



# Høgskulen på Vestlandet

## SK152 - Bacheloroppgave i sykepleie

SK152

### Predefinert informasjon

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

### Deltaker

**Kandidatnr.:** 176

### Informasjon fra deltaker

**Antall ord \*:** 6995

**Egenerklæring \*:** Ja

**Inneholder besvarelsen  
konfidensiell materiale?:** Nei

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

### Gruppe

**Gruppenavn:** (Anonymisert)

**Gruppenummer:** 41

**Andre medlemmer i  
gruppen:** 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



**Høgskulen  
på Vestlandet**

# **BACHELOROPPGAVE**

Kartlegging av risiko for underernæring hos hjemmeboende  
eldre med demens

Mapping of malnutrition among elderly people with dementia  
living at home

**Kandidatnummer 176**

**Navn: Linda Bauge Svalheim**

Bachelorutdanning i sykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap (FHS)/institutt for helse- og  
omsorgsvitenskap

Veileder: Toril Gerd Midtbø

Innleveringsdato: 07.06.2019

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

## Sammendrag

**Tittel:** Kartlegging av risiko for underernæring hos hjemmeboende eldre med demens.

**Bakgrunn:** Eldre personer med demens er særlig utsatt for underernæring, og deres situasjon bør vises mer oppmerksomhet.

**Problemstilling:** Hvordan kan sykepleier kartlegge risiko for underernæring hos hjemmeboende eldre med demens?

**Metode:** Systematisk litteraturstudie, der jeg har benyttet allerede eksisterende faglitteratur og forskning.

**Funn:** Sykepleier møter flere utfordringer ved kartlegging av underernæring hos personer med demens. Det kommer frem i oppgaven at sykepleiere opplever tidspress som fører til at kartleggingsarbeid blir vanskelig. I tillegg er det mangel på kunnskap om ernæring generelt, og hvordan sykepleier på best mulig måte kan bruke kartleggingsverktøy for å forebygge underernæring. Videre i oppgaven vises viktigheten med å danne gode relasjoner med de eldre demente, og hvordan riktig kommunikasjon kan bidra til bedre kartlegging. Det å se mennesket bak demenssykdommen er avgjørende for å danne en god relasjon. Dette krever tid og kontinuitet, noe det er mangel på i hjemmesykepleien grunnet tidpress. Eldre med demenssykdom er redde for å miste sin selvstendighet. Dette kan føre til at de vegrer seg for å ta imot hjelp. De er også sårbare for signaler på utilstrekkelighet og mangel på aksept.

**Konklusjon:** Mye tyder på at det er behov for mer kunnskap om ernærings- og kartleggingsarbeid i hjemmetjenesten. Sykepleiere kan bli bedre på å lete etter gjenværende ressurser hos de eldre, slik at de blir bedre rustet til å hjelpe seg selv. Det er også behov for bedre kontinuitet og mer tid til observasjoner hos den enkelte brukeren. I tillegg viser det seg at personsentrert omsorg og gode relasjoner som bygger på tillit og trygghet, er viktig i kartleggingsarbeid med demenssyke.

**Nøkkelord:** Demens, underernæring, kartlegging, hjemmeboende, personsentrert omsorg.

## Abstract

**Title:** Mapping of risk of malnutrition among elderly people with dementia living at home.

**Background:** Elderly people with dementia are particularly prone to malnutrition, and their situation should be shown more attention.

**Research question:** How can nurses map the risk of malnutrition in elderly people living at home with dementia?

**Methods:** Systematic literature study, where I have used already existing academic literature and research.

**Findings:** Nurses face several challenges when screening for malnutrition in people with dementia. It appears in the study that nurses experience pressure in time that leads to difficulties in mapping. There is also a lack of knowledge on nutrition in general, and how nurses can use mapping tools in the best possible way to prevent malnutrition. Furthermore, the study shows the importance of forming good relationships with elderly people with dementia, and how proper communication can contribute to better mapping. Seeing the person behind the dementia is crucial to form a good relationship. This requires time and continuity, which is lacking in home care service due to time pressure. People with dementia are also vulnerable to signals of inadequacy and lack of acceptance.

**Conclusions:** Much indicates that there is a need for more knowledge about nutrition and mapping in home care service. Nurses could be better at looking for remaining resources of the elderly, so they are better equipped to help themselves. There is also a need for better continuity and more time for observations with the elderly. In addition, it appears that person-centered care and good relationships that are based on trust and security, are important in mapping malnutrition with elderly people with dementia.

**Keywords:** dementia, malnutrition, mapping, home-living, person-centered care.

## Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2	Problemstilling og avgrensninger til denne .....	2
1.3	Hvordan oppgaven skal bygges opp .....	2
2	Metode .....	3
2.1	Litteraturstudie som metode.....	3
2.2	Søkeprosessen .....	3
2.3	Kildekritikk .....	4
3	Presentasjon av innhold i forskningsartiklene .....	6
4	Teoretiske perspektiver .....	10
4.1	Hva er demens? .....	10
4.2	Underernæring og kartlegging av ernæringsstatus .....	11
4.3	Sykepleierens ansvar i ernæringsarbeid .....	11
4.4	Demens og kommunikasjon .....	12
4.4.1	Personsentrert omsorg .....	13
4.4.2	Mellommenneskelige forhold i sykepleie - Joyce Travelbee.....	14
5	Drøfting.....	14
5.1	Utfordringer i kartlegging .....	14
5.2	Personsentrert omsorg i kartleggingsarbeid med demenssyke .....	17
6	Konklusjon .....	21
7	Litteraturliste .....	22

## 1 Innledning

Forekomsten av demens øker med alderen, og en økning i antall eldre vil føre til at flere får denne diagnosen i årene som kommer. Det kan anslås at det er om lag 71.000 personer med demensdiagnosen i Norge. Dersom forekomsten holder seg på samme nivå som i dag, vil det fordoble seg mot år 2040 (Helsedirektoratet, 2017). Dersom man er tidlig ute med å kartlegge ernæringsmessig risiko, vil det være mulig å forebygge underernæring, sykdom og unødvendig lidelse (Brodtkorb, 2015, s. 303-308). Kartlegging er en del av forebyggende helsearbeid som handler om å forebygge sykdom, skade og tidlig død. Det handler også om å bedre og bevare personens helse, funksjonsnivå og livskvalitet (Ranhoff, 2015, s. 162-163). I følge forskning er hjemmeboende eldre særlig utsatt for underernæring, og deres situasjon bør vises mer oppmerksomhet (Brodtkorb, 2015, s. 301). *Aleneboende* eldre med demens er en ernæringsmessig sårbar gruppe, da sykdommen kan føre til begrenset evne til å ta hensiktsmessige valg når det gjelder sitt eget matinntak (Sortland, 2015, s. 140).

Flere studier har avdekket mangelfulle rutiner og prosedyrer for vurdering av matinntak og ernæringstilstand i ulike helseinstitusjoner (Gjerlaug, Harviken, Uppsata & Bye, 2016). Alle personer som mottar tjenester fra hjemmesykepleien skal vurderes for ernæringsmessig risiko ved vedtak (Helsedirektoratet, 2013). I 2017 publiserte Helsedirektoratet en statistikk som viste at kun 14,10% av alle eldre som mottok helsetjenester i hjemmet, hadde fått kartlagt sin ernæringsstatus de siste 12 måneder. Av disse var 27,8% i ernæringsmessig risiko for underernæring (Helsedirektoratet, 2010).

