



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

«Men jeg har allerede spist»

«But I have already eaten»

Navn: Helene Sylvarnes

Bachelorutdanning i sykepleie

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

Veileder: Toril Midtbø

Innleveringsdato: 14.06.20

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, § 12-1.

Forord

Jeg svinger inn i innkjørselen til Berit. Dette er mitt første besøk på dagens middagsrute, og det som pleier å være det vanskeligste middagsbesøket. Berit er en liten dame, som fikk demensdiagnosen for noen måneder siden. Siden diagnosen ble satt er hun bare blitt tynnere og tynnere, og de aller fleste i hjemmesykepleien synes det er vanskelig å hjelpe henne med ernæring. Hun sier som regel hun har spist, eller skal spise senere.

«Hjelp Berit med å varme middag. Dersom hun sier at hun har spist skal du likevel varme middag». Slik lyder oppdraget. Ganske tydelig men likevel så vanskelig. Skal jeg overkjøre pasienten og gi uttrykk for at jeg ikke stoler på det hun forteller meg?

Vanligvis spør jeg Berit om jeg kan få varme middagen. I dag skal jeg si til Berit at jeg gjør det, ingen spørsmål. Berit sitter i sin faste stol og ser på tv. «Hei Berit, nå skal jeg varme en tallerken med middag til deg jeg». Jeg begynner å nærme meg kjøkkenet, men før jeg rekker å gjøre noe svarer Berit meg, «men jeg har allerede spist middag jeg». «Åå, har du det? Hva hadde du da» sier jeg. «Nei det kan jeg ikke huske nå» sier Berit.

Jeg går ut ytterdøren med en klump i magen. Jeg reiser vekk fra Berit vel vitende om at jeg ikke fikk varmet middag i dag heller. Bekymret for om det mange timer siden sist hun fikk i seg mat, bekymret for om det er flere dager siden hun fikk i seg middag.

Historien er anonymisert, og navnet er byttet ut.

Sammendrag

Tittel: «Men jeg har allerede spist»

Bakgrunn: Hjemmeboende pasienter med demens er en stadig økende befolkningsgruppe. Pasienter med demens er og spesielt utsatt for underernæring.

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

Metode: Jeg har brukt litteraturstudie som metode. Jeg har brukt relevant faglitteratur, pensumlitteratur og forskning. Jeg har og tatt med egne erfaringer fra praksis.

Konklusjon: For å kunne hjelpe pasienter med demens med å forebygge underernæring må man først og fremst få slippe inn over dørterskelen. Pasienten er i sitt hjem, og det er viktig å ha respekt for det. For å kunne hjelpe må man opptre på en måte som ivaretar pasientens verdighet. Det er viktig at pleieren kjenner pasienten og dens rutiner. Da vil pasienten bli tryggere på at hjelpen som gis er i tråd med deres verdier og normer. Sykepleierne og annet helsepersonell må ha kunnskap om demens og ernæring. Selv om hjemmesykepleien er preget av tidspress vil økt kunnskap kunne gi et mer helhetlig tilbud til pasientene, og pleierne vil bli tryggere på den hjelpen de gir. Det er viktig med etisk kompetanse slik at pleierne ikke utøver krenkende handlinger, og handlinger som heller mot tvang.

Nøkkelord: Demens, underernæring, hjemmesykepleie, etikk.

Abstract

Title: «But I have already eaten»

Background: Patients with dementia, living at home, are a growing population. Patients with dementia are especially prone to malnutrition.

Research question: *How to prevent malnutrition in home-based patients with dementia?*

Method: The literature study method was used, consisting of professional literature, syllabus literature and available research. My own experiences from the practice were also added.

Conclusion: To prevent malnutrition in patients with dementia, one must first be allowed to cross the threshold. The patient is in his home and it is important to have respect for this. To be able to help, one must act in a way that safeguards the patient's dignity. It is important that the caregiver knows the patient and its routines. This assures the patient that help is given in line with their values and norms. Although home nursing is characterized by time constraints, increased knowledge can provide a more comprehensive offering to patients, and carers will be more confident in the help they provide. Nurses and other health professionals must have knowledge of dementia and nutrition, to be able to offer the best possible care to patients. To prevent abusive or coercive acts by caregivers to patients, caregivers must have sufficient ethical competencies.

Keywords: Dementia, malnutrition, homecare, ethic.

Innhold

1. Innledning.....	1
1.1. Introduksjon	1
1.2. Bakgrunn for valg av tema.....	2
1.3. Problemstilling.....	2
1.3.1. Avgrensning av problemstilling	2
1.4. Videre disposisjon av oppgaven	2
2. Metode	3
2.1. Litteraturstudie.....	3
2.2. Søke og utvalgsprosessen av forskning	3
2.3. Søk etter annen litteratur.....	5
2.4. Kildekritikk	5
3. Teoridel.....	6
3.1. Demens.....	6
3.2. Underernæring.....	6
3.3. Hjemmesykepleie	7
3.4. Virginia Henderson	8
3.5. Etikk og samtykkekompetanse	8
4. Resultat/funn.....	10
4.1. Artikkel 1.....	10
4.2. Artikkel 2.....	10
4.3. Artikkel 3.....	11
4.4. Artikkel 4.....	12
4.5. Artikkel 5.....	13
5. Drøfting.....	14
5.1. Å komme inn i hjemmet til pasienten	14
5.2. Måltidet	17
6. Konklusjon	19
Bibliografi	20

1. Innledning

1.1. Introduksjon

I dag er det rundt 80 000 – 100 000 personer i Norge som lever med demens. Med en økende andel eldre i Norge, øker og antall personer med demens. Undersøkelser viser at over 40% av de som mottar hjemmehjelp, og er over 70år, har demens (Ranhoff, Vollrath, & Skirbekk, 2019).

Over halvparten av de eldre hjemmeboende som mottar helsehjelp fra det offentlige står i fare for feil- og underernæring. Pasienter med demens er blant gruppen som er mest utsatt (Fermann & Næss, 2014, s. 248). Dette er blant annet fordi pasienter med demens kan ha redusert evne til å gå på butikken for å handle, å lage mat på egenhånd, dårligere tannhelse, reduserte spiseferdigheter, endringer i lukte- og smakssansene, redusert sultfølelse og appetitt eller redusert evne til å kjenne igjen matvarer (Helsedirektoratet, 2017, s. 69). Underernæring kan føre til nedsatt immunforsvar, økt risiko for infeksjon og redusert muskelmasse som fører til generell svekkelse (Brodtkorb, 2014, s. 308), men også forverring av den kognitive funksjonen og raskere tap av selvstendighet (Helsedirektoratet, 2017, s. 69).

I nasjonalfaglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring står det blant annet om viktigheten av miljøet rundt måltidet. Mat har en viktig psykososial, sosial og kulturell betydning, og enkle tiltak som skaper et trivelig miljø rundt måltidet som skal til for å øke pasientens matlyst (Guttormsen, et al., 2013, s. 19).

I nasjonalfaglige retningslinjer for demens står det at «grunnleggende etiske normer innebærer at person med demens respekteres for deres iboende verdi selv om rasjonelle refleksjoner og daglige aktiviteter kan være svekket som følge av demenssykdommen». Det legges også vekt på at sykepleierne skal underbygge pasientens personverd, som innebærer gjenkjennelse, tillitt og respekt. Når pasientens personverd blir bekreftet gir dette en mulighet for pasienten til å oppleve egenverdi, trivsel og velvære (Helsedirektoratet, 2017, s. 15).

