Avdeling for folkehelse

Lene Michelle B Mcgregor & Guro Bekkevold

Bacheloroppgave i sykepleie

4BACH

”Nei takk, jeg har allerede spist”

”No thank you, I have already eaten”

Veileder: Else Berit Steinseth

BASY2013

2016

Antall ord: 11 450

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket

JA ☒ NEI ☐

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA ☒ NEI ☐
Sammendrag

I dette litteraturstudiet belyses utfordringer som hjemmesykepleien møter i å opprettholde en god ernæringsstatus hos pasienter med demenslidelse. Teorien er basert på et utvalg av litteratur som inkluderer tidsaktuell forskning om temaet. Demenslidelser gir blant annet symptomer i form av nedsatt hukommelse og orienteringsevne som kan påvirke matinntaket. Tittelen på oppgaven er derfor, "Nei takk, jeg har allerede spist". Formålet med oppgaven er å diskutere forskjellige måter å møte denne utfordringen på. Med utgangspunkt i egne erfaringer og interesse kom vi fram til følgende problemstilling:

* Hvordan forebygge underernæring hos eldre aleneboende med demenslidelse? *

Oppgaven berører teori om Alzheimers sykdom og hvordan det kan gjøre pasienten mer utsatt for underernæring. I hjemmesykepleien kan dette være en stor utfordring med tanke på pasientens selvstendighet og oppfølging av tiltak. For å utøve sykepleie til denne pasientgruppen er det nødvendig med spesialiserte kunnskaper og ferdigheter. Det kreves at sykepleieren klarer å tilpasse kommunikasjonen og tilrettelegge situasjonen til pasienten. Hvis sykepleieren i tillegg investerer i sykepleier-pasient-felleskapet, vil hun kunne bedre tilrettelegge tiltak etter pasientens individuelle verdier, ønsker og behov. Forebygging av undernæring er en multifaktoriell prosess som krever at sykepleieren tar tak i situasjonen fra flere sider.
Innhold

SAMMENDRAG .................................................................................................................. 2

1. INNLEDNING ................................................................................................................ 5
   1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA ........................................................................ 5
   1.2 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING ................................................................. 6
   1.3 OPPGAVENS FORMÅL ............................................................................................. 6
   1.4 AVGRENSEING ........................................................................................................ 6
   1.5 DISPONERING AV OPPGAVEN ................................................................................. 7

2. METODE ...................................................................................................................... 8
   2.1 LITTERATURSØK .................................................................................................... 8
   2.2 VALG AV KILDER .................................................................................................... 10
      2.2.1 Pensum ............................................................................................................... 10
      2.2.2 Forskning ........................................................................................................... 11
      2.2.3 Annen relevant litteratur .................................................................................. 12
      2.2.4 Egne erfaringer .................................................................................................. 12

3. PASIENTEN MED ALZHEIMERS SYKDOM ............................................................... 13
   3.1 HVA KJENNETEGNER PASIENTER MED ALZHEIMERS SYKDOM ......................... 13
   3.2 ALZHEIMERS SYKDOM OG RISIKO FOR UNDERERNÆRING ................................ 14
   3.3 PASIENTENS AUTONOMI OG BRUKERMEDVIRKNING ......................................... 15

4. SYKEPLEIE I HJEMMET ............................................................................................ 17
   4.1 HJEMMESYKEPLEIE ............................................................................................... 17
      4.1.1 Personsentrert omsorg i hjemmet .................................................................... 18
   4.2 SYKEPLEIETILTAK ................................................................................................ 18
   4.3 SYKEPLEIER-PASIENT-FELLESSKAPET ................................................................ 19
      4.3.1 Hummelvoll og det terapeutiske forhold ....................................................... 19
4.3.2 Travelbees interaksjonsteori ................................................................. 20

4.4 SAMTALE OG KOMMUNIKASJON ................................................................. 21

4.5 SYKEPLEIERENS FOREBYGGENDE FUNKSJON ........................................... 22

4.6 FAGLIG FORSVARLIG SYKEPLEIE .................................................................. 23

5. FUNN .............................................................................................................. 24

6. DROFTING ....................................................................................................... 27

  6.1 KONTINUITET I HJEMMESYKEPLEIEN ......................................................... 27

  6.2 TRAVELBEES INTERAKSJONSTEORI I PRAKSIS ......................................... 28

  6.3 VERDIEN AV Å BLI RESPEKTERT .................................................................. 29

  6.4 KOMMUNIKASJON – HINDER ELLER VERKTØY? ..................................... 30

  6.5 “JEG ER HER FORSATT” ............................................................................ 32

  6.6 ERNÆRINGSARBEID I HJEMMESYKEPLEIEN ............................................ 35

7. KONKLUSJON .................................................................................................. 38

LITTERATURLISTE ............................................................................................... 39

VEDLEGG NR. 1 .................................................................................................. 42
1. **Innledning**

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Underernæring hos pasienter med demenslidelse i hjemmesykepleien er et utbredt problem. En norsk studie viser at nærmere halvparten av hjemmeboende pasienter med en demenssykdom er underernært eller står i fare for å bli underernært. Det kommer også fram at de som bor alene er mer utsatt enn de som bor sammen med noen (Rognstad, Brekke, Holm, Linberg & Lühr, 2013). En grunn til at dette er et utbredt problem er fordi eldre pasienter med en kognitiv svikt har en høyere risiko for å utvikle underernæring. Det kan ha mange negative konsekvenser for en eldre pasient å bli underernært og har en stor påvirkning på livskvalitet og helse. Det er vanskelig å gjenopprette en god ernæringsstatus når underernæring først har oppstått og det er derfor viktig å forebygge det (Helsedirektoratet, 2013; Rognstad et al., 2013).

