

Profesjonshøgskolen

Sykepleie og helsefag

Bacheloroppgave i sykepleie

SY 180H 000

Våren 2009

Kull 2006 Høst

TEMA

Eldre og ernæring

Kandidatnummer 5

Antall ord: 10 080

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	4
1.1 Bakgrunn for valg av tema	4
1.2 Presentasjon av problemstilling	4
1.3 Avgrensninger og presisering av problemstilling	4
1.4 Hensikt.....	5
1.5 Oppgavens disposisjon	5
2.0 Valg av metode.....	6
2.1 Forskningsetikk	8
2.2 Metodekritikk	9
3.0 Teoretisk referanseramme	11
3.1 Valg av sykepleieperspektiv.....	11
3.2 Eldre og ernæring	13
3.3 Underernæring	14
3.4 Aldersdemens	16
3.5 Hjemmesykepleie	18
4.0 Drøftingsdel	20
4.1 Betydningen av kontinuitet.....	20
4.1.1 Primærsykepleie	20
4.1.2 Å bli kjent og bygge opp tillit.....	21
4.1.3 Å fange opp pasientens behov	22
4.2 Dokumentasjon.....	24
4.3 Sykepleiernes kunnskaper om ernæring og demens.....	28
4.3.1 Kunnskaper om demens.....	28
4.3.2 Kunnskaper om ernæring.....	30
5.0 Avslutning	32
6.0 Litteraturliste.....	33

Vedlegg:

Vedlegg 1: Intervjuguide med og uten hjelpespørsmål

Vedlegg 2: Søknad om tillatelse for innhenting av data

Vedlegg 3: Informasjonsskriv/ samtykkeformular til informant

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har valgt temaet eldre og ernæring fordi jeg er veldig opptatt av og interessert i ernæring generelt. Etter å ha vært i praksis og jobbet i hjemmetjenesten ser jeg at det er flere hjemmeboende eldre som sliter med å få i seg nok og "rett" mat. Jeg er derfor blitt opptatt av og engasjert i hva man kan gjøre for å forebygge at pasienter i hjemmetjenesten får problemer og sykdommer som er knyttet til inntaket av mat og drikke. Jeg er spesielt opptatt av mennesker med demens fordi de etter hvert i sitt sykdomsforløp blir så uendelig avhengig av at vi som helsepersonell gjør en god og tilfredsstillende jobb, for at de skal få dekket sine grunnleggende behov.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Jeg ønsker å kartlegge og undersøke hvordan jeg som sykepleier kan forebygge at pasienter med aldersdemens i hjemmetjenesten blir underernærte. Min problemstilling ble dermed som følgende:

"Hvordan forebygge at pasienter med aldersdemens i hjemmetjenesten blir underernært?"

1.3 Avgrensinger og presisering av problemstilling

Jeg har valgt å begrense meg til pasienter som er moderat rammet av aldersdemens, hvor de fremdeles er i stand til å bo hjemme, men er avhengig av hjelp fra hjemmetjenesten for å få dekt de fleste grunnleggende behov.

Jeg har også valgt å avgrense oppgaven til hvordan man kan forebygge underernæring, og velger bort å skrive om hvordan man kan behandle underernæring. Med begrepet forebygging menes det tiltak som hindrer, hemmer eller reduserer sykdom, skade eller komplikasjoner av sykdom eller skade (Fjørtoft 2006:187). Altså tiltak som hindrer underernæring i denne sammenheng. I tillegg har jeg også begrenset oppgaven til de pasienter som har et lite nettverk, med få venner og pårørende, og hvor hjemmesykepleien ofte utgjør den daglige kontakten de har med andre mennesker.

Jeg velger å avgrense meg til hvilken betydning kontinuitet i pleien, dokumentasjon og sykepleierens kunnskaper om demens og ernæring har i forhold til å forebygge underernæring. Dette grunnet oppgavens begrensede omfang.

Jeg velger å bruke ordet pasient gjennom hele oppgaven, til tross for at ordet «bruker» er utbredt i hjemmetjenesten. Jeg har ikke begrenset meg til et bestemt kjønn, så ved bruk av ordet pasient omfatter dette både kvinnelige og mannlige pasienter.

1.4 Hensikt

Hensikten med oppgaven er å skape en forståelse for hvorfor pasienter med aldersdemens i hjemmetjenesten blir underernærte og hvordan man kan forebygge dette. Jeg ønsker ved å jobbe med denne oppgaven å tilegne meg gode kunnskaper som jeg kan sette ut i praksis når jeg om ikke lenge kommer ut i arbeid som autorisert sykepleier

1.5 Oppgavens disposisjon

Videre i oppgaven følger metodekapitlet hvor jeg redegjør og begrunner mitt metodevalg, og hvor jeg også har med en vitenskapsteoretisk redegjørelse. I dette kapitlet går jeg også inn på forskningsetikk og hvordan jeg gikk frem når jeg søkte om intervju, og også hvordan jeg samlet inn data, hvilke etiske overveielser jeg har gjort og metodekritikk.

Dernest følger teorikapitlet. Her redegjør jeg for min valgte sykepleieteori. I dette kapitlet har jeg også med teori om aldersdemens, ernæring til eldre, underernæring og dokumentasjon.

I drøftingsdelen har jeg valgt å reflektere rundt hvilken betydning kontinuitet i pleien, dokumentasjon og sykepleieres kunnskaper om ernæring og demens, har for å forebygge underernæring.

Til slutt følger en avslutning hvor jeg presenterer de viktigste punktene fra drøftingen.

2.0 Valg av metode

For å samle inn data valgte jeg å gjennomføre et intervju med en sykepleier som har videreutdanning innen demensomsorg og som jobber i hjemmesykepleien. Et intervju er en kvalitativ metode hvor man ønsker å komme nært innpå informanten og man prøver å avdekke informantens oppfatninger, meninger, motiver og tenkemåte, i motsetning til kvantitativ metode som holder en distanse til forskningsobjektene og baserer seg på det som kan måles, som f. eks ved en spørreundersøkelse (Aadland 2004). Jeg valgte denne metoden fordi jeg mente at en sykepleier med erfaring og kompetanse innen omsorg til hjemmeboende eldre med demens, ville kunne komme med gode innspill og bidra med nye perspektiver i forhold til problemstillingen min. Jeg ønsket å komme i nærkontakt med feltet og høre meninger, erfaringer og refleksjoner fra en fagperson som til daglig jobber med det jeg tar opp i min oppgave. Dette ville jeg ikke klare å få fram med en kvantitativ metode.

En kvalitativ metode bygger på vitenskapsteoriene fenomenologi og hermeneutikk og disse to teoriene ligger dermed til grunn i mitt arbeid med oppgaven.

Fenomenologi kan defineres som læren av det som kommer til syne og viser seg.

Fenomenologien er opptatt av at vi ikke ser verden slik den *egentlig* er, men at vi møter og ser omgivelsene rundt oss med vår egen subjektive oppfatning og forforståelse; våre forutinntatte meninger og holdninger (Aadland 2004). Mennesker vil dermed ha ulikt syn og forståelse på omgivelsene og fenomenene rundt oss. I mitt intervju håper jeg at min informant vil gi meg et bilde av hvordan hun subjektivt opplever fenomenet underernæring hos pasienter med aldersdemens, og ulike aspekter rundt dette fenomenet.

I hermeneutikken handler det om å tolke og forstå ulike fenomener og bevisstgjøringen av denne prosessen. I hermeneutikken benytter man seg av noe som kalles den hermeneutiske spiral, hvor man hele tiden skifter mellom å se på enkeltdelene og helheten i et fenomen (Aadland 2004). Jeg føler at jeg under arbeidet med denne oppgaven har benyttet meg av denne tilnæringsmåten; ved å studere litteratur, foreta intervju og bruke mine egne erfaringer eller forforståelse, har jeg gjennom hele oppgaveforløpet kontinuerlig gjort nye tolkninger og sett fenomenet fra ulike perspektiver, og dermed stadig fått en ny forståelse for fenomenet.

Da jeg skulle ta fatt på denne oppgaven, begynte jeg med å samle inn og kartlegge relevant litteratur ved hjelp av BIBSYS, hvor jeg brukte søkeord som «eldre», «demens», «ernæring», «underernæring» og «forebygging». I BIBSYS har jeg også funnet flere trykte og utgitte studier, på samme søkeord. For å finne annen aktuell forskningslitteratur brukte jeg databasen CINAHL med søkeordene: «older», «dementia», «home health care», «undernutrition» og «prevent», i ulike kombinasjoner. Én av studiene fikk jeg også tilsendt på mail fra SINTEF.

Samtidig som jeg utførte denne litteraturkartleggingen utarbeidet jeg en prosjektbeskrivelse. I denne prosjektbeskrivelsen måtte jeg presentere problemstilling med presisering og avgrensning, hvilken metode jeg skulle benytte meg av, hvordan jeg skulle gå frem med denne metoden, begrunne valg av sykleieteoretiker, samt presentere forskningslitteratur. Prosjektplanen fungerte for meg som et verktøy for å avgrense og avklare hva jeg egentlig ønsket å finne ut og oppnå med oppgaven min.

Da jeg hadde avtalt tid for intervjuet, gikk jeg i gang med utarbeidelsen av intervjuguiden (vedlegg 1). Intervjuguiden skal fungere mer som en huskeliste for intervjueren, enn et spørreskjema (Aadland 2004). Da jeg utarbeidet intervjuguiden satt jeg først opp noen få, åpne spørsmål som hver omfavnet temaer som jeg anså som viktige for min problemstilling. Under disse hovedtemaene utarbeidet jeg mer spesifikke hjelpespørsmål som fungerte mer som en huskeliste over ulike undertemaer som jeg ønsket å ta opp under intervjuet.

Jeg hadde før intervjuet valgt å utføre det som et halvstrukturert intervju. Dette innebærer at intervjuet foregår som en samtale, hvor intervjueren i større eller mindre grad styrer temaet i samtalen (Aadland 2004). Et slikt halvstrukturert intervju fører til at informanten kan gjengi sine tanker så korrekt og upåvirket som mulig (Aadland 2004).

