem det fram at fordelene ved å nytta KMI som indikator, er at det er ein relevant og praktisk måling uavhengig av kjønn, alder og kognitiv svikt. Dei påpeikar likevel at KMI kan vera ei usikker måling. Ein må i tillegg til å sjå på KMI målingane, vurdere andre forhold som kor raskt vekttape har vore, eventuelle ødem eller dehydrering, og hos eldre må ein ta i betraktning at fordelinga av fett, musklar og vatn er annleis enn hos yngre. Fagerstöm et al. (2011) skriv at det ikkje er nokon universal einigheit om kva for mål på KMI som skal definere underernæring. Dei viser til Verdas Helseorganisasjon (2009) som seier at ein KMI på  $\leq 18,4$  kg/m<sup>2</sup> er eit teikn på underernæring, og dei viser til andre studiar det kjem fram at KMI  $\leq 23$ kg/m<sup>2</sup> bør betraktast som ein indikasjon på underernæring. Dei ser det sjølv meir hensiktsmessig å bruka ein høgare KMI enn Verdas Helseorganisasjon, og indikerer at ein KMI på  $\leq 23$ kg/m<sup>2</sup> kan vera ei mogeleg underernæring, sidan eldre har ei anna fordeling av fett, musklar og vatn. I studien til Aagaard (2010) kom det fram at dersom ein bebuar åt lite, var det berre 4 prosent som rekna ut

pasienten sin KMI. Erfaringa mi frå pasienten eg har omtalt tidlegare, var at ein vog pasienten ein gong i månaden, slik at ein kunne fylgja med på vekta. I dette tilfellet stabiliserte vekta seg, men pasienten hadde ein lav KMI, berre 20, noko som indikerte underernæring.

## 5.6 Vurdering av ernæringsstatus

Studiane til både Aagaard (2010) og Fagerström et al. (2011) peikar på viktige tiltak for pasientar som et lite og står i fare for å verta underernærte. I begge artiklane kjem det fram at sjukepleiarar må ta seg tid til å vurdere kor mykje pasienten faktisk får i seg av mat, og at maten bør vera appetittvekkande og velsmakande. Vidare seier Fagerström et al. (2011) at kosttilskot er viktig. Aagaard (2010) peikar på at det berre var 38 prosent av deltakarane som tilbydde tran eller andre former for vitaminer dagleg til pasientane. Berre halvparten av sjukeheimane serverte frukt dagleg.

I studien til Fagerström et al. (2011) hevdar dei at vurdering av ernæring ikkje er noko rutine i den daglege praksisen. Vurderingar som kan bidra til å forhindre underernæring kan vera basert på at ein har rutine for måling av vekt, overvaking av dagleg energiinntak, kor lang tid det går mellom måltida og etablere regelmessige måltid. Det har vist seg at slike kontrollar er vesentlege, særleg blant eldre med kognitiv svikt som kan ha vanskar med å uttrykka sine individuelle ønskjer og behov i forbindelse med måltida. Aagaard (2010) konstaterer og at vurdering av ernæring ikkje er godt nok innarbeida. Ho finn det difor naudsynt at helsepersonell må ha kunnskap om kor viktig det er å identifisera pasienten sin risiko for dårleg ernæring, og det bør finnast skriftlege prosedyrar for korleis ein skal gjennomføra denne vurderinga. Dette argumenterer Birkeland og Flovik (2011) og for. Dei seier at ved ei kvar vurdering eller datasamling hos pasienten, bør ein ha ei grundig undersøking av ernæringsstatus. Ei slik undersøking omfattar ei stadfesting om pasienten får i seg nok mat, og om maten har eit tilfredsstillande næringsinnhald. Dei skriv vidare at det kan sjå ut for at vektkontroll er lite brukt i heimesjukepleia, og at det manglar prosedyrar som sikrar oppfølging for ernæring.