Sykepleiere har plikt til å hjelpe pasienter med å dekke grunnleggende behov, deriblant behovet for væske og ernæringer. En viktig sykepleierfunksjon er forebygging av sykdom og lidelse, noe som vi ønsker å framheve i denne oppgaven (Norsk Sykepleierforbund [NSF], 2011).

Helsehjelp i hjemmet er en viktig del av dagens helsetjenester og kommunen har et ansvar til å tilby lokal helsehjelp. I følge Statistisk sentralbyrå (2015) var det 85 400 eldre personer i Norge som mottok helsetjenester i hjemmet i 2014. Omkring 40% av de som mottar helsetjenester i hjemmet som er over 70 år har en demenslidelse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Det har vært en tydelig trend der flere eldre bor hjemme lenger før de eventuelt flytter inn på sykehjem som fører til økende krav i hjemmesykepleien (Fjørtoft, 2012). Vi har begge erfaringer fra hjemmesykepleien og har opplevd utfordringer knyttet til å opprettholde en god ernæringsstatus hos pasienter med demenslidelse. På besøk hos pasienter har det hendt at de ikke ønsker hjelp med matlaging og vi får dermed ikke muligheten til å ivareta dette grunnleggende behovet. Selv ved mistanke om vektnedgang og lite matinntak, står helsepersonell i en vanskelig situasjon når pasientene selv sier at de har allerede spist eller ikke er sultne. I hjemmesykepleien erfarer vi at det blir en konflikt mellom å skulle utføre faglig forsvarlig sykepleie, samtidig som vi skal ivareta pasientens autonomi. Etter disse opplevelsene har det utviklet seg et behov og en lyst til å få mer kunnskap som kan overføres til praksis.
1.2 Presentasjon av problemstilling

Som forskningen til Rognstad med flere (2013) viser, er underernæring et problem i hjemmesykepleien og spesielt hos pasienter med demenslidelse. I denne oppgaven ønsker vi derfor å finne svar på følgende problemstilling:

_Hvordan forebygge underernæring hos eldre aleneboende med demenslidelse?


1.3 Oppgavens formål

Vi opplever at det har vært rettet mer fokus på underernæring i institusjon enn i hjemmesykepleien, både i forskning og i annet media. Formålet med denne oppgaven er å rette oppmerksomhet på underernæring i hjemmesykepleien og hvordan å forebygge at det oppstår. Når pasienten har demenslidelse kan det by på vanskeligheter rundt å opprettholde en god ernæringsstatus. Målet med oppgaven er å fremheve hva slags utfordringer sykepleieren kan møte på når ernæringsarbeid skal utføres i pasientens hjem, og dermed gjerne på pasientens premisser. Ved å drøfte temaet håper vi på å komme med relevant innspill og en konklusjon som kan føre til videre refleksjon.

1.4 Avgrensing

Denne oppgaven handler om sykepleie til hjemmeboende pasienter med demenslidelse. Vi har valgt å ta for oss Alzheimers sykdom av moderat grad. Oppgaven skal avgrenses til pasienter i alderen 75-85 år som bor alene. På grunn av ordbegrensning vil ikke pårørende trekkes inn, selv om de kan være en stor ressurs for pasienter. Vi tar utgangspunkt i pasienter som allerede har vedtak om behov for hjemmesykepleie på grunn av sin kognitiv svikt.  
Videre har vi innsnevret pasientgruppen til pasienter uten andre tilleggs sykdommer. Oppgaven vil omhandle pasienter i ernæringsmessigrisiko og hvordan forebygge at

Begrepet *pasient* skal brukes i denne oppgaven ettersom Lovdata definerer pasienten som en person som mottar helsehjelp fra helse- og omsorgstjenester (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

