



Høgskulen  
på Vestlandet

## **EKSAMENSINNLEVERING**

---

Emnenavn: **Sjukepleie, forskning og fagutvikling - Bacheloroppgave**

Emnekode: **SYKHB3001**

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 27.04.17 kl 14.00

Kandidatnr.: 528

Antall ord: 8995

# **”Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens – hvordan kan sykepleiere bidra?”**



Bilde hentet 20.04.17 fra <http://osloernaringsomsorg.no/eldre-og-ernaeringsstatus>

Høgskulen på vestlandet, Avdeling Haugesund

Bachelorutdanning i sykepleie

Haugesund, April 2017

Kull 2014

Antall ord: 8995

## Sammendrag

**Tittel:** Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens – hvordan kan sykepleiere bidra?

**Bakgrunn:** Omtrent 50% av hjemmeboende personer med demens står i fare for å bli eller er underernærte.

**Problemstilling:** Hvordan kan sykepleiere forebygge underernæring hos hjemmeboende pasienter med en demens diagnose?

**Hensikt:** Jeg ønsket mer kunnskap om hvordan sykepleiere kan bidra til en bedre hverdag hos personer med demens, da spesielt med tanke på ernæring.

**Metode:** Litteraturstudie. Forskning og faglitteratur om underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens er anvendt i oppgaven, for å finne svar på problemstillingen.

**Funn:** Det største problemet hos sykepleiere som skal hjelpe personer med underernæring er kunnskapsnivå. Relasjonsforhold, tidspress og kartleggingsverktøy er også tiltak som må fokuseres på. Det kommer frem i oppgaven at sykepleiere ikke har nok kompetanse om ernæring, og ikke vet hvilke tiltak som skal iverksettes om personer som står i fare for å bli eller er underernærte. De vet heller ikke hvilke kartleggingsverktøy de skal bruke, og er usikre på hva de skal gjøre. Det vises videre hvor viktig det er å skape gode relasjoner og tillitt med pasientene for å gi best mulig hjelp, for eksempel i ernærings situasjoner. Tidspress er noe hjemmetjenesten preges av, noe som fører til at det blir tilbragt for liten tid hos pasienter med demens, som er en gruppe personer som er avhengig av god tid.

**Konklusjon:** Funnene relateres til at sykepleiere ikke har nok kompetanse om temaet ernæring, og at tiltak som bredere kunnskap, å bruke bedre tid hos personer med demens og det å skape gode relasjonsforhold mellom pleier og pasient må iverksettes.

## Abstract

**Title:** Malnutrition among the elderly people with dementia living at home - how can nurses help?

**Background:** Approximately 50% of people living with dementia is at risk or is malnourished.

**Research question:** How can nurses prevent malnutrition in home patients with a diagnosis of dementia?

**Purpose:** I wanted more knowledge about how nurses can contribute to a better quality of life in people with dementia, especially in terms of nutrition.

**Methods:** Literature study. Research and literature of malnutrition in the elderly people with dementia living at home are employed in the task, to find answers to the problem.

**Findings:** The biggest problem with nurses to help people with malnutrition is the level of knowledge. Relationship, time constraints, and mapping are also things that need to be focused on. It appears in the study that nurses do not have enough nutrition skills and do not know what measures should be taken if people are at risk of becoming malnourished or is malnourished. They also do not know which mapping tools to use and are unsure of what to do. It is shown how important it is to create good relationships and trust with the patients to provide the best possible help, for example in nutritional situations. Time pressure is characterized by some homecoming services, which means that it is spent too little time in patients with dementia, which is a group of people who depend on time.

**Conclusions:** The findings are related to the fact that nurses do not have enough expertise in the subject of nutrition and that measures such as broader knowledge, better use of dementia and the establishment of good relationships between the patient and the patient must be implemented.

## Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	3
Abstract .....	4
Innholdsfortegnelse .....	5
<b>1.0 Introduksjon</b> .....	<b>6</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	6
1.2 Hensikt.....	7
1.3 Problemstilling.....	7
1.4 Avgrensing.....	7
1.5 Begrepsavklaringer .....	7
1.5.1 Sykepleierens Rolle/ kompetanse.....	7
1.5.2 Forebygging .....	8
1.5.3 Underernæring: .....	8
1.5.4 Hjemmeboende: .....	9
1.5.5 Demens:.....	9
<b>2.0 Teoretisk perspektiv</b> .....	<b>10</b>
2.1 Sykepleiefaglig perspektiv .....	10
2.2 Hva er personsentrert omsorg? .....	11
2.2.1 Verdisyn – å skape en god relasjon.....	11
2.2.2 Individets betydning .....	12
<b>3.0 Metode</b> .....	<b>14</b>
3.1 Hva er metode? .....	14
3.2 Litteraturstudie som metode .....	14
3.3 Praktisk fremgangsmåte i litteratursøk .....	15
3.4 Kildekritikk.....	17
3.5 Metodekritikk.....	18
3.6 Forskningsetikk.....	18
<b>4.0 Presentasjon av artiklene</b> .....	<b>20</b>
4.1 Oppsummering av artikkel funn .....	23
<b>5.0 Drøfting</b> .....	<b>24</b>
5.1 Sykepleierens kompetanse .....	24
5.2 Relasjonsforhold.....	26
5.3 Ernæringsmessige utfordringer og risikofaktorer. ....	29
<b>6.0 Oppsummering</b> .....	<b>32</b>
<b>7.0 Referanseliste</b> .....	<b>34</b>
<b>Vedlegg</b> .....	<b>37</b>
Vedlegg 1.....	<b>37</b>
Vedlegg 2.....	<b>39</b>

# 1.0 Introduksjon

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

I følge Norsk forskning viser det at omtrent halvparten av hjemmeboende personer med demens er underernærte eller står i fare for å bli det (Rognstad, Brekke, Holm, Linberg & Luhr 2013). Det viser også igjen i nasjonale retningslinjer (2013). I USA er ca. 3% av pasienter underernærte, og 32% står i fare for å bli det (helsedirektoratet, 2013). Dette viser at underernæring er et bredt problem i hele verden.

Nye tall fra Verdens helseorganisasjon (WHO ) viser at levealderen i verden forsetter å stige, og er en økende trend (World Health Organization, 2017). Det betyr at folk lever lengre, og da kan behovene for helsehjelp også øke. Samhandlingsreformen forklarer at pasienter og brukere skal få bo lengst mulig hjemme, og få behandling der de bor. Det betyr at det blir flere syke hjemmeboende pasienter, og større utfordringer for hjemmetjenesten, da også med tanke på utfordringer innenfor ernæring (helsedirektoratet, 2013). Temaet underernæring hos eldre er dagsaktuelt, blant annet inneholdt nyttårstalen 2016 til statsminister Erna Solberg temaet underernæring blant eldre. Hun trekker frem resultatene av endringer i rutiner og arbeidsmåter som gjorde at eldre underernærte pasienter blant annet gikk opp i vekt (Skjeggstad, 2017).

Gjennom alle praksisperiodene jeg har vært gjennom har jeg erfart at underernæring blant eldre mennesker kan være et alvorlig problem. Trening, helse og ernæring er noe jeg alltid har brent for, og noe jeg jobber med uten om sykepleiestudiene. Jeg har alltid hatt fokus på rett mat og hvordan mat påvirker kroppen positivt, noe som kan være ett viktig grunnlag for videre forebygging av underernæring hos eldre. Betydningen av hvor viktig det er med kunnskap om ernæring til eldre viser igjen da eldre i dagens samfunn ikke blir tilbudt det ernæringsbehovet de trenger. Jeg har erfart at personer med demens er mest utsatt for underernæring, og dette understreker Helsedirektoratet (2013) også. På grunn av min praksis i hjemmetjenesten nå nylig, velger jeg å ha fokuset på hjemmet. Jeg observerte i min praksis i hjemmetjenesten at ernæring ikke sto i fokus, og at det ikke ble satt av verken tid eller prioritering til dette. På bakgrunn av dette vil det være interessant og lærerikt å fordype meg i temaet underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens.

## 1.2 Hensikt

Hensikten med oppgaven er å få mer kunnskap om hvordan sykepleiere kan bidra til en bedre hverdag hos personer med demens. Da med tanke på ernæringsstatus og forebygging der en bidrar til økt fokus og redusert risiko. Dette skal gjøres gjennom å se på forskjellige forskningsartikler, sykepleiefaglig litteratur og pensum som belyser teamet.

