



Høgskolen i **Hedmark**

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 underernæring 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 AVGRENsing	6
1.5 DISPONERING AV OPPGAVEN	7
2. METODE	8
2.1 LITTERATURSØK	8
2.2 VALG AV KILDER	10
2.2.1 <i>Pensum</i>	10
2.2.2 <i>Forskning</i>	11
2.2.3 <i>Annen relevant litteratur</i>	12
2.2.4 <i>Egne erfaringer</i>	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 <i>Personsentrert omsorg i hjemmet</i>	18
4.2 SYKEPLEIETILTAK.....	18
4.3 SYKEPLEIER-PASIENT-FELLESSKAPET	19
4.3.1 <i>Hummelvoll og det terapeutiske forhold</i>	19

4.3.2	<i>Travelbees interaksjonsteori</i>	20
4.4	SAMTALE OG KOMMUNIKASJON	21
4.5	SYKEPLEIERENS FOREBYGGENDE FUNKSJON	22
4.6	FAGLIG FORSVARLIG SYKEPLEIE	23
5.	FUNN	24
6.	DRØFTING	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 underernærte eller står i fare for å bli underernærte. 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 ernæringstilstand 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 ernæring. 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 er 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?

Å forebygge underernæring vil si å iverksette tiltak for å forsinke eller unngå at tilstanden oppstår. Underernæring er en ernæringstilstand som kjennetegnes ved mangel på energi, protein eller næringsstoffer som fører til ufrivillig vektnedgang. En av risikofaktorene for å utvikle underernæring er å ha en demenslidelse. Demenslidelser er et samlebegrep på progredierende sykdommer som blant annet påvirker hukommelse og tankeevne. (Mæland, 2012; Helsedirektoratet, 2013; Rokstad & Smebye, 2008).

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 Avgrensning

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

underernæring utvikles. Videre skal vi ha fokus på sykepleier-pasient-fellesskapet og hvilken betydning det har for ernæringsarbeidet i hjemmesykepleien. Vi vil også trekke inn hvordan og hvorfor det er viktig å bygge relasjoner med pasienter med Alzheimers sykdom.

Kommunikasjon blir en viktig faktor som skal trekkes inn og hvordan å tilpasse den til denne pasientgruppen. Vi vil også få fram en diskusjon om utfordringen det er å respektere pasientens autonomi, når dette ikke samsvarer med faglig forsvarlig sykepleie.

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

Denne oppgaven begynner med en innledning for å gi bakgrunn til temaet og presentere problemstillingen. Etter en avgrensning av temaet, beskrives metoden som var brukt til å komme fram til relevant litteratur. Denne kunnskapen blir deretter presentert i form av teori. Først legges fram teori om Alzheimers sykdom og hva det har å si for pasientens ernæring og autonomi. Videre legges det fram teori om hvordan å tilpasse sykepleie til denne pasientgruppen i hjemmesykepleien. Sykepleier-pasient-fellesskapet blir beskrevet etterfulgt av kommunikasjonsteori, faglig forsvarlig sykepleie og sykepleierens forebyggende funksjon. Teorikapitlet ender med en presentasjon av utvalgt forskning. Deretter kommer en drøfting av utfordringene rundt forebygging av underernæring til denne pasientgruppen. Oppgaven avsluttes med en konklusjon basert på problemstillingen vi har drøftet.

2. Metode

I følge Dalland (2012) er *metode* fremgangsmåten som er brukt til å komme fram til ny kunnskap. Denne oppgaven tar utgangspunkt i pensum, forskning, annen relevant litteratur og egne erfaringer. Oppgaven er et litteraturstudie og metoden vil derfor inkludere en beskrivelse av hvordan vi fant litteratur som svarer på problemstillingen. Det vil også legges fram hvordan vi har vurdert litteraturen og hvorfor vi valgte å inkludere det.

2.1 Litteratursøk

Vi har brukt et PICO-skjema til å strukturere problemstillingen vår og finne gode og relevante søkeord (vedlegg 1). For å finne standardiserte emneord på engelsk har vi brukt *MeSH Browser* fra *U.S. National Library of Medicine*. Vi begynte søket vårt ved å søke i følgende databaser: CINAHL, Oria, PubMed, SveMed+, EBSCOhost, Cochrane Library og Pyramide søk med McMaster PLUS. Vi søkte først med søkeordene fra PICO-skjemaet, og etter hvert som vi søkte fant vi fram til de andre søkeordene som står i oversiktstabellen. Det var mange resultater og vi avgrenset med årstall og tema for å få søkeresultatene ned til et antall som var håndterlig. Vi så på titler og sammendrag for å vurdere hva som var relevant. Deretter leste vi nærmere på de som kunne være relevante og valgte ut de som passet til vår problemstilling. Når vi leste på de forskjellige artiklene oppdaget vi sekundære referanser som var aktuelle for vår oppgave. Vi brukte søketjenesten Oria til å finne de referansene som det var henvist til slik at vi kunne lese de selv. I tabellen som følger vises en oversikt over hvordan vi fant fram til forskningen som vi brukte i oppgaven.

	Database	Søkeord	Resultater	Avgrensning	Resultater
<i>Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens</i>	Sykepleien	underernæring + eldre + hjemmesykepleie			2

<i>Manifestation of respect in the care of older patients in long-term care settings</i>	SveMed+	home care services + nurse-patient relations	112	MeSH: home care services nurse-patient relations geriatric nursing	5
<i>Mat og måltider i hjemmesykepleien : undersøkelse utført for Helsedirektoratet</i>	Oria	ernæring + eldre + hjemmesykepleie	21	År: 2010 - 2016	11
<i>Measuring interpersonal continuity in high-frequency home healthcare services</i>	EBSCOhost	Home care services + aged + continuity of patient care + patient relations	135	År: 2010-2016 Fulltekst	30
<i>Being central to decision making means I am still here!: The essence of decision making for people with dementia</i>	PubMed	Dementia + autonomy + decision making	232	År: 2011 - 2016	45

<i>Nutrition and dementia: A review of available research</i>	Denne rapporten var referert til i en intervensjonsprotokoll fra Cochrane Library som het <i>Environmental and behavioural modifications for improving food and fluid intake in people with dementia</i> . Protokollen ble ikke brukt i oppgaven, men førte oss til denne oppsummerte forskningen.
<i>Rationing home-based nursing care – professional ethical implications</i>	Denne artikkelen var referert til i <i>Hva er faglig forsvarlig hjemmesykepleie?</i> 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)

Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordringer og muligheter (Fjørtoft, 2012)

Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk. (Eide & Eide, 2007)

Metode og oppgaveskriving (Dalland, 2012)

Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (Helsedirektoratet, 2013)

Personer med demens: Møte og samhandling (Rokstad & Smebye, 2008)

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (NSF, 2011)

2.2.2 Forskning

For å vurdere den forskningsbaserte litteraturen i oppgaven har vi sett på relevans, tidsaktualitet, vitenskapelig holdbarhet og redelighet. Når vi vurderte vitenskapelig holdbarhet så vi på artikkelens validitet og reliabilitet. Dalland (2012) forteller at reliabilitet handler om hvorvidt en kilde er pålitelig og gir et korrekt fremstilling av informasjonen. Videre skriver han om validitet og hvordan det innebærer å vurdere om forskningen er gyldig og relevant (Dalland, 2012). Som en ekstra kvalitetssikring brukte vi kunnskapssenterets sjekklister for vurdering av forskningsartikler. Oppsummering av den inkluderte forskningen og hva den bidrar med i temaet vårt kommer i kapittelet som heter *Funn*. Her kommer en kort opprømsing av forskningen og bakgrunn for inkludering:

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 overførbare til sykepleie i Norge (Fetherstonhaugh, Tariza & Nay, 2012).