### 1.5 Disponering av oppgaven

2. Metode


2.1 Litteratursøk


<table>
<thead>
<tr>
<th>Database</th>
<th>Søkeord</th>
<th>Resultater</th>
<th>Avgrensning</th>
<th>Resultater</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Underernæring</td>
<td>Sykepleien</td>
<td>underernæring + eldre + hjemmesykepleie</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hos eldre hjemmeboende personer med demens</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Title</td>
<td>Database</td>
<td>Keywords</td>
<td>Documents</td>
<td>Source</td>
</tr>
<tr>
<td>----------------------------------------------------------------------</td>
<td>------------</td>
<td>--------------------------------------------------------------------------</td>
<td>-----------</td>
<td>-------------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>Manifestation of respect in the care of older patients in long-term care settings</td>
<td>SveMed+</td>
<td>home care services + nurse-patient relations</td>
<td>112</td>
<td>MeSH: home care services</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>nurse-patient relations</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>geriatric nursing</td>
</tr>
<tr>
<td>Mat og måltider i hjemmesykepleien: undersøkelse utført for Helsedirektoratet</td>
<td>Oria</td>
<td>ernæring + eldre + hjemmesykepleie</td>
<td>21</td>
<td>År: 2010 - 2016</td>
</tr>
<tr>
<td>Measuring interpersonal continuity in high-frequency home healthcare services</td>
<td>EBSCOhost</td>
<td>Home care services + aged + continuity of patient care + patient relations</td>
<td>135</td>
<td>År: 2010-2016 Fulltekst</td>
</tr>
<tr>
<td>Being central to decision making means I am still here!: The essence of decision making for people with dementia</td>
<td>PubMed</td>
<td>Dementia + autonomy + decision making</td>
<td>232</td>
<td>År: 2011 - 2016</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Nutrition and dementia: A review of available research

Denne rapporten var referert til i en intervensjonsprotokoll fra Cochrane Library som het *Environmental and behavioural modifications for improving food and fluid intake in people with dementia*. Protokollen ble ikke brukt i oppgaven, men førte oss til denne oppsummerte forskningen.

Rationing home-based nursing care – professional ethical implications

Denne artikkelen var referert til i *Hva er faglig forsvarlig hjemmesykepleie?* Vi endte ikke opp med å bruke artikkelen fra Sykepleien, men den førte oss til denne forskningen.

### 2.2 Valg av kilder

Det finnes mange forskjellige kilder og mye informasjon om temaet vi har valgt. Gjennom litteratursøk og bearbeidelse av kilder har vi kommet fram til et utvalg som skal nå presenteres.

#### 2.2.1 Pensum

Høgskolen i Hedmark har valgt ut pensum som er en del av bachelor utdanningen i sykepleie. Litteraturen kommer fra anerkjente utgivere og vi anser de som pålitelige kilder. Ut i fra skolens pensum valgte vi å bruke følgende litteratur:

*Forebyggende helsearbeid: Folkehelsearbeid i teori og praksis* (Mæland, 2010)

*Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (Kirkevold, Ranhoff & Brodtkorb, 2014)

*Grunnleggende sykepleie bind 1: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug, 2012a)

*Grunnleggende sykepleie bind 2: Grunnleggende behov* (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug, 2012b)

*Helt – ikke stykkevis og delt* (Hummelvoll, 2014)
2.2.2 Forskning


*Being central to decision making means I am still here!: The essence of decision making for people with dementia* – Forskningen er utført i Australia, der det kan være forskjeller i kultur og livsstil. Likevel inkluderte vi den fordi vi mener at resultatene er overførbar til sykepleie i Norge (Fetherstonhaugh, Tariza & Nay, 2012).


*Measuring interpersonal continuity in high-frequency home healthcare services* – Norsk


*Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens* – Utgitt av Sykepleien Forskning som er et fagfellesvurdert tidsskrift. Forskningen er gjort i Norge som styrker validiteten (Rognstad et al., 2013).

### 2.2.3 Annen relevant litteratur

Vi har tatt med litteratur som ikke var pensum eller forskning, men som hadde relevant informasjon om vår problemstilling. Følgende publikasjoner og bøker var brukt i oppgaven:

*Dette bør du vite om faglig forsvarlighet* (NSF, 2013)

*Kosthåndboken* (Helsedirektoratet, 2012)

*Se hvem jeg er! Personsentrert omsorg ved demens* (Rokstad, 2014)

### 2.2.4 Egne erfaringer

Vi har begge praksiserfaringer fra hjemmesykepleien, både i jobb- og skolesammenheng. Der har vi fått relevant erfaring med pasienter med demenslidelse og deltatt i ernæringsarbeid i hjemmesykepleien. Vi vil trekke inn erfaringer som vi kan bruke til å drøfte temaet.
3. Pasienten med Alzheimers sykdom

Dette kapittelet inneholder teori om pasienter med Alzheimers sykdom og hvordan det kan påvirke hverdagen deres. Det vil legges fram hvordan sykdommen arter seg og hva det har å si for pasientens ernæringstilstand. Dette kapittelet omhandler også pasientens rett til selvbestemmelse, og hvordan sykdommen kan utfordre dette aspektet av livet deres.

3.1 Hva kjennetegner pasienter med Alzheimers sykdom


samtale. Selv om språkvanskene blir tydeligere i denne fasen klarer likevel de fleste å kommunisere ønsker og behov. De kan kompensere for språkvanskene ved å bruke mimikk, håndbevegelser og beskrive ord som de ikke husker (Rokstad & Smebye, 2008).

3.2 Alzheimer's sykdom og risiko for underernæring


Når kroppen blir eldre skjer det forandringer i kroppen som påvirker hvordan den tar til seg næring. Kroppssammensetningen endrer seg ved at det blir mer fett på kroppen og mindre muskelmasse og væske. Væskeinnholdet kan være så lite som 42%, mens hos yngre er den vanligvis mellom 50-70%. Kroppen trenger å bli tilført væske gjennom mat og drikke for å unngå et underskudd av væske. Dehydrering kan skyldes at væskeinnntaket ikke er nok til å dekke kroppsbehovet eller at væsketapet blir for stort. Symptomer på dehydrering kan være tørste, tretthet, slapphet, forvirring, tørre slimhinner, lite og konsentrert diurese, lavt blodtrykk, apati, stående hudfolder og feber (Kristoffersen et al., 2012b).