## 1.3 Problemstilling

*Hvordan kan sykepleiere forebygge underernæring hos hjemmeboende pasienter med en demens diagnose?*

## 1.4 Avgrensing

Jeg velger å avgrense oppgaven min til eldre hjemmeboende pasienter med en demensdiagnose, da dette er en gruppe pasienter som har behov for tett oppfølging fra helsepersonell med tanke på ernæring. Pasienter med demens har en progredierende sykdom, som fører til at underernæring kan bli et stort problem. Det vil si at sykdommen blir verre og verre, noe som kan gå ut over ernæringsstatusen, med tanke på det å håndtere matlaging og huske å spise mat. Da må vi som sykepleiere tilnærme oss pasienten på en slik måte at underernæring kan forebygges. Gjennom praksisperiodene mine, spesielt i hjemmetjenesten har jeg opplevd mye underernæring hos pasienter med demens. Da med tanke på at ernæring ikke blir prioritert av sykepleierne i hjemmetjenesten og at en ikke setter av tid til dette. Jeg velger å ikke legge fokuset på ernæring og underernæring, men på dette med forebygging rundt underernæring.

## 1.5 Begrepsavklaringer

### 1.5.1 Sykepleierens Rolle/ kompetanse

Sykepleierens funksjons og ansvarsområde har utgangspunkt i rammeplanen og består av syv grunnleggende funksjonsområder. Helsefremming og forebygging, behandling, lindring, rehabilitering og habilitering, undervisning og veiledning, organisering, administrasjon og ledelse og fagutvikling, kvalitetssikring og forskning (Kristoffersen et

al, 2012, s. 17). Å utøve sykepleie i pasienters eget hjem, medfører at en møter mennesker i deres kulturelle, fysiske, mentale og sosiale omgivelser. Basis for å utøve sykepleie i hjemmene er å ha fokus på omsorg, solidaritet, kontakt og rettferdighet (Birkeland et al, 2014, s. 27).

Kompetanse defineres som sikkerhet og dyktighet. Kompetanse er knyttet til kvalifikasjoner hos enkeltpersoner. Å være kvalifisert til å ta beslutninger og handle innen for et bestemt funksjons – eller myndighetsområde innebærer det å ha kompetanse eller å være kompetent (Kristoffersen, 2012, s. 162). I denne oppgaven er sykepleierens forebyggende funksjonen fokuset.

### **1.5.2 Forebygging**

Det identifiserte, potensielle og reelle problemet tar forebygging utgangspunkt i. Forebygging er generelt rettet mot friske mennesker, mot personer som er utsatt for komplikasjoner og personer som er spesielt utsatt for helsesvikt. Det skilles mellom primærforebyggende tiltak som handler om å forhindre helsesvikt hos friske og utsatte personer. Sekundærforebygging er identifisere helsesvikt, å hindre det. Tertiærforebyggende tar for seg å hindre komplikasjoner ved sykdom (Kristoffersen, 2014, s 18). I utøvelsen av sykepleie i hjemmet er forebygging viktig. Å utøve praktisk sykepleie vil da variere mellom hjelp til behandling, grunnleggende behov og forebygging (Birkeland et al, 2014, s. 38).

### **1.5.3 Underernæring:**

Når næringsinntaket er mindre enn behovet oppstår underernæring. Det kan skje av forskjellige årsaker, enten at behovet øker eller at inntaket reduseres. Underernæring hos eldre skjer gjerne i en kombinasjon av flere årsaker som for eksempel lavt kalori- og proteininntak. Fett og muskelvev går da tapt. Årsakene kan være rent fysiske, eller ha psykososiale forhold. Det fysiske handler om sykdomstilstander, alderdom, og bivirkninger, mens psykososiale forhold handler om det å spise alene, mistriivsel og depresjon (Birkeland et al, 2014 s. 65).



#### 1.5.4 Hjemmeboende:

Pasienter med behov for hjemmesykepleie har ofte langvarige kroniske sykdommer (Birkeland et al, 2014, s. 28). Så lenge det er forsvarlig og ønskelig, skal pasienten mestre hverdagen i sitt eget hjem. Mange personer har behov for helsehjelp, men ønsker å bo hjemme. Målet til hjemmesykepleien er at så lenge det er forsvarlig og ønskelig skal pasienter mestre sin hverdag i eget hjem. All sykepleie som utøves i pasienters eget hjem er begrepet for hjemmesykepleie. Å gi helsehjelp krever kompetanse, og det stilles krav til utøvelsen av sykepleie (Birkeland et al, 2014, s. 21).