Intervjuet forgikk på informantens kontor, og det var rolig og uten forstyrrelser; gode forhold for et intervju (Dalland 2006). Vi innledet intervjuet med å snakke om litt «løst og fast» og etter en liten stund, da det falt seg naturlig, tok jeg opp det første tema. Informanten var tydelig forberedt til intervjuet og hadde med seg notater og intervjuguiden, som jeg på forhånd hadde gitt henne. Under intervjuet lot jeg informanten snakke fritt om temaet og jeg stilte oppfølgingsspørsmål og innledet til nye temaer der det følte naturlig. På denne måten følte jeg at vi fikk en god dialog. Under intervjuet observerte jeg også informantens kroppsspråk. «*Kroppsspråket kan være med på å understreke eller svekke et utsagn. Det er viktig å finne måter å fange opp også slike signaler*» (Dalland 2006:149). For å få frie hender

til å observere og notere under intervjuet valgte jeg å benytte meg av båndopptaker. På denne måten hadde jeg også større mulighet til å få med meg alle nyanser og detaljer i samtalen når jeg skulle bearbeide og analysere intervjuet.

Etter intervjuet transkriberte jeg lydopptaket. Deretter leste jeg igjennom intervjuet et par ganger, for så å dele det inn i ulike temaer. Som hjelpemiddel til dette brukte jeg intervjuguiden som en mal og sorterte innholdet i intervjuet etter disse temaene. Det dukket også opp noen nye temaer som jeg da føyde til. Etter dette så jeg på innholdet under hvert tema og prøvde å se det i lys av problemstillingen (Dalland 2006). Jeg valgte så ut hvilke temaer jeg ønsket å belyse for å kunne svare på problemstillingen min (Dalland 2006).

2.1 Forskningsetikk

Når jeg opprettet kontakt med feltet hvor min informant jobbet sendte jeg først en søknad om tillatelse til innhenting av data til lederen på arbeidsplassen (vedlegg 2). Her presenterer jeg min problemstilling og hensikt med oppgaven, og jeg skrev at jeg ønsket å intervju en sykepleier med videreutdanning innen demensomsorg.

Etter at jeg hadde fått innvilget min søknad om intervju, kontaktet jeg informanten min per telefon. Jeg informerte henne da muntlig om oppgaven min, hvorfor jeg ønsker dette intervjuet og avtalte dato og sted for intervjuet. Samtidig sendte jeg henne et skriftlig samtykkeformular og informasjonsskriv om prosjektet mitt (vedlegg 3). Jeg valgte også å sende med intervjuguiden, slik at informanten min hadde mulighet til å møte forberedt.

I informasjonsskrivet/samtykkeformularet informerte jeg om ulike viktige opplysninger som angikk prosjektet. Jeg opplyste om min hensikt med intervjuet, og hva målet og hensikten med selve oppgaven er. Jeg opplyste videre om at jeg har lovpålagt taushetsplikt, samt om hvordan jeg kom til å ivareta hennes anonymitet; i oppgaven har jeg anonymisert alt som ble sagt i intervjuet, slik at det ikke blir gjenkjennelig hvor informanten jobber og hvem informanten er. I tillegg har jeg sørget for at det er kun jeg som har hatt tilgang til rådataen, og sørget for at ingen data har kommet på avveie. Dette er viktig for at informanten skal kunne føle seg trygg på at det er kun forskeren som vet hvem de er, og at jeg som forsker på denne måten vil kunne få mest mulig korrekt data fra informanten (Slettebø 2008). Jeg spurte også

om tillatelse for bruk av lydbånd, og informerte samtidig om at både transkripsjonen av intervjuet og lydbåndet som intervjuet er tatt opp på ville bli slettet etter endt prosjektarbeid.

En annen viktig opplysning jeg hadde med i informasjonsskrivet/samtykkeformularet var informasjon om at deltakelse var helt frivillig, og at informanten kunne trekke seg når som helst i forløpet uten at det fikk noen konsekvenser. Nederst på skrivet hadde jeg et punkt hvor informanten skrev under på at hun samtykket til å delta og at hun hadde mottatt informasjon om prosjektet. Jeg så et slikt informert, frivillig samtykke som en trygghet både for meg selv og informanten, i tilfelle det skulle oppstå tvil eller uenighet.

I oppgaven har jeg anonymisert informanten min slik at det ikke skal være gjenkjennelig hvem informanten er og hvor hun jobber. Transkripsjonen og lydbåndet blir slettet etter endt prosjektperiode. Jeg har også anonymisert vedlegget om tillatelse for innhenting av data og alle praksiseksempler som jeg har tatt med i drøftingskapittelet.

I tillegg hadde jeg i forbindelse med datainnsamlingen meldeplikt til Personvernombudet for forskning. Meldingen ble sendt inn ved hjelp av et elektronisk søknadsskjema, hvor man måtte oppgi ulike opplysninger om prosjektet. Sammen med denne meldingen la jeg også ved prosjektbeskrivelsen, samtykkeformularet/infoskrivet og intervjuguiden.

2.2 Metodekritikk

Det jeg føler står sentralt i min metodekritikk er at jeg fra før har liten erfaring med intervju. Ved kvalitative intervju er det viktig å komme med gode oppfølgingsspørsmål for at informanten skal kunne gi en best mulig dekkende beskrivelse (Dalland 2006). Til tross for at jeg forberedte meg godt, bl.a. ved å utforme hjelpespørsmål, tenker jeg at jeg kanskje kunne fått frem flere nyanser og beskrivelser fra informanten dersom jeg hadde hatt litt mer erfaring og var trygg i intervjusituasjonen.

Når det gjelder litteraturen har jeg forsøkt å få en god oversikt over den litteraturen som er relevant for min problemstilling. Jeg føler at jeg til en viss grad har oppnådd dette, spesielt når det gjelder det som finnes av norsk litteratur. Men på grunn av den begrensede tiden og det store omfanget av litteratur, er det allikevel en mulighet for jeg ikke har fått med meg alt av litteratur og forskning som er aktuell for min problemstilling.

Jeg har vært kritisk til mitt valg av litteratur og har tilstrebet å først og fremst bruke primærlitteratur. Jeg har sett på hvem som har skrevet litteraturen, hvem den er rettet mot og hvordan denne litteraturen kunne besvare og belyse min problemstilling. Da jeg leste forskningsartiklene var jeg nøye med å granske hvor seriøs forskningen var; om artikkelen inneholdt metodevalg med begrunnelse, presentasjon av funn og drøfting av hva disse funnene fortalte.

Ingen av forskningsartiklene har direkte tatt for seg forebygging, men jeg synes allikevel de har kunnet belyse min problemstilling godt. En av forskningsartiklene er forholdsvis gammel (Rugås 1997), men jeg har ikke funnet nyere artikler som tar for seg samme tema. På grunn av at det er flere år siden denne forskningen er utført, kan det tenkes at funnene ikke er like gyldige i dag.

3.0 Teoretisk referanseramme

Under dette teorikapittelet har jeg først valgt å presentere min valgte sykepleieteoretiker. Deretter har jeg valgt å ha litt teori om eldre og ernæring, dette for å skape en forståelse for hva som skjer med kroppen når man eldes og hvordan behovene endres.

Siden begrepet «underernæring» står så sentralt i min problemstilling mener jeg det er viktig at man får en forforståelse på dette temaet før drøfting. Jeg velger derfor å skrive litt om underernæring; hva det innebærer og konsekvensene. Etter dette har jeg med en del teori om aldersdemens, dette for å få et innblikk og forståelse av sykdommen og hvordan den utvikler seg. Til sist beskriver jeg litt om hva det innebærer å jobbe i hjemmesykepleien og hvilke utfordringer man møter i denne jobben.

3.1 Valg av sykepleieperspektiv

Jeg har valgt å ta utgangspunkt i Virginia Hendersons (1897-1996) teori om sykepleie. Henderson er kjent for sin sykepleiedefinisjon og sine grunnprinsipper og var en av de første som forsøkte å beskrive sykepleierens særegne funksjon.

Tyngden i Hendersons sykepleietenkning ligger i beskrivelsen av sykepleierens ansvarsområde og hun definerer sykepleierens funksjon slik (Henderson 1998:45):

Sykepleierens enestående funksjon er å hjelpe mennesket, enten det er sykt eller friskt, til å utføre de handlinger som bidrar til helse eller gjenvinning av helse (eller til en fredfull død), som dette mennesket ville ha utført uten hjelp hvis det hadde hatt den nødvendige styrke, vilje eller kunnskap til det. Hennes funksjon er å gjøre dette på en måte som hjelper han til å bli selvstendig så raskt som mulig.

Henderson er opptatt av ivaretagelse av menneskets grunnleggende behov og hun har formulert 14 punkter med gjøremål som dekker ulike grunnleggende behov. Et av disse punktene er å spise og drikke tilstrekkelig. Sykepleieren skal, hvis det er behov for, enten hjelpe pasienten med disse gjøremålene eller tilrettelegge slik at pasienten kan utføre det selv. Vi som sykepleiere skal hjelpe enkeltmennesket til å så raskt som mulig gjenvinne selvstendighet til å ivareta sine grunnleggende menneskelige behov. Der det ikke er mulig er målet å hjelpe pasienten å ivareta de grunnleggende behovene (Henderson 1998). Med dette

kan vi forstå at sykepleie er en komplementerende prosess, hvor sykepleieren er en slags utfyllende del av pasienten og komplementerer der pasienten selv ikke klarer å fylle sine grunnleggende behov. Hun er i Kristoffersen (2005:36) sitert slik; «...sykepleieren bør identifisere det personen mangler og tjene som en erstatning for å kunne gjøre han «komplett», «hel» og «uavhengig, beregnet ut fra hans fysiske styrke, vilje eller kunnskap for å oppnå god helse».

Henderson (1998) betegner disse ovennevnte punktene som grunnleggende sykepleieprinsipper. Hun er svært opptatt av at disse behovene oppleves ulikt og skal ivaretas forskjellig fra person til person, og at ivaretagelsen av grunnleggende behov er avhengig av menneskets ressurser (Henderson 1998). I denne sammenhengen snakker Henderson (1997) om livsmønstre. Hun mener det er viktig å vite at alle mennesker har visse felles grunnbehov, men at det er like viktig å forstå at disse behovene kan bli tilfredstilt på uendelig mange måter. Hver og en danner sitt eget livsmønster, og som kjennetegnes ved den måten man ivaretar sine grunnleggende behov på (Kristoffersen 2005). Henderson sier at; «Ikke to livsmønstre er helt like» (Henderson 1997:14). Hun sier videre at sykepleierens grunnleggende ansvar og plikter først og fremst er å hjelpe den syke med hans daglige livsmønstre (Henderson 1997).