I punkt 2.1. i de Yrkesetiske retningslinjene står det om sykepleieren sitt ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom (NSF, u.å.). Ernæringsstatus og helse henger tett sammen, og god ernæringsstatus beskytter kroppen mot sykdom og skade, og bidrar til god helse og daglige aktiviteter (Brodtkorb, 2014, s. 301).

1.2. Bakgrunn for valg av tema

I min bachelor-oppgave ønsker jeg å ta for meg underernæring hos hjemmeboende pasienter med demens. Jeg har selv en del erfaring fra hjemmesykepleien, og har vært borti flere situasjoner med pasienter som Berit, men også andre situasjoner knyttet til pasienter med demens og underernæring. Det er mange etiske dilemmaer knyttet til pasienter med demens, både når det kommer til pasienter som ikke ønsker hjelp og samtykkekompetanse.

1.3. Problemstilling

Hvordan forebygge underernæring hos hjemmeboende pasienter med demens?

1.3.1. Avgrensning av problemstilling

Aldersgruppen jeg vil ha fokus på er eldre pasienter med demens. Eldre pasienter er definert som pasienter over 67 år (Romøren, 2014, s. 29). Jeg vil ikke ha fokus på noen spesiell type demens eller hvilken fase av sykdomsforløpet. Jeg vil undersøke hva vi som sykepleiere kan gjøre, fra vi kommer inn til pasientene til vi går igjen, i møte både med pasienten og de etiske dilemmaene som kan oppstå. Jeg vil og undersøke hvilke tiltak sykepleier kan sette i gang rundt måltidet for å forebygge underernæring. Jeg har valgt å ikke ha med pårørende av hensyn til oppgavens størrelse.

1.4. Videre disposisjon av oppgaven

Videre i denne oppgaven vil jeg først ta for meg metode, der jeg tar for meg kvalitativ og kvantitativ metode, og litteraturstudie som metode. Her har jeg og med søkeprosessen for forskningsartiklene jeg har funnet. Der etter kommer teoridelen, der jeg vil ha fokus på demens, underernæring, hjemmesykepleie, sykepleieteori, etikk og samtykkekompetanse. I drøftingen vil jeg se på egne erfaringer sammen med teori og forskning. Jeg vil avslutte oppgaven med en kort konklusjon på oppgavens problemstilling.

2. Metode

Metode er vårt redskap i møte med noe som skal undersøkes. Metoden skal være til hjelpe for å samle inn informasjonen man trenger for å svare på problemstillingen eller spørsmålet man stiller. I prosessen med å velge metode er det viktig å finne den som egner seg best til å belyse problemstillingen eller spørsmålet man skal svare på. Metode blir delt i to typer, kvalitativ og kvantitativ. Begge metodene er med på å skape en forståelse for samfunnet vi lever i, og hvordan grupper, institusjoner og enkeltmennesker samhandler og handler (Dalland, 2017, ss. 51-52).

Kvantitativ data er kjennetegnet ved at man får lite antall opplysninger fra mange undersøkelsesenheter. Dette skaper målbare enheter, såkalt harde og objektive data, som vil si eksakt faktakunnskap. Denne metoden er hensiktsmessig når man vil ha svar på spørsmål som omhandler for eksempel hvor mye eller hvor ofte (Thidemann, 2017, ss. 77-78).

Kvalitativ metode har som hensikt å få kunnskap om menneskelige egenskaper som opplevelser, erfaringer, meninger, forventninger, tanker, motiver og holdninger og man ønsker å få fram nyanser. Metoden kjennetegnes ved at man får dybdekunnskap om et tema. Man får da mange opplysninger fra færre undersøkelsesenheter. Denne metoden er hensiktsmessig når man ønsker svar på spørsmål som omhandlet for eksempel hvordan foregår eller hvordan opplever (Thidemann, 2017, s. 78).

2.1. Litteraturstudie

Denne oppgaven er en litteraturstudie. Hensikten med en litteraturstudie er å finne oppdatert kunnskap for å kunne svare på problemstillingen (Dalland, 2017, s. 207).

Litteraturstudie er en systematisering av eksisterende kunnskap. Det vil si at man henter inn litteraturen, går kritisk igjennom, og til slutt sammenfatter litteraturen (Thidemann, 2017, s. 80). Litteraturen man skal bruke henter man fra eksisterende fagkunnskap, teori og forskning. Oppgavens problemstilling vil prege hvilken data man ser etter i søkeprosessen (Dalland, 2017, s. 207). Ved bruk av forskning og faglitteratur vil man belyse oppgavens problemstilling, men man kan og finne kunnskap som gir en ny retning på oppgaven (Dalland, 2017, s. 222).

2.2. Søke og utvalgsprosessen av forskning

Når jeg skulle finne litteratur for å svare på problemstillingen min satt jeg først problemstillingen inn i et PICO-skjema, for å finne fram til søkeordene jeg kunne bruke. Søkeordene jeg kom fram til da: demens, hjemmesykepleie og underernæring. Jeg søkte så opp de norske ordene i SveMed+, og fant

de engelske søkeordene: home care , home nursing, dementia, undernutrition og malnutrition.

Databasene jeg brukte for å søke etter forskning var Medline, Cinahl, Academic Search Elite. Dette er databaser som ligger i biblioteksbasen på HVL.no. Jeg har også søkt på Sykepleien Forskning med søkeordene demens og underernæring i ett søk, og ett søk med demens og etikk.

Jeg har hatt noen eksklusjonskriterier når jeg har sett etter forskningsartikler. Artiklene måtte være skrevet på engelsk eller norsk. Jeg prøvde å finne artikler som omhandlet Europa, helst nord-Europa, slik at resultatene kunne ha overføringsverdi til Norge. Jeg begrenset alle søkene mine til å være artikler fra 2010-2020.

Jeg søkte i felles database for Medline, Cinahl og Academic Search Elite. Tabellen under viser søkekombinasjonene og hvordan jeg har gått fram i søket.

Nummer	Søkeord	Avgrensning	Resultat
S1	Dementia	-	299, 436
S2	Undernutrition or malnutrition	-	101, 674
S3	Home care or home nursing	-	289, 820
S4	S1 and S2 and S3	-	392
S7		Scholarly (Peer Reviewed) Journals; Date of Publication: 20100101-20201231	287

157 søkt viste. Jeg leste overskriften på søket, og leste abstraktet på de artiklene jeg synes virket relevant. Jeg kom da fram til 3 artikler jeg kunne bruke i oppgaven min.

Artikkel 1: Når mor ikke vil spise – etiske dilemmaer i møte med underernærte mennesker med demens i sykehjem av Britt Moene Kuven og Tove Giske. Denne kom fra Cinahl, og var den artikkel 20 i dette søket.

Artikkel 2: 'It's what you do that makes a difference' An interpretative phenomenological analysis of health care professionals and home care workers experiences of nutritional care for people living with dementia at home av Louise Mole, Bridie Kent, Mary Hickson og Rebecca Abbott. Denne kom fra Medline, og var artikkel 109 i dette søket.

Artikkel 3: Moments of joy and delight: the meaning of traditional food in dementia care av Ingrid Hanssen og Britt Moene Kuven. Denne var fra Cinahl og var søk artikkel 100 i dette søket.