#### 1.5.5 Demens:

Demens er en hjernesykdom som preges av at den mentale kapasiteten i hjernen ødelegges. Det kan føre til skrive, lese og tale vansker. Det kan også føre til vansker med å utføre bevegelser og forstå hva andre mener. Hukommelsessvikt er ofte det første symptomet på demens. For personen med demens påvirkes hverdagslivet i svært høy grad, også for pårørende og omgivelser rundt (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 411). Demenspasienter er svært krevende gruppe, da med tanke på når funksjonssvikten blant annet fører til vanskeligheter med å kjenne igjen personer, hukommelsestap og utføre praktiske gjøremål. (Birkeland et al, 2014, s. 89). Demens kan føre til dårlig balanse, redusert gangfunksjon, og mangel på krefter. Dette kan igjen føre til at eldre hjemmeboende personer med demens får vanskeligheter med å handle inn og tilberede mat (Brodtkorb, 2014, s. 309).

## 2.0 Teoretisk perspektiv

For å få kunnskaper om hvordan sykepleie kan forebygge underernæring har jeg valgt teori som har fokus på møte med sykepleier og pasient. Videre vil jeg se på hvordan dette møte har betydning å hvordan dette kan forebygge underernæring.

Jeg velger å ha fokuset mitt på personsentrert omsorg som teoretisk perspektiv i denne oppgaven. Dette er sentralt i forhold til problemstillingen fordi alle mennesker skal ses på som unike. For å forebygge underernæring vil det være sentralt å møte den enkelte pasient som unik å se dens behov, der en ser hvor stor betydning det har for underernæring. Travelbee viser til at et hvert menneske er unikt, og det enkelt menneske er enestående og uerstattelig (Kristoffersen, 2012, s. 216). Personsentrert omsorg handler i stor grad om omsorgskvaliteten, der målet kan være å bevare verdigheten til personer med for eksempel demens (Brooker, 2013). Ved å bruke denne tilnærmingen vil en se forskjellige muligheter til å hjelpe personer med demens, da spesielt med tanke på ernæringstilstand.

### 2.1 Sykepleiefaglig perspektiv

Joys Travelbee forholder seg til at et hvert menneske er unikt, enestående og uerstattelig. Hennes sykepleiedefinisjon er allmenn akseptert og kjent. Den bygger på menneskesyn, og det at smerter og lidelse er en uunngåelig del av menneskelivet (Travelbee, 2001, s. 31).

Travelbee forklarer at omsorgen vil bli upersonlig, overfladisk og mekanisk om sykepleieren ikke har evne til å "se" menneske i pasienten (Travelbee et al, 2001, s. 29). Et menneske til menneske forhold er erfaringer som deles sammen med sykepleieren og pasienten, slik at den syke kjenner på å bli ivaretatt. Sykepleierens viktigste redskap når det gjelder å etablere et menneske til menneske forhold til pasienten er kommunikasjon. Kommunikasjon handler om å formidle sine følelser og tanker til hverandre. Å bli kjent med pasienten som person skjer via kommunikasjon. Travelbee hevder at sykepleier og pasientens kommunikasjon står helt sentralt for å sikre at de tiltakene sykepleieren iverksetter, er i sammenheng med pasientens behov (Kristoffersen, 2012, s. 222).

## 2.2 Hva er personsentrert omsorg?

I følge Kitwood (1997) er personsentrert omsorg en forståelse av andre mennesker i sammenheng mellom forhold og sosial tilnærming. Det innebærer anerkjennelse, respekt og tillitt. Kitwood's definisjon er mye sitert innenfor demensomsorgen. Kitwood argumenterte for en alternativ teori der en møter personer med demens ut i fra forståelsen av tilstanden i kombinasjon av personlige, sosiale og nevrologiske faktorer. Han utviklet en modell for å forstå demens gjennom å se på sykdommen som en kombinasjon av hjerne svikt, helse, livshistorie, personlighet og endringer i sosiale relasjoner (McCormack & McCance, 2017 s. 17).

Hva innebærer personsentrert omsorg? McCormack og McCance beskriver fire nøkkelementer i personsentrert omsorg; å være i relasjon, i en sosial sammenheng, i en kontekst og i seg selv. Mennesker lever i relasjoner med andre, og grunnlag for all behandling er relasjonen mellom pleier og pasient. Pasientens standpunkter skal bli verdsatt og basert på tillitt, holdninger og likeverdighet. Å gi pasienten mulighet til å være seg selv, gjør at pasienten finner mening og mestrer sin egen situasjon. Da er det viktig at pleiepersonell kjenner til historien til pasienten og forstår pasienten (McCance & McCormack, 2017, s. 36-37).