Eldre går lettere ned i vekt, og når vekttap oppstår er det vanskelig å korrigere. På grunn av en lavere energiomsetning trenger eldre mennesker cirka 20-30% mindre kalorier enn yngre, men behovet for vitaminer og mineraler er stort sett uendret (unntatt vitamin D som de trenger mer av). Dette byr på utfordringer når eldre må dekke næringsbehovet selv om de spiser mindre mat og færre måltider. Redusert matinntak kan skyldes nedsatt appetitt, mindre sultfølelse, svekket smaks- og luktesans, dårlig tannstatus eller mage- og tarmproblemer. Eldre har derfor en større risiko for å utvikle underernæring. Risikoen økes ytterligere hvis
de i tillegg har en alvorlig sykdom slik som Alzheimers sykdom (Kirkevold et al., 2014; Kristoffersen et al., 2012b).


3.3 Pasientens autonomi og brukermedvirkning

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) tar opp pasientens rett til å medvirke i den hjelpen de får fra helsesektoren. Brukermedvirkning handler nettopp om at pasienten skal involveres i tjenestetilbudet de mottar i hjemmet. Autonomi henger tett sammen med
4. Sykepleie i hjemmet

Dette kapittelet handler om sykepleie til pasienter i hjemmet. I hjemmesykepleien er arbeidsarenaen til sykepleieren i pasientens hjem. Dette innebærer en annerledes arbeidsmåte og sykepleien må tilpasses etter konteksten. I arbeidet med pasienter som har Alzheimers sykdom er det viktig å bygge en relasjon slik at ernæringstiltakene kan tilpasses den enkelte.

4.1 Hjemmesykepleie

En viktig prioritering i politikken er at eldre skal kunne få bo hjemme så lenge som mulig. For å oppnå dette målet er det nødvendig med helse- og omsorgstjenester i hjemmet (Kirkevold et al., 2014). Kommunen er pliktig til å tilby helsehjelp til de som oppholder seg i kommunen. I Helse- og omsorgstjenesteloven er det nedefelt at det skal tilrettelegges for at mennesker skal få muligheten til å bo og leve selvstendig (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Det overordnede målet i hjemmesykepleien er å gi helsehjelp til pasienter for å gjøre de i stand til å mestre hverdagen i hjemmet.


For å oppdage endringer i pasientens ernæringsstilstand og følge opp tiltak, er det nødvendig med tilstrekkelig og nødvendig dokumentasjon. Det er ikke fasit på hva som skal inkluderes i pasientens dokumentasjon og det legges store krav til sykepleieren kompetanse og faglig skjønn. Tiltaksplanen skal inkludere nok informasjon til at sykepleieren kan se etter vesentlige symptomer og utføre nødvendig helsehjelp. Hos pasienter med Alzheimer's
sykdom er det ekstra viktig med fortløpende dokumentasjon ettersom sykdommen endrer seg over tid (Fjørtoft, 2012).


4.1.1 Personsentrert omsorg i hjemmet

Når arenaen for helsehjelp er i pasientens hjem kan det bli tydeligere forskjeller i pasientens verdier, tradisjoner og levemåte. Det er viktig at sykepleieren klarer å vise varsomhet når hun kommer inn i pasientens hjem og respekterer hjemmets betydning. Personsentrert omsorg handler om se på pasienten som et unikt individ med individuelle behov, ønsker og ressurser. Å kjenne pasientens livshistorie er et viktig utgangspunkt for å lære om pasientens livsverdier og normer. Dette gjelder spesielt pasienter med Alzheimers sykdom der hukommelsen og evnen til kommunikasjon vil gradvis svekkes. Her blir sykepleieren enda mer avhengig av å kjenne til pasienten for å kunne ivareta pasientens verdier og identitet. Målet er å gi rom for pasienten til å være seg selv og støtte pasienten til å mestre hans situasjonen. Sykepleierens holdning vil ha stor betydning for hennes evne til å se pasienten som er bak diagnosen (Fjørtoft, 2012; Rokstad, 2014).

4.2 Sykepleietiltak


Det anbefales at hjemmesykepleien følger Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. Noen av tiltakene de kommer med er å gi energi- og næringsstett mat, næringsdrikker, små og hyppige måltider og ernæringstilskudd. Det er også viktig at tiltakene er individrettet og at matsituasjonen blir tilpasset den enkelte (Helsedirektoratet, 2013).

4.3 Sykepleier-patient-fellesskapet


4.3.1 Hummelvoll og det terapeutiske forhold

åpenhet. Likeverdighet innebærer respekt for hverandres integritet og verdighet. Hvis sykepleieren møter pasienten med aksept og åpenhet er det mer sannsynlig at pasienten også er åpen i relasjonen (Hummelvoll, 2014).


4.3.2 Travelbees interaksjonsteori

utfordring når pasienten har Alzheimers sykdom og tankegangen kan være vanskelig å forstå (Kristoffersen et al., 2012a; Rokstad & Smebye, 2008).