Jeg har og brukt en artikkel fra Sykepleien forskning fra søket etikk og demens. Artikkelen heter Etikk i sykehjem og hjemmetjenester og er skrevet av Georg Bollig, Reidar Pedersen og Reidun Førde.

Den siste artikkelen jeg har brukt fikk jeg anbefalt av en av mine lærere på høyskolen. Den heter «I verdighetens navn» – om verdighetsbevarende omsorg for personer med demens av Oscar Tranvåg, Dagfinn Nåden og Karin Anna Petersen.

Jeg har hatt et søk med søkeordene *malnutrition OR undernutrition OR nutritional deficiency and function OR functionality OR physical health OR function fall and elderly OR geriatric OR older people and dementia* og et søk med søkeordene *dementia OR alzheimer's disease and ethical issues OR situation ethics OR moral* OR etich* and home care OR home nursing and undernutrition or malnutrition or undernourishment* i Academic Search Elite, Medline og Cinahl. På disse søkene fant jeg ingen artikler som var relevant for min oppgave.

2.3. Søk etter annen litteratur

Annen litteratur jeg skal bruke er pensumlitteratur fra mitt studieløp på sykepleieutdanningen, og annen relevant faglitteratur. Jeg har ekskludert litteratur som er skrevet før 2010, med mindre litteraturen er innenfor et felt med ingen til lite ny forskning. Ellers har jeg søkt etter rapporter og stortingsmeldinger, og retningslinjer knyttet til både underernæring og demens.

2.4. Kildekritikk

Den ene siden av kildekritikk omhandler å finne den litteraturen som best belyser og svarer på din problemstilling. Den andre siden omhandler å gjøre rede for litteraturen man har brukt i oppgaven. Det første steget i kildekritikk er å sjekke at opplysningene som kommer fram i litteraturen er sanne, og kildens opphav er troverdig. Man må også vurdere kilden utfra relevans for oppgavens tema og problemstilling. For at oppgaven skal holde på sin troverdighet og faglighet er det avhengig av at kildegrunnet er godt begrunnet og beskrevet. Det være tydelig hvorfor man har tatt med bestemt litteratur og hvordan man har kommet fram til denne litteraturen (Dalland, 2017, ss. 152-153).

I søket etter forskningsartikler har jeg valgt søkemotorene Cinahl, Medline og Academic Search Elite. Bakgrunnen for at jeg har brukt disse databasene er at de ligger inne på fagressurser på HVL.no, under avgrensningen sykepleie. Tre av artiklene mine har hovedvekt av resultatene sine fra Norge, og resultatet vil dermed reflektere situasjonen i Norge. «Its what you do that makes the difference» er fra England, men i resultatet er det mange av de samme problemstillingene som er i Norge, og derfor mener jeg den er relevant for min oppgave. Jeg har også valgt å ha med en artikkel fra 2009, da jeg mener resultatet fra forskningen er relevant og viktig i dag.

3. Teoridel

3.1. Demens

Demens er en fellesbetegnelse på sykdommer som rammer hjernens funksjoner. Sykdommen er kronisk og irreversibel. Redusert hukommelse må alltid være til stede for å kunne stille diagnosen. Man kan etter hvert utvikle svikt i dagliglivets funksjoner, og dette er knyttet opp mot hukommelsessvikten. De som blir rammet vil fungere dårligere og dårligere, og vil med tiden få økt hjelpebehov (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 411). Personer med demens har ofte svekket evne til å vurdere egne behov. Det er derfor viktig at sykepleier har kunnskap om demens, kjenner pasientens bakgrunn og situasjon. Det er også viktig at annet helsepersonell har kunnskap om demens, slik at det blir kontinuitet i forhold til hvordan pasientene blir møtt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 33).

I møte med pasienter med demens er det viktig at det er faste og kjente pleiere som kommer til pasienten, men også at det er noen som pasienten liker (Fjørtoft, 2016, s. 76). Målsettingen i behandling av pasienter med demens er at pasienten fortsatt skal få ha hovedrollen i sitt eget liv, mens sykepleieren er med som aktiv bidragsyter. Man skal gjennom bekreftelse av pasientens identitet, iboende ressurser og integritet skape forutsetninger for opplevelse av mestring, kontroll og trygghet (Solheim, 2015, s. 61).

3.2. Underernæring

Underernæring er når kostholdet ikke har de nødvendige næringsstoffene i tilstrekkelig mengde og av god nok kvalitet eller når inntak av et bestemt næringsstoff er for lavt (Aagaard, 2016, s. 214). Helse og ernæring henger tett sammen. Optimal ernæring bidrar til å opprettholde god helse og beskytter kroppen mot sykdom og skade (Brodtkorb, 2014, s. 301). Underernæring kan føre til en rekke negative konsekvenser for pasienten, blant annet redusert muskelmasse, nedsatt immunforsvar, økt infeksjonsfare, påvirkning på mage-tarm funksjon og generell svekkelse (Brodtkorb, 2014, s. 308).

Årsakene til underernæring kan være sammensatte og komplekse. Underernæring kan ha rent fysiske årsaker, som alderdomssvekkelse, bivirkninger av legemidler, plager i munnen som kan gjøre det ubehagelig eller vanskelig å spise eller sykdomstilstander. Underernæring kan også ha psykososiale årsaker som mistriivsel med å spise alene (Flovik & Birkeland, 2014, s. 65).

Underernæring er et sammensatt problem og forebyggende tiltak må rette seg mot årsakene til problemet (Brodtkorb, 2014, s. 308).

Pasienter med demens er spesielt utsatt for underernæring (Aagaard, 2016, s. 214). Vanlige utfordringer kan være redusert kapasitet/ evne til å handle inn og lage mat på egenhånd, redusert beslutningsevne, glemme å spise, endringer i lukt- og smaksans, redusert appetitt eller sultfølelse eller redusert evne til å gjenkjenne mat som matvare. Det kan også være utfordringer knyttet til å flytte maten fra tallerkenen til munnen, eller vite hvordan bruke redskapene (Helsedirektoratet, 2017, s. 69). Manglende kunnskap og oppmerksomhet hos sykepleier om ernæringsstatus og behov er en medvirkende faktor i pasientens ernæringsstatus (Guttormsen, et al., 2013, s. 12).

3.3. Hjemmesykepleie

Hjemmesykepleie er et tilbud til hjemmeboende som har behov for nødvendig helsehjelp i kortere eller lengre tid. Helsehjelp er handlinger som har forebyggende, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende diagnostisk formål, og som utføres av sykepleier og annet helsepersonell. Et overordnet mål for hjemmesykepleien er at den enkelte skal få hjelp til å mestre hverdagen best mulig, og at hjemmesykepleien skal bidra til gode opplevelser og meningsfull hverdag for hver enkelt pasient. Det er også et mål at pasientene skal kunne bo hjemme så lenge det er ønskelig og forsvarlig (Fjørtoft, 2016, s. 17).

For de aller fleste mennesker er hjemmet noe privat og personlig, som kan stå for identitet og trygghet for det enkelte menneske. Hjemmet er et symbol for selvstendighet og kontroll, der man bestemmer egne rutiner, verdier og måter å gjøre ting på. Når hjemmesykepleien kommer inn i hjemmet, passerer man grensen mellom det offentlige og det private. Arbeid i andres hjem får konsekvenser for yrkesutøverens yrkesrolle og arbeidsmiljø (Fjørtoft, 2016, ss. 27-28). I hjemmesykepleien kommer man hjem til mange forskjellige mennesker med forskjellige verdier og levemåter. Det er viktig å være ydmyk over, og ha respekt for den, enkeltes verdier, rutiner, regler, normer og tradisjoner (Fjørtoft, 2016, s. 31).