Manifestation of respect in the care of older patients in long- term care settings – er publisert i *Scandinavian Journal of Advanced Caring Sciences*, et skandinavisk, fagfelleverdert tidsskrift (Koskenniemi, Leino-Kilpi & Suhonen, 2014).

Mat og måltider i hjemmesykepleien: undersøkelse utført for Helsedirektoratet. – Helsedirektoratet er en pålitelig kilde til norsk helseinformasjon. Studiet ble utført på et nasjonalt nivå og det styrker reliabiliteten til forskningen (Aagaard & Grøndahl, 2013).

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

forskning publisert i *Journal of Advanced Nursing*, et internasjonalt fagfelleverdert tidsskrift (Gjevjon, Eika, Romøren & Landmark, 2014).

Nutrition and dementia: A review of available research - Utgitt av Alzheimer's Disease International, en global organisasjon som samarbeider blant annet med World Health Organization (Prince, Albanese, Guerchet & Prina, 2014).

Rationing home-based nursing care – professional ethical implications – Norsk forskning publisert i *Nursing Ethics*, et internasjonalt fagfelleverdert tidsskrift (Tønnessen, Nortvedt & Førde, 2011).

Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens – Utgitt av Sykepleien Forskning som er et fagfelleverdert 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

Demenslidelser er en samlebetegnelse på progredierende sykdommer som rammer hjernens funksjoner. Felles for sykdommene er at pasientens hukommelse og kognitive prosesser blir svekket. Alzheimers sykdom er den vanligste typen og rammer 60% av alle personer med demenslidelse. Sykdommen oppstår når nerveceller i hjernen begynner å dø på grunn av endringer i hjernen som for eksempel plakkdannelse. Dette kan forårsake både fysiske, psykiske og kognitive symptomer. Alzheimers sykdom kan deles inn i tre grader: mild, moderat og alvorlig. Pasientgruppen denne oppgaven omhandler har moderat grad. Dette stadiet kjennetegnes ved at pasienten blir tiltagende avhengig av hjelp fra andre. Selv om de fleste ikke klarer å fungere i hjemmet uten bistand, trenger de som regel ikke kontinuerlig tilsyn. Atferdsendringer kan oppstå i form av rastløshet, irritabilitet, vandring, mangel på initiativ og endret døgnrytme. Det kan bli vanskeligere å kommunisere, planlegge og orientere seg for tid og rom (Kirkevold et al., 2014; Rokstad & Smebye, 2008).

Hos pasienter med en demenslidelse slik som Alzheimers sykdom vil de kognitive og språklige sviktene som sykdommen medbringer påvirke kommunikasjonsprosessene. Kommunikasjon kan beskrives som utvekslingen av informasjon gjennom verbal og nonverbale signaler. Det er en dialog mellom minst to parter der begge kan være både sender og mottaker. Kommunikasjon handler ikke bare om å snakke og lytte, men er en kompleks og dynamisk prosess. I følge Rokstad og Smebye (2008) er utfordringer rundt kommunikasjon det som pasienter med demenslidelse opplever som den største påkjenningen. For mennesker er det iboende å kunne ytre sine tanker, meninger og behov. Når pasienten får vanskeligheter med å kommunisere kan det påvirke livskvaliteten på en negativ måte. Vanlige utfordringer er at pasienten gjentar seg selv, kommer med utsagn som ikke er sanne, blir distraheret og glemmer navn på personer, gjenstander og steder. Ved moderat fase kan det merkes at pasienten får problemer med ordleting og sliter med å føre en

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 Alzheimers sykdom og risiko for underernæring

I Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene (2003) står det om kommunens plikt til å tilse at pasienter som mottar pleie- og omsorgstjenester får dekket sine grunnleggende behov. Forskriften nevner spesielt mat og drikke og hvordan pasienter skal få variert og helsefremmende kost. Uten inntak av ernæring hadde ikke kroppen hatt nok energi til å utføre nødvendige kroppsfunksjoner. Det regnes at kroppen trenger omtrent 30kcal/kg kroppsvekt med energi og 30ml/kg kroppsvekt med væske per døgn. Proteinbehovet er også viktig å dekke og kroppen trenger rundt 1g/kg kroppsvekt per døgn. Kroppens behov vil variere etter aktivitetsnivå, sykdom, fettprosent, kjønn og alder og må tilpasses deretter. For å beregne energibehovet til en pasient over 70 år må det trekkes fra 10%. Dersom pasienten er mager skal det derimot økes med 10%. Det er en viktig sykepleieroppgave å fremme gode ernæringstilstander hos pasienter og forebygge underernæring, feilernæring og dehydrering (Helsedirektoratet, 2013; Kristoffersen et al., 2012b).

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 væskeinntaket 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).

Flere av symptomene ved Alzheimers sykdom vil påvirke pasientens evne til å ta til seg næring og drikke. Først og fremst kan det være vanskelig for pasienten å huske om han har spist eller drukket. Dette kan forsterkes videre ved at pasienten ofte får nedsatt sult- og tørstfølelse. Selv om pasienten føler seg tørst eller sulten er det ikke sikkert at han klarer å resonnerer hvordan å løse dette problemet. De nedsatte kognitive funksjoner som sykdommen medbringer kan føre til utfordringer ved matlaging. Pasienten må klare å planlegge måltidet, handle nødvendige ingredienser og forberede maten. I måltidsituasjonen kan pasientens konsentrasjon svikte og han kan bli distraheret før han er ferdig med å spise (Kirkevold et al., 2014; Kristoffersen et al., 2012b).

Hvis kroppen ikke får dekket sitt behov for protein og energi kan underernæring forekomme. Underernæring er en ernæringstilstand der vektneidgang og endringer i kroppssammensetning er karakteristisk. Hvis kroppen blir underernært kan det ha mange alvorlige konsekvenser. Tilstanden har en negativ effekt på pasientens fysiske og mentale funksjon, livskvalitet, muskelkraft, immunforsvar, sårtilheling og rekonvalesens. I verste fall kan det føre til generelt økt dødelighet. Det er derfor viktig å oppdage risiko for underernæring og iverksette tiltak før det oppstår. For å holde en stabil vekt må energiinntaket og energibehovet være i balanse. Hvis energiinntaket blir lavere enn behovet vil kroppsvekten minke. Kartlegging av pasientens ernæringsstatus innebærer derfor å se på hvor mye næring kroppen taper, hvor mye næringsinntak pasienten har og om det dekker kroppens behov. Helsedirektoratet foreslår Nutritional risk screening (NRS 2002), Malnutrition Universal Screening Tool (MUST), Mini Nutritional Assessment (MNA) og Subjective Global Assessment of Nutritional Status (SGA) som gode kartleggingsverktøy fordi de identifiserer også ernæringsmessig risiko. Vekttap, sykdom, redusert matinntak og kroppsmasseindeks er gjennomgående faktorer som er viktig å kartlegge for å oppdage en dårlig ernæringsstatus (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