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Av egne erfaringer fra praksis ser jeg at det er mindre fokus på ernæring hos hjemmeboende eldre, enn hos de som bor i institusjon. Det var også generelt dårlig kunnskap om ernæringsarbeid blant helsepersonell. Jeg observerte at det var mer utfordrende å kartlegge og forebygge underernæring hos eldre som bodde hjemme. Tidspress, nedprioriteringer og mangel på kontinuitet i hjemmetjenesten var noen faktorer som gjorde kartlegging utfordrende. I tillegg observerte jeg at bruk av screeningsverktøy som for eksempel MNA-

skjema ikke var tilstrekkelig for å kartlegge risiko for underernæring hos eldre, da særlig eldre med demens sykdom.

Det jeg ønsker å vektlegge i denne oppgaven er blant annet hvordan personsentrert omsorg kan være ett redskap i kartlegging av underernæring hos eldre demente. Jeg ønsker å lære mer om hvordan denne tilnærmingen kan være til hjelp når sykepleier skal gjøre kartleggingsarbeid, da særlig med tanke på ernæringstilstand. I tillegg vil jeg diskutere litt rundt bruk av screeningsverktøy, og om det er tilstrekkelig å bruke disse verktøyene for å kartlegge risiko for underernæring hos min målgruppe. Jeg erfarer at dette handler om å identifisere individuelle omsorgsbehov, og at sykepleier må bruke sykepleieprosessen selvstendig i vurdering, oppfølging og evaluering av ernæringsstatus.

## 1.2 Problemstilling og avgrensninger til denne

*Hvordan kan sykepleier kartlegge risiko for underernæring hos hjemmeboende eldre med demens?*

Jeg har valgt å fokusere på kartlegging av risiko for underernæring hos eldre menn og kvinner med demens sykdom. World Health Organization definerer *eldre* som personer over 60 år (Ranhoff, 2015, s. 79). Fokuset vil i hovedsak være rettet mot eldre med ulik grad av demenssykdom, og som står i fare for å utvikle underernæring. Målgruppen er fra 60 år og oppover, bor alene i eget hjem og har korte tilsyn fra hjemmetjenesten 1-3 ganger per dag.

## 1.3 Hvordan oppgaven skal bygges opp

Oppgaven består av en methodedel, teoridel, resultat, diskusjon og konklusjon. Metodelen beskriver hvordan jeg har gått frem for å samle inn relevant litteratur, samt en kritisk vurdering av kildene. Teoridelen er basert på faglitteratur om demens, underernæring, kommunikasjon, personsentrert omsorg og Joyce Travelbee sin definisjon på menneske-til-menneske- forhold. Jeg vil deretter presentere innhold i forskningsartiklene under resultat. I diskusjonsdelen av oppgaven vil skal jeg drøfte teori, forskning og egne erfaringer oppimot problemstillingen jeg har valgt. Til slutt vil jeg skrive en kort konklusjon.



## 2 Metode

Metode er et redskap som forteller oss noe om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Begrunnelsen for å velge en spesifikk metode er at man mener den vil gi oss gode data og belyse spørsmålet vårt på en faglig interessant måte (Dalland, 2012, s. 111). Metoder kan være både kvantitative og kvalitative. Den kvantitative metoden gir data i form av målbare enheter og statistikk. Kvalitativ metode tar sikte på å fange opp mening og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2012, s. 112). I denne oppgave har jeg benyttet meg av både kvalitative og kvantitative forskningsartikler.

### 2.1 Litteraturstudie som metode

Jeg har benyttet meg av litteraturstudie som metode. Dette innebærer bruk av eksisterende forskning og faglitteratur for å besvare problemstillingen jeg har valgt. Denne metoden studerer litteratur som allerede er undersøkt og skrevet. Litteraturstudier systematiserer kunnskapen, det vil si at man søker kunnskap, samler den, vurderer den og sammenfatter den (Støren, 2013, s. 16).

### 2.2 Søkeprosessen

For å finne relevant litteratur har jeg gjort systematiske søk i ulike databaser og søkemotorer. Søkene er gjort via Helsedirektoratet, sykepleien.no, Google scholar, Svemed+, Chinal, Medline og Academic search elite. I tillegg har jeg benyttet pensumlitteratur og andre relevante bøker fra skolens bibliotek.

Jeg brukte databasen Svemed+ for å se om jeg kunne finne noen relevante forskningsartikler på norsk, svensk eller dansk. På Svemed+ benyttet jeg søkeordene «underernæring, eldre, demens» og fikk i alt 17 treff. Jeg leste igjennom 4 artikler før jeg fant en som jeg synes var relevant for min oppgave. Forskningsartikkelen har tittelen «underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens» og ble publisert i 2013. For å få åpnet artikkelen ble jeg sendt videre til «Sykepleien.no/forskning».

Jeg valgte jeg å utføre ett eget søk via Sykepleien.no/forskning for å se om jeg kunne finne flere forskningsartikler som var relevant for min oppgave. Jeg brukte da samme søkeord som på Svemed+; «underernæring, eldre, demens». Dette gav meg 15 treff. Jeg leste 5 av artiklene og valgte å bruke 2 av dem i min oppgave; «Rutiner for å vurdere ernæringsstatus i hjemmesykepleien» og «Verktøy ved screening av risiko for underernæring hos eldre». Videre endret jeg søkeordene til «demens, underernæring, hjemmesykepleie» og fikk 4 treff på forskning. Etter å ha lest abstraktet til artikkelen «Vurdering av ernæringsstatus – et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien» fant jeg ut at denne ville passe bra inn i min oppgave.

Videre søkte jeg via Academic search elite og haket av for Medline og Chinal som database. Jeg brukte søkeordene «dementia and meal and problems or issues or challenges or difficulties. Dette gav meg 257 treff, noe jeg synes var mye. Jeg valgte derfor å spesifisere søker ved å justere årstall til 2011-2019, noe som gav meg 136 treff. Jeg synes fremdeles det var for mange treff, så jeg valgte å kun hake av for Academic search elite som database. Dette gav meg 24 treff. Jeg leste 4 av artiklene og fant en som jeg var relevant for min oppgave; «Managing mealtime tasks: told by persons with dementia».

Jeg gjorde mange ulike søk via Academic search elite for å finne relevant forskning om personsentrert omsorg, uten hell. Via Google Scholar brukte jeg søkeordene «person-centered care dementia» og fikk over 60.000 treff. Jeg vurderte å endre søkeordene, men bet meg merke i tittelen på den første artikkelen og bestemte meg for å lese denne. Artikkelen har tittelen «Effects of person-centered care on residents and staff in aged-care facilities». Etter å ha lest abstraktet fant jeg fort ut at denne artikkelen var relevant for oppgaven.

### 2.3 Kildekritikk

For å fastslå om en kilde er sann, brukes det metoder som kalles kildekritikk. Dette innebærer at man vurderer og karakteriserer de kildene man benytter for å svare på problemstillingen. Kildekritikken skal vise om man er istand til å forholde seg kritisk til

kildematerialet. Det vil være sentralt å se på gyldighet, holdbarhet og relevans når man velger ut litteratur (Dalland, 2012, s. 67-68). I denne oppgaven har jeg benyttet meg av både primær- og sekundærkilder. En primærkilde er den opprinnelige kilden og sekundærkilde referer til det som står i primærkilden (Dalland, 2012, s. 86-87).