Forebygging er en sentral del av arbeidet til hjemmesykepleien. Forebygging hindrer, hemmer eller reduserer sykdom, skade eller komplikasjoner av skade eller sykdom. Med et forebyggende perspektiv tenker man framover og ser på hvilke problemer som kan oppstå, og tiltak som iverksettes må være rettet mot å styrke pasientens egne muligheter til å mestre situasjonen (Fjørtoft, 2016, s. 183).

3.4. Virginia Henderson

Virginia Henderson hevder at sykepleierens grunnleggende formål er å ivareta menneskers grunnleggende behov (Holter, 2015, s. 111). I hennes teori har hun satt opp fjorten ulike behov hun mener er beskrivende for mennesket grunnleggende behov, og noen av disse behovene handler om å kunne spise og drikke tilstrekkelig, å kunne uttrykke følelser, frykt, behov osv. og å kunne ha oppgaver som gir følelse av å prestere (Mathisen, 2015, s. 128). Hun slår fast at mennesket vanligvis ivaretar disse behovene selvstendig og gjennom aktiv handling, og hvert menneske gjør dette på en individuell og personlig måte, med bakgrunn i det kulturelle og sosiale miljøet. Ivaretakelsen av behovene er avhengig av menneskets ressurser, og faktorer som alder, åndelig utrustning og emosjonell likevekt spiller inn. Resultatet av kulturelle og sosiale forskjeller fører til et mangfold av måter å ivareta de menneskelige behovene på (Kristofferesen, 2011, s. 224). Henderson understreker at pasienten kjenner best sine egne behov, og det derfor er rimelig at pasienten er en ansvarlig og aktiv deltaker i sykepleien han mottar (Kristofferesen, 2011, s. 225). Henderson legger vekt på at pasientene har krav på individualisert omsorg og pleie. Sykepleieren må skaffe seg kjennskap til hvordan pasienten opplever sine behov, og hvordan de best kan tilfredsstilles (Kristofferesen, 2011, s. 226).

3.5. Etikk og samtykkekompetanse

Etisk kompetanse er menneskers evne og innsikt i å reflektere over, drøfte og vurdere hva som er den rette handlingen. Etisk kunnskap er også evnen til å kunne begrunne og argumentere for valgene av handling fremfor andre (Lillemoen, 2015, s. 302). Sykepleiere kan havne i mange dagligdagse vanskelige etiske situasjoner. I de yrkesetiske retningslinjene står det at grunnlaget for all sykepleie er respekten for det enkeltes menneskets liv og dens iboende verdighet (NSF, u.å.). Dette innebærer at sykepleien må utøves på en slik måte at pasientens integritet ivaretas. Sykepleieren må ha respekt for pasientens medbestemmelse, og konsekvensene denne respekten får for sykepleieutøvelsen kan føre til etiske vanskelige situasjoner (Lillemoen, 2015, ss. 310-311).

Beachamp og Childress har framhevet fire grunnleggende prinsipper som er betydningsfulle for helsefaglig etikk. De fire prinsippene er velgjørenhet, ikke-skade, autonomi og rettferdighet (Lillemoen, 2015, s. 305). Man ser og at disse prinsippene preger sykepleiens yrkesetiske retningslinjer blant annet punkt 2.5 som omhandler sykepleieres ansvar for fremme pasientens mulighet for å ta selvstendige avgjørelser og punkt 2.8 som omhandler beskyttelse av pasienten mot

krenkende handlinger. I punkt 1.6 står det og at sykepleieren skal bidra aktivt til etisk refleksjon i hverdagen (NSF, u.å.).

I henhold til pasient- og brukerrettighetsloven paragraf 4-1 er hovedregelen at man selv skal bestemme hva helsehjelp man ønsker å motta. Den som yter helsehjelp må gi tilstrekkelig med informasjon, og dersom pasienten ikke ønsker helsehjelp må pasienten få tilstrekkelig informasjon om konsekvensene av å ikke motta helsehjelp. For å kunne bestemme selv må man være samtykkekompetent (Molven, 2015, ss. 91-92). Hvis pasienten ikke har forståelse for hva samtykket omfatter, som f.eks. med demens, faller samtykkekompetansen bort. Pasienter med redusert evne til å forstå skal så langt det er mulig bli hørt, og respektert i sine valg (Flovik & Birkeland, 2014, s. 149). Man kan miste samtykkekompetansen helt eller delvis. Om pasienter med demens har samtykkekompetanse kan variere fra om pasienten er i en tilstand der hun skjønner hva hun er med på eller ikke. Samtykkekompetansen kan også variere ut fra hvilket spørsmål det skal tas stilling til. Det er den som yter helsehjelpen som avgjør om pasienten har samtykkekompetanse eller ikke. Sykepleier og helsepersonell må ha lagt forholdene best mulig til rette for at pasienten skal kunne samtykke til hjelpen (Molven, 2015, s. 92).

4. Resultat/funn

4.1. Artikkel 1

'It's what you do that makes a difference' An interpretative phenomenological analysis of health care professionals and home care workers experiences of nutritional care for people living with dementia at home

(Mole, Kent, Hickson, & Abbott, 2019)

- Hensikt:** Hjemmeboende personer med demens er en gruppe som er utsatt for underernæring. Hensikten med denne studien var utforske erfaringer og oppfatninger rundt ernæring til pasienter med demens, fra perspektivet til helsepersonell i hjemmesykepleien.
- Metode:** Dette er en kvalitativ studie. Det ble gjennomført semistrukturerte intervju, og det ble brukt en vignett som deltakerne kunne ta utgangspunkt i. Det var 7 deltakere med i studien, med et gjennomsnitt på ca. 9 år i arbeid. De ble rekruttert fra lokale helseforetak sør-vest i England, og alle hadde erfaringer fra arbeid med pasienter med demens.
- Funn:** Studien viser at helsepersonell som jobber med hjemmeboende pasienter med demens føler et ansvar for at pasientene får tilstrekkelig helsehjelp. Det er utfordringer med å gi effektiv ernæringshjelp, både knyttet til å ha nok tid sammen med pasientene, men og at personalet ikke har nok kunnskap om mat og drikke. Hjelpen er preget av stram politikk som begrenset helsepersonellets mulighet for blant annet å skape en positiv atmosfære rundt måltidet. Personellet i hjemmesykepleien var enig i at å jobbe i team kan forbedre hjelpen pasientene får.

4.2. Artikkel 2

Crucial dimensions constituting dignity experience in persons living with dementia

(Tranvåg, Petersen, & Nåden, 2016)

- Hensikt:** Personer med demens er en sårbar pasientgruppe og mange av pasientene opplever at deres verdighet blir truet. Målet med studien var å undersøke og beskrive sentrale aspekter som gjør at pasienter med demens opplever verdighet.