brukermedvirkning og defineres som selvbestemmelse eller selvstyring. Forutsetningene for at en pasient med Alzheimers sykdom kan ta autonome valg er at han har tilstrekkelig kunnskap og forståelse av valgene som blir tatt. Sykdommen påvirker kognitive prosesser som pasientens tankeevne og bearbeidelse av informasjon. Involveringen må derfor legges til rette ut ifra den enkelte pasientens forståelse og evne til å motta informasjon. Når pasienten har Alzheimers sykdom er det viktig at informasjonen tilpasses den enkelte og at sykepleieren tar ansvar for å inkludere han (Kristoffersen et al., 2012a; Kirkevold et al, 2014). I forskriften om verdighetsgarantien (2010) står det nedfelt at eldre har rett til å bestemme over seg selv og bli respektert for valgene de tar. I hjemmesykepleien vil det være aktuelt å inkludere pasienten i valg som påvirker hverdagen. Det handler ikke bare om de store avgjørelsene, men også de små valgene som for eksempel å kunne velge når pasienten selv vil spise. Når pasienten opplever brukermedvirkning føler han seg sett og blir mer positivt innstilt til helsehjelpen som gis (Kristoffersen et al., 2012a; Rokstad & Smebye, 2008).

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 nedfelt 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.

Før en pasient kan få bistand fra hjemmesykepleien må det fattes et vedtak om behov for helsehjelp. Vedtaket fattes med hjemmel i lovverk som gjør at kommunen blir pliktig til å utføre vedtaket om helsehjelp. Vedtak skrives også for å sikre pasientens rettigheter og mulighet til å klage. I følge *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*, skal alle pasienter som får vedtak om hjemmesykepleie kartlegges for ernæringsstatus. Deretter skal de vurderes hver måned eller etter annen faglig vurdering. Dette gir hjemmesykepleien et utgangspunkt for å oppdage ernæringsmessig risiko og følge opp behovet for ernæring. Hvis det blir oppdaget vekttap eller andre risikofaktorer kan vedtaket oppdateres for å inkludere pasientens nye behov (Helsedirektoratet, 2013; Fjørtoft, 2012).

For å oppdage endringer i pasientens ernæringstilstand 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 sykepleierens kompetanse og faglig skjønn. Tiltaksplanen skal inkludere nok informasjon til at sykepleieren kan se etter vesentlige symptomer og utføre nødvendig helsehjelp. Hos pasienter med Alzheimers

sykdom er det ekstra viktig med fortløpende dokumentasjon ettersom sykdommen endrer seg over tid (Fjørtoft, 2012).

I følge Haugseth, Brendjord og Kjøs (2014) er det fordelene med funksjonsinndelte arbeidslag i arbeidet med pasienter som har Alzheimers sykdom. Det gir mulighet til bedre oppfølging av pasienter og økt spesialisering i hjemmesykepleien. Denne organisering er basert på at en liten kompetent gruppe med helsepersonell følger opp pasienten og gir større muligheter til å tilpasse helsehjelpen etter individuelle behov. De skriver videre at funksjonsinndelte arbeidslag bør baseres på personsentrert omsorg (Haugseth et al., 2014).

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

Pasienter med Alzheimers sykdom som bor hjemme, vil i utgangspunktet være vant til å ordne seg mat selv. Etterhvert som sykdommen forverres vil pasienten få økende behov for bistand og tilrettelegging. I Kosthåndboken fra Helsedirektoratet (2012) presenteres forskjellige praktiske måter å tilpasse en måltidsituasjon når pasienten har Alzheimers sykdom. Det er viktig at tiltakene kompenserer for pasientens funksjonssvikt, men på en måte som fortsatt fremmer deltakelse og mestring. Før tiltak kan iverksettes, må pasientens funksjonsnivå og behov kartlegges. I Kosthåndboken legges det fram 4 nivåer av tilretteleggelse av måltidsituasjonen. Nivå 1: pasienten får hjelp til å dekke bordet med passende servise, bestikk, drikke og pålegg, men smører på maten selv. Nivå 2: maten er

lagd ferdig for pasienten med flere varianter å velge mellom. Nivå 3: maten er ferdiglagd uten valgmuligheter. Nivå 4: maten er delt opp i små biter som pasienten kan spise med hendene (Helsedirektoratet, 2012). Alzheimers sykdom er en dynamisk prosess og pasientens behov for tilrettelegging vil derfor variere. Her kreves det kunnskaper og ferdigheter fra sykepleieren til å kunne tilpasse måltidet (Rokstad & Smebye, 2008).

Miljøet rundt måltidet er også viktig å tilpasse. Å unngå støy og sørge for god belysning er viktige elementer. Bordet bør være fri fra gjenstander som kan skape uro slik som mønstrede duker og servietter. Helsedirektoratet (2012) anbefaler å bruke kontrast mellom maten på tallerkenen (helst ikke fisk og poteter med hvit saus for eksempel) og kontrast mellom tallerkenen og underlaget. For noen pasienter kan fellesskap være en viktig del av måltidet og da må sykepleieren prøve å tilrettelegge slik at pasienten kan være med på dagsenter noen ganger i uken eller at noen fra hjemmesykepleien sitter med pasienten. Målet er å gjøre måltidet til en behagelig og positiv opplevelse for pasienten (Helsedirektoratet, 2012).

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 næringstett 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-pasient-fellesskapet

For at pasienter og sykepleiere skal ha et godt samarbeid bør sykepleier-pasient-fellesskapet være i sentrum. Både Jan Kåre Hummelvoll og Joyce Travelbee har fokus på den mellommenneskelige delen av sykepleien. I møte med en pasient som har Alzheimers sykdom er det viktig å bli kjent med personen og ikke diagnosen. Det er først da sykepleieren kan forstå pasientens ønsker og verdier og lære hvordan å ivareta behovene på best mulig måte (Kirkevold et al., 2014).

4.3.1 Hummelvoll og det terapeutiske forhold

Jan Kåre Hummelvoll (2014) beskriver sykepleier-pasient-fellesskapet som et terapeutisk forhold mellom sykepleier og pasient der målet er å bygge en allianse. Utgangspunktet for forholdet er at pasienten trenger helsehjelp og sykepleieren tilbyr hjelp. Selv om pasienten har et utgangspunkt som hjelpetrequende skal han møtes med likeverdighet, aksept og

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).

For å være i stand til å møte pasientens individuelle behov må hjemmesykepleieren først bli kjent med pasientens verdier, ønsker og tankegang. Samarbeidet må bygges på en enighet om sykepleiens mål og retning. Utfordringen er å være bevisst sine holdninger og forventninger til pasienten. Målet er å legge bort forforståelsen slik at sykepleieren kan bli kjent med pasienten. Hun må legge bort egne tanker og meninger om hvordan en pasient med Alzheimers sykdom er eller burde være. På den måten vil det være de beste forutsetningene til å virkelig høre hva pasienten kommuniserer om seg selv. Å ha et helhetsperspektiv er også en vesentlig del av sykepleier-pasient-fellesskapet. For å finne ut av pasientens behov må det også ses på omstendighetene rundt pasienten. Dette er spesielt relevant i hjemmesykepleien der sykepleieren har muligheten til å observere pasientens hjemmesituasjon og livsstil. Ved å se på pasienten som en del av en større helhet: sin plass i samfunnet, rolle i hjemmet, familie og sosialt nettverk, vil det være enklere å gi pasienten individuelt tilpasset sykepleie (Hummelvoll, 2014).