4.4 Samtale og kommunikasjon


forutsetninger for å kunne jobbe med minnearbeid (Hummelvoll, 2014; Kirkevold et al., 2014).

I realitetsorientering skal sykepleieren informere pasienten om virkeligheten ved blant annet å fortelle pasienten om riktig tid og sted. Her er det viktig å orientere pasienten uten å gi følelsen av nederlag og usikkerhet. Det kan skape en trygghet for pasienten når sykepleieren er en kilde til oppklaring og en kobling til virkeligheten (Rokstad & Smebye, 2008).

Når validering brukes er det mindre fokus på realiteten og mer på pasientens følelser og opplevelse av virkeligheten. Sykepleieren skal være støttende og bekreftende til det pasienten uttrykker. Pasienten skal ikke korrigeres, men bli møtt med forståelse for sin opplevelse. Denne metoden er spesielt relevant for pasienter der kommunikasjonsevnen er svekket. Hensikten med validering er at pasientens behov for å uttrykke seg blir ivaretatt. Dette er med å styrke pasientens selvfølelse og samtidig forebygge angst og tilbaketrekking (Kirkevold et al., 2014; Rokstad & Smebye, 2008).

I kommunikasjon med pasienter som har Alzheimers sykdom kan sykepleieren nå langt ved å bruke tid og engasjement. Selv om pasientens ord og atferd til tider kan virke meningsløse viser det seg at hvis sykepleieren støtter pasienten og søker aktivt etter sammenheng, kan det ofte komme fram en mening med kommunikasjonen. Det er når sykepleieren har investert i en relasjon med pasienten at samtalen lettere kan tilpasses ut i fra hva pasienten har respondert på tidligere av tonefall, tema og tilnærmning. For å få til verdifull kommunikasjon er det nødvendig å bli kjent med pasienten. Når sykepleieren får kjennskap til pasienten er det lettere å se pasientens behov selv om språkevnenene er redusert. Det aller beste er å klare å jobbe forebyggende før behovet oppstår (Rokstad & Smebye, 2008).

4.5 Sykepleierens forebyggende funksjon

Forebygging handler om å hindre at noe oppstår. En viktig sykepleierfunksjon er å forebygge sykdom i å oppstå eller forebygge slik at sykdommen får minst mulig negative konsekvenser for pasienten. Det handler også om å ivareta helsen, opprettholde normalfunksjoner og øke livskvaliteten til pasienten (Mæland, 2010). I følge helse- og omsorgstjenesteloven (2011) er det pålagt at kommuner som yter helsehjelp skal jobbe forebyggende. I hjemmesykepleien kan sykepleieren observere pasientens funksjoner i sitt vante miljø og får dermed et naturlig innblikk i pasientens liv. For å forebygge underernæring må sykepleieren først identifisere
og kartlegge risikofaktorer. Relevante risikofaktorer å avdekte er hukommelsetap, svekket sultfølelse, dårlig appetitt, manglende initiativ, nedsatt fysisk funksjon, vekttap og kommunikasjonsvansker. Hvis det oppdages risikofaktorer må sykepleieren iverksette forebyggende tiltak for å utføre faglig forsvarlig sykepleie (Kristoffersen et al., 2012a; Kirkevold et al., 2014).

4.6 Faglig forsvarlig sykepleie

5. **Funn**

*Being central to decision making means I am still here!: The essence of decision making for people with dementia.* I dette studiet kommer det fram hvor viktig det er at pasienter med mild og moderat demenslidelse får være med å ta beslutninger som gjelder deres eget liv. Pasientene som var med i studiet følte at valgene som gjaldt dem selv ble tatt av helsepersonellet. Sykepleieren må finne en balanse mellom å ta valgene for pasienten, og være en hjelper som gir subtil støtte og inkluderer pasienten i avgjørelser. Pasientene erkjente at det var nødvendig med støtte, men at de også ønsket å ha kontroll (Fetherstonhaugh et al., 2012).


*Mat og måltider i hjemmesykepleien: undersøkelse utført for Helsedirektoratet,* består av to tverrsnittsstudier med deskriptiv design. Del 1 var rettet mot faglig ledere i hjemmesykepleien og del 2 var rettet mot helsepersonell som jobbet i hjemmesykepleien. Flesteparten av informantene, både i del 1 og del 2, var sykepleiere. Det var valgt ut 13 kommuner der hver helseregion ble representert. Studiet framhever det økende kravet til kompetansen innenfor ernæringsarbeid i hjemmesykepleien. Det finnes gode retningslinjer fra Helsedirektoratet om forebygging og behandling av underernæring, men de følges i liten grad. Det viste seg at en del av informantene ikke en gang visste om de retningslinjene. Det er behov for bedre rutiner til vurdering og oppfølgjng av ernæringsstilstanden til pasientene. Det kom fram i undersøkelsen at mer tid og kunnskaper var det som informantene mente var et stort hinder i ernæringsarbeidet. Det er behov for større fokus på ernæring i dokumentasjon og bør være en del av pasientens individuell plan (Aagaard & Grøndahl, 2013)
Measuring interpersonal continuity in high-frequency home healthcare services – er et tverssnittsstudie med en deskriptiv design. Forskningen inkluderte hjemmesykepleiedistrikter i kommuner med varierende størrelser. Det var samlet informasjon om 79 eldre pasienter som mottak helsehjelp i hjemmet. Undersøkelsen bekrefter at det er mangel på mellommenneskelig kontinuitet i hjemmesykepleien, men at det er muligheter for forbedring. Studiet framhever hvordan mellommenneskelig kontinuitet er nødvendig for å skape tillit og utvikle et terapeutisk sykepleier-pasient-fellesskap. Videre beskrives det hvordan kontinuiteten har en direkte innvirkning på pasientens psykososiale helse, Activities of Daily Living (ADL), kvaliteten på helsehjelpen og hvorvidt sykepleieren oppdaget tidlige tegn til endringer hos pasienten (Gjevjon et al., 2014).