Henderson er også opptatt av at den enkelte pasient har krav på individualisert pleie og omsorg, samt at man, som nevnt, skal ta utgangspunkt i at ethvert menneske har ulike behov. Men for å kunne forholde seg til disse behovene må sykepleieren skaffe seg kjennskap til pasientens livsverden, hvordan han opplever sine behov og hva som skal til for å tilfredsstille de. Hun mener dette vil være vanskelig og krevende, men helt avgjørende at man som sykepleier skaffer seg en slik forståelse (Kristoffersen 2005).

Men Henderson (1998) sier også at det å sette seg inn i et annet menneskes situasjon alltid er en vanskelig prosess, og den lykkes bare delvis. Hun mener at uansett hvor hardt en sykepleier prøver, vil hun aldri klare å fullt ut tolke og tilgodese alle de ønskene et annet menneske måtte ha for å føle fullkommen velvære (Henderson 1997). Spesielt vanskelig kan dette være når man jobber med pasienter som er rammet av demens, da de kan ha vanskelig for å formidle sine behov og gi uttrykk for hva som er viktig for at de skal ha det bra.

Aldersdemens har en progressiv utvikling og er irreversibel. Å gjenvinne selvstendighet til å kunne dekke sine grunnleggende behov selv hos en pasient med aldersdemens er derfor

dessverre ganske urealistisk. I følge Hendersons tenkning blir målet da å hjelpe pasienten til å ivareta disse behovene. Og det er nemlig dette jeg ønsker å få fram i min oppgave; hva vi som sykepleiere kan gjøre for å ivareta pasientens behov for mat og drikke.

3.2 Eldre og ernæring

De fleste eldre beholder evnen til å spise og glede seg over maten langt inn i alderdommen, men normale aldersforandringer, funksjonssvikt og sykdom kan hver for seg eller sammen begrense den gamles evne og lyst til å spise tilstrekkelig og riktig sammensatt kost (Brodtkorb 2008).

Tilstrekkelig tilførsel av mat og drikke er et grunnleggende fysiologisk behov som reguleres av sult- og metthetsfølelsen. I tillegg virker psykologiske og sosiale forhold inn. Vi har i varierende grad god eller dårlig matlyst og forbinder dessuten ofte måltider med sosialt samvær med andre mennesker. Sykdom og eller medisinsk behandling kan påvirke matinntak og ernæringstilstand i negativ retning, mens funksjonssvikt kan redusere evnen til å tilfredsstille ernæringsbehovet. Manglende samsvar mellom næringsbehov og næringsinntak kan derfor ha ulike og sammensatte årsaker hos eldre mennesker (Brodtkorb 2008:254-255).

Ernæringsstatus og helse henger nøye sammen. Det å opprettholde en god ernæringsstatus hos eldre er et viktig forebyggende arbeid, og god ernæringsstatus bidrar til å beskytte kroppen mot sykdom, fremme vekst og utvikling og å opprettholde god helse og daglige aktiviteter (Brodtkorb 2008). «Vurdering av den enkelte pasients ernæringsbehov bør være like selvfølgelig som vurdering av medisiner og annen behandling. Å ha omsorg for pasienten betyr at vi må sørge for at pasienten får i seg tilstrekkelig av nødvendige næringsstoffer» (Blix og Breivik 2006:202).

Når man blir eldre skjer det en rekke fysiologiske forandringer i kroppen. Basalstoffskiftet blir lavere hos de fleste og fører til at man får et lavere energibehov. Til tross for at energibehovet reduseres vil man fremdeles ha et like stort behov for de essensielle næringsstoffene. Det vil si at den maten eldre spiser helst skal ha høyere næringsstetthet enn maten til en voksen person. Dette kan være utfordrende å få dette til når pasienten generelt har svært lavt energiinntak fra før (Sortland 2007).

Ved aldring reduseres også smakssansen, noe som kan resultere i mindre matglede og dårligere matlyst. Mange eldre opplever også at de ikke tåler enkelte matvarer lenger på grunn av reduksjon i sekresjonen av fordøyelsesvæsker fra mage og tynntarm, som fører til langsommere og ufullstendig fordøyelse (Sjøen 2005). Obstipasjon er også et problem som oppstår hos mange eldre, og som kan påvirke matlysten. Obstipasjon kan oppstå på grunn av inaktiv livsstil, fiberfattig kost, redusert produksjon av slim i tykktarmen og at muskulaturen i tarmveggen erstattes med bindevev (Sjøen 2005).

Leverens evne til å korrigere blodsukkeret endres også. Dette skyldes at leverens evne til å lagre glykogen reduseres. Dette medfører at eldre i større grad må regulere blodsukkeret selv, ved hjelp av regelmessige måltider og unngå for høyt inntak av såkalt «raske» karbohydrater (Sjøen 2005).

3.3 Underernæring

Med underernæring forstår vi en tilstand hvor næringstilførselen til kroppen er mindre enn næringsbehovet. For lav tilførsel av energigivende næringsstoffer viser seg ved redusert muskelmasse og mindre fettlagre. Kroppen bruker sine reserverlagre av glykogen, proteiner og fett for å få energi til livsnødvendige prosesser, og på denne måten nedbrytes eget vev (Blix og Breivik 2006:215).

Det er flere årsaker til at det kan oppstå underernæring, og det kan ofte oppstå som et samspill mellom psykososiale, biologiske og medisinske faktorer (Mowé 2005:212). «Både aldringen i seg selv, pasientens eventuelle sykdom og forhold som ensomhet og isolasjon spiller inn. Dette fører til to hovedårsaker til underernæring: for lite næringsinntak eller et økt næringsbehov» (Mowé 2005:212).

Redusert matlyst kan være én årsak og kan blant annet skyldes hormonelle forandringer på grunn av aldring, da en rekke hormoner virker inn på samspillet mellom matlyst og metthetsfølelse (Mowé 2005:212). Infeksjoner, betennelser og redusert smaks- og luktesans er også noen av årsakene til redusert matlyst (Mowé 2005:212).

Når man blir eldre kan man oppleve å bli mett på mindre volum mat og at det i tillegg tar lengre tid før en blir sulten. Dette skyldes endringer i signalene til hjernen, og årsaken til at

det tar lengre tid før en blir sulten er at det går lengre tid før det går signaler til hjernen om at man er sulten (Mowé 2005:212).

Svelgbesvær, munntørrehet og tannstatus kan også føre til redusert matinntak, og medikamentbruk kan også føre til at en opplever at maten smaker mindre (Mowé 2005).

Ensomhet og isolasjon er også andre årsaker til redusert næringsinntak. Det samme kan sykdommer som depresjon og demens føre til, enten det skyldes at man mister lysten på mat eller manglende matforståelse (Mowé 2005).

En svensk studie utført i 2004 viser faktisk at omtrent halvparten av hjemmeboende eldre som mottok offentlige omsorgstjenester var under- eller feilernærte, eller i fare for å bli det (Saletti m.fl. 2005). Konsekvensene av underernæring er mange og svært omfattende. Underernæring kan føre til både fysiske og mentale problemer. Underernæring kan gi økt infeksjonsfare, redusert sårtilheling, nedsatt muskelkraft og økt mortalitet. Det kan også føre til mentale endringer, slapphet, mistriivsel og generell nedsatt livskvalitet. Underernæring kan også føre til store økonomiske konsekvenser for de ulike instansene i form av økt pleietyngde, og dermed økt bruk av ressurser (Sjøen 2005). I tillegg vil underernæring hos eldre i høyere grad medføre tap av muskelmasse enn hos yngre, og det er også vanskeligere å korrigere underernæringen hos eldre (Mowé 2002).

Med mindre underernæringen har kommet veldig langt, kan det være vanskelig å se med det blotte øye at en person er underernært (Sjøen 2005). Det å regne ut pasientens kroppsmasseindex (KMI) er et viktig redskap for å kontrollere endringer i pasientens vekt. *«Kroppsmasseindeks gir total kroppsvikt relatert til høyde, og avdekker forandringer i både fettmasse, muskelmasse og kroppsvann.»* (Mowé 2002:815). KMI regnes ut ved å dele vekten med høyden opphøyd i andre, og forteller oss dermed om forholdet mellom høyde og vekt. En KMI på 20-25 regnes som normalvekt, men i følge Fiatarone m.fl. (sitert i Brodtkorb 2008:257) antas verdier mellom 24 og 27 å være gunstige hos eldre utenfor institusjon. Dette fordi eldre har høyere prosentvis andel av fettvev på kroppen, og mindre andel av vekten utgjøres av beinbygningen hos yngre. Men til tross for KMI er et lite nyansert mål, er det kanskje allikevel den viktigste metoden for å vurdere pasienten ernæringsstatus (Brodtkorb 2008:256).

3.4 Aldersdemens

Aldersdemens er en fellesbetegnelse som innebefatter alle demenssykdommer som oppstår i høy alder og som er irreversible og progressive (Engedal og Haugen 2006). Man kan grovt dele symptomene ved demens inn i tre grupper; kognitive symptomer, adferdsmessige symptomer og motoriske symptomer. Hvilke symptomer man opplever avhenger av type demens og utviklingen av demenssykdommen (Engedal og Haugen 2006).

De *kognitive symptomene* er omfattende og vil i stor grad påvirke pasientens hverdag. Et av de kognitive symptomene er sviktende oppmerksomhet, som viser seg ved at man får redusert evne til å skille mellom viktige og mindre viktige stimuli. Man vil da miste evnen både til å rette oppmerksomheten mot én ting over tid, og å rette oppmerksomheten mot flere ting på samme tid. Dette fører til at prestasjonsevnen svekkes i forhold til problemløsning og hukommelse (Engedal og Haugen 2006).

Et annet kognitivt symptom og som er et viktig og velkjent kjennetegn for demens, er svikt i hukommelsen. Hukommelsessvikt ved demens kan påvirke både kortidshukommelsen og langtidshukommelsen og medfører alvorlige konsekvenser for den demensrammede og påvirker i stor grad evnen til å fungere «normalt» i dagliglivet, i og med at vi bruker hukommelsen i så og si alt vi gjør hver eneste dag (Engedal og Haugen 2006)!