Hvordan vi møter pasienten vil påvirke utviklingen av relasjonen og muligheten for fremtidig samarbeid. Pasienten merker hvis han blir møtt med fordommer og negative holdninger eller med respekt og omsorg. Som profesjonell yrkesutfører har sykepleieren et ansvar over egen væremåte. Dette innebærer at sykepleieren må være bevisst egne holdninger, følelser og reaksjoner. Ansvarer ligger hos sykepleieren og ikke hos pasienten til å fremme en god relasjon (Kristoffersen et al., 2012a).

4.3.2 Travelbees interaksjonsteori

Joyce Travelbee definerer sykepleie som en mellommenneskelig prosess. Sykepleieren er en hjelper som skal bistå pasienten med å mestre og finne mening i sin situasjon. I hjemmesykepleie innebærer dette å tilrettelegge for at pasienten med Alzheimers sykdom kan mestre å bo hjemme. Hun understreker at sykepleie må baseres på pasientens individuelle opplevelse av sykdommen og ikke bare diagnosen. For å kunne forstå den andre sin opplevelse legger Travelbee vekt på empatisk tenkning. Hun definerer empati som en evne til å forstå den andres psykiske tilstand som han er i akkurat da. Dette kan være en

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

Travelbee er opptatt av at forholdet mellom sykepleier og pasient skal være et likeverdig menneskeforhold og ikke et rollestyrt forhold. I hjemmesykepleien er det viktig å respektere pasientens rolle i hjemmet. Her har pasienten sine egne grenser som sykepleieren må ta hensyn til. For å etablere et menneske-til-menneske-forhold deler Travelbee prosessen inn i ulike faser: det innledende møte, framveksten av individer, empati, sympati og etablering av gjensidig forståelse. Prosessen begynner med at pasienten og sykepleieren blir kjent og opprettholder et kontaktforhold. Videre skapes det tillit, og sykepleieren får sympati og ønsker å hjelpe pasienten. Sykepleieren styrker pasienten i å mestre sin situasjon og bruker sine kunnskaper og ferdigheter til å ivareta pasientens behov. Målet er å opprette en nær og gjensidig forståelse mellom sykepleieren og pasienten. For å oppnå dette er det nødvendig med god kommunikasjon (Fjørtoft, 2012; Kristoffersen et al., 2012a).

4.4 Samtale og kommunikasjon

For å skape, opprettholde og utvikle relasjoner må det brukes en eller annen form for kommunikasjon. Samtalen er et av de viktigste verktøyene vi disponerer når det gjelder relasjonsbygging. Det er gjennom samtale at sykepleieren har gode muligheter til å få kontakt med pasienten og dele tanker og følelser. Kommunikasjon kan enten føre til frustrasjon og uro eller til trygghet og tilknytning. Sykepleieren trenger å ha kunnskaper om hvordan å kommunisere med pasienter som har Alzheimers sykdom, og hvordan å tilpasse den på et individuelt nivå. Det må tas hensyn til pasientens kunnskapsnivå, språk, kultur, situasjon og bakgrunn (Rokstad, 2014; Fjørtoft, 2012).

Tre tilnærminger innen kommunikasjon til pasienter med demenslidelser er reminisens, realitetsorientering og validering. Reminisens er minnearbeid der sykepleieren forsøker å fremkalle minner hos pasienten. Utgangspunktet er ofte å bruke kjente gjenstander fra tidligere i livet for å vekke fram minner. Det kan også refereres til kjente personer, steder og historier om pasientens liv. Sykepleieren må være forberedt på at minnene som kommer fram både kan være gode og vonde. Dermed må sykepleieren være klar til å støtte under de gode minnene og trøste dersom det er behov. Målet er å øke selvbildet og forsterke identiteten til pasienten. Kjennskap til pasients bakgrunn, familie og hobbyer er gode

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 kommunikasjonsveien 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 tilnærming. 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 språkevnene 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 avdekke er hukommelsestap, 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

Sykepleierens plikt til å utføre faglig forsvarlig sykepleie er både juridisk, etisk og faglig bundet (Fjørtoft, 2012). I Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) er det nedfelt at helsehjelpen som er gitt av kommunen skal være faglig forsvarlig. Dette inkluderer helsehjelp som gis i hjemmet. I Helsepersonelloven (1999) står det om helsepersonellens individuelle plikt til å utføre helsehjelp som er faglig forsvarlig ut i fra vedkommendes kvalifikasjoner. Her må enhver sørge for å kjenne til egne begrensinger og eventuelt oppsøke hjelp hvis kompetansen kommer til kort. Norsk Sykepleierforbund (2011) har gitt ut *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Retningslinjene legger fram sykepleierens etiske plikter i forhold til profesjonen, pasienten, pårørende, medarbeidere, arbeidsstedet og samfunnet. Kristoffersen med flere (2012a) forteller at god sykepleie krever at fag og moral går hånd i hånd for å ivareta pasientens grunnleggende behov på en omsorgsfull måte. I følge Norsk Sykepleierforbund (2013) er ikke faglig forsvarlig sykepleie bare minstekravet som må oppfylles for å unngå uforsvarlig helsehjelp og lovbrudd. Det handler også om å respektere og anerkjenne pasienten. Målet er pasientsikkerhet og høy kvalitet på helsehjelpen som gis (Norsk Sykepleierforbund, 2013).

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).

Manifestation of respect in the care of older patients in long- term care settings er kvalitativ forskning utført i tre finske byer. Studiet er basert på intervjuer med eldre pasienter der halvparten mottok hjemmesykepleie og halvparten bodde på sykehjem. Det kommer fram hvordan sykepleierens holdning har en stor innvirkning på hvordan pasienten reagerer på helsehjelpen som gis. Pasienter som opplevde respekt og verdighet i sykepleierens væremåte var mye mer delaktig i helsehjelpen de mottok. Når det var en fellesforståelse mellom sykepleieren og pasienten underbygget det pasientens selvstendighet og autonomi. Pasienter med nedsatt hukommelse var utsatt for å bli møtt med lite respekt. Det var derfor spesielt viktig at sykepleieren utøvde personsentrert omsorg for å motvirke dette Koskeniemi et al., 2014).

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 oppfølging av ernæringstilstanden 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 tverrsnittstudie 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-felleskap. 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).