Birkeland og Flovik (2011) viser til Nasjonalt råd for ernæring som anbefalar at pasientar bør ete fire måltid per dag, og at det ikkje skal vera meir enn tolv timar mellom siste måltid om kvelden, og frukost neste dag. Dette kan vera vanskeleg for den demente pasienten som bur heime åleine, og ei utfordring for heimesjukepleia som berre er innoom nokre gongar i løpet av

eit døgn. I artikkelen til Lystrup et al (2006), stiller dei spørsmål til kvaliteten og tilrettelegginga av hjelpetilbodet til demente som bur heime. Ut i frå dei målingane dei kom fram til, fekk pasientar med mild til moderat grad av demens, hjelp i gjennomsnitt 23,5 minutt per tilsyn. Dersom ein då ser for seg at dei får to til tre tilsyn per dag, vert det til saman rundt 60 minutt. Det vil sei at pasienten er overlaten til seg sjølv 23 timar i døgeret, dersom dei ikkje har familie som kan vera hos dei. Dette stemmer bra med mine egne erfaringar frå praksis. Me var heime hos pasienten tre gonger for dagen, og kvart besøk tok i frå 15 – 30 minutt.

Noko som ikkje har kome fram i artiklane som eg har brukt, er at når ein vert eldre kan både syn, høyrsel, smak- og luktesans forandre seg. Også tilstanden i munnen, tenner og tannkjøt, kan verta dårlegare. Dette kan påverka kosthaldet og inntaket av mat. Sortland (2007) underbygger dette. Ho seier at kroppsforandringa hos eldre kan føra til at lukt- og smaksans vert dårlegare, ein kan få svelgproblem, ein kan mista tenner, eller ha dårleg tilpassa tannprotese og vanskar med å tygga. Eg trur at dette kan vera vanskeleg for demente å setja ord på. I ernæringsjournalen som Helsedirektoratet (2009) anbefalar å bruka, er også desse punkta nemnd som ein del av vurderinga for å finna ut pasienten sin ernæringsstatus. Aagaard (2010) konstaterer at ernæring til eldre bør vera prioritert i sjukepleiarane si grunn- og vidareutdanning, og eg er einig i at dette er eit viktig felt. Men samstundes har sjukepleiarar eit eige ansvar til å halda seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innan eige fagområde, og dei skal bidra til at ny kunnskap vert brukt i praksis (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2011).

## 5.7 Dokumentasjon

Som ein del av arbeidet med å kartlegga pasienten sin ernæringsstatus, og for å sikra kontinuitet i forhold til dei tiltaka ein set i verk for å førebygga underernæring, er skriftleg dokumentasjon heilt avgjerande. I studien til Aagaard (2010) kom det fram at berre 16 prosent av sjukeheimane hadde skriftlege prosedyrar for å vurdere ernæringsstatus. Birkeland og Flovik (2011) poengterer at vurderingar av kor mykje pasienten et og drikk, og av tiltak som blir sett i verk, skal journalførast. Sjukepleiarar er etter Helsepersonellova § 39 (1999) pliktig å dokumentera helsehjelpa ein utfører, og dette er viktig for å sikra kontinuitet i arbeidet (Fjørtoft, 2006). Ho seier vidare at dokumentasjonen skal innehalda observasjonar, tiltak og planar for kvar pasient. For å sikra kontinuiteten må det og vera informasjonsutveksling og

dialog mellom aktuelle samarbeidspartar. Dersom det vert ei svikt, kan det skuldast at tiltak og observasjonar ikkje vert nedskrive, naudsynt informasjon ikkje vert formidla, eller at dokumentasjonen ikkje vert lest (Fjørtoft, 2006).

Eg erfarte i praksis at ikkje alle dokumenterte i pasientjournalen, og i alle fall ikkje kvar dag. Dette er ikkje forsvarleg, med tanke på at pasienten var underernært, og det var sett i verk tiltak som skulle fylgjast opp. Når ikkje det vert dokumentert kvar dag, kan ein heller ikkje fylgja med på om nokon hadde fått hjelpt ho ved måltida, og om ho faktisk hadde ete. Dersom alle hadde dokumentert kvar dag, både om (og kva) ho åt og ikkje åt, om dei fekk lov å hjelpa eller ikkje, og eventuelle andre observasjonar, så hadde ein sjølvsagt hatt mykje betre kontroll. Men på den andre sida, kan ein ikkje veta om alle les og held seg oppdatert på det som vert skrive i journalen. Her viser det kor viktig det er med samarbeid og samhandling med kollegaer. Martinsen snakkar om praktisk – moralsk handlingsklokskap, som ho meiner er noko ein lærer seg gjennom prosessar og relasjon i samhandling med andre. Det er ein kunnskap som ein utviklar ut ifrå dei erfaringane ein sjølv gjer seg, og ser dei i forhold til andre sjukepleiarar sine erfaringar. Då kan ein koma fram til kva som er gode og rette handlingsmåtar i konkrete situasjonar (Kristoffersen, 2005).