Rationing home-based nursing care – professional ethical implications - er kvalitativ forskning utført i hjemmesykepleien i Norge. Forskningen har bevisst tatt med et variert utvalg av rurale og urbane kommuner som var organisert på forskjellige måter. Det var intervjue sykepleiere i forskjellige alder og med varierende erfaring. Studiet framhever at måten hjemmesykepleien er organisert på er et hinder i utviklingen av et sykepleier-pasient-fellesskap og individualisert omsorg. Det blir prioritert effektivisering og kostnadsbesparelser som kan stride i mot de grunnleggende verdiene i sykepleien. Informantene fortalte at de savnet den mellommenneskelige relasjonen til pasienten og at det påvirket graden av helhetlig sykepleie. De underbygget viktigheten av å kjenne pasienten og hans individuelle situasjonen og at det var en viktig faktor i det kliniske blikket (Tønnessen et al., 2011).
Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens – forskningen viser prevalensen av underernæring blant eldre med demenslidelse som mottar hjemmesykepleie. I dette tverrsnittsstudiet kommer det fram at cirka halvparten av informantene som bodde i 4 bydeler i Oslo var underernært eller i risiko for å bli det. Artikkelen nevner at faktorer som måltidsituasjon, nedsatt hukommelse og redusert appetitt kan påvirke matinntaket på en negativ måte. Forskningen framhever nødvendigheten med gode rutiner for kartlegging av ernæringsstatus og iverksetting av forebyggende tiltak (Rognstad et al., 2013).
6. Drøfting

Vi vil nå drøfte følgende problemstilling: *Hvordan forebygge underernæring hos eldre aleneboende med demenslidelse?* Vi skal se på forskjellige utfordringer sykepleieren kan møte når underernæring skal forebygges i pasientens hjem. Hos pasienter med Alzheimers sykdom kan det oppstå vanskelige situasjoner i forhold til kommunikasjon, relasjonsbygging og pasientens autonomi. Disse faktorene kan påvirke ernæringsarbeidet og det vil drøftes ulike måter å håndtere det på som kan bidra til forebygging av underernæring.

6.1 Kontinuitet i hjemmesykepleien


Kontinuitet er også temaet i forskningen til Gjevjon med flere (2014). De presenterer at mellommenneskelig kontinuitet er en stor utfordring i hjemmesykepleien. Studiet viser at noen pasienter opplevde å gå en hel måned uten at de møtte på den samme personen to ganger. En slik alvorlig mangel på kontinuitet er et stort hinder i relasjonsbyggingen mellom sykepleier og pasient. Spesielt hos pasienter med Alzheimers sykdom vil det krevet tid og tålmodighet over lengre tid for å oppnå en relasjon. En ulempe med mangel på mellommenneskeligkontinuitet er at sykepleieren ikke har god oversikt over pasientens tilstand. Det er når sykepleieren kjenner pasienten at endringer i pasientens tilstand kan oppdages tidligere (Gjevjon et al., 2014). I ernæringsarbeid vil det være relevant å kunne oppdage endringer i pasientens allmenntilstand, kognitive funksjoner, appetitt, matinntak og spisevaner. Det vil være en fordel å kunne merke endringer hos pasienten før det eventuelt fører til en merkbar vektnedgang.
Ut i fra erfaring er primærsykepleie en arbeidsmåte som kan motvirke de uheldige rammene i hjemmesykepleien. Vi har begge erfaring fra funksjonssinndelte arbeidslag i hjemmesykepleien der pasientene er delt inn i primærgrupper. På denne måten var det færre personer for både oss og pasienten å forholde seg til. Det førte til at vi ble bedre kjent med pasientene og de ble tryggere på oss når vi var hos dem jevnlig. Selv om forskningen viser at hjemmesykepleien er utsatt for mangel på mellommenneskelig kontinuitet, har vi heldigvis opplevd at det er mulig med en velfungerende primærsykepleie i hjemmet. En fordel vi hadde med å være hos en mindre gruppe pasienter var at vi fikk større mulighet til å lære om deres spisevaner og preferanser. En annen fordel var at vi hadde mer tillit hos pasienten til å foreslå endringer eller komme med kostråd. Vi hadde også en bedre forutsetning til å merke når en pasient ble dårligere eller spiste mindre enn vanlig.