Jeg har benyttet mye fagstoff fra pensumbøker til bachelorstudiet og har sett på dette som sikre kilder, da dette er litteratur som er anbefalt av Høyskolen på Vestlandet. Jeg har også brukt annen relevant faglitteratur som jeg har funnet på Høyskolens bibliotek. Her fant jeg også noen gamle bøker som var fra år 2008-2010, men valgte likevel å ta de med som kilder da jeg ikke klarte oppdrive nyere utgaver av litteraturen.

Databasene jeg har brukt er i hovudsak Academic search elite, Medline og Chinal. Dette er databaser vi har fått anbefalinger om å bruke via høyskolen, og jeg velger derfor å se på disse som sikre kilder for oppgaven. På sykepleien.no/forskning fant jeg flere artikler som var relevant for min oppgave, men det meste av forskningen var utført i Norge. Da dette er en litterær oppgave, ønsket jeg å ha med minst 1 internasjonal forskning, og gjorde videre søk via Academic search elite og google scholar. Jeg synes det har vært utfordrende å finne relevant forskning som jeg føler med sikkerhet at jeg kunne bruke på de internasjonale databasene. Dette fordi jeg synes det er vanskelig å tolke innholdet og kvalitetssikre artikler på engelsk, og fordi det lett kan oppstå feil i oversetting fra engelsk til norsk.

Forskning om personsentrert omsorg var utfordrende å finne på fe fleste av databasene. Søk via academic search elite gav meg mange treff, men de fleste artiklene kostet penger. Etter råd fra bibliotikar via høyskolen utførte jeg nye søk via google scholar og fikk mange treff på personsentrert omsorg. Alle artiklene var på engelsk og de fleste omhandlet personsentrert omsorg på generelt basis. Artikkelen «*effects of person-centered care on residents and staff in aged-care facilities: a systematic review*» valgte jeg å bruke i min oppgave da denne omhandlet personsentrert omsorg i relasjon med min målgruppe. Denne artikkelen var vanskelig å finne «tråden» i, så jeg tar ansvar for at det kan ha oppstått noen feiltolkninger eller mangler i oversettelsen fra engelsk til norsk.

### 3 Presentasjon av innhold i forskningsartiklene

*«Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens».*

**Rognstad, M, K., Brekke, I., Holm, E., Lindberg, C. & Lühr, N. (2013)**

**Bakgrunn:** Eldre personer med hukommelsestap er svært utsatt for underernæring, og tidlige studier har i hovudsak fokusert på pasienter som bor på institusjon. Tanken bak studiet er å kartlegge og belyse ernæringsstatusen til eldre hjemmeboende pasienter med demens som får bistand fra hjemmetjenesten. Dette er en tverrstudie som ble gjennomført i 4 utvalgte bydeler i Oslo.

**Målgrupper:** Eldre, hjemmeboende pasienter med demenssykdom eller kognitiv svikt. Alderen på målgruppen var 67 år og eldre som skåret 3-5 på IPLOS (individerisert pleie og omsorgsstatistikk). Antall pasienter med demensdiagnose var ikke registrert, men alle pasientene hadde hukommelsestap som gjorde de avhengige av bistand fra hjemmetjenesten.

**Restultat:** Underernæring er svært utbredt blant hjemmeboende pasienter med kognitiv svikt og demenssykdom. Om lag halvparten av pasientene var underernært eller sto i fare for underernæring. Resultatene viser at problemer i forbindelse med matsituasjoner, er viktige risikofaktorer for underernæring.

*«Rutiner for å vurdere ernæringsstatus i hjemmesykepleien».*

**Aagard, H. & Grøndahl, V, A. (2017).**

**Bakgrunn:** Pasienter som får hjelp av hjemmesykepleien, kan være utsatt for underernæring. Helsedirektoratet gav i 2009 ut «Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring», der det er fremhevet at alle pasienter som er innskrevet i hjemmesykepleien skal vurderes for ernæringsmessig risiko.

**Hensikt:** Beskrive hvilke rutiner ledere og helsepersonell i hjemmesykepleien benytter for å vurdere pasientenes ernæringsstatus. Dette er en kvantitativ tverrsnittundersøkelse og består av to delstudier: en studie blant ledere av hjemmesykepleien i samtlige kommuner i Norge, og en studie blant helsepersonell. Svarene ble samlet inn ved hjelp av spørreskjema, der svarprosenten var 59% hos lederene og 74% hos helsepersonell.

**Resultat:** 67% av lederene og 37% av helsepersonellet kjente til Helsedirektoratets retningslinjer. En av tre svarte at hjemmesykepleien har skriftlige prosedyrer for å vurdere ernæringsstatus. 80% prosent av lederene og 69% av helsepersonellet oppga at det ikke var vanlig å veie brukeren ved innskriving i hjemmesykepleien.

*«Verktøy ved screening av risiko for underernæring hos eldre».*

**Gjerlaug, A, K., Harviken, G., Uppsata, S. & Bye, A. (2016).**

**Bakgrunn:** Forekomsten av underernæring blant eldre på sykehjem og eldre hjemmeboende ligger på mellom 30-60 prosent og 2-10 prosent. Dersom man avdekker risiko for underernæring tidlig, kan man iverksette ernæringsbehandling og dermed forebygge underernæring.

**Hensikt:** Identifisere screeningsverktøy som egner seg til å avdekke risiko for underernæring blant eldre som mottar hjemmesykepleie. Forskning ser på validitet, reliabilitet og anvendbarhet. Dette er en systematisk litteraturstudie. Søkene ble gjennomført i år 2014 i databaser som MEDLINE, Cinahl, PubMed med flere. I tillegg ble det gjennomført håndskøk.

**Resultat:** Det ble funnet fire ulike screeningverktøy – MNA-SF, SNAQ, MST og GNRI – fordelt på ni valideringsstudier. MNA-SF var validert flest ganger, og både sensitivitet og spesifisitet var høy. MST var validert i èn studie med moderat spesifisitet. De andre vektøyene viste moderat validitet. Ingen av de inkluderte studiene undersøkte anvendbarheten av vektøyet.

*«Vurdering av ernæringsstatus – et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien».*

**Meyer, S, E., Velken, R. & Jensen, L, H. (2017).**

**Bakgrunn:** Anbefalingene i Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring pålegger hjemmesykepleierne å vurdere ernæringsmessig risiko ved innleggelse eller vedtak, og deretter månedlig.

**Hensikt:** Utforske hvordan hjemmesykepleierene fortolker og ivaretar faglig forsvarlig ernæringspraksis sett i lys av kravene i Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring.

Dette er en kvalitativ studie med analyse av data fra to praksisutviklingsprosjekter. Analysen ble gjort trinnvis med identifisering av meningsbærende enheter, undertemaer og temaer. Fire tema ble identifisert og kategorisert på tvers. Datamaterialet omfatter tolv gruppesamtaler med nitten sykepleiere fra to kommuner.

**Resultat:** Ledelsesforankring er viktig når systematisk ernæringskartlegging skal implementeres. Sykepleierene mener kjennskap til brukeren og ernæringsbehovet er betydningsfullt ved praktisk tilrettelegging i hjemmet. Samtidig er utfordrende å vurdere mat- og drikkeinntak hos brukerne iløpet av døgnet. Det oppsto et spenningsfelt mellom selvbestemmelse til den hjemmeboende, anbefalinger om systematisk ernæringskartlegging og tidspress.