Men det er ikke bare evnen til å huske bak i tid som kan reduseres ved demens; det å huske prospektivt kan nemlig også rammes. Prospektiv hukommelse innebærer at en holder fast ved et mål i fremtiden, samtidig som man er bevisst på hvilke elementer det er nødvendig å huske underveis for å nå målet (Engedal og Haugen 2006). Det å tenke prospektivt omfatter egentlig det meste av det vi foretar oss, for eksempel det å planlegge daglig innkjøp eller planlegge et selskap, eller for eksempel bare det å skulle hente seg et glass vann på kjøkkenet, og når man kommer dit har man glemt hva det var man skulle hente.

Handlingssvikt er også et kognitivt symptom, og oppstår ofte tidlig i demensutviklingen. Det er da ofte evnen til å sette forskjellige handlinger sammen til et helhetlig resultat som svikter. Ved aldersdemens har sannsynligvis disse problemene en sammenheng mellom svikt i sanseoppfatningen og hukommelsen, og den demensrammede kan da blant annet oppleve redusert romsans og klarer derfor ikke å se sammenhenger mellom ulike gjenstander i rommet

(Engedal og Haugen 2006). Han vil dermed kunne ha problemer med å gjøre så enkle ting som å ta seg mat eller dekke på et bord.

Andre kognitive symptomer kan være språkproblemer, redusert forståelse av tid og rom, reduserte intellektuelle evner og agnosi. «*Agnosi er manglende evne til å gjenkjenne eller identifisere objekter til tross for intakt sensorisk funksjon*» (Engedal og Haugen 2006:42). Vanligst hos demensrammede er hørsels- og synsagnosi, men også agnosi i forhold til lukt og smak forekommer (Engedal og Haugen 2006). Sistnevnte kan føre til nedsatt glede og interesse for mat og føre til ernæringsproblemer.

Depresjon er et *adferdsmessig symptom* som opptrer hyppig innenfor flere demenstyper. Depresjonen er betinget av både psykologiske og biologiske faktorer. «*Sviktende evne til å mestre og tilpasse seg tap er den sentrale utløsende årsaken, men også endringer mellom ulike signalsubstanser i hjernen spiller en rolle*» (Engedal og Haugen 2006:45). Angst er også ofte fremtredende ved demens. Dette kan skyldes manglende evne til å ha oversikt over sin egen situasjon, sviktende evne til å ta vare på seg selv og å forstå sin egen fremtid kan være årsaker til dette (Engedal og Haugen 2006).

Man kan ved alle demenssykdommer oppleve vrangforestillinger, illusjoner og hallusinasjoner. Man kan også oppleve personlighetsendringer i større eller mindre grad; dette kan blant annet skyldes hjerneskader på grunn av demenssykdommen eller på grunn av at pasienten har mistet sin dømmekraft og evnen til å se sammenhenger (Engedal og Haugen 2006).

Ved demens kan man også se at pasienter blir apatiske og interesseløse. En del mister også interessen for mat. Men man kan også oppleve stikk motsatt; at pasienten blir svært motorisk urolig og rastløs. Andre adferdsmessige symptomer som kan ses er irritabilitet, aggressivitet, repeterende handlinger, roping og endret døgnrytme.

Man ser ikke så mange *motoriske symptomer* ved demens, men manglende evne til å koordinere kan av og til være fremtredende. Dette ses oftest ved langt kommet Alzheimers og vaskulær demens (Engedal og Haugen 2006). Inkontinens er også et motorisk symptom som ses etter hvert som sykdommen utvikler seg (Engedal og Haugen 2006).

Som nevnt tidligere begrenser jeg meg til pasienter som er moderat rammet av demens; dette kan også kalles dekompeniseringsfasen i utviklingen av demens. Dekompeniseringsfasen er

den andre fasen i utviklingen av demens og innebærer at pasientens mestringssevne blir nedsatt, man mister grepet på tilværelsen og evnen til å orientere seg, og blir lett forvirret. Svekket språkevne og hukommelsessvikt kan også forekomme hos noen. Synshallusinasjoner og uforståelig atferd kan også ses i denne fasen (Engedal og Haugen 2006). I denne dekompenseringsfasen vil ikke pasienten lenger kunne ivareta sitt behov for mat og drikke fullt ut, og det er nødvendig med hjelp fra hjemmetjenesten.

3.5 Hjemmesykepleie

Hjemmesykepleie er et tilbud om pleie og omsorg til hjemmeboende når sykdom, svekket helse, alderdom eller livssituasjon gjør at de trenger hjelp i kortere eller lengre tid. Det er ingen begrensning knyttet til alder eller sykdom, men det er et tilbud til alle som har et behov for nødvendig helsehjelp hjemme. Hjemmesykepleie er en generell og omfattende tjeneste med helsefremmende, forebyggende, behandlende, rehabiliterende og lindrende funksjoner (Fjørtoft 2006:15).

Hjemmesykepleie står i dag mye mer sentralt i helsetjenestetilbudet enn tidligere, og det skyldes flere ulike faktorer. Kortere liggetid på sykehus, flere eldre bor lengre hjemme nå enn før, stadig flere bor alene uten familie i umiddelbar nærhet og utvikling av avansert medisinsk teknologi og tekniske hjelpemidler som kan brukes hjemme, er noen av disse faktorene. En annen viktig faktor er også at pasientene har fått flere lovfestede rettigheter gjennom pasientrettighetsloven (1999) og kommunehelsetjenesteloven (1982), hvor det slås fast at man må imøtekomme den enkelte brukers individuelle behov, og at tjenestene skal tilby valgfrihet og fleksible løsninger og at det også stilles større krav til kvaliteten på helsetjenestene (Fjørtoft 2006:20).

I hjemmesykepleien tildeles pasientene hjelp etter vedtak. Ved søknad om hjemmesykepleie blir det gjort et vurderingsbesøk, hvor man kartlegger søkerens behov for hjelp og vurderer om søkeren har rett på hjemmesykepleie ut fra gjeldende lovverk og kriterier (Haug, Engelund, Aarheim 2004). Et vedtak fastslår hva pasienten skal få hjelp til og omentrent hvor lang tid som er avsatt til denne hjelpen hver gang. Mange kommuner organiserer nå etter den såkalte bestiller/utfører-modellen. Med dette menes det at de som tildeler tjenester, ikke skal være de samme som utfører de (Fjørtoft 2006). Dette skal føre til en riktigere

behovsvurdering, ved at det faglige perspektivet skal veie tyngst, uten at man trenger å ta hensyn til ressursmessige spørsmål vedrørende driften (Fjørtoft 2006:163).

I hjemmetjenesten har man et mangfoldig arbeidsfelt, hvor pasientene, som nevnt, ikke er avgrenset verken i forhold til alder eller sykdom (Fjørtoft 2006). *«Dette medfører stor variasjon i hjemmesykepleiens brukere og aktuelle problemstillinger»* (Fjørtoft 2006:20). Man får dermed et bredt spekter av oppgaver som skal utføres. Det forebyggende arbeidet bør stå sentralt i dette arbeidet; *«Vi må hele tiden arbeide for å forebygge ytterligere helse- og funksjonssvikt. Det forebyggende perspektivet må være med i alt arbeid i hjemmesykepleien»* (Fjørtoft 2006:187).

Ved å jobbe i hjemmesykepleien har man en helt annerledes arbeidshverdag enn man for eksempel har når man jobber på et sykehus; i det man trår over dørstokken til pasientens hjem, krysses plutselig grensen mellom det private og det offentlige (Solheim 2004). *«Å arbeide i hjemmesykepleien innebærer en annerledes yrkesrolle for sykepleieren»* (Fjørtoft 2006:37). Man kommer som sykepleier i hjemmetjenesten svært tett innpå menneskers personlige territorium og arenaen for omsorgen er den andres hjem (Fjørtoft 2006). *«Et hjem er så mye mer enn et hus med vegger og tak. Det er en bolig som er skapt av mennesker, og som danner rammen om livet deres»* (Fjørtoft 2006:26). Respekt, ydmykhet og ivaretaking av hjemmets kvaliteter er avgjørende, og det er svært viktig å ha kjennskap til hjemmets betydning og hva det innebærer for relasjonen til den vi skal hjelpe (Fjørtoft 2006).

4.0 Drøftingsdel

Jeg ser at for å kartlegge årsakene og finne ut hvordan man forebygger underernæring har følgende punkter betydning: dokumentasjon, kommunikasjon, tidspress, det at det er mange forskjellige pleiere innom hver uke, måltidet som målrettet aktivitet, nettverk og pleiernes kunnskaper om ernæring og demens. Jeg velger her å holde mest fokus på betydningen av dokumentasjon, kontinuitet i pleien og sykepleieres kunnskaper om ernæring og demens, i forebyggingen av underernæring.

4.1 Betydningen av kontinuitet

Et tema som min informant stadig kom tilbake til i samtalen i intervjuet, var betydningen av kontinuitet i pleien. Hun fortalte at;

Hvis man har stabilitet og kontinuitet, så er det lettere å få ting til. Man kan på en måte ta opp tråden der man slapp dagen før. Man vet lettere hva man skal se etter, hva man skal gjøre, og man vet at hos akkurat den pasienten kan det vært lurt å gå fram på den måten for å slippe til.

Hun mente videre at kontinuitet hadde betydning i forhold til å fange opp og kartlegge problemer hos pasienten, kommunikasjon og også oppfølging av igangsatte tiltak. Også det å bygge opp tillit var et tema som gikk igjen gjennom intervjuet. Informanten nevnte flere ganger gjennom intervjuet at hun anså det å bygge opp tillit som veldig viktig og at dette er tidkrevende prosess. Min informant var også opptatt av primærsykepleie, og mente at dette var svært viktig, spesielt hos pasienter med demens. Hun mente at primærsykepleie har stor betydning med tanke på å bli godt kjent med pasienten, bygge opp tillit, oppfølging av tiltak og også forebygging.

4.1.1 Primærsykepleie

Primærsykepleie innebærer at et begrenset antall personer blant personalet har hovedansvaret for omsorgen og kontakten med den enkelte pasient. Primærsykepleie gir muligheter for å ivareta kontinuitet, stabilitet og individuell pasientomsorg. Når pasientene opplever at det er de samme menneskene som omgir dem til daglig, utvikler de en større trygghet (NOU 1996:5).