## 6.0 AVSLUTNING

I arbeidet med denne oppgåva, skulle eg prøva å finne svar på korleis ein kan førebyggja underernæring til demente som bur heima. Det eg har kome fram til, er at sjukepleiarar i arbeid med demente treng å bruka god tid i lag med pasienten, særleg i byrjinga når ein skal opparbeida ein god relasjon, og pasienten skal verta trygg på den som kjem og skal hjelpa. For å få til det, må ein kommunisera på ein måte som skaper god tillit. Det er viktig at pasienten får ivarettatt sjølvkjensla og integriteten sin. Då er det av stor betydning at det ikkje er så mange som kjem heim til pasienten, for lettare å sikra kontinuitet i arbeidet. Martinsen (1989) seiar at omsorg er å forstå korleis den andre har det, og å anerkjenna den andre ut i frå hans situasjon. Når ein anerkjenner den andre, venter ein seg ikkje noko tilbake.

Det kom og fram at kunnskapen blant personalet på sjukeheimar, om ernæring til eldre, må bli betre, og personalet må dokumentera skriftleg i pasienten sin journal om kva som er utført og observert. For å sikra at pasienten får i seg næringstett kost, må ein ha konkrete alternative strategiar, gode rutinar og unngå konfliktsituasjonar med pasienten. Eg ser at mykje av det som har kome fram i studien eg har gjort, stemmer med mi pasienthistorie og det som dei gjorde i praksis. Det som kunne vore forbetra, er betre dokumentasjon, pasienten kunne hatt ein ernæringsplan eller ein ernæringsjournal, det kunne vore færre personar som kom heim til ho og kanskje skulle ho hatt eit besøk litt seint på kvelden, slik at ein sikra at ho fekk i seg mat før natta.

Samhandlingsreforma (2008-2009) visar til den demografiske utviklinga, endringa i sjukdomsbiletet, og med auka levealder, at behovet for koordinerte tenester blir mykje større. Nokon vil få enda større behov for hjelp, og difor er det enda viktigare å ha systematiske rutinar i dette arbeidet.

Dette er ei lita oppgåve, men eg har likevel prøvd å få fram viktige punkt som kan vera nyttige. Interesse og engasjementet for dette emnet er vorte større etter å ha arbeida med oppgåva, og eg håpar eg kan få anledning til å overføra mi erfaring og min kunnskap til praksis.



## REFERANSELISTE

- Aagaard, H. (2010). Mat og måltider i sykehjem. En nasjonal kartleggingsundersøkelse. *Sykepleien Forskning*, 5: 36-43. Henta 06. januar 2013 fra <http://www.sykepleien.no/forskning/forskningsartikkel/343773/mat-og-maltider-i-sykehjem.-en-nasjonal-kartleggingsundersokelse>
- Aarheim, K. A. (2004). Dokumentasjon og kvalitetssikring i heimesjukepleia. I M. Solheim & K. A. Aarheim (Red.). *Kan eg komme inn? Verdier og val i heimesjukepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Berentsen, V. D. (2008). *Demensboka. Lærebok for pleie- og omsorgspersonell*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Berentsen, V. D. (2008). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (s. 350-382). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Birkeland, A. & Flovik, A.M. (2011). *Sykepleie i hjemmet*. Oslo: Akribe.
- Bjerkreim, T. (2005). Væske og ernæring. I N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. A. Skaug (Red.). *Grunnleggende sykepleie, Bind 2*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Brinchmann, B.S. (Red.). (2008). *Etikk i sykepleien*.(2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Brodtkorb, K. (2008). Ernæring, mat og måltider. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dale, M. J. (2004). Mennesker med aldersdemens. I M. Solheim & K. A. Aarheim (Red.). *Kan eg komme inn? Verdier og val i heimesjukepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (4.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