*«Managing mealtimes: told by persons with dementia».*

**Johansson, L., Christensson, L. & Sidenvall, B. (2011).**

**Bakgrunn:** Flere faktorer påvirker matinntaket negativt hos personer med demens. Dette kan øke risikoen for underernæring. Problemer med å håndtere dagligdagse aktiviteter utvikler seg gradvis, som for eksempel problemer med å handle, lage, og spise mat. Det er lite kunnskap om hvordan personer med demens selv opplever dette problemet.

**Hensikten:** Bli mer bevisst på hvordan personer med demens selv beskriver/opplever utfordringene knyttet til måltider. Dette er en kvalitativ studie med en etnografisk tilnærming. Det ble utført intervjuer med 10 kvinner og 5 menn i alderen 69-86 år. Intervjuene fant sted i informantenes egne boliger og en tematisk analyse ble utført.

**Resultat:** Informantene beskrev at de ønsker å være uavhengige og at minnetapet ikke påvirket dem i stor grad. De var flinke til å utvikle egne strategier som var til hjelp i måltidssituasjoner. De fleste av informantene fikk hjelp og støtte fra sine nærmeste til handling og matlaging. Eldre med demens kan ha vanskeligheter med be om hjelp da de er redd for å miste sin uavhengighet. Det å skape tillitsfulle relasjoner er viktig for gi nødvendig støtte.

***Effects of person-centered care on residents and staff in aged-care facilities: a systematic review.***

**Brownie, S. & Nancarrow, S. (2013).**

**Bakgrunn:** Flere tjenester i eldreomsorgen har erstattet den institusjonelle modellen for omsorg, til person-sentrertomsorg som veiledende standard for praksis. Denne endringen har innflytelse på ytelsen av omsorgstjenestene rundt om i verden.

**Metode og hensikt:** Dette er en litteraturstudie hvor det er foretatt en systematisk gjennomgang av eksisterende forskning og faglitteratur. Dette for å evaluere bevisene av effekten personsentrert omsorg har på de eldre i eldreomsorgen og hos sykepleierene.

**Resultat:** Studiene viste en rekke ulike utfallsmål for å evaluere effekten av personsentrert omsorg. Følelsen av kjedsomhet og hjelpsløshet ble forbedret. To studier viste at personsentrert omsorg var assosiert med økt fallfare hos de eldre. Noen studier viste at sykepleierene hadde positive utfall med å praktisere personsentrert omsorg. De fikk en større følelse av jobbtfredshet fordi evnen til å møte de individuelle behovene til de eldre

økte. Det ble også mer fokus på kontinuitet ved å tilordne de eldre samme omsorgspersonale over tid.

**Konklusjon:** Personsentrert omsorg er multifunksjonell omsorg og omfatter ulike elementer av miljøforbedring, sosial stimulering, interaksjon og endringer i ledelse og hos omsorgspersonalet. Kompleksiteten i intervensjonene og utfallene av de gjør det vanskelig å si med sikkerhet hvilken virkning personsentrert omsorg har i eldreomsorgen. Årsak til negative konsekvenser kan være mangel på struktur, der sikkerhet og fysiologiske behov ikke er innarbeidet før personsentrert omsorg blir satt i fokus. Ytterligere forskning er nødvendig.

## 4 Teoretiske perspektiver

### 4.1 Hva er demens?

Demens er et ervervet hjerneorganisk syndrom hos en voksen eller eldre person. Syndromet kjennetegnes ved svekket kognitiv kapasitet der evnen til hukommelse, oppmerksomhet, læring, tekning og kommunikasjon er redusert. Endret adferd er vanlig og tilstanden er kronisk og forverrer seg ofte over tid, fra lett glemsomhet til at personen blir totalt hjelpeløs (Engedal & Haugen, 2018, s. 18). Forstyrrelser i hukommelsen og i oppmerksomheten kan medføre at personen glemmer ett eller flere elementer i dagligdagse aktiviteter (Berentsen, 2008, s. 51-52). Den kognitive svikten kan føre til ulike utfordringer som gjør det vanskelig for de som er rammet å leve et selvstendig liv (Rokstad, 2014, s. 10).

Utfordringene i møte med demenssyke dreier seg om å lete etter gjenværende ressurser og kompensere svikten med individuell tilpasset omsorg. Deres behov er at andre har tid og viser tålmodighet, at helsepersonell kan jobbe med «hendene på ryggen» slik at den syke i størst mulig grad kan hjelpe seg selv (Hummelvoll, 2012, s. 415). Personer med demens kan ha problemer med å svare på spørsmål grunnet hukommelsestap. Dette kan de oppleve som et nederlag. Det er en krenkelse av den eldre dersom sykepleier stiller spørsmål han/hun vet at det ikke er mulig for den eldre å svare på. Sjukepleier må derfor ha kunnskap om hvordan man bør kommunisere for at personer med demens skal oppleve positiv bekreftelse (Eskeland, 2017, s. 188).



## 4.2 Underernæring og kartlegging av ernæringsstatus

Underernæring opptrer når næringsinntaket er mindre enn behovet, enten fordi behovet øker, eller fordi inntaket reduseres. Underernæring hos eldre skyldes gjerne en kombinasjon av for lavt kalori- og proteininntak (Brodtkorb, 2015, s. 306). Risiko for å utvikle underernæring kan ha fysiske årsaker som sykdomstilstander og alderdom, eller psykososiale årsaker som mistriivsel, ensomhet, depresjon (Birkeland & Flovik, 2014, s. 65). De eldres underernæring får ofte utvikle seg fordi problemet ikke kartlegges tilstrekkelig (Brodtkorb, 2015, s. 308).

Sykepleierens kartlegging har to hovedformål; den danner grunnlaget for å kunne gi individuelt tilpasset omsorg og er nødvendig for å oppdage endringer i helsetilstanden (Kirkevold, 2015, s. 123). I følge Nasjonalfaglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring, er det anbefalt å benytte kartleggingsverktøy for å vurdere ernæringsmessig risiko. Mini Nutritional Assessment (MNA) er anbefalt å bruke som kartleggingsverktøy hos hjemmeboende eldre (Helsedirektoratet, 2013). Dette er ett skjema som inneholder spørsmål som den eldre skal svare på. Noen av spørsmålene handler om vekttap, endringer i matvaner, antall måltider per dag og mengde, samt syn på egen helsetilstand. I tillegg skal det føres inn vekt, høyde og KMI (Brodtkorb, 2015, s. 305). Eldre med redusert hukommelse er ofte ikke istand til å gi tilstrekkelige eller korrekte opplysninger som kan bidra til en best mulig kartlegging. Da kan det være nyttig å bruke pårørende for å innhente tilleggsopplysninger (Brodtkorb, 2015, s. 304). Krav i helse og omsorgstjenesteloven §4-1 sier at under gitte omstendigheter skal helsepersonell aktivt søke etter informasjon fra pårørende (Molven, 2017, s. 38).