6.2 Travelbees interaksjonsteori i praksis

ernæringsstatus hos pasienten kan oppdages. I fjerde fase får sykepleieren sympati etter å ha blitt kjent med pasienten og får motivasjon til å hjelpe han. For eksempel etter å ha observert lite matinntak kan sykepleieren bli motivert til å gjøre en ernæringskartlegging og iverksette forebyggende tiltak. Pasienten kan være mer mottakelig for tiltak etter fase fem der fellesforståelse og et likeverdig samarbeid er etablert (Kristoffersen et al., 2012a).

Vi tror at Travelbees interaksjonsteori er grunnleggende i sykepleieomsorg, men likevel kan det være et ideal som er vanskelig å oppnå. Selv om vi hadde nok tid og mulighet til å ha fellesskap med pasienten er det ikke en selvfølge at pasienten er villig eller interessert. I hjemmesykepleien kommer vi inn til pasientens hjem og vi må respektere de grensene som pasienten setter. Selv om det er vårt ansvaret å bygge en god relasjon, kan pasienten velge å stenge oss ute (både fysisk og emosjonelt) hvis han ikke ønsker kontakt. Vi har opplevd å møte en pasient som hadde behov for ernæringsarbeid, men var skeptisk til hjemmesykepleien. Det hendte at pasienten ikke åpnet døra og hjemmesykepleien fikk ikke muligheten til å komme inn. Det var ekstra viktig at de som faktisk kom inn til pasienten klarte å fremme trygghet og åpenhet. En annen side av saken er sykepleierens villighet til å investere i sykepleier-pasient-felleskapet. Det er ingen garanti at en sykepleier er engasjert nok eller har kunnskapene det trengs til å gi pasienten tid, krefter og tålmodighet til å bygge relasjonen (Rokstad, 2014).

6.3 Verdien av å bli respektert


Selv om både tiltak og veiledning er tilpasset pasientens behov er det ingen garanti på at råd blir fulgt. Et uheldig utfall som kan forekomme er en bevisst eller underbevisst endring i sykepleierens holdning til pasienten. Pasienten kan bli stemplet som "vanskkelig" eller "lite samarbeidsvillig". Hvis sykepleieren i tillegg dokumenterer at pasienten "neker å spise" eller "ignorerer veiledning" er det fare for at oppfatningen til andre sykepleiere også blir påvirket. Denne holdningen kan ha innflytelse på hvordan sykepleieren forholder seg til pasienten og gjøre at de blir mer distanserte og unnvikende. Dette kan videre føre til at pasienten faktisk blir lite samarbeidsvillig og en negativ sirkel er i gang. For å bryte den er det nødvendig med bevissthet rundt hva som skjer og en innsats fra sykepleieren. En god relasjon og kjennskap til pasienten vil også være med å motvirke en slik situasjon (Fjørtoft, 2012).

6.4 Kommunikasjon – hinder eller verktøy?

Rokstad og Smebye (2008) legger fram at kommunikasjon kan være noe av det mest krevende i møte med pasienter som har Alzheimers sykdom. Kommunikasjonsevnen til pasienten vil gradvis svekkes og det blir vanskeligere å nå fram til pasienten med bruk av
språk. Når sykepleieren har kunnskaper og ferdigheter innen kommunikasjon med denne pasientgruppen, kan det brukes som et verktøy i møte med utfordrende situasjoner.


klart å bli kjent med pasienten og har en relasjon at tryggheten øker og vi får et godt samarbeid. Da vet vi også bedre hvordan vi skal kommunisere med pasienten og kan få et bedre oversikt over hva han liker og ikke liker.


6.5 “Jeg er her fortsatt”


Det kan hende at pasienten i det forrige eksempelet følte seg nedverdiget når hjemmesykepleien trodde at hun trengte hjelp til å finne seg mat. Hos en pasient som er vant til å klare seg selv kan dette virke som en overtredelse. Ettersom hjemmesykepleien ble bedre kjent med denne pasienten lærte de hvordan å gå fram på en måte som pasienten responderte på og fikk iverksatt flere tiltak.

I demensplanen for 2020 kommer det fram at når pasienten har kontroll over sitt eget liv er dette med å bevare selvrespekten og verdigheten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Når en pasient får behov for hjemmesykepleie kan de føle at de mister litt av kontrollen. Når sykepleieren kommer inn i hjemmet og skal lage mat til pasienten, gjør hun ting annerledes enn hvordan pasienten pleier å gjøre det. Det kan være små detaljer slik som å sette smøret i kjøleskapet, når pasienten er vant til å ha det på benken. For pasienten kan det føles å ha mistet litt av kontrollen i eget hjem og at sykepleieren har tatt over styringa. Sykepleieren må huske på at hun er i andres hjem og må beskytte pasientens autonomi.


Det kan være mange eksempler der sykepleieren burde ha grepet inn i situasjonen, men valgte å ikke gjøre det på grunn av pasientens autonomi. Et eksempel kan være en pasient som er dehydrert og som ikke ser behovet for å øke væskeinntaket. Sykepleieren kan ha vanskeligheter med å overstyre pasientens autonomi, men i situasjonen er det ikke forsvarlig å la pasienten bestemme. Derfor må sykepleieren vurdere om pasienten vet sitt beste og er klar over konsekvensene av å ikke drikke nok.