- Metode:** Studien er av kvalitativt design og fortolkende tilnærming. Det ble gjennomført forskningsintervju med 11 personer. Alle bodde hjemme med sine ektefeller, og alle hadde mild til moderat demens og hadde hatt diagnosen fra tre måneder til tre år.
- Funn:** Det ble identifisert tre sentrale aspekter som kunne være med å bidra til personer med demens sin opplevelse av verdighet. Det første aspektet var å kunne anerkjenne seg selv, sitt menneskeverd og leve tråd med verdier som gir livet mening. Mange opplevde at verdigheten ble truet når de over lengre tid kjente på å ikke strekke til, og å klare å gjøre det samme som tidligere. Opplevelse av verdighet var også knyttet til å kunne utføre arbeidsoppgaver som ga de mestringfølelse. Det andre aspektet var å kunne anerkjenne sin egen livshistorie og erfare hvordan den kan berike livet her og nå. Det siste aspektet handlet om å kunne erfare andre menneskers inkluderende holdninger og bekreftelse som et likeverdig menneske i felleskapet. Verdighetsfølelsen til personene ble påvirket av hvordan andre mennesker møter dem. Når de opplevde felleskap der de ble respektert og anerkjent bekreftet det deres identitet, likeverd og egenverd. De samme elementene er viktig i verdighetsbevarende omsorg.

4.3. Artikkelen 3

Moments of joy and delight: the meaning of traditional food in dementia care

(Kuven & Hanssen, 2015)

- Hensikt:** Matvaner dannes fra tidlig i livet, og kan være vanskelig å forandre. Hensikten med denne studien var å lære om betydningen av tradisjonell mat hos pasienter med demens på sykehjem.
- Metode:** Studien har et kvalitativt design. Studien er delt inn i to del-studier, der alle studiene ble gjennomført ved dybdeintervju. En av del-studiene var med i en paraplystudie om demensomsorg i multikulturelle samfunn. Her var fire sykehjem i Sør-Afrika og et samisk sykehjem i Øst-Norge med. Det andre var gjennomført på et sykehjem i Bergen. 55 personer ble intervjuet, og intervjuobjektene var familiemedlemmer og helsepersonell av pasienter på sykehjemmene.
- Funn:** Funnene ved denne studien var at mat som pasientene kjente igjen var opphav til følelser som glede og tilhørighet. Kombinasjonen av hvordan maten ble servert og miljøet rundt måltidet og minner knyttet til maten gjennom lukte- og smakssansene

økte pasientens appetitt. Pasienter som kunne være urolige under måltidene og ikke klarte å spise med bestikk lenger, satt seg ned og spiste med kniv og gaffel. Andre pasienter fikk noe å snakke om, og pasienter som hadde mistet deler av språket kommenterte maten. Ukjent mat førte til skuffelse og følelse av svik og å ikke være elsket.

4.4. Artikkel 4

Når mor ikke vil spise – etiske dilemmaer i møte med underernærte mennesker med demens i sykehjem

(Giske & Kuven, 2015)

- Hensikt:** Sykepleiere kan møte på mange etiske dilemmaer i møte med underernærte pasienter med demens. Målet med studien var å undersøke hvilken etiske dilemmaer de møtte på under ernærings situasjoner på sykehjem.
- Metode:** Studien er av kvalitativt design, og data ble samlet inn ved fokusgruppeintervju. Til sammen 15 sykepleiere, fra seks sykehjem ble med på intervjugruppene. Alle deltakeren hadde fra 5-25 års erfaring med mennesker med demens.
- Funn:** Resultatet fra studien viste at sykepleierne i sykehjem ofte opplevde etiske dilemmaer i møte med pasienter med demens. Pasientens appetitt og vilje til å spise forsvant, og sykepleieren utøvde et svakt press for å få pasienten til å spise. Dilemmaet gikk i om man skulle lokke og lure i pasienten maten, selv om pasienten ikke ønsket å spise, og det kunne oppleves som et overgrep, samtidig som de hadde bedre samvittighet enn hvis pasienten gikk en hel vakt uten mat. Ro og tid i måltidet eller vekt tap for pasienten var og et dilemma som preget hverdagen. Sykepleierne beskrev at de hadde lite tid til å gi den omsorgen i ernærings situasjonen de ønsket for pasienten. Denne omsorgen var også avgjørende for pasienten sin opplevelse av måltidet. Tid var ikke nødvendigvis et problem i seg selv, men dilemmaet dukket opp når gjøremål skulle prioriteres. Flertallet opplevde det som et språk mellom hva de mente var god sykepleie og den sykepleien de hadde tid og rom til å utøve i hverdagen. Det siste punktet gikk på refleksjon i felleskap eller faglig usikkerhet. Sykepleierne opplevde ofte å stå alene med bekymringer knyttet til pasientens ernæringsstatus. Man var gjerne alene som sykepleier på vakt og det ble dermed ikke mulighet for diskusjon og refleksjon rundt etiske dilemmaer.

4.5. Artikkel 5

Etikk i sykehjem og hjemmetjenester

(Bollig, Pedersen, & Førde, 2009)

- Hensikt:** I hjemmesykepleien og sykehjem står ofte helsepersonell alene med etiske utfordringer knyttet til hjelpeløse og svake pasienter med for lite ressurser til å dekke hjelpebehovene. Hensikten med studien var å finne ut hvilke etiske utfordringer som dominerte i sykehjem og hjemmetjenester, om det var etablert systematisk etikkarbeid for å håndtere utfordringene og hvilke tiltak som ønskes for å styrke det systematiske etikkarbeidet.
- Metode:** Det ble foretatt en systematisk litteraturgjennomgang av empirisk forskning om etiske utfordringer og systematisk etikkarbeid i hjemmetjenester og sykehjem. 19 ledere og helsepersonell tilknyttet sykehjem og hjemmesykepleie var med på en pilotstudie, der man hadde telefonintervju om etiske utfordringer og etikkarbeid.
- Funn:** Det finnes mange krevende og ofte komplekse etiske utfordringer i hjemmetjenesten og på sykehjem. Mange av disse utfordringene er knyttet til ressursmangel, pasienter med sammensatte lidelser, pasienters selvbestemmelse og samtykkekompetanse. Relativt mange av de etiske utfordringene er knyttet til gapet mellom klientens behov og fagetisk standarder på den ene siden, og på den andre siden er det økonomiske og organisatoriske føringer. Ansatte på ulike nivå ønsker hjelp til å mestre utfordringene bedre. Studiene i litteraturgjennomgangen understreker behovet for å utvikle systematisk strategier for å kunne håndtere etiske utfordringer på en bedre måte.

5. Drøfting

5.1. Å komme inn i hjemmet til pasienten

Virginia Henderson har sagt at sykepleieren funksjon er å ivareta pasientens grunnleggende behov (Holter, 2015, s. 111). Sykepleieren må danne seg et blikk over hvilken av de 14 behovene pasientene trenger hjelp til å få dekket, for så å bidra til at pasienten får dekket behovene (Mathisen, 2015, s. 128). Det er ikke vanskelig å fullbyrde vår funksjon når pasienten er samarbeidsvillig og lar oss hjelpe til. Men det blir en utfordring når pasienten ikke ønsker hjelpen vi tilbyr, slik som Berit i casen. Vi som sykepleiere har vår fagkunnskap og utdanning, og vi kan begrunne våre tanker og ønsker for pasienten med denne kunnskap. Samtidig er det krevende å sette seg inn i hva pasienten kjenner på knyttet til sult og appetitt. Pasienten kan selv kjenne på at hun ikke er sulten, selv om det er mange timer siden sist hun spiste. Vi blir stående i utfordringen mellom å vektlegge vår kunnskap eller stole på det pasienten fortelles oss. Det er mange ganger jeg har møtt på pasienter som Berit, som enten har spist, skal spise senere eller ikke er sulten. Man blir da stående i de etiske dilemmaene mellom om å risikere at pasienten ikke spiser og blir underernært eller legge et svakt press på pasienten for at hun skal spise. Dersom man velger å legge et svakt press på pasienten kan man risikere å trosse pasientens autonomi og risikere å svekke verdigheten og selvfølelsen til pasienten (Lillemoen, 2015, s. 311).