## 4.3 Sykepleierens ansvar i ernæringsarbeid

Sykepleier har en sentral og selvstendig rolle når det gjelder å kartlegge og forbedre ernæringsstatusen hos eldre brukere. Sykepleier har som ansvar å strebe etter en systematisk og tverrfaglig tilnærming. Dette for å ivareta den enkelte brukers individuelle ernæringsbehov. I tillegg skal sykepleier veilede annet helsepersonell og koordinere det daglige arbeidet med måltider og matserving (Brodtkorb, 2015, s. 304)

Det er viktig med ansvarsfordelig og samarbeid mellom den eldre, helsepersonell og pårørende. I mange situasjoner er dette både nødvendig og hensiktsmessig (Brodtkorb, 2015, s. 304). Pårørende kjenner brukeren best, og de bør behandles av helsetjenesten som likeverdige samarbeidspartnere i omsorgstilbudet (Jakobsen & Homelien, 2011, s. 107). Det kan for eksempel være at familien handler inn mat for den eldre eller at de gjør det sammen, og helsepersonell tar seg av tilrettelegging og tilberedning (Brodtkorb, 2015, s. 304)

Dersom kartlegging viser at den eldre har problemer knyttet til ernæring, må det lages en målrettet plan for hvordan situasjonen kan bedres. Dette arbeidet bør gjøres i tett samarbeid med den eldre, om mulig (Brodtkorb, 2015, s. 306). Sykepleier sine observasjoner, og bruker sin egen opplevelse av situasjonen skal dokumenteres. Dokumentasjon av brukerens egne ressurser er viktig for å kunne gi riktig og tilstrekkelig helsehjelp (Vabo, 2015, s. 82-83).

#### 4.4 Demens og kommunikasjon

Kommunikasjon er grunnleggende i all omsorg, ikke minst i den personsentrerte omsorgen til personer med demens (Holthe & Tretteteig, 2016, s. 259). Behovet for å kommunisere ligger dypt i oss som mennesker, og det er ingenting som tyder på at dette behovet blir mindre under en demensutvikling (Wogn-Henriksen, 2008, s. 93). Kommunikasjon handler om å formidle en beskjed eller et budskap, finne ut hva den andre føler, skape fortrolighet og å dele og løse problemer. Mange med demens opplever det som komplisert å få andre til å forstå deres innerste erfaringer, opplevelse, ønsker og behov, og det kan være krevende for de å forstå hva andre ønsker eller vil med dem (Rokstad, s. 39).

På grunn av hukommelsestap og svikt i oppmerksomheten har demenssyke problemer med å kommunisere. De kan også få problemer med språket, noe som gjør at nonverbal kommunikasjon blir enda viktigere enn før. Nonverbalt kommunikasjon er mimikk, kroppsholdning, kroppsspråk og tonefall. Dersom den demenssyke ikke forstår hva som skal skje, kan vedkommende bli forvirret eller oppfatte hjelpen som et overgrep (Hothe & Tretteteig, 2016, s. 259-267). Personer med demens er sårbare for signaler på

utilstrekkelighet og mangel på aksept. Behovet for å bli sett og vist respekt er stort og avgjørende for et godt samarbeid og et samvær preget av livskvalitet (Hummelvoll, 2012, s. 415). I demensomsorgen er det viktig at sykepleier benytter validering. Det vil si å respektere og akseptere personen slik han/hun er, med sin virkelighetsoppfattelse og sine følelser. Sykepleiere skal møte den demenssyke med ærlighet, respekt og empati. For å skape en god kontakt og tillit, er det viktig at sykepleieren har et genuint ønske om å forstå og ville den andre vel (Solheim, 2015, s. 206-208).

#### 4.4.1 Personsentrert omsorg

Kitwood (sitert i Tretteteig & Røsvik, 2016, s. 228) beskriver personsentrert omsorg som en type omsorg der demenssyke blir løftet frem som fullverdige mennesker. Det handler om å se på de som mennesker med følelser, rettigheter, ønsker og sin egen livshistorie. Sykepleier skal anerkjenne ønskene og behovene til den demenssyke på lik linje med egne og andres ønsker og behov. Det handler om å ta hensyn til hvordan den syke ser på sin situasjon og verden rundt seg, samt å ta dette perspektivet med i planleggingen av omsorgen (Tretteteig & Røsvik, 2016, s. 228-231).

Brooker beskriver fire hovudelementer i personsentrert demensomsorg;

- **Verdsette** personer med demens og pleierne som har omsorg for dem og anerkjenne menneskets absolutte verdi.
- **Individuell** tilnærming som vektlegger det unike i hvert menneske.
- Forstå verden fra **perspektivet** til personen med demens.
- Etablering av et **støttende miljø**. Man må erkjenne at all menneskelig adferd, også adferd hos personer med demens, har sitt grunnlag i mellommenneskelige relasjoner (Brooker, 2013, s. 9).

Personsentrert omsorg i hjemmet handler om å bygge relasjon og tillit mellom sykepleier og personen med demens. Det er ikke alltid vedkommende kjenner igjen sykepleieren som kommer på besøk, og kan derfor bli avvisende og utrygg i situasjonen. Dersom man skal gi omsorg til en person med demens som ikke husker hvem du er, eller hvorfor du kommer, må

kjennskapen og tilliten bygges opp hver gang man møtes. Slike situasjoner krever god tid i en ellers travel hverdag i hjemmesykepleien, og det er derfor viktig å være bevisst på hvordan man kan skape tillit og trygghet fra første stund (Tretteteig, Mjørud & Haugen, 2016, s. 410). Validering vil være sentralt i slike situasjoner, da det er viktig å ta hensyn til personens følelser der og da (Tretteteig & Røsvik, 2016, s. 236).

#### 4.4.2 Mellommenneskelige forhold i sykepleie - Joyce Travelbee

Joyce Travelbee definerer sykepleie som en mellommenneskelig prosess, der formålet er å hjelpe individer eller samfunn med å forebygge og håndtere sykdom (Travelbee, 2010, s. 27). For å oppnå dette må det etableres et menneske- til menneske forhold (Travelbee, 2010, s. 38). Travelbee beskriver dette som et forhold der både sykepleier og den syke oppfatter og forholder seg til hverandre som unike mennesker og ikke som «sykepleier» og «pasient» (Travelbee, 2010, s. 155). I følge Travelbee finnes det ingen «pasienter», men det finnes enkeltmennesker som trenger omsorg, tjenester og individuell hjelp fra andre mennesker. Travelbee mener også at alle mennesker er sin egen unike person, som er enestående og uerstattelig, men at vi likevel har de samme grunnleggende behovene. Hun presiserer at man må tenke at mennesker er forskjellige, og at man aldri skal bedømme andre utfra hva man selv ville gjort eller ikke gjort (Travelbee, 2010, s. 53-56).

## 5 Drøfting

### 5.1 utfordringer i kartlegging

I følge Rognstad et al (2013, s. 301) er underernæring svært utbredt blant hjemmeboende eldre med demenssykdom. Da underernæring kan føre til økt lidelse for den eldre, er det viktig at helsevesenet har fokus på kartlegging. Gjennom praksis har jeg erfart at dette er et tema det er lite fokus på, særlig hos hjemmeboende eldre. Meyer et al (2017, s. 2) påpeker at helsepersonell mangler rutiner for og kunnskap om systematisk kartlegging. I følge Nasjonalfaglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring, er det krav om at eldre skal vurderes for ernæringsmessig risiko (Helsedirektoratet, 2013). Verktøyet som er anbefalt i kartleggingsarbeidet er Mini Nutritional Assessment (MNA). Men er det alltid hensiktsmessig å vektlegge resultat av kartlegging ut fra slike verktøy? Gjerlaug et al (2016, s. 149-150) påpeker at de nasjonale retningslinjene ikke sier noe om validiteten eller

reliabiliteten på de ulike screeningsverktøyene. Det er også uklart om verktøyene egentlig egner seg til bruk i hjemmesykepleien, da de i utgangspunktet er utviklet for bruk i sykehus. Dette kan jeg relatere til da jeg var i praksis. Det var ikke alltid resultatet av denne type kartlegging samsvarte med det sykepleier selv observerte. Resultat fra kartleggingsskjemaet kunne indikere at den eldre ikke var i risiko for underernæring, men observasjoner gjort av sykepleier viste det motsatte.