Nutrition and dementia: A review of available research er oppsummertforskning utarbeidet av Alzheimer's Disease International. Rapporten tar for seg forskning relatert til underernæring og demenslidelse. Det kommer fram i rapporten hvordan endringene som skjer i hjernen ved demenslidelse kan påvirke kroppens regulering av appetitt og energibalanse. Det er en tydelig sammenheng mellom å ha demenslidelse og vekttap. De erkjenner også at faktorene rundt underernæring og demenslidelse er komplekse og bare delvis avdekket. Viktigheten av oppfølging av vekt og kartlegging av pasientens ernæringsstatus blir framhevet. Ut i fra eksisterende forskning kommer de med anbefalinger om tiltak som kan forbedre ernæringsstatusen til pasienten. Ernæringstilskudd som for eksempel næringsdrikker er et effektivt tiltak spesielt hos pasienter med risiko for underernæring. Likevel poengterer de at kostveiledning og energi/proteinrik mat bør være førstevalget (Prince 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 intervjuet 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-felleskap 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 tverrsnittstudiet kommer det fram at cirka halvparten av informantene som bodde i 4 bydeler i Oslo var underernærte 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

Alle har behov for tilknytning til andre mennesker rundt seg, og hos pasienter med Alzheimers sykdom øker dette behovet. De finner seg ofte i situasjoner som er fremmede og uoversiktlige, noe som kan føre til engstelse og usikkerhet. For pasienter med Alzheimers sykdom er det negativt å måtte forholde seg til stadig nye mennesker. Det er stabilitet og kontinuitet som er idealet, men kan være vanskelig å oppnå i praksis (Rokstad, 2014; Fjørtoft, 2012). I studiet til Tønnessen med flere (2011) skriver de hvordan rammene rundt hjemmesykepleien er ugunstige for å fremme et godt sykepleier-pasient-fellesskap. Det er stramme tidsrammer og sykepleieren skal være innom flest mulig pasienter. Sykepleieren blir nødt til å effektivisere helsehjelpen, ofte på bekostning av det mellommenneskelige aspektet i sykepleien (Tønnessen et al., 2011).

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 kreves 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 funksjonsinndelte 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

Joyce Travelbee var en sykepleieteoretiker som brant for å framheve det mellommenneskelige aspektet i sykepleien. Hennes teori omhandler grunnleggende verdier i sykepleien og er like relevant i forhold til ernæringsarbeid. Ved å sette seg inn i pasientens situasjon gjennom empatisk tekning vil dette hjelpe sykepleieren til å se pasientens behov for ernæring. I hjemmesykepleien er det en fordel at arenaen for helsehjelp er i pasientens hjem. Sykepleieren vil dermed ha tilgang til pasientens hjem og kjøkken og få et vindu inn i pasientens kostvaner. Det blir da lettere å foreslå aktuelle tiltak hos pasienter i ernæringsmessig risiko. For eksempel hvis sykepleieren vet at pasienten spiser havregrøt til frokost hver morgen, kan sykepleieren foreslå å tilsette fløte eller smør for å gjøre maten mer energitett. Hvis pasienten skal være mottakelig for kostråd og veiledning på denne måten, er det nødvendig at pasienten har tillit til sykepleieren. Travelbee la stor vekt på viktigheten av å bygge et menneske-til-menneskeforhold som fremmer tillit. Hvis sykepleieren bruker Travelbees interaksjonsteori vil hun ha et godt utgangspunkt for å oppnå fellesskap basert på fellesforståelse. De fem fasene som hun beskriver kan gjenskapes i konteksten til hjemmesykepleien. Første og andre fase omhandler å møte og bli kjent med pasienten i sitt eget hjem. I tredje fase skal sykepleieren forsøke å sette seg inn i pasientens situasjon og vurdere pasientens behov. Det innebærer å observere og reflektere over hva det vil si å leve med Alzheimers sykdom i eget hjem og hvilken betydning det har for ernæringen. Travelbee legger vekt på å ta avstand fra diagnosen og generalisering og bare se på pasientens opplevelse av situasjonen. Det er gjerne i den tredje fasen der vekttap og dårlig

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 ansvar 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-fellesskapet. 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

I tillegg til å kjenne pasienten lønner det seg å være bevisst på egen holdning og væremåte. I forskningen gjort av Koskenniemi med flere (2014) blir det vektlagt hvor viktig det er at pasienter med nedsatt hukommelse opplever respekt fra sykepleieren. De beskriver hvordan sykepleierens holdning kan påvirke pasientens åpenhet om tanker, følelser og behov. Når sykepleieren har en holdning som undervurderer og viser likegyldighet til pasienten, kan dette føre til tilbaketrekking. Hvis sykepleieren skal klare å komme inn til pasienten og sette i gang ernæringsarbeid er det nødvendig at pasienten er åpen og samarbeider med sykepleieren. Det hjelper ikke å iverksette alle de riktige tiltakene hvis ikke pasienten er enig og går med på tiltakene. Hvis pasienten ikke føler at hans ønsker og meninger er tatt hensyn til kan han føle seg overkjørt og ignorert. Det er først når pasienten opplever respekt at han vil våge å være åpen og delaktig i helsehjelpen. Da blir det også lettere for sykepleieren å

tilpasse helsehjelpen etter hans individuelle behov (Koskenniemi et al., 2014; Rokstad & Smebye, 2008).

Alzheimers sykdom påvirker hukommelsen og det er ikke sikkert pasienten husker sykepleieren fra gang til gang. Derfor er det viktig at pasienten opplever respekt og føler seg sett i enhver situasjon. Rokstad (2014, s. 45) skriver at relasjonsbygging til denne pasientgruppen styrkes ved «...å skape gode øyeblikk i hverdagen». Dette bør være et fokus også i hjemmesykepleien. Selv om sykepleieren er innom mange forskjellige pasienter er det fortsatt mulig å bidra til at de opplever gode øyeblikk. Hummelvoll (2014) skriver hvordan sykepleieren må vise at hun er tilstede når hun er sammen med pasienten. Gjennom å være oppmerksom på forskjellige måter som pasienten kan gjøre seg forstått på, vil det fremme nærværenhet. Det er ikke nok å bare være fysisk tilstede, men det forutsetter et genuint ønske om å forstå pasienten (Hummelvoll, 2014). En måltidsituasjon kan være en gylden muligheten til å skape et godt øyeblikk i pasientens hverdag. En vanlig middag kan gjøres om til et høydepunkt hvis maten er god og miljøet er trivelig. Det er til og med tatt med i anbefalingene til Helsedirektoratet (2013) hvordan en hyggelig spisesituasjon er viktig for å øke matlysten.

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 ”vanskelig” eller ”lite samarbeidsvillig”. Hvis sykepleieren i tillegg dokumenterer at pasienten ”nekter å spise” eller ”ignorerer veiledning” er det fare for at oppfatningen til andre sykepleiere også blir påvirket. Denne holdningen kan ha innflytelse på hvordan sykepleierne 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.

For eksempel kan det by på problemer når en pasient sier han akkurat har spist middag, og klokka er ti om morgenen. Da har sykepleieren flere måter hun kan respondere på. Dersom hun velger å realitetsorientere, kan hun si til pasienten «mente du at du har spist frokost?» og kanskje pasienten svarer bekræftende. I følge Rokstad og Smebye (2008) kan pasienten bli takknemlig for oppklaring og orientering. Hvis realitetsorienteringen ikke blir utført på en skånsom måte kan utfallet bli at pasienten føler seg krenket og føre til usikkerhet.

Det er ikke alltid den beste løsningen å realitetsorientere for at pasienten skal forholde seg til sannheten og virkeligheten. Noen ganger er det viktigere å validere pasientens tanker og følelser. Her kan sykepleieren gå fram med åpne spørsmål og forsøke å forstå pasienten fra hans ståsted. Ved å være bekræftende og anerkjennende viser sykepleieren at hun er interessert i pasientens opplevelse av situasjonen (Rokstad & Smebye, 2008). Et eksempel kan være hvis pasienten ikke vil bruke mikrobølgeovnen til oppvarming av middagen. Det kan hende pasienten tror at den avdøde ektefellen fortsatt lever og skal fikse den. I stedet for at sykepleieren overkjører pasienten ved å bevise at den fungerer, kan hun stille flere spørsmål for å finne ut hva pasienten tenker. Ved å anerkjenne pasientens følelser kan det vise seg at den «ødelagte» mikrobølgeovnen er et uttrykk på savnet til sin ektefelle.