For å kunne hjelpe pasienten i forebyggende ernæringsarbeid må en først og fremst få slippe inn over dørterskelen, og skape en trygg atmosfære. Man må utøve respekt og være ydmyk overfor den enkelte pasientens verdier, gjøremåter, tradisjoner og normer (Fjørtoft, 2016, s. 31). Det første møte mellom pleier og pasient vil i mange tilfeller legge rammene for hvordan resten av hjelpen vil foregå. Dette er spesielt viktig å ta hensyn til i hjemmesykepleien der man kommer inn i hjemmet til pasientene. Man er ikke lenger i det offentlige rommet, men man er tråkket inn i pasientens private og trygge område. Her har pasienten sine egne vaner og de bestemmer selv, og har egne grenser for hva de opplever som greit og ikke at andre gjør i deres hjem (Fjørtoft, 2016, s. 28). Som sykepleier i hjemmesykepleien kommer man inn til pasienten både som besøkende og profesjonell yrkesutøver. Pasienten er på hjemmebane, både juridisk og praktisk sett, og man må derfor være bevisst på balansegangen mellom hva en selv synes er best og hva pasienten selv synes er best. Man må utøve respekt og forståelse for pasienten, samtidig som man skal gjøre jobben sin som profesjonell yrkesutøver (Flovik & Birkeland, 2014, s. 43).

Avgjørende faktorer i samhandling med pasienter med demens er informasjon, relasjon og tid (Fjørtoft, 2016, s. 77). Resultatet fra studien i England viser det at hjemmesykepleien følte stort ansvar for pasienten og dens helse, men de hadde ikke tiden de trengte til å ta det ansvaret (Mole,

Kent, Hickson, & Abbott, 2019). Arbeidslistene i hjemmesykepleien kan være preget av stort arbeidspress, lite tid på hver pasient, og mange pasienter i løpet av dagen (Solheim, 2015, s. 101). Det er en administrativ jobb å prioritere hvordan listene skal se ut og hvor mye tid man har til hver pasient, men det er sykepleierens ansvar å være til stede og gjennomføre oppgavene i hjemmet til pasientene på en omsorgsfull og effektiv måte. Det er viktig å ha oppmerksomhet på at pasienter med demens ikke har følelsesmessig svikt selv om de har intellektuell svikt. Dette innebærer at pasienten kan «huske» følelser knyttet til en situasjon, selv om fakta rundt situasjonen ikke huskes (Solheim, 2015, s. 203). Dersom hjemmesykepleien får brukt tiden inne hos pasienten på å skape gode øyeblikk med og for pasienten, kan det gjøre at pasienten kobler uniformen til noe positivt. Da kan pasientens terskel for å ta imot hjelp fra hjemmesykepleien bli lavere (Fjørtoft, 2016, s. 75).

Et annet problem i hjemmesykepleien er at tjenesten er lagt opp på en måte som ikke legger til rette for god og systematisk oppfølging av pasientene. Dette kommer blant annet av manglende kontinuitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 33). Manglende kontinuitet kan gjøre det vanskelig for sykepleier og pasient å skape en relasjon. For sykepleierne kan det blir utfordrende å se utviklingen i pasientens helse, blant annet ernæringsstatus, når det er lang tid mellom hver gang sykepleieren kommer innom pasienten. Mangelen på relasjon rammer spesielt pasienter med demens da de gjerne ikke husker hvilken mat de likte eller spesielle rutiner i hverdagen. Da er det viktig at pleierne kjenner den enkelte pasienten og dens historie og personlighet (Fjørtoft, 2016, s. 74). Dette er også viktig for at pasienten skal kunne leve i tråd med sine verdier og normer, slik at opplevelsen av verdigheten blir vernet om i hverdagen (Tranvåg, Petersen, & Nåden, 2016). Dersom pasienten opplever at pleierne gjennomfører hjelpen i tråd med deres normer og preferanser kan det gjøre at pasienten er trygg på den hjelpen hun mottar, og er trygg på at pleierne kjenner henne (Solheim, 2015, s. 101).

Vi som sykepleiere har et ansvar i å behandle alle pasientene vi treffer med holdninger og handlinger som utviser verdighet. Pasienter med demens er en gruppe som kan oppleve at deres verdighet blir truet (Tranvåg, Petersen, & Nåden, 2016). Etter hvert som sykdommen utvikler seg, vil pasientene ha større behov for hjemmesykepleien. Dette kan føre til at de får ukjente mennesker inn i privatlivet og hjemmet. Med mange forskjellige pleiere inne hos seg, er pasienter med demens en pasientgruppe som er spesielt utsatt for krenkende handlinger (Fjørtoft, 2016, ss. 133-134). I sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer er det står det i punkt 2.8 at sykepleier skal beskytte pasienten mot krenkende handlinger, blant annet tvang (NSF, u.å.). I arbeidet med pasienter med demens er det en kjent problemstilling at de kan protestere eller motsi seg hjelpetiltak. Dersom man ikke klarer å løse disse situasjonene kan det etter hvert utvikle seg til tvang (Fjørtoft, 2016, s. 77). For Berit som oftest sa at hun hadde spist kunne det oppleves som krenkende når sykepleiere tok seg til rette og satte på

maten. Sykepleierne gjorde bare det som sto på oppdraget sitt, og kunne ha opplevelsen av å gjøre jobben sin framfor å opptre krenkende. I en arbeidshverdag med presset tidskjema kan det være lettere å utøve krenkende handlinger som heller mot tvang, enn å prøve tillitsskapende og frivillige tiltak, selv om hovedregelen er frivillighet (Fjørtoft, 2016, s. 139). For å skape trygghet og samarbeid og redusere tvang er det viktig med relasjoner basert på tillit (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 48). Det er viktig at pasientens personverd blir understøttet og bekreftet, da det gir mulighet for å oppleve egenverd, trivsel og velvære. I forskningsartikkelen om verdighet kom det fram at pasientene opplevde at hukommessvikten gjorde det vanskeligere å utføre oppgavene som de tidligere hadde klart å gjøre. Dette truet deres selvfølelse og mange opplevde at deres verdighet ble truet (Tranvåg, Petersen, & Nåden, 2016). I Demensplan 2020 pekes det også på at verdighet handler om å ha kontroll på sitt eget liv (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 13). Pasienter med demens kan oppleve å miste kontroll på mange områder. For Berit kan mat være det området hun kjenner at hun fremdeles kan få kontrollere, bare ved å si at hun har spist. Etter hvert som demensdiagnosen utvikler seg, kan noen pasienter glemme om de har spist eller ikke. Det kan også være Berit kjenner på skam-følelse av å ikke huske noe så vesentlig som å spise.