Personer med demens sykdom har ofte problemer med å uttrykke seg, forstå det som blir sagt og å svare på spørsmål. Det kan oppleves som en krenkelse dersom sykepleier stiller spørsmål vedkommende ikke kan svare på (Eskeland, 2017, s. 188). Jeg erfarte dette i praksis da en demenssyk ikke klarte å svare på spørsmålene i MNA-skjemat, noe som gjorde vedkommende tydelig frustrert. Dette kan skyldes svikt i korttidsminnet som for eksempel gjør at de ikke husker når sist måltid ble inntatt. (Holthe & Tretteteig, 2016, s. 261). I følge Johansson et al (2011, s. 2559) er flere eldre med demenssykdom redde for å uttrykke at de har vanskeligheter knyttet til matsituasjoner, i frykt for å miste sin selvstendighet og for å ikke kunne få bo i sitt eget hjem. Dersom de eldre er redde for å uttrykke vanskeligheter, er det ikke sikkert de svarer ærlig på spørsmål i forbindelse med kartleggingen. Alternativt kan sykepleier fylle ut skjemaet for den eldre, men dette krever kontinuerlige observasjoner gjennom hele dagen, noe jeg erfarte ikke var praktisk mulig å gjennomføre.

Brodtkorb (2015, s. 306) presiserer viktigheten med å dokumentere og evaluere sykepleierens observasjoner. Som sykepleier er det viktig at man spør den eldre hva han/hun har spist, dette for å inkludere vedkommende i kartleggingen. Men det er like viktig å dokumentere det man selv observerer. Vabo (2015, s 82) fremhever dette, og sier at den Eldres egen opplevelse av situasjonen er verdifull. Tretteteig & Røsvik (2016, s. 230) støtter dette og legger vekt på at sykepleier må sette seg inn i hvordan den eldre opplever det som skjer. Jeg mener det vil være svært viktig at vi som sykepleiere streber etter å bygge en trygg og tillitsfull relasjon med de demenssyke, og at vi viser de at vi er der for å hjelpe de med å bli mer selvstendige. Johansson et al (2011, s. 2559) beskriver at helsepersonell må skape et tillitsfullt forhold til den eldre for å kunne klare å støtte personen når det er nødvendig.

I følge Meyer et al (2017, s. 6) i sin studie, er sykepleiere bekymret over matinntaket til de eldre med demenssykdom. Samtidig synes de det er utfordrende å kartlegge og følge opp med systematiske registreringer. Mangel på kontinuitet gjorde det utfordrende å observere/kartlegge ernæringstilstand, fordi det var vanskelig for sykepleieren å oppdage endringer over tid. Gjerlaug et al (2016, s. 149) forklarer i sin studie at en av årsakene til underernæring hos eldre, er at helsepersonell ikke klarer å identifisere risikofaktorer i den grad de burde. Dette erfarte jeg også i praksis. Sykepleier hadde for liten tid til å gjøre tilfredsstillende observasjoner, samt at det oppsto etiske utfordringer og kommunikasjonsproblemer mellom sykepleier og den eldre. Når den demenssyke sa at han/hun hadde spist, gjorde ikke sykepleier ytterligere observasjoner rundt dette.

Ut i fra artikkelen til Aagaard & Grøndahl (2017, s. 6) er det mangel på kunnskap om ernæringsarbeid i hjemmesykepleien. Helsepersonell ønsket seg mer kunnskap om hvordan de skulle vurdere brukernes ernæringstilstand. Dette kommer også frem i Meyer et al (2017, s. 7) sin studie. I tillegg blir det presisert at det er krav om systematisk kartlegging av brukernes ernæringsstatus, men at sykepleiere synes dette var utfordrende. Sykepleierne synes det var upassende å bruke kartleggingsverktøy i hjemmet til den eldre, og begrunnet dette med verdighet og selvbestemmelse. For å ivareta verdigheten til de eldre kan sykepleier møte de med respekt og forståelse, samt å gi tilstrekkelig informasjon om hva kartleggingsskjemaene skal brukes til. Holthe & Tretteteig (2016, s. 267) bekrefter dette og beskriver at dersom den eldre ikke forstår hva som skal skje, kan vedkommende bli forvirret og oppfatte hjelpen som et overgrep. I hjemmesykepleien erfarte jeg at kartlegging i hjemmet var utfordrende, men at dette i hovedsak var på grunn av tidspress, og mangel på trygghet og tillit mellom sykepleier og den eldre demente.

Birkeland & Flovik (2014, s. 83) beskriver at det ofte er hjemmetjenesten som lager og setter frem mat ved hjemmebesøk hos den eldre, men at sykepleier sjelden blir værende til måltidet er inntatt. Ved neste besøk kan maten være borte, men man kan ikke vite med sikkerhet om den eldre har spist maten eller om den er blitt kastet. Dette opplevde jeg også i praksis. Den korte tidsrammen på hvert hjemmebesøk førte ofte til at sykepleier laget maten for den eldre, og hastet seg videre. Dette kunne resultere i at den demenssyke ble forvirret

og engstelig. Holthe & Tretteteig (2016, s. 267) beskriver at eldre demenssyke har vanskeligheter med å holde fokus på flere ting samtidig. Gjennom praksis erfarte jeg at det ble mer utfordrende å gjøre kartleggingsarbeid dersom den eldre var stresset. Personer med demens er sårbare for signaler på utilstrekkelighet og mangel på aksept. Tretteteig&Røsvik (2016, s. 230) beskriver at et stressende miljø kan føre til at demenssyke blir ekstra forvirret i situasjonen. Her vil det være viktig at sykepleier setter seg inn i hvordan den demenssyke opplever situasjonen og det som skjer. Meyer et al (2017, s. 7) sin studie beskriver at det å spise sammen med de eldre, eller å holde de med selskap under matsituasjoner er viktige trivselsskapende tiltak. Det presiseres at personsentrert omsorg i ernæringsarbeid er viktig. Sykepleier kan tilberede måltider *sammen med* den hjemmeboende eldre. Dette vil være til hjelp i kartleggingsarbeidet da sykepleier får observert hvilke ressurser den eldre har i matsituasjoner.

## 5.2 Personsentrert omsorg i kartleggingsarbeid med demenssyke

I følge Rokstad (2014, s. 11-13) er det utfordrende å leve med en demenssykdom. Demenssyke får ofte problemer med å utføre dagligdagse aktiviteter som følge av blant annet hukommelsessvikt og redusert evne til kommunikasjon. Når sykepleier møter disse menneskene, er det viktig å lete etter gjenværende ressurser og kompensere svikten med individuell omsorg. På denne måten blir de eldre demente bedre rustet til å klare seg selv i hverdagen (Hummelvoll, 2012, s. 415). Som sykepleier vil det derfor være viktig å ha kunnskap om hvordan man bør kommunisere med den demenssyke for at han/hun skal oppleve positiv bekreftelse. Eskeland (2017, s. 188) mener dette er med på å skape en god relasjon med den eldre. Johansson et al (2011, s. 2559) beskriver at jo tidligere i forløpet man danner gode relasjoner med de demenssyke, jo større sjanse er det for at de er villig til å ta imot hjelp. Tretteteig et al (2016, s. 410) og Solheim (2015, s. 207) beskriver også hvor viktig det er å skape trygghet og tillit fra første stund. For å skape en god relasjon som er basert på nettopp trygghet og tillit, vil det være viktig at sykepleier har et genuint ønske om å forstå den eldre og ville den vel.