Sykepleieren kan også velge å bruke reminisens. Ved å spørre pasienten hva han spiste da han var ung kan det få pasienten til å tenke på gamledager. For eksempel kan det være at pasienten vokste opp på en gård og at matproduksjon var en stor del av hverdagen. Ved at pasienten blir minnet på hans tidligere kompetanse kan han få en opplevelse av styrket selvfølelse (Rokstad & Smebye, 2008). Sykepleieren kan bruke reminisens til å trekke fram gode minner som pasienten har om mat. Det kan komme fram yndlingsretter som pasienten hadde satt pris på å få igjen. Dette er en av måtene som kommunikasjon kan brukes til å øke matlysten hos pasienter som spiser for lite.

I følge Eide og Eide (2007) er god kommunikasjon en forutsetning for tillit. Vi har selv opplevd forskjellen på å komme til en pasient vi kjenner godt og en pasient som vi sjeldent er hos. Når det gis helsehjelp til pasienter som vi ikke er hos regelmessig kan vi ofte merke at pasienten blir usikker. Det er ikke alltid at vi har oversikt over pasientens kommunikasjonsevner og klarer ikke å forholde oss på best mulig måte. Det er etter vi har

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.

For å finne ut av individuelle behov hos pasienter med Alzheimers sykdom, kreves det gode kommunikasjonskunnskaper hos sykepleieren. Sykepleieren må alltid tilpasse kommunikasjonen etter hvor langt pasienten er kommet i sykdomsforløpet. I moderat fase vil en forverring i ordleting og ordflyt gjøre det vanskeligere å føre en samtale med pasienten. Hvis sykepleieren ikke klarer å tilpasse seg etter pasientens evne til å uttrykke seg verbalt kan det ha ugunstige effekter på samarbeidet (Rokstad & Smebye, 2008). Et eksempel kan være noe så enkelt som å finne ut hva slags pålegg pasienten ønsker på maten. Hvis pasienten opplever det vanskelig å finne de rette ordene, kan det føre til at pasienten ikke vil prøve å velge. Pasienten kan da overlate valget til sykepleieren og ende opp med noe som han egentlig ikke hadde lyst på. Det kan føre til at pasienten spiser mindre enn hvis han fikk uttrykke ønsket sitt. Hvis sykepleieren ikke har kunnskaper om hvordan Alzheimers sykdom kan påvirke språkevnene vil hun kanskje bare tro at pasienten ikke har noen preferanser. En mulighet i denne situasjonen er at sykepleieren nevner noen forslag for å hjelpe pasienten når han ikke klarer å huske navn på pålegg. Det kan være lettere for pasienten å svare hvis han først hører navn på pålegg og slipper å lete fram ordene selv. En annen mulighet er å la pasienten peke på pålegget som han ønsker. Ved å inkludere pasienten i dagliglivets valg kan han oppleve å ha innflytelse over livet sitt og få et styrket selvfølelse. Når det er sagt er det likevel ikke alltid hensiktsmessig å gi pasienten flere valgmuligheter. Hvis pasienten blir forvirret eller frustrert ved for mange valg, må det tas hensyn til og vurderes av sykepleieren. Målet er alltid å tilpasse kommunikasjonen til pasienten og situasjonen (Rokstad & Smebye, 2008).

6.5 “Jeg er her forsatt”

Alle har rett til å velge hvordan de vil leve livet sitt og bli respektert for det. Selv om en pasient har Alzheimers sykdom, betyr det ikke automatisk at han mister retten eller evnen til å ta egne avgjørelser (Fjørtoft, 2012). Pasienter med Alzheimers sykdom har spesielt behov for at sykepleieren ivaretar selvbestemmelsen og integriteten deres (Eide & Eide, 2007). Likevel hender det at de avskrives som inkompetente på grunn av de kognitive vanskene som sykdommen medbringer (Rokstad, 2014).

I studiet til Fetherstonhaugh med flere (2012) kommer det fram hvor viktig det er for pasienter med Alzheimers sykdom å være med å ta beslutninger som gjelder deres eget liv. Når pasientene ble inkludert følte de seg anerkjente som verdifulle individer. Da opplevde de at «jeg er her fortsatt» og identiteten ble styrket (Fetherstonhaugh et al., 2012, s. 149). På den andre siden erkjente pasientene at de trengte støtte og tilrettelegging til å ta bestemmelser. Hjemmesykepleieren må finne en balanse mellom å ta valgene for pasienten, og være en hjelper som gir subtil støtte og inkluderer pasienten i avgjørelser (Fetherstonhaugh et al., 2012). Til og med små beslutninger kan ha stor betydning for pasienten. Bare det å kunne velge når han vil spise kan bidra til at pasienten føler seg anerkjent og sett. Dette er noe hjemmesykepleien kan ta hensyn til i planleggingen av helsehjelpen. Det forutsetter at sykepleieren er villig til å ta tiden til å få fram pasientens ønsker og prøver aktivt å finne måter som hun kan støtte pasientens identitet.

Matvanene til pasienten kan være en stor del av identiteten og det kan by på problemer når sykepleieren skal komme inn og prøve å endre kostholdet. Pasienten kan føle at han må endre på en del av seg selv som han kanskje ikke ser behovet for å endre (Helsedirektoratet, 2012). Når pasienten har Alzheimers sykdom er tap av identitet en faktor som allerede er sårbar. Rokstad og Smebye (2008, s. 72) omtaler dette som ”kampen for å holde på seg selv”. Det kan hende pasienten er motvillig til å tilpasse kosten for å gjøre den mer energitett eller næringsrik. Da må sykepleieren prøve å finne en løsning som kan være i tråd med pasientens ønsker. Det kan vise seg at pasienten alltid pleide å spise loff med syltetøy på jobb. Å gi opp denne vanen kan gi opplevelsen av å miste en liten forbindelse som pasienten har til det livet som han hadde før. I dette tilfellet hadde det kanskje vært bedre å la pasienten beholde loffskiven og heller berike de andre måltidene (Rokstad & Smebye, 2008).

Vi har opplevd at måten vi går fram på er avgjørende for hvordan pasienten responderer på helsehjelp. Vi hadde en opplevelse i hjemmesykepleien hos ei eldre dame med Alzheimers sykdom som nylig hadde fått vedtak om hjemmesykepleie. Det hadde blitt observert at hun var i ernæringsmessig risiko og det var fattet mistanke om lite matinntak. Hjemmesykepleien skulle tilby pasienten hjelp i matsituasjoner. En gang på et kveldsbesøk sier vedkommende fra hjemmesykepleien: «trenger du hjelp med maten?» Dette trigget pasienten og hun ble sint og irritert. Hun tok tak i armen til vedkommende og dro henne ut av huset, smelte igjen døra og låste. En slik situasjon blir uverdigg for både pasienten og sykepleieren. For å unngå situasjoner som nevnt i eksemplet ovenfor må sykepleieren være bevisst på hvordan hun går fram. Det som er grunnleggende og ofte undervurdert, er å samarbeide med pasienten

(Fjørtoft, 2012). 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. Etersom 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.