De Nasjonale Forskningsetiske komiteer. (2012). *Forskningsetisk sjekkliste*. Henta 11. januar 2013 frå <http://www.etikkom.no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Forskningsetisk-sjekkliste/>

Dietrichs, E. (2009). Nevrologiske sykdommer I D. Jacobsen (Red.), *Sykdomslære. Indremedisin, kirurgi og anestesi* (s 397) (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

De Witt, L., Ploeg, J. & Black, M. (2010). Living alone with dementia: an interpretive phenomenological study with older women. *Journal of Advanced Nursing*, 66 (8), 1698-1707. Henta 19. desember 2012 frå <http://ezproxy.hsh.no:2077/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&hid=19&sid=fd15951-7aa9-42ca-8c3a-358b63a0c91e%40sessionmgr13>

Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Engedal, K. & Haugen, P.K. (2009). *Demens. Fakta og utfordringer. En lærebok*. (5. utg.). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Fagerström, C., Palmqvist, R., Carlsson, J. & Hellström, Y. (2011). Malnutrition and cognitive impairment among people 60 years of age and above living in regular housing and special housing in Sweden: A population-based cohort study. *International Journal of Nursing Studies*, 48 (7), 863-871. Henta 6. januar 2013 frå <http://ovidsp.ovid.com.proxy.helsebiblioteket.no/sp-3.8.0b/ovidweb.cgi?&S=ELBCPDJJAHFPADOFNPKLAPFNGHFAA00&Complete+Reference=S.sh.44%7c1%7c1>

Fjørtoft, A.K. (2006). *Hjemmesykepleie. Ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur.

Helsedirektoratet (2009). *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*. Henta 03. januar 2013 frå

<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-underernering/Publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-underernering.PDF>

Helsedirektoratet (2011). *God helse - gode liv*. Henta 10. januar 2013 frå

<http://helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/omsorgstjenester/demens/Sider/default.aspx>

Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell m.v. av 07. februar 1999 nr. 64*. Henta 16. januar 2013 frå

<http://www.lovdatab.no/all/tl-19990702-064-008.html>

Johansson, L., Christensson, L. & Sidenvall, B. (2011). Managing mealtime tasks: told by persons with dementia. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 2552-2562. Henta 2. januar 2013 frå

<http://ezproxy.hsh.no:2077/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=11&hid=111&sid=fd15951-7aa9-42ca-8c3a-358b63a0c91e%40sessionmgr13>

Kirkevold, M. (2008). Gammel og syk. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2005). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. A. Skaug (Red.). *Grunnleggende sykepleie, Bind 4*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lystrup, L. S., Lillesveen, B., Nygård, A. M. & Engedal, K. (2006). Omsorgstilbud til hjemmeboende personer med demens. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 126: 1917-20. Henta 6. januar 2013 frå <http://tidsskriftet.no/article/1405024>

- Martinsen, K. (1989). *Omsorg, sykepleie og medisin; historisk, filosofiske essays*. Henta 12.januar 2013 frå <http://www.nb.no/nbsok/nb/ea5b177b40ba878b9f09bb5a591feb03?index=1#0>
- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe.
- Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse (u.å.). *Vurdering av demens*. Henta 10. januar 2013 frå <http://www.aldringoghelse.no/?PageID=634&ItemID=560>
- Norsk sykepleier forbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Henta 13.januar 2013 frå [http://www.sykepleien.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](http://www.sykepleien.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)
- Nortvedt, M.W., Jamtvedt, G., Graverholt, B. & Reinart, L.M. (2007). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert: en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2003). *Forskningsprosessen: Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Pasientrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter av 07. februar 1999 nr. 63*. Henta 13. januar 2013 frå <http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-063.html#map001>
- Slettebø, Å. (2008). *Forskningsetikk*. I B.S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (s.208-209). (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Solheim, M. & Aarheim, K. A.(Red.). (2004). *Kan eg komme inn? Verdier og val i heimesjukepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sortland, K. (2007). *Ernæring - mer enn mat og drikke*.(3.utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Sosial- og helsedirektoratet (2007). *Glemsk, men ikke glemt*. Henta 02.januar 2013 frå <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/glemsk-men-ikke-glemt-rapport-om-demens/Publikasjoner/glemsk-men-ikke-glemt.pdf>