I følge Hummelvoll (2012, s. 415) har demenssyke behov for at sykepleierne tar seg tid og viser tålmodighet, samt at man er bevisst på å jobbe med «hendene på ryggen». Johansson et al (2011, s. 2557-2557) støtter dette i sin studie og beskriver viktigheten med å la personer med demens gjøre det de klarer selv. Studien viser at eldre personer ofte er redde for at helsepersonell skal ta over styringen i livene deres. I tillegg kan eldre demenssyke få en følelse av at de ikke strekker til eller klarer noe selv, når helsepersonell «tar over» deres dagligdagse gjøremål. Dette kan jeg relatere til da jeg var i praksis. Demenssyke ønsker å være selvstendige og klare seg mest mulig på egenhånd. Her er det viktig at sykepleier gir veiledning til den eldre istedenfor å gjøre oppgavene for de. Studien til Mayer et al (2017, s. 8) beskriver at sykepleiere synes det er vanskelig å understøtte selvstendigheten hos de eldre og samtidig skulle identifisere risiko for underernæring. Av egne erfaringer er det fullt mulig å gjøre kartleggingsarbeid i forbindelse med andre oppgaver når man er på hjemmebesøk. Mye av faglitteraturen påpeker at det er viktig å gi tilstrekkelig informasjon til brukerne, men på en annen side kan mye informasjon gjøre at demenssyke blir stresset og forvirret. I følge Holthe & Tretteteig (2016, s. 267) kan dette føre til at hjelpen sykepleier prøver å yte, føles som et overgrep for den eldre.

Gjennom praksis møtte jeg en sykepleier som mente at hjemmesykepleien skulle handle inn mat for den demenssyke. I hovedsak for å spare tid. Sykepleier handlet stort sett de samme matvarene hver gang, som ost, skinke, syltetøy, melk og brød. Det jeg observerte var at de som ikke fikk delta på å handle inn matvarer og tilberede maten selv, spiste mindre. Studien til Rognstad et al (2013, s. 307-308) beskriver at de personene som fikk delta på matinnkjøp, hadde betydelig lavere risiko for å utvikle underernæring, sammenlignet med de eldre som ikke deltok. Det er ikke sikkert eldre demenssyke er i risiko for underernæring på grunn av hukommelsessvikt eller mangel på egne ressurser. Gjennom praksis erfarte jeg at det i noen tilfeller kunne være så enkelt som at personen med demens ikke hadde tilgang til matvarer han eller hun foretrakk, eller matvarer som stimulerte sansene og økte matlysten.

I praksis erfarte jeg at de eldre demente hadde mange gjenværende ressurser når det gjaldt dagligdagse oppgaver, som for eksempel å tilberede et måltid. Problemet var at sykepleierne ofte hadde så dårlig tid, at de «tok over» for den eldre når det skulle tilberedes mat. Jeg



erfarte også at flere av de eldre uttalte at «vi som sykepleiere vet vel best», når de fikk spørsmål om hva de ønsket og hva de hadde behov for. Kan dette tyde på at sykepleier fremstår som en autoritær person, og at de eldre føler at de må gjøre det sykepleieren mener er best for vedkommende? Travelbee (2010, s. 155) presiserer at sykepleier og den eldre demenssyke skal forholde seg til hverandre som unike mennesker og ikke som abstrakte roller som «sykepleier» og «pasient». I følge Travelbee finnes det ingen «pasienter, men det finnes enkeltmennesker som trenger omsorg og individuell hjelp fra andre mennesker. I praksis erfarte jeg at ingen demenssyke er like. De har alle sin egen historie og sine egne individuelle behov. Meyer et al (2017, s. 8) sin studie beskriver at sykepleier skal ha kjennskap til personens verdier, de skal vise engasjement, oppmerksomhet, og de skal involvere de eldre i beslutninger som omhandler dem. For å få en bedre forståelse av personsentrert omsorg satt ut i praksis, vil jeg vise til en case jeg erfarte i hjemmetjenesten. I praksis tok jeg med en eldre person med demens for å handle på butikken. Det var observert over tid at vedkommende ikke spiste noe av maten sykepleier handlet for henne. Den demenssyke fortalte at hun sjelden ble spurt om hvilke matvarer sykepleier skulle handle inn, samt at hun ofte ikke klarte å sette ord på ønskene sine. Det jeg observert var at vedkommende valgte helt andre matvarer enn hjemmesykepleien pleide å kjøpe inn. Etter matinnkjøp ryddet vi ut av kjøleskapet og fylte det med matvarer den eldre selv hadde valgt. Når sykepleier var på tilsyn noen dager etterpå, var kjøleskapet nesten tomt for mat. Den demenssyke sa at hun ikke hadde spist så godt på lenge, og at det var deilig å ha «sin egen mat» i hjemmet. Dette kan tolkes som at den eldre har følt seg overkjørt av hjemmetjenesten når det kommer til innkjøp av mat.

Gjennom erfaringer fra praksis må sykepleier gjøre kartleggingsarbeid for å synliggjøre gjenværende ressursene hos de eldre. Dette bekrefter Birkeland & Flovik (2014, s. 65) i sin teori. Det jeg observert i praksis var at ved å kartlegge den demenssyke sine ressurser i matsituasjoner, gjorde det enklere å iverksette nødvendige tiltak for å forebygge underernæring. Dersom kartleggingsarbeidet ikke gjøres tidlig i forløpet, kan de Eldres underernæring ofte utvikle seg (Brodtkorb, 2015, s. 308). Det er ikke alltid like enkelt å få tilstrekkelige opplysninger fra eldre med redusert hukommelse, og det er derfor viktig at sykepleier tar seg tid til å observere brukeren i hjemmet. Rognstad et al (2013, s. 301) sin

studie legger vekt på viktigheten med å kartlegge mat- og drikke inntak, men at det er like viktig å kartlegge årsaken til endringer i spiseadferden. Ved å alltid ha ett «våkent øye» når man er på tilsyn, vil man kunne kartlegge veldig mye på kort tid. I tillegg til dette kan det være lurt at hjemmesykepleien kartlegger hvordan boligforholdet til brukeren er. Dette med tanke på om det er lett tilgjengelig å lage mat, rutiner for matinnkjøp, om det stadig er urørt og/eller gammel mat i hjemmet. Jeg mener at dersom sykepleier skal gjøre denne type kartlegging, er det helt nødvendig å yte personsentrert omsorg. Dette for å skape en god relasjon med den eldre, som bygger på tillit og trygghet. Tretteteig et al (2016, s. 410) bekrefter i sin teori at personsentrert omsorg i hjemmet handler om å bygge relasjon og tillit mellom sykepleier og personen med demens. I følge Kitwood (sitert i Tretteteig et al, 2016, s. 288) skal sykepleier løfte frem personer med demens som fullverdige mennesker, og anerkjenne ønskene og behovene deres på lik linje som våre egne. I praksis erfarte jeg at det var utfordrende for noen sykepleiere å se mennesket bak demenssykdommen. Dette førte til at sykepleier automatisk tok avgjørelser for hva som var best for den eldre, uten å samtale med vedkommende først.