Det er faktisk slik at i følge kvalitetsforskriftene bør brukerne ha færrest mulig tjenesteytere å forholde seg til. Og det bør være en person som er ansvarlig for å koordinere tjenesten til den enkelte brukeren. *«Et minimumskrav bør være at det opprettes en ordning med primærkontakt for hjemmeboende personer med demens som mottar tjenester fra hjemmetjenesten»* (Eek og Nygård 2006:34).

I en studie utført av blant 24 kommuner over hele Norge i 2006, kartla man grad av demens, funksjonsnivå og hjelpebehov. Målet med studien var å rette søkelyset mot den offentlige hjelp som personer med demens får i eget hjem, og også hvordan hjelpen gis (Lystrup, Lillesveen, Nygård, Engedal 2006). Studien viser at pasientene i gjennomsnitt måtte forholde seg til åtte hjelpere i gjennomsnitt per uke, og at det faktisk var betydelig flere hjelpere hos pasienter som hadde alvorlig grad av demens. Dette til tross for at pasienter med alvorlig grad av demens ikke har evnen til å gjenkjenne, noe som kan føre til utrygghet og sannsynligvis føre til økt mistenksomhet hos pasienten (Lystrup m.fl. 2006).

I Fjørtoft (2006:75) blir det beskrevet slik; *«Hjemmesykepleieren må legge til rette for at det stadig ikke kommer nye pleiere, noe som kan forvirre og uroe unødig. Mennesker med demens har behov for forutsigbarhet ved at det er faste og kjente personer som kommer til dem»*. Og *«etter hvert som demenssykdommen utvikler seg, blir pasienten sårbar overfor innviklede situasjoner. Slike situasjoner kan være for store miljøer, for mange omsorgspersoner eller fare for overstimulering»* (Dale 2004:166).

4.1.2 Å bli kjent og bygge opp tillit

Når man jobber med mennesker med demens er det svært viktig å bli kjent med pasienten. Henderson snakker om å komme under huden på pasienten; å bli kjent med han, forstå han og prøve å sette seg inn i hans situasjon. Hun mener at dette krever «et lyttende øre», konstant observasjon og tolkning av ikke-verbal atferd. Hun mener også at dette krever en stor selvinnsikt hos sykepleieren; hun må vedkjenne seg de følelsene som hindrer henne i konsentrere seg om pasientens behov, og som hindrer henne i å oppfylle disse behovene (Henderson 1998).

Ved mangel på kontinuitet reduseres nettopp denne muligheten til å bli kjent med pasienten. Kommer man for eksempel innom en demensrammet pasient bare noen få ganger over en tid,

vil han kanskje ha problemer med å gjenkjenne en. Man vil dermed nesten være nødt til å starte helt på nytt med pasienten; bygge opp tillit og på denne måten få litt og litt mer innsikt i pasientens hverdag. Det er også viktig å tenke på at, inntil man blir kjent med hverandre, er man faktisk en fremmed i pasientens hjem; man er på pasientens territorium; «*Heimen er vårt eige territorium der vi kan bestemme mykje sjølve og vise vårt private ansikt.*» (Solheim 2004:89).

Ved mangel på tillit vil man redusere muligheten til å oppnå en god kontakt og en god relasjon til pasienten. Tillit kan være viktig for å i det hele tatt slippe til hos pasienten og for å få lov til å hjelpe til. Dette understreket min informant under intervjuet. I en kvalitativ studie som tok for seg erfaringer med tjenesteyting til personer med demens som bor hjemme, blir dette beskrevet slik;

Etter hvert ser tjenesteyterne i mitt datamateriale at ensomhet og behovet for sosial stimulering, veiledning i forhold til tid, person og relasjoner ofte er vel så viktig for personen med demens, og mange ganger også en forutsetning for å få slippe til ovenfor de mer praktiske oppgavene. De sier også at dette i særlig grad gjelder de som bor alene og som ikke har nære pårørende i nærheten (Witsø 2007:50).

Det sier seg nesten selv at dette kan gå ut over det forebyggende ernæringsarbeidet. Slipper man ikke til hos pasienten, blir det igjen vanskelig å kunne gjennomføre ulike tiltak som kan forebygge underernæring. Kanskje nekter pasienten for eksempel å veies, eller kanskje han ikke tar i mot hjelp til å ordne i stand måltider.

4.1.3 Å fange opp pasientens behov

Det kan ved mangel på kontinuitet være vanskelig å fange opp hva pasienten trenger hjelp med. Min informant sa under intervjuet; «*Når pasienten har fått hjemmesykepleie så er det jo ofte at det tar tid før vi blir godt kjent, og før vi greier å fange opp de problemer han har. Dette med kosthold og ernæring og. Og noen ganger er vi ganske sjelden inne, slik at vi ikke greier å se om de spiser godt.*» Hun sa også; «*Hvis det blir dårlig kontinuitet, og veldig mange forskjellige kommer inn, så blir det vanskelig å greie å fange opp de her tingene. Og det blir vanskeligere å følge opp kosthold.*»

Ved dårlig kontinuitet kan det være svært mange forskjellige pleiere som kommer innom i løpet av en uke. Kanskje er en stor del av disse ekstravakter og ufaglærte som er dårlig kjent, og som har det travelt og er stresset. Kanskje kjenner de ikke pasienten så godt, og hjelper han bare med det absolutt nødvendige, for så å si; *«jeg må dessverre bare fly videre, men nå har jeg nå kokt kaffe, skjært opp brød og satt frem pålegg, så da kan du jo ordne deg ei skive og spise litt frokost? Vi får heller ta igjen praten en annen dag!»*. I dette tilfellet kunne det kanskje tenkes at pasienten ikke var i stand til å smøre på ei brødiskive til tross for at alt lå til rette for det. Pleieren kjente kanskje ikke pasienten godt nok og gikk ut i fra at når hun hadde lagt alt så godt til rette, kunne pasienten lett ordne seg litt mat selv. Er det derimot noen faste pleiere som går til denne pasienten, vil de ha mer kjennskap til hans ressurser og på hvilke områder han trenger hjelp. De vil også klare å komme mer innpå pasienten og se en større helhet i de behovene han har, som for eksempel mer hjelp i forhold til oppfølging av ernæring.

Tidspress er et kjent fenomen innen hjemmesykepleie og er en faktor som kan innvirke på kontinuiteten i pleien. *«Tid er en avgjørende faktor for å kunne sørge for god omsorg som er tilpasset den enkelte bruker»* (Fjørtoft 2006:167). Min informant mente at tidspress kunne påvirke både kommunikasjonen og muligheten til å skape tillit. Jeg tror selv også at tidspress kan påvirke sykepleierens evne til å «se» pasienten, og hans behov og ønsker. I teorien skal vedtak fungere slik at man har en tildelt tid å forholde seg til hos hver pasient, og at man på denne måten skal kunne rekke over et visst antall pasienter i løpet av arbeidsdagen. Men ofte opplever man at denne tildelte tiden overskrides. Dette kan skyldes at pasienten ofte har behov for mer hjelp enn det vedtaket faktisk tilsier, for eksempel til praktiske gjøremål, eller at han rett og slett har behov for mer sosial kontakt.

Mange små forsinkelser fører til at det blir knapt med tid til de pasientene som skal ha hjelp senere på formiddagen. Kanskje får de ikke mer enn den absolutt nødvendige hjelp fordi sykepleieren har det så travelt og henger etter. Så hvordan skal man egentlig klare å løse dette og bevare kontinuiteten best mulig? Et nøkkelpunkt, og som jeg tror er særdeles viktig, er at man endrer vedtak i takt med pasientens behov. I følge Fjørtoft (2006) må sykepleieren bruke sine faglige kunnskaper til å vurdere behovene fortløpende. Et eksempel kan være en pasient som i utgangspunktet har vedtak om oppvarming av middag. Kanskje er det satt av 10 minutter til dette. Denne pasienten utvikler over tid et ernæringsproblem og har behov for at det sitter noen sammen med han under hele måltidet, for at han i det hele tatt skal få i seg

middagen. Dette medfører at sykepleierens besøk hos denne pasienten faktisk tar over en halv time. Jeg mener at det i slike situasjoner er viktig at man får dokumentert hvor lang tid man faktisk bruker og at man melder i fra om at pasienten har behov for mer oppfølging i forhold til ernæring enn tidligere. På dette grunnlaget kan det fattes et nytt vedtak og det vil bli avsatt lengre tid til dette besøket.

Dette viser hvor viktig det er å bli kjent med pasienten, skape tillit og dermed få en innsikt i hans livsverden. Og ikke minst ha tid til å kunne gjøre dette! Men etter hvert i sykdomsforløpet kan det være vanskelig for demensrammede å gi uttrykk for nettopp hvordan de har det, hvilke behov de har, hva som skal til for å fylle disse behovene. God kommunikasjon er et stikkord her. Det å etablere kontakt med en demensrammet pasient og forstå hva han prøver å formidle med sin adferd og sine utsagn er ikke lett. Det krever både kunnskap om pasientens sykdom, evne til å leve seg inn i pasientens situasjon og beherskelse av et nyansert register av kommunikasjonsstrategier (Eide & Eide 2001). En pleier som har vært mye hos denne pasienten og som kjenner pasienten godt, vil ha en bedre forutsetning for å forstå hva pasienten prøver å ytre, enn det en ekstravakt som bare har vært et par ganger hos pasienten har.

4.2 Dokumentasjon

Et av de viktigste verktøyene for å sikre kvalitet og kontinuitet i hjemmesykepleien er dokumentasjon (Fjørtoft 2006). Min informant mente at det er viktig *«at man bruker dokumentasjonen aktivt og at man greier å beskrive når man har gjort ei kartlegging; hva er problemet, og beskriver det i dokumentasjonen. Og videre greie å bruke de planene man har laget»*.

Hun sa også;

...det er jo også en av grunnene til at underernæring kan oppstå, at man ikke bruker dokumentasjonen godt nok, og som igjen da henger sammen med kontinuitet. Hvis det blir veldig tilfeldig hvem som skal gå til disse personene så blir det veldig vanskelig å følge opp. Og hvis dokumentasjonen i tillegg er for dårlig blir det enda verre.