I møte med pasienter med Alzheimers sykdom kan det oppleves at de kommer med usanne utsagn. Dette er et av symptomene ved demenslidelser ifølge Rokstad & Smebye (2008). For eksempel kan en sykepleier som skal følge opp ernæringen til en pasient, få feil svar når hun spør om han har spist. Dette er ikke bevisst og pasienten tror kanskje han allerede har spist. Her må sykepleieren prøve å samarbeide med pasienten for å finne en løsning der pasienten spiser regelmessig uten å overkjøres. Sykepleieren må respektere pasienten i sine valg, men respekt handler også om å gripe inn i situasjoner når det er nødvendig (Koskenniemi et al., 2014). Hvis ikke sykepleieren griper inn i slike situasjoner kan det risikeres at pasienten blir underernært.

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

I forskningen til både Aagaard og Grøndahl (2013) og til Rognstad med flere (2013) vises det at det trengs en forbedring innen hjemmesykepleiens rutiner for kartlegging og oppfølging av ernæringsstatus. Begge studiene underbygger viktigheten av å oppdage ernæringsmessig risiko slik at tiltak kan iverksettes før underernæring oppstår.

I følge den oppsummerte forskningen til Prince med flere (2014) er kostveiledning, naturlig beriket mat og ernæringsprodukter tiltak som bør iverksettes hos pasienter i risiko for underernæring. Aagaard og Grøndahl (2013) skriver også om kostveiledning og hvordan det bør være en viktig del av ernæringsarbeidet i hjemmesykepleien. Dette gjelder spesielt pasienter som fortsatt ordner noe av maten selv. Hvis de skal klare å velge et riktig kosthold er det en fordel hvis de får veiledning. Likevel vises det at det sjeldent eller aldri blir gitt kostveiledning til pasienter. Både ledere og helsepersonell i hjemmesykepleien opplyste at manglende tid og kunnskaper var store hinder (Aagaard & Grøndahl, 2013). Hos pasienter i ernæringsmessig risiko er det viktig at sykepleieren klarer å formidle informasjon og veiledning til pasienten. Det kan være noe enkelt som å oppmuntre pasienten til å spise mer protein. For eksempel hvis pasienten er glad i egg kan det foreslås å spise et egg hver dag. Sykepleieren må uansett være bevisst på måten informasjonen blir formidlet på for å gjøre det mest mulig forståelig for en pasient med Alzheimers sykdom. Ved at sykepleieren snakker tydelig og i korte, presise setninger kan det bidra til at beskjeden blir lettere mottatt. Det er også viktig at informasjonen som gis kommer i riktig kontekst og at pasienten ikke blir fortalt for mye om gangen. Sykepleieren må sørge for at informasjonen som er gitt er forstått av pasienten ved å sjekke responsen. Det må observeres om pasienten mistet oppmerksomhet underveis, om pasienten ser forvirret ut eller om han svarer bekreftende

(Rokstad, 2014). 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.

Det varierer fra pasient til pasient hvordan de liker å ha måltidsituasjonen. Vi har opplevd pasienter som spiser den tilkjørte middagen direkte fra plastbeholderen. Noen kan føle at dette er lettvinnt for å slippe oppvask, men andre kan oppleve det som uverdigg. Hvordan middagen er servert kan ha betydning for pasientens matlyst. Det var nylig en artikkel i nettavisen til NRK hvordan fargen på tallerkener kan øke matlysten hos pasienter med demenslidelser. De foreløpige resultatene fra forskningen viste at hvite tallerkener skapte minst matlyst og at tallerkener med en farget kant var best (Norsk rikskringkasting [NRK], 2016). Helsedirektoratet anbefaler også å bruke kontrast i pådekking av bord og servering av mat til pasienter med Alzheimers sykdom (Helsedirektoratet, 2012). Det finnes gode anbefalinger og retningslinjer på tilrettelegging av matsituasjonen. Likevel viser forskningen til Aagaard og Grøndahl (2013) at det mangler prosedyrer på å dekke bord i hjemmesykepleien. Det blir opp til den enkelte å avgjøre hvordan det skal gjøres. Det kan føre til at pasienten ikke får maten presentert på en måte som fremmer matlyst.

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 vekttaap. Hos en pasient i ernæringsmessig risiko kan det være nok til at pasienten utvikler underernæring.

I forskningen til Aagaard og Grøndahl (2013) kommer det fram at helsepersonellet i hjemmesykepleien opplyser at manglende tid er et stort hinder i å møte pasientens behov for ernæring. Når en pasient har behov for mer bistand i matsituasjoner, er det viktig at dette dokumenteres. Sykepleieren må følge opp endringer og eventuelt fatte vedtak slik at det legges inn mer tid til å følge opp pasienten. Dette sikrer at pasienten får nødvendig helsehjelp uten at det går på bekostning av andre pasienter. Det er spesielt viktig å dokumentere sykepleie til pasienter med Alzheimers sykdom da dette er en progredierende sykdom. Gjennom et godt samarbeid mellom den som fatter vedtak og den som utfører helsehjelpen vil dette sikre oppfølging av pasientens behov (Fjørtoft, 2012). Ved hjelp av god dokumentasjon kan det hjelpe sykepleieren til å jobbe forebyggende i hjemmesykepleien.

Selv om en kostplan inneholder riktig mengde med væske og kalorier, vil den ikke ha maksimum effekt hvis den ikke er i tråd med pasientens verdier og ønsker (Helsedirektoratet, 2013). Hva som pasienten verdsetter vil variere fra person til person og sykepleieren må bli kjent med pasienten for å avdekke forskjellene. Aagaard og Grøndahl (2013) skriver at selskap under et måltid kan være en viktig verdi og øke matinntaket hos pasienter. For de som er aleneboende kan dette være en utfordring og det er ikke ofte at hjemmesykepleien sitter sammen med pasienter under måltider. Et tiltak kan være å kjøre pasienten til et eldrecenter der han kan spise i lag med andre i lignende situasjon. På en annen side må det også tas hensyn til at noen pasienter heller vil ha ro og være alene til måltider (Aagaard & Grøndahl, 2013). Hvis sykepleieren ikke forsøker å legge til rette for pasientens vaner og ønsker, kan det føre til uheldige situasjoner. En pasient som ønsker fellesskap kan ende opp med å føle seg ensom hvis det ikke blir tilrettelagt for sosialt samvær. I motsetning kan en pasient som ønsker å være alene føle seg invadert hvis det ikke tas hensyn til. Begge situasjoner kan tenkes å påvirke pasientens inntak av mat på en negativ måte. Hummelvoll (2014) skriver hvordan det kreves tid og tålmodighet å avdekke individuelle behov hos pasienter med Alzheimers sykdom. For å klare å tilpasse ernæringstiltak på et individuelt nivå trenger sykepleieren å utøve personsentrert omsorg. I følge Rokstad (2014) er relasjonen et hovedelement i personsentrert omsorg. Det er gjennom fellesskap at sykepleieren blir kjent med hvem pasienten er som et unikt individ og det er dette som er selve grunnlaget for å gi god omsorg og behandling (Rokstad, 2014).