Utviklingen av rammeverket av personsentrert omsorg har eksistert i flere år, og i denne perioden har det vært brukt i en rekke sammenhenger på ulike måter. Rammeverket ble utviklet for bruk i en eksperimentell studie, som fokuserte å måle effektiviteten av gjennomføringen av personsentrert omsorg i sykehus (McCance et al, 2017, s. 36-37).

Innvirkningene på hvordan en person forandrer seg etter en får demenssykdommen, innebærer hva personen har båret med seg gjennom livet. Derfor vil det være sentralt som sykepleier å ha kjennskap til personer med demens og deres livshistorier. Dette gjør en for å kunne møte vedkommende på en forståelig måte.

### 2.2.1 Verdisyn – å skape en god relasjon

Å skape en god relasjon til andre mennesker innebærer at en har evne til å vise empati, tålmodighet, varme, kunnskap, fleksibilitet og positivt menneskesyn. God pleie og

omsorg baseres på relasjonen mellom pleier og pasient. Måten man håndterer personer med demens på, har mye og si på om hjelpen personen trenger blir vellykket. God kommunikasjon er viktig for å skape relasjon til pasienten (McCance et al, 2017 s. 54-58). Gjennom de inntrykkene pasienten gir sykepleierne i hjemmetjenesten må en se og høre pasienten, være involverende, og pasientfokuserende. Pasienter innen for hjemmesykepleien er ofte alene, og som sykepleier er det da ekstra viktig å være tilstede og lage en god relasjon til pasienten (Birkeland et al, 2014, s. 26).

Kommunikasjonen har flere hensikter. Det handler om å formidle ett budskap, finne ut hvilke behov andre har, skape fortrolighet og løse og snakke om problemer. Med en personsentrert innfallsvinkel i samtaler med personer med demens, vil de føle at pleierne snakker til de som personer, ikke til demens sykdommen. Også viktig med tanke på å se pasienten, og skape en god relasjon er å kunne reflektere over situasjoner en har vært i gjennom, der en setter seg inn i pasientens situasjon og med det forstår pasienten bedre (McCance et al, 2017, s. 54-58).

### **2.2.2 Individets betydning**

Kitwood beskriver nødvendigheten av å møte personers behov for trøst, tilknytning, inklusjon, identitet og beskjefligelse. Han mener dette er en personsentrert omsorgsmetode hvordan pleiepersonale møter disse 5 behovene.

Trøst hindrer angst hos pasienten, og handler om nærhet og varme. Pasienter med demens føler seg ofte utrygge og usikre, på grunn av de ofte opplever å miste kontrollen. Mennesker er sosiale vesener og har stor tilhørighet til tilknytning. Det å føle seg ivaretatt og sett er viktig for personer med demens, da de ofte føler at situasjoner er nye og fremmede på grunn av sin sykdom (Rokstad, 2014, s. 50-60). Ansatte i hjemmesykepleien må ha en helhetlig tilnærming, der pasientens helsetilstand må være i fokus. Individuelt tilrettelagte tjenester er noe hver pasient trenger (Birkeland et al, 2014, s. 22). Inklusjon handler om at pleiepersonale alltid må legge til rette for at personer med demens skal føle seg inkluderte. For eksempel i matsituasjoner, slik at de føler seg inkluderte i valg av mat og i deres matutiner. Beskjefligelse handler om det å ha hensyn til personens evne, og alltid forklare hva som skal skje og hvordan ting skal skje. Det kan være for eksempel at en aktivitet skal skje eller at det er tid for mat. En viktig del av demensomsorgen er at identiteten holdes oppe. Det innebærer at en vet hvem man er, hva man føler og hva man tenker. Kjennskap til pasientens historie og bakgrunn

er sentralt for å holde identiteten oppe hos personer med demens (Rokstad, 2014, s. 50-60). Individets betydning er svært sentralt i samarbeidet med personer med demens, og det vil være viktig å legge vekt på som sykepleier i arbeidet med denne pasientgruppen. De ansatte må avklare med pasient og pårørende, hva de skal gjøre, hva pårørende skal gjøre og hva pasienten selv kan gjøre (Birkeland et al, 2014, s. 22).

## 3.0 Metode

### 3.1 Hva er metode?

*” En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme fram til ny kunnskap. Et hvilket så helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Dalland, 2013, s. 111).*

Metode kan ses på som et redskap eller et verktøy når en skal gjennomføre undersøkelser eller forskningsprosjekt. Hvordan en tolker informasjon, organiserer og innhenter informasjon beskriver hva metode dreier seg om (Larsen, 2007, s.17). Vitenskap og metode er begreper som henger tett sammen og i følge Tranøy er det å være metodisk det samme som å være vitenskapelig. I valget av en bestemt metode ser vi på hva som gir oss best data og hva som belyser spørsmålene på en faglig interessant måte (Dalland, 2013, s. 70).