Studien til Brownie & Nancarrow (2013, s. 2) beskriver viktigheten med å fremme optimal menneskelig vekst, der de eldre får tilgang til og muligheter for kontinuerlig læring. Studien viser også at personsentrert omsorg som er basert på aksept, empati, følsomhet og aktiv lytting er sentralt for at mennesker skal vokse, uansett alder. Tretteteig et al (2016, s. 228) beskriver også hvor viktig personsentret omsorg er, og presiserer at sykepleier skal se personen med demenssykdom som en person med både følelser, rettigheter, ønsker, behov og erfaringer. I følge Rokstad (2014, s 39) er det mange med demenssykdom som opplever at det er komplisert å få andre til å forstå deres opplevelser, ønsker og behov. Det kan også være krevende å forstå hva sykepleierne ønsker eller vil med dem. (Eskeland, 2017, s. 188) mener at det derfor er viktig at sykepleier har kunnskap om hvordan man bør kommunisere for at personer med demens skal oppleve positiv bekreftelse. Kanskje kan det bli enklere å utføre kartleggingsarbeid dersom vi som sykepleiere streber etter akkurat dette.

## 6 Konklusjon

Sykepleier bør ha mer fokus på ernæringsarbeid hos hjemmeboende eldre med demens, da denne gruppen mennesker er særlig utsatt for underernæring. I oppgaven har jeg drøftet hvordan kommunikasjon, relasjonsbygging og personsentrert omsorg kan være et verktøy i kartlegging av underernæring hos demenssyke. Kartleggingsverktøy som Mini nutritional assessment (MNA) er anbefalt å bruke i primærhelsetjenesten, men funnene i oppgaven viser at slike verktøy ikke alltid er tilstrekkelig når man skal kartlegge hos personer med demens. Det er behov for mer kunnskap om ernærings- og kartleggingsarbeid blant sykepleiere i hjemmetjenesten. Mye tyder på at god kommunikasjon i samspill med den eldre, er helt nødvendig for å kunne utføre godt kartleggsarbeid. Sykepleier må lete etter gjenværende ressurser hos personer med demens, slik at de blir bedre rustet til å leve et selvstendig liv. I tillegg må sykepleier se mennesket bak demenssykdommer, og møte de med respekt, forståelse og empati. For å unngå et stressende miljø bør sykepleier sette seg inn i hvordan den demenssyke opplever situasjonen og det som skjer. Det er viktig at sykepleier setter seg inn i hvordan den demenssyke opplever situasjonen slik at det ikke oppstår ett stressende. Jeg mener at personsentrert omsorg er alfa omega i samspill med demenssyke. Det handler om å bygge relasjoner som er basert på trygghet og tillit mellom sykepleier og personen med demens. På denne måten vil det bli enklere for den syke å ta imot hjelp.

## 7 Litteraturliste

- Aagard, H. & Grøndahl, V, A. (2017). Rutiner for å vurdere ernæringsstatus i hjemmesykepleien. *Sykepleien Forskning 2017*. DOI: <https://doi.org/104220/sykepleienf.2017.61219>
- Berentsen, D, V. (2008). *Demensboka – Lærebok for pleie- og omsorgspersonell* (1. utg.). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Birkeland, A. & Flovik, A, M. (2014). *Sykepleie i hjemmet* (2. utg). Oslo: CAPPELEN DAMM AS.
- Brodtkorb, K. (2015). Ernæring, mat og måltider. I. M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 301-314). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Brooker, D. (2013). *Personsentrert demensomsorg: Veien til bedre tjenester*. Tønsberg: Forlaget Aldring og Helse.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Engedal, K. & Haugen, P. K. (2018). Demens. I. K. Engedal & Haugen. P. K (Red.), *Demens – sykdommer, diagnostikk og behandling* (1 utg., s. 14-28). Tønsberg: Forlaget aldring og helse.
- Eskeland, K, O. (2017). *Alderspsykiatri og omsorgsarbeid* (1.utg.). Oslo: Cappelen Damm AS.

Gjerlaug, A, K., Harviken, G., Uppsata, S. & Bye, A. (2016). Verktøy til screening av risiko for underernæring hos eldre. *Sykepleien Forskning* 2016 11(2)(148-156)DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2016.57692>

Helsedirektoratet (2010). *Nasjonale kvalitetsindikatorer. Oppfølging av ernæring hos hjemmeboende*. Hentet 13.05.2019 fra: <https://helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/oppfolging-av-ernaring-hos-hjemmeboende>

Helsedirektoratet (2013). *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*. Hentet 05.05.2019 fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/underernaering>

Helsedirektoratet (2017). *Nasjonal faglig retningslinje om demens*. Hentet 22.05.2019 fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens>

Holthe, T. & Tretteteig, s. (2016). Kommunikasjon. I. S. Tretteteig (Red.), *Demensboka. Lærebok for helse- og omsorgspersonell* (1. utg., s. 259-271). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Hummelvoll, J, K. (2012). *Helt – ikke stykkvis og delt* (7. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Jakobsen, R. & Homelien, S. (2011). *Pårørende til personer med demens – om å forstå, involvere og støtte*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Johansson, L., Christensson, L. & Sidenvall, B. (2011). Managing mealtime tasks: told by persons with dementia. *Journal of Clinical Nursing*, 20 (17-18), 2552-2562. Doi:<http://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03811.x>

Kirkevold, M. (2014). Kartlegging. I. M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 122-143). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Meyer, S, E., Velken, R. & Jensen, L, H. (2017). Vurdering av ernæringsstatus – et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien. *Sykepleien Forskning* 2017 12(61797). DOI: <https://doi.org/10.4220/sykepleief.2017.61797>

Molven, O. (2017). Rettigheter og plikter som pårørende i kommunale helsetjenester. I. S. Tønnessen & B- L. L. Kassah (Red.), *Pårørende i kommunale helse- og omsorgstjenester – Forpliktelser og ansvar i et utydelig landskap* (1 utg., s. 43-55). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Ranhoff, A, H. (2015). Den gamle pasienten. I. M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 79-90). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Ranhoff, A, H. (2015). Forebyggende og helsefremmende sykepleie. I. M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 162-172). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Rognstad, M, K., Brekke, I., Holm, E., Lindberg, C. & Lühr, N. (2013). Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens. *Sykepleien Forskning* 2013 8(4)(298-307)DOI: <https://doi.org/10.4220/sykepleief.2013.0137>

Solheim, K. (2015). *Demensguiden. Holdninger og handlinger i demensomsorgen* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Støren, I. (2013). *BARE SØK! Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm AS.

Travelbee, J. (2010). *Mellommenneskelige aspekter i sykepleje* (2. utg.). København: Munksgaard Danmark.

Tretteteig, S. & Røsvik, J. (2016). Personsentrert omsorg. I. Tretteteig, S (Red.), *Demensboka: Lærebok for helse- og omsorgspersonell* (1.utg., s. 227-239). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Tretteteig, S., Mjørud, M. & Haugen, P, K. (2016). Helsetjenester i hjemmet. I. Tretteteig, S (Red.), *Demensboka: Lærebok for helse- og omsorgspersonell* (1.utg., s. 393-421). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Vabo, G. (2015). *Dokumentasjon i sykepleie* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm AS.

Wogn-Henriksen, K. (2008). Kommunikasjon I. A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens. Møte og samhandling* (1. utg., s. 87-112). Oslo: Akribe AS.