Rokstad og Smebye (2008) trekker fram at det kan være utfordrende å ivareta pasientens autonomi i moderat fase. Det kan være vanskelig å skille pasientens vilje og hva som skyldes kognitiv svikt. Dersom pasienten ikke ser konsekvenser i situasjonen må det vurderes om
han har evne til å ta forsvarlige valg. De må tas hensyn til om valget til pasienten kan føre til skade eller sykdom, dersom sykepleieren ikke griper inn. Konsekvensene av å ikke få i seg nok drikke kan bli at pasienten må på sykehus for å få væsketilførsel intravenøst. For å unngå dette kan sykepleieren begynne med å bygge en relasjon til pasienten. Når hun har fått tillit hos pasienten vil det være enklere å motivere pasienten til å drikke mer. Vi må huske at selv om pasienten har Alzheimers sykdom, betyr ikke det at sykepleieren automatisk kan ta valg for pasienten. Hvis det blir nødvendig for sykepleieren å ta valg for pasienten er det en stor fordel å ha kjennskap til pasientens verdier (Fjørtoft, 2012; Rokstad & Smebye, 2008).

### 6.6 Ernæringsarbeid i hjemmesykepleien


Selv om sykepleieren har tilpasset informasjonen og fått bekreftelse på at det er forstått, er det ingen garanti at pasienten vil huske informasjonen. To av symptomene ved Alzheimers sykdom er at korttidshukommelsen og innlæringsevnen blir redusert (Kirkevold et al., 2014). For noen kan det være nok med en lapp på kjøkkenet som minner de om å spise et egg. Hos andre vil det være nødvendig for sykepleieren å tilberede egget for pasienten. I denne situasjonen blir det tydelig hvor viktig det er med personsentrert omsorg der tiltak er i tråd med pasientens behov og evner. Tiltak som blir individuelt tilpasset slik som i eksempelet ovenfor er viktig å få dokumentert i en tiltaksplan.


Når en sykepleier oppdager endringer hos pasienten, er det viktig at hun fortløpende dokumenterer for å sikre kvalitet og kontinuitet i helsehjelpen. Ved at tiltaksplanen kontinuerlig oppdateres, styrker det sykepleien til pasienten og han får den bistand han trenger. Hvis tiltaksplanen ikke blir oppdatert i tråd med endringer hos pasienten, kan det føre til dårlig oppfølging og forverring i pasientens tilstand (Fjørtoft, 2012). Dette gjelder spesielt behovet for ernæring. I hjemmesykepleien kan det være helsepersonell som ikke reflekterer over pasientens ernæringstilstand og bare utfører det som står på arbeidslisten. Når tiltaksplanen ikke er oppdatert på at pasienten trenger tilrettelegging i måltider, kan det føre til nedsatt matinntak og vekttap. Hos en pasient i ernæringssmessig risiko kan det være nok til at pasienten utvikler underernæring.

7. Konklusjon

Litteraturliste


Helsedirektoratet. (2013). Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. Lokalisert på


*Verdighetsgarantiforskriften, FOR-2010-11-12-1426.
## Vedlegg nr. 1

### Tittel/arbeidstitel på prosedyren: Bacheloroppgave i sykepleie

### Problemstilling formuleres som et presist spørsmål:

Hvordan forebygge underernæring hos eldre aleneboende pasienter med demenslidelse?

### Hva slags type spørsmål er dette?

- [ ] Diagnose
- [ ] Etiologi
- [X] Erfaringer
- [ ] Prognose
- [X] Effekt av tiltak

### Er det aktuelt med søk i Lovdata etter lover og forskrifter?

- [X] Ja
- [ ] Nei

### Beskriv hvilke pasienter det dreier seg om, evt. hva som er problemet:

Hjemmeboende pasienter med demenslidelse som er i risiko for å utvikle underernæring.

### Beskriv intervensjon (tiltak) eller eksposisjon (hva de utsettes for):

Forebyggende arbeid fra hjemmesykepleien

### Skal tiltaket sammenlignes (comparison) med et annet tiltak? Beskriv det andre tiltaket:

- [ ] O

### Beskriv hvilket(outcome) utfall du vil oppnå eller unngå:

Underernæring unngås og pasientens autonomi blir ivaretatt og respektert
<table>
<thead>
<tr>
<th><strong>P</strong> Noter engelske søkeord for pasientgruppe/problem</th>
<th><strong>I</strong> Noter engelske søkeord for intervension/eksposisjon</th>
<th><strong>C</strong> Noter engelske søkeord for evt. sammenligning</th>
<th><strong>O</strong> Noter engelske søkeord for utfall</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Dementia</td>
<td>Home care services</td>
<td></td>
<td>Undernutrition</td>
</tr>
<tr>
<td>Alzheimer disease</td>
<td>Communication</td>
<td></td>
<td>Nutritional deficiency</td>
</tr>
<tr>
<td>Independent living</td>
<td>Trust</td>
<td></td>
<td>Malnutrition</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Nurse-patient relations</td>
<td></td>
<td>Preventative health services</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Health care quality assurance</td>
<td></td>
<td>Personal autonomy</td>
</tr>
</tbody>
</table>