Dokumentasjon i hjemmesykepleien kan være utfordrende. Man har mange pasienter å forholde seg til, alle med svært ulike sykdomsbilder og vidt spenn i alder. Faktorer som

manglende kontinuitet og tidspres spiller også inn. I hjemmesykepleien har man også flere typer dokumentasjon å forholde seg til; pasientopplysninger, pleieplaner, rapporter, beskjedbøker, hjemmejournaler og individuelle omsorgsplaner (Fjørtoft 2006). En oppdatert og god dokumentasjon vil i hjemmesykepleien kunne gi en bedre oversikt og nøyaktighet i en hektisk hverdag, og samtidig fremme individuell sykepleie (Fjørtoft 2006).

Sykepleiere er etter helsepersonelloven (1999) lovpålagt til å dokumentere. Manglende dokumentasjon kan få store konsekvenser for pasienter med demens, da de på grunn av kognitiv svikt ikke selv kan holde rede på sin egen situasjon og si i fra hvis noe f.eks. blir avglemt eller gjort feil. Man er da helt avhengig av at dokumentasjonsrutinene blir fulgt opp og utført tilfredsstillende. Et eksempel som viser hvor viktig det er å dokumentere kan for eksempel være hvis det slurves med regelmessig vektmåling og dokumenteringen av denne. En pasient kan dersom denne dokumentasjonen uteblir faktisk gå mye ned i vekt, og bli underernært uten at noen faktisk har lagt merke til det. I praksis opplevde jeg at den «primærpatienten» jeg hadde valgt meg ut og skulle følge opp, en dame i åttiårene som hadde demens av Alzheimers sykdom, faktisk ikke hadde blitt veid på lang tid og det viste seg at hun i mellomtiden hadde gått mye ned i vekt.

I en forskningsrapport utført av SINTEF viser det seg faktisk at det slurves med dokumentasjonen i hjemmesykepleien. Studien er en omfattende studie og er sammensatt av tre delstudier, som er utført på sykehjem og i hjemmetjenesten. Studien stiller blant annet spørsmål ved i hvilken grad sykepleiere mener at pasienter i sykehjem og brukere i hjemmetjenesten ivaretas på en kvalitetsmessig og faglig forsvarlig måte. Rapporten viser at det i hjemmetjenesten til de tre distriktene hvor undersøkelsen er gjennomført, blir påpekt at dokumentasjons- og rapporteringssystemet er for dårlig, og at dette ofte blir underprioritert i en travel hverdag (Hofseth og Norvoll 2003). Dette har jeg faktisk selv også kjent på noen ganger i min jobb som vikar i hjemmetjenesten. Man er ofte forsinket, stresset og bekymrer seg for neste pasient som må ligge så lenge i senga og vente på deg. Dokumentasjonen blir skrevet i en fei, men; hva var det egentlig man skrev? Var det tilstrekkelig og god dokumentasjon? Jeg kan faktisk føle på at man av og til må ta seg litt sammen når man skriver i hjemmejournalene. Dette tror jeg til en viss grad reflekteres i kvaliteten på dokumentasjonen i hjemmejournalene landet rundt.

Videre i studien ble rapporteringssystemet av og til beskrevet som tilfeldig og det kommer fram at det kunne gå lang tid mellom rapportene for den enkelte brukeren. (Hofseth og Norvoll 2003).

I et system som er preget av mange brukere og personell fører mangelen på rapporterings- og dokumentasjonsrutiner til at det lett kan skje informasjonssvikt. Dette kan i verste fall føre til at viktige observasjoner og tiltak ikke blir rapportert eller fulgt opp, eller at pasienter blir glemt (Hofseth og Norvoll 2003:79).

Det kan jeg til en viss grad kjenne meg igjen i fra praksis; der jeg hadde hjemmesykepleiepraksis hadde de ganske nylig tatt i bruk et nytt datasystem for dokumentering, og det var mange av personale som var usikre med hvordan de skulle bruke det eller opplevde at det stadig var feil med det. Det endte dermed med den perioden jeg var der, at det nesten ikke ble dokumentert annet enn i hjemmejournalene (Fjørtoft 2006)!

Det er som nevnt over, viktig å tenke på hva og hvordan man dokumenterer. Det er lite hjelp i å skrive at «pasienten har spist frokost». Pasienten kan da for eksempel ha spist ei lita tynn brødskeive og drukket en kopp kaffe, eller han kan ha spist ei god grovbrødskeive med kaviar og egg, og drukket et glass melk. Kontrastene er store for hva det innebærer for den enkelte å spise frokost. Selv om sykepleierne kjenner til pasienten og hans frokostvaner, er ikke dette tilstrekkelig dokumentasjon. God og tilstrekkelig dokumentasjon skal bidra til å ivareta pasientens sikkerhet og et av målene med sykepleiedokumentasjon er at all relevant informasjon skal være tilgjengelig for dem som skal ta avgjørelser om pleie og behandlingstiltak (Heggdal 2006). «Sykepleiere trenger sykepleiedokumentasjon som et internt kommunikasjonsredskap i hverdagen, som kan tjene som et bindeledd mellom alle dem som skal hjelpe pasienten» (Heggdal 2006:23).

Hva og hvordan en skal dokumentere hos den enkelte pasient i hjemmesykepleien avhenger av mange faktorer; over hvor lang tid pasienten mottar hjelp, hvilke behov han har, hvor omfattende behovene er og om behovene endrer seg, er eksempler på noen (Fjørtoft 2006). Helsepersonelloven (1999) og forskrift om pasientjournal (2000) skisserer hvordan innholdet i dokumentasjonen skal være og hvordan det skal struktureres (Solheim 2004). Men siden behovet for dokumentasjon varierer veldig fra pasient til pasient er vurderingen av hva som skal dokumenteres i høy grad avhengig av fagpersonens kompetanse og faglige skjønn (Fjørtoft 2006).

Min informant var også opptatt av at man må dokumentere i form av å kartlegge pasientens ressurser og på hvilke områder han trenger hjelp. Fjørtoft (2006:174) sier;

Det er nødvendig med en systematisk og målrettet kartlegging for å kunne vurdere hva som er behovet til den enkelte. Da må hjemmesykepleien ha kunnskap om hva som skal kartlegges, og hva slags informasjon som er relevant. Når det fattes vedtak om hva slags hjelp personen eventuelt skal få, må det være på bakgrunn av en slik kartlegging.

Kartlegging av behov er spesielt viktig for nye pasienter, men den må også være en del av den daglige oppfølgingen. Min informant påpekte at det ikke var nok å bare kartlegge, men at man også må bruke denne dokumentasjonen og nyttegjøre den. Etter mitt syn bør dokumentasjonen også brukes slik at både pleiere og pasienter kan dra nytte av den i samhandlingen dem i mellom.

En pasient med aldersdemens som mottar hjemmesykepleie vil gradvis få endrede behov, på grunn av sykdommens utvikling og progresjon. «*Det er en utfordring å forholde seg til at sykdommen stadig progredierer, og at personens behov endrer seg*» (Fjørtoft 2006:78). Det vil derfor hos demenspasienter være ekstra viktig å følge opp og bruke kartleggingen i det daglige, og jevnlig ha en slags evaluering eller vurdering i forhold til om de behovene man har kartlagt fremdeles er relevante problemer eller om pasienten har nye behov; «*det er nødvendig å ha rutiner som sikrer at dokumentasjonen blir oppdatert regelmessig, slik at gradvise endringer blir fanget opp*» (Fjørtoft 2006:190).

Veiing er også en viktig form for dokumentasjon og er enormt viktig for å forebygge underernæring. I samme SINTEF-studie som nevnt lenger opp, viste det seg at hjemmesykepleierne i studien vurderte følgende tiltak som lite tilfredsstillende ivaretatt; fysisk hjelp til å spise og drikke, drikkeliste og/eller diuresemåling, samt vektmåling. Sykepleierne oppga at tiltakene verken ble utført helt eller delvis tilfredsstillende hos de pasientene de var iverksatt for (Hofseth og Norvoll 2003). Dette setter jeg store spørsmålsteget ved. Dette er tiltak vi som studenter ved sykepleieutdanningen lærer er grunnleggende for å kunne følge opp pasientene og ivareta deres grunnleggende behov. Disse tiltakene og formålene med de, hadde vi undervisning og eksamen i allerede ved vårt første semester på sykepleierutdanningen. Dette er basiskunnskap i sykepleie! Jeg synes derfor det er svært tankevekkende at det blir avdekket at så grunnleggende og forholdsvis enkle tiltak, som helt klart ligger under sykepleiernes ansvarsområde, ikke blir tilfredsstillende utført.

I praksis har jeg, som nevnt, opplevd at veierutiner har blitt dårlig fulgt opp, og jeg har heller aldri opplevd i noen av mine praksiser at KMI har blitt regnet ut. Slurv med veiing og utregning av KMI kan føre til at en pasient kan gå ned i vekt uten at det blir oppdaget før vektendringen er drastisk, da underernæring kan utvikle seg mye før det er mulig å se det med det blotte øye (Sjøen 2005). Og med tanke på at veiing og utregning av KMI er så enkle verktøy og tiltak for å forebygge underernæring, er det utrolig unødvendig at dette er prosedyrer som slurves med. Konsekvensene for pasienten kan bli så uendelig store! Ved demens er pasienten allerede redusert, og underernæring og vektnedgang kan bli til en ekstra stor belastning for denne pasientgruppen, da underernæring kan føre til psykiske forandringer som apati og sløvhets (Blix og Breivik 2006). Dette er symptomer som allerede kan være fremtredende på grunn av demenssykdommen, og pasienten kan kanskje oppleve å bli mer redusert.

4.3 Sykepleiernes kunnskaper om ernæring og demens

En annen viktig faktor for å forebygge underernæring hos hjemmeboende pasienter med aldersdemens er tilstrekkelige kunnskaper både om demens og ernæringsfysiologi.

Min informant mente at det er viktig med rett kost til pasienter med demens og at inntak av måltider som er rett sammensatt av vitaminer og andre næringsstoffer kan ha betydning for demensutviklingen. Hun mente også at det er viktig at sykepleiere har kunnskaper om grunnleggende ernæringslære, som for eksempel kjennskap til ulike vitaminer og betydningen av variert kost, men at det kanskje er i mer spesielle tilfeller at man trenger ekstra kompetanse på ernæring. Videre mente hun at kunnskap om demens også er veldig viktig, og at man generelt burde øke kompetansen på dette området.

4.3.1 Kunnskaper om demens

Kunnskaper om demens for å forebygge underernæring er viktig for å kunne forstå pasienten og hvilke behov han har. De fleste personer med demens har vansker med å beskrive hvordan de har det, hvordan de opplever sykdommen og hvilke behov de har (Dale 2004:164).