7. Konklusjon

For å forebygge underernæring hos pasienter med Alzheimers sykdom er det nødvendig å identifisere ernæringsmessig risiko og iverksette tiltak. Helsedirektoratet (2013) anbefaler blant annet energiberiket og tilpasset kost samt tilrettelegging av matsituasjonen. Gjennom oppgaven har vi belyst fordelene med å bygge en relasjon for å kunne hjelpe pasienten på best mulig måte. Når sykepleieren kjenner pasienten vil hun lettere kunne oppdage endringer i pasientens ernæringstilstand. Det er først når en fellesforståelse er oppnådd mellom sykepleier og pasient, at tiltakene blir i tråd med pasientens individuelle ønsker og behov. En forutsetning for et godt sykepleie-pasient-fellesskap er mellommenneskelig kontinuitet. I hjemmesykepleien er dette en utfordring, men ikke en umulighet. Det kreves engasjement, tålmodighet og kunnskaper hos sykepleieren. Forebygging av underernæring hos pasienter med Alzheimers sykdom er trolig en utfordring som sykepleiere vil fortsette å møte i tiden fremover. Vi håper det vil bli større fokus på viktigheten av relasjonsbygging i hjemmesykepleien for å oppnå en god ernæringspraksis.

Litteraturliste

*Aagaard, H. & Grøndahl, V., A. (2013). *Mat og måltider i hjemmesykepleien: Undersøkelse utført for Helsedirektoratet*. Høgskolen i Østfold (Rapport 4, 2013). Lokalisert på <http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/147833/Hefte%204-2013.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling konfliktløsning, etikk* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Fetherstonhaugh, D., Tariza, L. & Nay, R. (2012). Being central to decision making means I am still here!: The essence of decision making for people with dementia. *Journal of Aging Studies*, 27(2), 143-150. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaging.2012.12.007>

Fjørtoft, A.-K. (2012). *Hjemmesykepleie: ansvar, utfordringer og muligheter* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

*Gjevjon, E. R., Eika, K. H., Romøren, T. I. & Landmark, B. F. (2014). Measuring interpersonal continuity in high-frequency home healthcare services. *Journal of Advanced Nursing*, 70(3), 553-563. <http://dx.doi.org/10.1111/jan.12214>

Haugseth, T. M., Brendjord, A. & Kjøs, B. Ø. (2014) *Funksjonsinndelte arbeidslag I hjemmebasert omsorg – innovasjon i praksis*. (Utviklingscenter for hjemmetjenester i Hedmark) Lokalisert på <http://www.utviklingscenter.no/getfile.php/2871657.1875.fuepeetttf/Funksjonsinndelte+arbeidslag+-+rapport+2014.pdf>

Helsedirektoratet. (2012). *Kosthåndboken: Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*. Lokalisert på <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/51/Kosthaandboken-IS-1972.pdf>

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

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/916/Nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-undererning-IS-1580.pdf>

*Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Demensplan 2020: Et mer demensvennlig samfunn*. Lokalisert på

<https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan2020.pdf>

*Helse- og omsorgstjenesteloven, LOV-2011-06-24-30. (2015).

Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64. (2015).

Hummelvoll, J. K. (2014). *Helt – ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Kirkevold, M., Ranhoff, A.H., Brodtkorb, K. (2014). *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (2.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

*Koskenniemi, J., Leino-Kilpi H. & Suhonen R. (2014). Manifestation of respect in the care of older patients in long-term care settings. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(2), 288-296. <http://dx.doi.org/10.1111/scs.12162>

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A. (Red.). (2012a). *Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar: Bind 1. Grunnleggende sykepleie*. (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N., J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A. (Red.). (2012b). *Grunnleggende behov: Bind 2. Grunnleggende sykepleie*. (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, FOR-2003-06-27-792. (2003).

Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende helsearbeid: I teori og praksis* (3.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Lokalisert på https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

*Norsk Sykepleierforbund. (2013). *Det bør du vite om faglig forsvarlighet*. Lokalisert på https://www.nsf.no/Content/1161840/3%20utgave%20faglig_forsvarlighet.pdf

Norsk rikskringkasting. (2016). *Tallerkenen gir demente større matlyst*. Lokalisert på <http://www.nrk.no/rogaland/tallerkenfargen-far-demente-til-a-spise-mer-1.12750460>

Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. (2015).

*Prince, M., Albanese, E., Guerchet, M. & Prina, M. (2014). *Nutrition and dementia: A review of available research*. Alzheimer's Disease International. Lokalisert på <http://www.alz.co.uk/sites/default/files/pdfs/nutrition-and-dementia.pdf>

*Rokstad, A. M. M. (2014). *Se hvem jeg er: Personsentrert omsorg ved demens*. Oslo: Universitetsforlaget.

Rokstad, A. M. M. & Smebye K., L (Red.). (2008). *Personer med demens: møte og samhandling*. Oslo: Akribe.

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

*Statistisk Sentralbyrå. (2015). *Kommunale helse- og omsorgstjenester 2014: Statistikk om tjenester og tjenestemottakere*. Lokalisert på <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/attachment/242516?ts=150606744c0>

*Tønnessen, S., Nortvedt, P. & Førde, R. (2011). Rationing home-based nursing care – professional ethical implications. *Nursing Ethics*, 18(3), 386-396. <http://dx.doi.org/10.1177/0969733011398099>

*Verdighetsgarantiforskriften, FOR-2010-11-12-1426.

Vedlegg nr. 1

|| kunnskapssenteret

Fagprosedyrer

PICO-skjema

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?		Er det aktuelt med søk i Lovdata etter lover og forskrifter?	
<input type="checkbox"/> Diagnose <input type="checkbox"/> Etiologi <input checked="" type="checkbox"/> Erfaringer <input type="checkbox"/> Prognose <input checked="" type="checkbox"/> Effekt av tiltak		<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
P Beskriv hvilke pasienter det dreier seg om, evt. hva som er problemet:	I Beskriv intervensjon (tiltak) eller eksposisjon (hva de utsettes for):	C Skal tiltaket sammenlignes (comparison) med et annet tiltak? Beskriv det andre tiltaket:	O Beskriv hvilke(t) utfall (outcome) du vil oppnå eller unngå:
Hjemmeboende pasienter med demenslidelse som er i risiko for å utvikle underernæring.	Forebyggende arbeid fra hjemmesykepleien		Underernæring unngås og pasientens autonomi blir ivarettatt og respektert

<p style="text-align: center;">P</p> <p style="text-align: center;">Noter engelske søkeord for pasientgruppe/problem</p>	<p style="text-align: center;">I</p> <p style="text-align: center;">Noter engelske søkeord for intervensjon/eksposisjon</p>	<p style="text-align: center;">C</p> <p style="text-align: center;">Noter engelske søkeord for evt. sammenligning</p>	<p style="text-align: center;">O</p> <p style="text-align: center;">Noter engelske søkeord for utfall</p>
<p style="text-align: center;">Dementia</p> <p style="text-align: center;">Alzheimer disease</p> <p style="text-align: center;">Independent living</p>	<p style="text-align: center;">Home care services</p> <p style="text-align: center;">Communication</p> <p style="text-align: center;">Trust</p> <p style="text-align: center;">Nurse-patient relations</p> <p style="text-align: center;">Health care quality assurance</p>		<p style="text-align: center;">Undernutrition</p> <p style="text-align: center;">Nutritional deficiency</p> <p style="text-align: center;">Malnutrition</p> <p style="text-align: center;">Preventative health services</p> <p style="text-align: center;">Personal autonomy</p>