St. meld. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Henta 16. januar 2013 frå <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>

Verdighetsgarantien (2010). *Forskrift om en verdig eldreomsorg*. Henta 13.januar 2013 frå <http://www.lovdata.no/for/sf/ho/to-20101112-1426-0.html>

## VEDLEGG I

### ICD-10 sine kriterium for demens:

- I.
  1. Svekket hukommelse, især for nyere data
  2. Svikt av andre kognitive funksjonar, som dømmekraft, planlegging, tenking, abstraksjon.  
Mild: Verkar inn på evna til å klare seg i dagleglivet.  
Moderat: Kan ikkje klare seg utan hjelp frå andre.  
Alvorleg: Kontinuerleg tilsyn og pleie er naudsynt.
- II. Klar bevisstheit
- III. Svikt av emosjonellkontroll, motivasjon eller sosial åtferd; minst eit av fylgjande:
  1. Emosjonell labilitet
  2. Irritabilitet
  3. Apati
  4. Unyansert sosial åtferd
- IV. Tilstanden må ha ein varigheit av minst seks månader.  
(Engedal og Haugen, 2009, s. 18).

## VEDLEGG II

### RESULTAT TABELL

Artikkel	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utval	Resultat
<p>Johansson, Christensson &amp; Sidenvall. (2011).</p> <p><i>“Managing mealtime tasks: told by persons with dementia”</i>.</p> <p>Journal of Clinical Nursing.</p>	<p>Oppgaver som å handle inn mat, lage til mat og sjølve måltidet er faktorar som kan vera med å auka risikoen for underernæring hos demente. Hensiktene med studien var å få fram korleis personar med demens sjølv beskriver at dei greier desse oppgåvene.</p>	<p>Ein kvalitativ studie med etnografisk tilnærming. Data vart samla inn frå 10 kvinner og 5 menn i alderen 69-86 år i Sverige. Intervjua vart gjennomført i informantane sin eigen bustad, og ein tematisk analyse vart utført.</p>	<p>Denne studien er ein del av eit prosjekt som er kalla mat, mosjon og svikt i hukommelsen der både kvalitative og kvantitative data er samla inn i åra 2008-2009. Personar som har fått diagnosen demens er vorte spurd av ein lege om å delta i prosjektet saman med sjukepleiar.</p>	<p>Resultatet av studien visar at informantane ynskjer å vera uavhengige, og dei meiner sjølv at svikt i hukommelsen ikkje påverkar dei i stor grad. Dei utførte oppgåvene ved hjelp av gamle vanar og rutinar, og det å administrere dette sjølv, var ein måte å framstå sjølvstendig.</p>
<p>Fagerström, Palmqvist, Carlsson &amp; Hellström (2011).</p> <p><i>“Malnutrition and cognitive impairment among people 60 years of age and above living in regular housing and special housing in Sweden”</i>.</p> <p>International Journal of Nursing Studies.</p>	<p>Hensiktene med studien, var å beskriva forholdet mellom ernæringsstatus og kognitiv svikt blant eldre menneske over 60 år i Sverige, med fokus på bustad og buforhold.</p>	<p>Kvalitativ studie. Ein kohortstudie der data vart samla inn av forskarar ved eit forskingscenter ved hjelp av strukturerte intervju, medisinske undersøkingar og spørjeskjema. Samtykke frå alle deltakarane vart henta inn både skriftleg og verbalt.</p>	<p>Ein kohort studie der 1402 eldre i alderen 60-96 år, frå ein stor kommune i Sverige, deltok.</p>	<p>Resultata visar at forholdet mellom kognitive evner og ernæringsstatus var størst blant dei som budde i spesielle bustader (omsorgsbustader). Uavhengig av bustad og buforhold, risikerte eldre med moderat eller alvorleg kognitiv svikt å verta underernært, uavhengig av funksjonsevne.</p>