Sykepleieren må derfor bruke sine kunnskaper og erfaringer til å prøve å forstå hvordan det er å leve med demens;

Ut fra kunnskap og erfaring vet vi en del om hvordan det kan være å leve med ulike typer sykdommer, eller funksjonshemninger. Vi vet noe om hvordan det er å bli eldre, ha psykiske lidelser eller være alvorlig syk. Videre har vi kunnskap om særlige sårbarhetsfaktorer og behov hos ulike brukergrupper. Sammen med faktakunnskaper om de ulike lidelsene er dette viktig kunnskap for å forstå brukeren (Fjørtoft 2006:180).

Når man mangler kunnskap om demens, kan det være vanskelig å forstå hva pasienten prøver å uttrykke. «Det kan være lett å avfeie dementes atferd og ytringer som uforståelige og som tegn på sykdom» (Fjørtoft 2006:74). Amstrup (siteret i Fjørtoft 2006:75) mener at det er viktig at vi må ta det personer med demens uttrykker på alvor fordi det som regel er en mening bak, til tross for at det kan virke som om pasienten bare prater «tull».

I en studie utført av SINTEF, som jeg viser til i kapittel 4.2, ble en gruppe sykepleiere gjennom en spørreundersøkelse, spurt om det hendte at pasientbehov ble uforsvarlig ivaretatt i deres tjeneste (Hofseth og Norvoll 2003). 66 % av disse svarte at uforsvarlig pasientivaretagelse forekom, men at det var sjelden. Ca. en tredjedel av denne gruppen oppga «demensproblematikk», på spørsmål om hvilke behov og oppgaver som ble uforsvarlig ivaretatt. Samme studie viser også at sykepleierne var bekymret for den økte andelen ufaglærte i hjemmesykepleien og mente at dette førte til redusert kvalitet på tjenestene (Hofseth og Norvoll 2003).

I følge Fjørtoft (2006) er det viktig at de pleierne som kommer til demensrammede er fagpersoner med kunnskaper om denne målgruppen, og som trives med de utfordringene man møter i demensomsorgen. Det er derfor et tankekors at det ofte er de minst kvalifiserte av personalet som får i oppgave å pleie og ivareta behovene til pasienter med demens. Dette har jeg selv ofte opplevd i praksis. Henderson (1997) mener at det er en dobbelt fare ved å overlate det meste av den fysiske pleie til mindre kvalifiserte pleiere. Hun mener at en pleier med mangel på kompetanse ikke er i stand til å vurdere hvilke behov pasienten har, samt at den kvalifiserte sykepleieren mister den unike muligheten man har ved pleie til å vurdere pasientens behov. Henderson (1997) mener også at det kanskje vil være vanskelig for sykepleieren å finne andre anledninger hvor hun naturlig kan vurdere pasientens behov.

4.3.2 Kunnskaper om ernæring

Det er helt grunnleggende å ha kunnskaper om ernæringsfysiologi når man jobber som helsearbeider. Ernæring er ikke et fag som man kan gjøre seg ferdig med etter endt studietid, for så å ha et teoretisk forhold til. Som sykepleiere må man kontinuerlig forholde seg til spørsmål rundt ernæring (Sjøen 2005). «*Sykepleiere er den største gruppen høgskoleutdannede helsearbeidere, og befolkningen har forventninger til at de kan gi råd om et sunt daglig kosthold, og at de kan gi veiledning om kosthold ved sykdom*» (Sjøen 2005:9). Som sykepleiere bør man kunne nok om ernæring til å føle seg trygge når man snakker med pasienter om et fornuftig kosthold og man bør ha kjennskap til følger av uheldig kosthold både på kort og lang sikt, og også kunne observere og vurdere hvilke tiltak man kan iverksette for å sett inn ernæringstiltak. Man bør også ha kjennskap om kosthold til ulike pasientgrupper og kunne samarbeide om ernæringsspørsmål med kjøkken, klinisk ernæringsfysiolog og lege (Sjøen 2005).

Det er faktisk slik at kommunene etter forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten (2003) er lovpålagt å utarbeide skriftlige prosedyrer som sørger for at mottakere av pleie- og omsorgstjenester i kommunehelsetjenesten får dekt sine grunnleggende behov. Et av disse kravene er at det skal utarbeides prosedyrer for at pasienten skal få dekt sitt fysiologiske behov som tilstrekkelig næring, variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat. Og det er vi som helsepersonell som har en plikt til å følge opp disse prosedyrene (Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene 2003).

Det å ha kunnskaper om ernæring er spesielt viktig når man jobber med pasienter med demens, da denne pasientgruppen kan få et redusert matinntak på grunn av demenssymptomene, og det blir derfor viktig at den maten de får i seg er godt næringsmessig sammensatt. Man skal selvfølgelig ikke overkjøre pasientens vaner og ønsker, men man kan for eksempel høre om pasienten ønsker litt forskjellig pålegg, litt frukt og et glass juice. Næringsdrikk er også et aktuelt tiltak, noe min informant fortalte at de med ofte godt resultat benyttet seg av til flere av deres pasienter.

Det er tidligere utført forskning på sykepleieres kunnskaper om ernæringsfysiologi. I en studie utført av Rugås (1997) blir hjemmesykepleieres kliniske ernæringskyndighet analysert. Datainnsamlingen er hovedsakelig gjort gjennom feltarbeidet, hvor forfatteren fulgte sykepleiere i hjemmetjenesten i et halvt år. I studien kommer det fram at sykepleierne mente

at de hadde utilstrekkelige ernæringsfysiologiske kunnskaper og at de mente at de hadde for liten kunnskap til å kunne gjennomføre grundige ernæringsvurderinger og gi kostråd. Sykepleierne mente at de hadde hatt for lite ernæringslære på pensum under utdanningen og de oppga at de rådene de gav pasientene, ofte var generelle kostråd som var snappet opp via media (!) (Rugås 1997:142). Dette gjør meg svært ettertenksom siden rett ernæring er så grunnleggende for å forebygge og helbrede sykdom. Dekking av væske- og ernæringsbehovet hos pasienter er et grunnleggende behov som står sentralt i sykepleiefaget, og jeg mener at det er et eget faglig ansvar å tilegne seg nødvendige kunnskaper om ernæring.

5.0 Avslutning

Skriveprosessen har alt i alt vært både spennende og givende. Jeg har fått jobbe mye med et tema jeg synes er interessant, og har lært mye om demens og hvordan de ulike problemområdene som jeg tok opp i drøftinga virket inn på forebyggingen av underernæring. Det hadde vært spennende å se på flere faktorer og hvordan de virker inn i på forebyggingen av underernæring, men på grunn av oppgavens omfang var ikke dette gjennomførbart. Kanskje dette kan være noe å tenke på for kommende sykepleierstudenter?

Etter å ha jobbet med min problemstilling har jeg sett at spesielt faktorene kontinuitet og dokumentasjon egentlig går mye hånd i hånd; hvis en av disse faktorene er redusert i kvalitet, vil det straks gå ut over kvaliteten til den andre. Uten kontinuitet kan dokumentasjonen bli dårlig utført og fulgt opp, mens ved dårlig dokumentasjon og utilstrekkelig bruk av denne, vil kontinuiteten i pleien av pasienten bli skadelidende. Samtidig er man også nødt til å sitte på de nødvendige kunnskapene, både om demens og ernæring, for å holde en tilfredsstillende kvalitet i pleien. Jeg har sett ut fra drøftinga at dersom disse tre punktene ikke sammen blir ivaretatt, vil det kunne gå ut over pasientens ernæringstilstand. Med andre ord: kunnskap, kontinuitet og dokumentasjon er tre viktige brikker i forebyggingen av underernæring hos hjemmeboende pasienter med aldersdemens!

6.0 Litteraturliste

Pensumlitteratur

Blix, E.S, Breivik, S. (2006) *Basisbok i sykepleie. Om menneskets grunnleggende behov.* Bergen: Fagbokforlaget. Kap 8.

Dalland, O. (2006) *Metode og oppgaveskriving for studenter.* Oslo: Gyldendal Akademisk

Eide, H., Eide T. (2001) *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk.* Oslo: Gyldendal Akademisk. Kap 7.

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

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (2003) *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester.* Hentet 27. april 2009 fra <http://www.lovdato.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20030627-0792.html>.

Forskrift om pasientjournal (2000) *Forskrift om pasientjournal av 21. desember 2000 nr. 1385.* Hentet 27. april 2009 fra <http://www.lovdato.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20001221-1385.html>

Heggdal, K. (2006) *Sykepleiedokumentasjon.* Oslo: Gyldendal Akademisk. Kap 1.

Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell av 2.juli 1999 nr. 64.* Hentet 27. april 2009 fra <http://www.lovdato.no/all/nl-19990702-064.html>

Henderson, V., (1998) *Sykepleiens natur. Refleksjoner etter 25 år.* Oslo: Universitetsforlaget

Kommunehelsetjenesteloven (1982) *Lov om helsetjenesten i kommunene av 19.november 1982.* Hentet 27.april fra <http://www.lovdato.no/all/nl-19821119-066.html>

Kristoffersen, N.J. (2005) *Teoretiske perspektiver på sykepleie.* I: Kristoffersen, N.J, Nordtvedt, F., Skaug, E-A. (red.) *Grunnleggende sykepleie.* Bind 4. Oslo: Gyldendal Akademisk. Kap 23.

Pasientrettighetsloven (1999) Lov om pasientrettigheter av 2.juli 1999 nr. 63. Hentet 25. mars 2009 fra <http://www.lovdatab.no/all/nl-19990702-063.html>

Sjøen, R.J, Thoresen, L. (2005) *Sykepleierens ernæringsbok*. Oslo: Gyldendal Akademisk. Innledning s. 9-15, kap 7 og 15.

Aadland, E. (2004) «Og eg ser på deg...». *Vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. Oslo: Universitetsforlaget. Kap 6.