Helsehjelp som ikke er akutt nødvendig, men anses som nødvendig i det lange løp kan påtvinges pasienter uten samtykkekompetanse (Molven, 2015, s. 81). Dette kan komme på kant med Henderson sin teori som blant annet la vekt på at pasienten må få være medbestemmende da det er de som best kjenner sine behov (Kristofferesen, 2011, s. 211). Det er ikke alltid det går overens med det grunnleggende etiske prinsippet om autonomi (Lillemoen, 2015, s. 305). Dersom Berit har delvis samtykkekompetanse kan det skape krevende og vanskelig situasjoner. Manglende samtykkekompetanse skal være begrunnet og skriftlig (Molven, 2015, s. 92), men i hjemmesykepleien har man ikke tid til å sette seg ned og skrive en begrunnelse for hver gang man er inne til pasientene. Når man skal hjelpe Berit kan det dukke opp noen spørsmål, som f.eks. om hun er i en slik tilstand at hun er samtykkekompetent nå? Og dersom Berit ikke har samtykkekompetanse, hvordan kan man gi helsehjelpen mest mulig rett? Når Berit sier hun har spist blir man stående i det etiske dilemmaet om man skal gå derifra og risikere at hun ikke har spist eller om man skal presse på og sette på maten. De samme dilemmaene er også blitt funnet i en studie fra sykehjem i Norge. Her var resultatet at sykepleierne kjente på de etiske dilemmaene knyttet til om man skulle gå fra jobb med dårlig samvittighet for å ikke ha fått mat i pasienten, eller overgrep mot pasienten ved å utøve lett press for å få pasienten til å spise (Giske & Kuven, 2015). En annen studie fra sykehjem og hjemmetjenester i Norge viser at man i disse tjenestene opplever etiske utfordringer knyttet til samtykkekompetanse (Bollig, Pedersen, & Førde, 2009). Det er et problem at sykepleiere løser disse situasjonene utfra sitt eget etiske kompass og ikke felles retningslinjer. Det kan føre til at Berit blir

forvirret og engstelig når noen pleiere varmer mat uten å lytte til Berit, mens noen pleiere går fra Berit uten å varme mat. Studien om etikk i sykehjem og hjemmesykepleie viste at det er et behov for å lage strategier for hvordan håndtere de etiske utfordringene på en bedre måte (Bollig, Pedersen, & Førde, 2009). Med en felles forståelse for hvordan man løser situasjonen med Berit, vil det kunne føre til at sykepleierne blir tryggere i sin behandling, og Berit slipper å bli forvirret av forskjellig behandling som avhenger av hvilken pleier som kommer.

5.2. Måltidet

Berit i forordet sa at hun hadde spist middag på de aller fleste middagsbesøkene, samtidig som pleierne opplevde at hun ble tynnere og tynnere. Jeg har nå sett på hvordan man kan møte pasienten på en best mulig måte i hjemmet, men også etiske dilemmaer og krevende situasjoner i samhandling med pasienter med demens. Etter man er fått kommet inn til pasienten, og etablert en relasjon, hva kan man gjøre i måltidsituasjonen hos pasienten for å forbedre næringsinntaket og forebygge underernæring?

For at pasientene skal få næringsinntak som står til behovet må pleierne ha tilstrekkelig kunnskap om ernæring og ernærings sammensetning. Studien fra England viser at pleierne hadde utfordringer med å gi pasienten tilstrekkelig ernæringshjelp, blant annet fordi de ikke hadde nok kunnskap om ernæring og sammensetning (Mole, Kent, Hickson, & Abbott, 2019). I helsedirektoratet sine retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring er det også pekt på at for lite kunnskap er en av årsakene til underernæring (Guttormsen, et al., 2013, s. 12). Man må ha kunnskaper om årsaker til hvorfor pasienter med demens er utsatt for underernæring. Det er og viktig med kunnskap om ernæringsmessige forebyggende tiltak, slik som beriking av kosten, men og kunnskap om effektene av tiltak som samspising og deltakelse i forberedelsene til måltidet (Brodtkorb, 2014, s. 311). Rammene for måltidet og hvordan maten blir servert kan være av stor betydning for hvor mye som blir spist (Helsedirektoratet, 2017, s. 69). Blant de sosiale forebyggende tiltakene er det viktig å skape gode øyeblikk i måltidsituasjonen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 32). Ved å gi spisesituasjonen stor betydning med et godt måltidsmiljø og sosial kontakt, som å spise sammen med andre, kan mange pasienter med demens oppnå økt energiinntak og trivsel (Skovdahl & Berentsen, 2014, ss. 422-423). Et hyggelig måltidsmiljø med delikat mat er grunnleggende faktorer for trivsel og god matlyst (Guttormsen, et al., 2013, s. 19), men studien fra England pekte også på at hjemmesykepleien sitt tidspress gikk utover mulighetene for å skape en positiv atmosfære rundt måltidet (Mole, Kent, Hickson, & Abbott, 2019). Med det tidspresset man har i hjemmesykepleien er det enda viktigere med kompetanse og kunnskap om tiltak som kan

iverksettes slik at man bruker tiden inne hos pasientene på en god og effektiv måte. Manglende kompetanse sammen med økt tidspress kan føre til at pasientene ikke får den hjelpen de har behov for eller krav på (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 26).

Det er gode erfaringer rundt sosiale og kulturelle aktiviteter knyttet til mat og måltidsfelleskap. Deltakelse i forberedelsene til måltid kan være med på å stimulere sanser og fremme matlyst hos pasienten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 24). Hvis man får pasienten med inn på kjøkkenet for å hjelpe til med å lage måltidet, må aktivitetene være tilpasset den enkelte, og det må legges til rette for mestring (Helsedirektoratet, 2017, ss. 69-70). Pasientenes opplevelse av verdighet var knyttet til å utøve aktiviteter som var meningsfulle og som deltakerne mestret. Dette motvirket blant annet passivitet (Tranvåg, Petersen, & Nåden, 2016). Samtidig som at det er bra at pasienten kan være med på enkle aktiviteter, kan det også være sårt for pasienten å ikke klare seg selv på kjøkkenet og å lage mat alene. De kan kjenne på en følelse av å ikke strekke til, eller å være til bry når det er flere på kjøkkenet (Aagaard, 2016, s. 216). Da er det spesielt viktig at vi som sykepleiere ikke bekrefter pasientens følelser ved forkleinselse eller latterliggjøring av pasienten og det hun ikke får til (Solheim, 2015, s. 61). Man må bekrefte pasientens iboende ressurser for å gi pasientens en opplevelse av mestring, kontroll og trygghet (Solheim, 2015, s. 63). Hvis man får til dette vil det bli en vinn-vinn-situasjon der pasienten får være med på aktiviteter som gir mestring, samtidig som det kan bli knyttet positive følelser rundt måltidet. Berit trenger kanskje litt tid og tålmodighet til en ny måltidshverdag, og likevel få lov til å være med å bestemme og gjøre noe likt til det hun har gjort før. For at pasienten skal få kjenne på følelse av selvbestemmelse og frihet må man la pasienten fortsette sine matrutiner (Aagaard, 2016, s. 216). Å ha kontroll handler ikke alltid om å tilberede maten, men også få spise det man ønsker. En studie viste at av når pasienter med demens fikk tradisjonell mat fra sin barndom opplevde de glede og tilhørighet. Sammensetningen av hvordan maten ble servert og minnene som dukket opp på grunn av lukt og smak økte pasientens appetitt. Samtidig viste funnene at når pasientene fikk mat de ikke kjente igjen ble de skuffet og opplevde følelse av svik (Kuven & Hanssen, 2015). Hjemmesykepleien er preget av begrenset tid med pasientene, men ved å gi pasientene valgmuligheter fra f.eks. en meny så kan det føre til økt selvfølelse og økt appetitt (Aagaard, 2016, s. 216).