Artikkel	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utval	Resultat
<p>Lystrup, Lillesveen, Nygård &amp; Engedal. (2006).</p> <p><i>”Omsorgstilbud til hjemmeboende personer med demens”.</i></p> <p>Tidsskrift for den norske legeförening.</p>	<p>Hensikta med studien var å undersøka tilbodet i heimetenestene til personar med demens.</p>	<p>Hjelpetiltak, tal på hjelparar, hjelparane si utdanning og tidsbruken vart registrert i sju samanhengande dagar i heimen til personane som mottok tenestene. Hjelpetiltaka vart registrerte i eit eige skjema av heimetenesta når dei var i pasienten sin heim.</p>	<p>Utvalet bestod av 460 pasientar som ein antok hadde ein demenssjukdom, og som hadde vedtak på heimbaserte teneste. Gjennomsnittsalderen var 82 år og deltakarane kom frå 24 kommunar i Noreg.</p>	<p>Pasientane tok i gjennomsnitt i mot hjelp 5,3 timar i frå gjennomsnittleg 8 ulike hjelparar i løpet av ei veke. Den hjelpa som vart gitt oftast var hjelp til medisinar, tilreiing av mat, personleg hygiene og reingjering. Nokon fekk ikkje den hjelpa dei hadde trong for, medan nokon få mottok hjelp til funksjonar dei kunne utføra sjølv. Det kom og fram at personar med demensdiagnose ikkje fekk meir hjelp enn dei utan.</p>
<p>De Witt, Ploeg &amp; Black. (2010).</p> <p><i>”Living alone with dementia: an interpretive phenomenological study with older women”.</i></p> <p>Journal of advanced nursing.</p>	<p>Hensiktene med studien var å få fram betydninga av å bu åleine, sett i frå eldre menneske med demens sitt perspektiv, med tanke på risiko og problem som kan oppstå.</p>	<p>Ein kvalitativ studie der det vart brukt ein fortolkande fenomenologisk tilnærming og van Manen sin metode.</p>	<p>8 deltakarar vart rekruttert i frå Ontario i Canada gjennom kommunen sine helse- og sosialtenester, og av profesjonelle kollegaer som hadde brukt målretta prøvetaking for å sikra at utvalet av deltakarar hadde diagnosen mild til moderat Alzheimer el ein annan form for demens.</p>	<p>Som eit resultat av studien fann ein korleis demente tenkjer, og difor kan informera andre framtidige pasientar om risikoen for å bu åleine, vurderer deira behov for helsetenester, moglegheit til behandling med medisinar, og moglegheit til å delta i planlegginga av deira framtidige buforhold.</p>



Artikkel	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utval	Resultat
<p>Aagaard, H. (2010). <i>"Mat og måltider i sykehjem. En nasjonal kartleggingsundersøkelse"</i>. Sykepleien Forskning.</p>	<p>Hensikta med undersøkinga var å få fram korleis styrar/leiar av sjukeheimar vurderte maten som vart servert til bebuarane, tal på måltid og tidspunkt, og kva for rutinar som vart gjort for å kvalitetssikra ernæringsarbeidet</p>	<p>Ei kvantitativ tversnittundersøking, der kvar sjukeheim fekk tilsendt eit spørjeskjema, med faste svaralternativ.</p>	<p>Det var sendt ut forespørsel til alle sjukeheimar i Noreg (886 stykke), og respondentar frå 560 ulike sjukeheimar svara på spørjeskjemaet.</p>	<p>Dei som svara på skjemaet var stort sett fornøgd med maten som pasientane vart tilbydd, men tilbodet av frukt må verta betre. Det vart og påpeikt at det lange tidsrommet utan mat frå kveld til morgon, må reduserast. Det er og behov for nasjonale retningslinjer for å bedømme ernæringsstatus.</p>