Selvvalgt litteratur

Brodtkorb, K. (2008) Ernæring, mat og måltider. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K., Ranhoff, A-H.(red.). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk. Kap 20, 13 sider

Dale, M.J. (2004) Mennesker med aldersdemens. I: Solheim M., Aarheim K.A. (red.) *Kan eg komme inn? Verdier og val i heimesjukepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk. Kap 10, 14 sider

Eek, A., Nygård A-M. (2006) *Lysning i sikte? Tilbud til personer med demens i norske kommuner. Landsdekkende undersøkelse*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse. Kap 4, 10 sider

Engedal, K., Haugen, P.K. (2006) *Demens. Fakta og utfordringer*. Sem: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens. Kap 1 og 2, 36 sider

Haug, H.K., Engelund H., Aarheim K.J. (2004) Organisatoriske rammer og organisasjonsmodeller. I: Solheim, M., Aarheim, K.A. (red.) *Kan eg komme inn? Verdier og val i heimesjukepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk. Kap 4, 10 sider

Henderson, V. (1997) *ICN: Sykepleiens grunnprinsipper*. Oslo: Norsk sykepleierforbund. 68 sider

Hofseth, C., Norvoll, R. (2003) *Kommunehelsetjenesten—gamle og nye utfordringer. En studie av sykepleietjenesten i sykehjem og hjemmesykepleien* [Elektronisk versjon]. Oslo: SINTEF. s. 50-97, 47 sider

- Lystrup, L., Lillesveen, B., Nygård, A., Engedal, K. (2006) Omsorgstilbud til hjemmeboende personer med demens [Elektronisk versjon]. I: *Tidsskrift for Den norske Legeforening* nr.15/2006; 126:1917-1920, 4 sider
- Mowé, M. (2002) Behandling av underernæring hos eldre pasienter [Elektronisk versjon]. I: *Tidsskrift for Den norske legeforening* nr 8; 122:815-8, 4 sider
- Mowé, M. (2005) Men mat må de ha. I: Nord, R., Eilertsen G., Bjerkheim T. (red.) *Eldre i en brytningstid*. Oslo: Gyldendal Akademisk. 12 sider
- NOU 1996:5 (1996) *Plan for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkning i Norge* [Elektronisk versjon]. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.
- Rugås, L. (1997) *Mer enn mat. En fellstudie og analyse av hjemmesykepleieres kliniske ernæringskyndighet.* Hovedfagsoppgave. Oslo: Institutt for sykepleievitenskap, UiO. Kap 1 og 9, 15 sider
- Saletti, A., Johansson, L., Yifter-Lindgren, E., Wissing, U., Österberg, K., Cederholm, T. (2005) Nutritional Status and a 3-Year-Follow-Up in Elderly Receiving Support at Home [Elektronisk versjon]. I: *Gerontology* 2005;51:192-198, 7 sider
- Slettebø, Å. (2008) Forskningsetikk. I: Brinchmann B.S. (red.) *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Akademisk. Kap 12, 15 sider
- Solheim, M. (2004) Mi heim er mi borg – og hjelparen er på pasienten sin arena. I: Solheim M., Aarheim K.A. (red.) *Kan eg komme inn? Verdier og val i heimesjukepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk. Kap 7, 21 sider
- Sortland, K. (2007) *Ernæring – mer enn mat og drikke*. Bergen: Fagbokforlaget. Kap 11, 10 sider
- Witsø, A.E. (2007) «Det er noe mer enn å bare utføre det du skal». *En kvalitativ studie av erfaringer med tjenesteyting til personer med demens som bor hjemme.* Masteroppgave. Trondheim: Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap, NTNU. Kap 4, 26 sider
- Aarheim, K.A. (2004) Dokumentasjon og kvalitetssikring i heimesjukepleia. I: Solheim M., Aarheim K.A. (red.) *Kan eg komme inn? Verdier og val i heimesjukepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk. Kap 6, 10 sider

Tilsammen 322 sider egenvalgt litteratur.

Intervjuguide uten hjelpespørsmål

- 1. Hva tror du kan være årsak til at det oppstår under- eller feilernæring hos hjemmeboende pasienter med demens?**
- 2. Hva mener du er viktig for å forebygge underernæring hos pasienter med aldersdemens?**
- 3. Hvilke rutiner har dere på din arbeidsplass for å iverksette tiltak som skal forbygge underernæring?**
- 4. Tror du at bemanningssituasjonen kan ha innvirkning på kvaliteten i det forebyggende arbeidet?**

Intervjuguide med hjelpespørsmål

1. Hva tror du kan være årsak til at det oppstår under- eller feilernæring hos hjemmeboende pasienter med demens?

2. Hva mener du er viktig for å forebygge underernæring hos pasienter med aldersdemens?

Hvilken rolle mener du disse punktene har for å forebygge underernæring?

- Fokus på god kommunikasjon med pasienten
- Det å ha tid til å sette seg ned sammen med pasienten under måltidet
- Tilstrekkelig dokumentasjon
- Kunnskaper om aldersdemens og ernæringsfysiologi

3. Hvilke rutiner har dere på din arbeidsplass for å iverksette tiltak som skal forbygge underernæring?

Eksempler på tiltak:

- Hjelp til å spise og drikke
- Drikkeliste og/eller diuresemåling
- Vektmåling
- Registrering/dokumentering av matinntak

Føler du at disse tiltakene blir tilstrekkelig fulgt opp?

Hva tror du kan være årsak til at slike tiltak ikke blir fulgt opp?

Hva tenker du om konsekvensene dersom slike tiltak ikke blir fulgt opp?

4. Tror du at bemanningssituasjonen kan ha innvirkning på kvaliteten i det forebyggende arbeidet?

- Hvilken innvirkning kan f.eks stor sirkulasjon av personal ha på ernæringstilstanden til pasienten?
- Hvilke konsekvenser kan for lite personal på jobb føre til for pasienten?

HØGSKOLEN I BODØ
INSTITUTT FOR SYKEPLEIE OG HELSEFAG
TLF. 75 51 72 00 TELEFAKS 75 51 75 70



Jnr.

TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA

SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA I FORBINDELSE MED SKRIFTLIGE STUDENTARBEIDER.

Stiles til: _____
Avdeling / institusjon

Ved: _____
Navn avdelingsleder / faglig leder

Som ledd i arbeidet med

- 1.) Fordypningsoppgave x
- 2.) Deleksamen
- 3.) Semesteroppgave
- 4.) Prosjektarbeid

søker:

Student: _____

Bachelor i sykepleie: Kull: 06H Studiested: Bodø

Videreutdanning, linje: _____ Kull: _____

om tillatelse til å innhente data fra Deres praksisfelt/arbeidssted. Slik datasamling er vurdert av student og faglærer som nødvendig for gjennomføringen av nevnte eksamen/oppgave.

Undertegnede er kjent med lover og forskrifter som regulerer personvern og pasienters rettssikkerhet, forskningsetiske retningslinjer og interne retningslinjer for oppgaveskriving.

Det er ikke tillatt å gjennomføre undersøkelser der pasient eller pårørende er respondenter / intervjupersoner.

OPPLYSNINGER OM ARBEIDET:

Problemstilling og formål med undersøkelsen: _____

Problemstilling: "Hvordan forebygge at pasienter med aldersdemens i hjemmetjenesten blir underernært?"

Hensikten med oppgaven er å skape en forståelse for hvorfor pasienter med aldersdemens i hjemmetjenesten blir underernærte og hvordan man kan forebygge dette.

Metode v/ datainnsamlingen: Intervju

Respondenter / intervjupersoner: Sykepleier med videreutdanning innen demensomsorg

Hjelpemidler til bruk v / datasamlingen: Båndopptaker

NB! Evt. spørreskjema til bruk i datasamlingen er vedlagt.

Tidspunkt / Tidsrom for datasamlingen: uke 13

Ved ønske om ytterligere informasjon bes saksbehandler om å ta kontakt med undertegnede student eller faglærer.

Med hilsen

Student

Faglærer

Svar på søknaden bes gitt på vedlagte svarsjema, som sendes til student med kopi til faglærer.

Jnr.:

Dato: 26.02.2009

Til

Student: _____

Faglærer: _____

Høgskole: Høgskolen i Bodø

Adresse: _____

Postnr. / poststed: _____

SVAR PÅ SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA.

Søknad av dato _____ er behandlet dato _____ av saksbehandler / organ:

Vedtak: _____

Evt. merknader knyttet til vedtaket: _____

Underskrift

Underskrift

Forespørsel om intervju

Jeg er sisteårs sykepleiestudent som holder på med avsluttende oppgave og jeg vil med dette forespørre deg om du er villig til å delta i et intervju i forbindelse med denne oppgaven.

Problemstillingen min lyder som følger: *"Hvordan forebygge at pasienter med aldersdemens i hjemmetjenesten blir underernært?"*

Hensikten med oppgaven er å skape en forståelse for hvorfor pasienter med aldersdemens i hjemmetjenesten blir underernærte og hvordan man kan forebygge dette. Jeg ønsker et intervju med deg da jeg tror at en sykepleier med erfaring og kompetanse innen hjemmeboende eldre med demens vil kunne komme med gode innspill og bidra med nye perspektiver til oppgaven min.

Deltakelse er helt frivillig og du kan når som velge å trekke deg (før, under og etter intervjuet), uten at dette får noen konsekvenser. Intervjuet kommer til å ta ca 1 time. Jeg ønsker å benytte meg av lydbånd under intervjuet for å kunne få en mest mulig korrekt gjengivelse av intervjuet i ettertid, og forespør deg med dette om tillatelse til å ta i bruk lydbånd under intervjuet. Etter endt prosjektarbeid vil både transkripsjonen av intervjuet og lydbåndet som intervjuet er tatt opp på, bli slettet.

Under intervjuet står du fritt til å svare på de spørsmål du selv ønsker. Jeg som forsker har lovpålagt taushetsplikt og alle opplysninger kommer til å bli behandlet konfidensielt. Både rådata og bearbeidet data fra intervjuet kommer til å bli oppbevart utilgjengelig for utenforstående og det blir kun jeg og min veileder som har tilgang til disse opplysningene. I oppgaven kommer også all data fra intervjuet til å bli anonymisert, slik at verken du som person eller din arbeidsplass er gjenkjennelig.

Min veileder er høgskolelektor *NN* ved Høgskolen i Bodø, som kan treffes på telefon

Har du noen spørsmål kan du kontakte meg, *NN*, på telefonnr.

Bodø, 10.03.2009

Sykepleierstudent *NN*

Jeg har lest informasjonsskrivet og samtykker i at sykepleierstudenten kan intervju meg
vedrørende underernæring hos pasienter med aldersdemens i hjemmetjenesten.

Sted: _____ Dato: _____

Underskrift: _____