6. Konklusjon

I denne oppgaven har jeg undersøkt hvordan man kan forebygge underernæring hos hjemmeboende pasienter med demens. Oppgaven er besvart med utgangspunkt i relevant forskning, faglitteratur og egne erfaringer. I drøftingen valgte jeg å vektlegge møtet mellom pasient og sykepleier, og hvordan sykepleiers holdninger og handlinger kan virke inn på det forebyggende arbeidet.

I oppgaven kom det fram at manglende kunnskapsnivå var et problem i hjemmesykepleien. Sykepleierne og annet helsepersonell må først og fremst ha kunnskap om demenssykdom og hvordan det påvirker pasientene. Pasienter med demens kan være enda mer sensitiv for hvem som kommer inn siden de er i en utrygg situasjon der de glemmer. For å kunne få lov til å hjelpe pasientene og forebygge underernæring må man opptre slik at de føler seg trygg på å motta hjelpen. Man må opptre respektfullt og verdighetsbevarende. Det er viktig med etisk kompetanse slik at man kan unngå krenkende og handlinger som oppleves som tvang, og løse situasjonen på en best mulig måte for pasienten. Pasienten må føle seg sett og ivaretatt av pleierne, og pleierne må ha fokus på pasienten når de er inne hos pasienten. Siden pasienter med demens ikke nødvendigvis husker hver enkelt pleier er det viktig at de kobler uniformen og besøkene til noe positivt, slik at det kan bli noe kjent og trygt i hverdagen.

Pleierne må ha kunnskap om ernæring og tiltak for å lette på ernærings situasjonen for pasienter med demens. Det kan være enkle, lite tidkrevende tiltak som medbestemmelse om hva som skal bli servert, å spise sammen og å tilberede måltidene sammen. Mat som pasientene kjente igjen fra barndommen hadde en positiv effekt med økt appetitt og følelse av glede og tilhørighet.

Et annet element som kom fram, var at pleierne opplevde å ha for lite tid til å skape en positiv atmosfære rundt måltidet. Enkle tiltak som å være med å tilbedre måltidet førte til økt mestring- og verdighetsfølelse hos pasienten, og det sto i sammenheng med økt appetitt. Det er derfor viktig å bruke den tiden man har inne hos pasientene til å skape gode øyeblikk.

Bibliografi

- Aagaard, H. (2016). Væske og ernæring. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 2* (3. utg., ss. 191 - 242). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Bollig, G., Pedersen, R., & Førde, R. (2009). Etikk i sykehjem og hjemmetjenester. *Sykepleien Forskning*. doi:10.4220/sykepleienf.2009.0097
- Brodtkorb, K. (2014). Ernæring, mat og måltid. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie; god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., ss. 301 - 315). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Fermann, T., & Næss, G. (2014). Sykepleie til eldre i hjemmesykepleien. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie; god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., ss. 238-264). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Fjørtoft, A.-K. (2016). *Hjemmesykepleie, ansvar, utfordringer og muligheter* (3. utg.). Oslo: Fagbokforlaget.
- Flovik, A. M., & Birkeland, A. (2014). *Sykepleie i hjemmet* (2. utg.). Haugesund og Oslo: Cappelen Damm Akademiske.
- Giske, T., & Kuven, B. M. (2015). Når mor ikke vil spise - etiske dilemmaer i møte med underernærte mennesker med demens i sykehjem. *Nordic journal of nursing research*. doi:10.1177/0107408315578593
- Guttormsen, A. B., Hensrud, A., Irtun, Ø., Mowe, M., Sørbye, L. W., Thoresen, L., . . . Smedshaug, G. B. (2013). *Nasjonalfaglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Demensplan 2020*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helsedirektoratet. (2017). *Demens; nasjonal faglige retningslinjer*. Helsedirektoratet.
- Holter, I. M. (2015). Sykepleieprofesjonens grunnleggende kjennetegn. I E. Grov, & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie, sykepleieboken 1* (5. utg., ss. 107-118). Oslo: Cappelen Damm Akademiske.
- Kristoffersen, N. J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, & E.-A. Skaug (Red.), *Bind 1 Grunnleggende sykepleie; sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg., ss. 207-280). Oslo.
- Kuven, B. M., & Hanssen, I. (2015). Moments of joy and delight: the meaning of traditional food in dementia care. *Journal of clinical nursing*. doi:10.1111/jocn.13163
- Lillemoen, L. (2015). Etikk i sykepleien. I E. K. Grov, & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie; sykepleieboken 1* (5. utg., ss. 297-338). Oslo: Cappelen Damm Akademiske.
- Mathisen, J. (2015). Hva er sykepleie? I E. K. Grov, & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie; sykepleieboken 1* (5. utg., ss. 119-141). Oslo: Cappelen Damm Akademiske.
- Mole, L., Kent, B., Hickson, M., & Abbott, R. (2019). 'It's what you do that makes a difference' An interpretative phenomenological analysis of health care professionals and home care for people living with dementia at home. *BMC Geriatrics*. doi:10.1186/s12877-019-1270-4

- Molven, O. (2015). Pasienters og brukers rettigheter og plikter. I E. K. Grov, & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie; sykepleieboken 1* (5. utg., ss. 70-106). Oslo: Cappelen Damm Akademiske.
- NSF. (u.å.). Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Ranhoff, A. H., Vollrath, M. E., & Skirbekk, F. V. (2019, 12 10). *FHI*. Hentet 04 14, 2020 fra FHI: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>
- Romøren, T. I. (2014). Eldre, helse og hjelpebehov. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie, god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., ss. 29-38). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Skovdahl, K., & Berentsen, V. D. (2014). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie; god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., ss. 410 - 437). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Solheim, K. V. (2015). *Demensguiden; holdninger og handlinger i demensomsorgen* (3. utg.). Moss: Universitetsforlaget.
- Thidemann, I.-J. (2017). *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter; Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (1. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Tranvåg, O., Petersen, K. A., & Nåden, D. (2016). Crucial dimensions constituting dignity experience in persons living with dementia. *Sagepub.no*. doi:10.1177/1471301214529783



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave i sykepleie

SK152

Predefinert informasjon

Startdato:	14-06-2020 09:00	Termin:	2020 VÅR
Sluttdato:	15-06-2020 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave i sjukepleie		
SIS-kode:	203 SK152 1 O 2020 VÅR		
Intern sensor:	Toril Gerd Midtbø		

Deltaker

Naun:	Helene Sylvarnes
Kandidatnr.:	333
HVL-id:	573458@hvl.no

Informasjon fra deltaker

Sideantall *:	26		
Antall ord *:	7059		
Sett hake dersom besvarelsen kan brukes som eksempel i undervisning?:	Ja	Egenerklæring *:	Ja
Jeg bekrefter at jeg har registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt *:	Ja	Jeg bekrefter innlevering til biblioteket *:	Ja

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

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

Nei