### 3.2 Litteraturstudie som metode

Denne bacheloroppgaven er en litteraturstudie. *”En litteraturstudie innebærer å systematisk søke, kritisk granske og sammenfatte litteratur innenfor et emne eller problemområde” (Forsberg & Wengstrøm, 2008, s. 34).*

I følge Støren (2013, s.16) er litteraturstudie litteraturen du studerer som er skrevet av artikkelforfattere. De er undersøkt og videre skrevet om virkeligheten. Ved å søke i databasene, henter du allerede eksisterende kunnskap som er presentert i artiklene. Det er dette som er materialet i litteraturstudiet (Støren, 2013, s. 16-17). Videre forteller Støren (2013, s. 17) at litteraturstudie ikke skaper noe ny kunnskap, men er en systematisering av kunnskap. Det vil si å søke, samle, vurdere og samfatte kunnskap. Det er som oftest empiriske artikler som er samlet i en litteraturstudie. En kan ha forskjellige betegnelser på en litteraturstudie, som for eksempel litteraturoppgave, litteraturgjennomgang, litteraturprosjekt eller sammenfatningsartikkel (Støren, 2013, s. 16-17).

### 3.3 Praktisk fremgangsmåte i litteratursøk

Gjennom mine litteratursøk valgte jeg å bruke PubMed, Svemed og Cinahl da disse databasene inneholder relevant forskning og jeg har fått god opplæring i å bruke disse databasene. Alle databasene inneholder sykepleiefaglige forskningsartikler. Fremgangsmåten ved søk er beskrevet nærmere i vedlegg 1.

Forskningsartikler har som hensikt å presentere ny kunnskap til andre forskere. En vitenskapelig artikkel er vurdert av forskere med god kompetanse på temaet, som kalles redaktør og fagfeller. Publiseringen er ett kvalitetsstempel. Det er redaktøren og fagfeller som avgjør om artikkelen publiseres. En vitenskapelig artikkel bygges som regel opp og følger forskningsprosessen, men retningslinjene er ulike ut i fra hvilke tidsskrifter det er snakk om (Christoffersen et al, 2015, s. 233-234).

Jeg startet bredt ut, relatert til årstall. Dette gjorde jeg for å se hva som var på feltet og siden jeg var nysgjerrig. Da hadde jeg ingen avgrensing relatert til år. Jeg fant en del relevante, men de var gamle og lite oppdaterte. Da fant jeg ut at jeg ville avgrense til 2012-2017. Jeg valgte ut 2 artikler som var eldre enn 5 år gamle. Det var fordi de var relevante for min oppgave, og ikke var preget av årstallene. Det var "Managing mealtime tasks: told by persons with dementia (2011)" og "Malnutrition in a home-living older population: prevalence, incidence and risk factors. A prospective study (2008)."

I det første søket brukte jeg ordene nutrition og dementia. Da kom jeg frem til 726 treff. Jeg leste gjennom 10 av artiklene, og fant ingen som var relevante for min oppgave. Jeg valgte å bruke samme søk om igjen, men tok avgrensingene til "full text" og årstallet 2012-2017. Da kom jeg frem til 66 treff. Jeg trykket meg gjennom 10 artikler, uten funn.

Det andre søkeordet innledet jeg med homehealth, care, service, measuring og hadde fortsatt avgrensingene på "full text" 2012-2017. Her fikk jeg 627 treff, der jeg leste meg gjennom 10 artikler. I blant disse 10 fant jeg en artikkel som ble relevant for meg, og som er med i min studie. "Measuring interpersonal continuity in high-frequency home healthcare services (2014)."

Videre søkte jeg på mealtime task og dementia, og fikk opp 9 treff. Ingen var relevante for meg. Jeg prøvde det samme og valgte avgrensinger fra 2010-2017, og fant da artikkelen "Managing mealtime tasks: told by persons with dementia (2011)."

Jeg hadde lyst å finne ut om det fantes noe forskning om respekt til eldre pasienter, da jeg tenkte dette ville være sentralt i drøftingen. Jeg søkte da på respect og older patients og valgte avgrensingen "full text" 2012-2017. Her fikk jeg opp 1 artikkel som passet inn i studien. "Manifestation of respect in the care of older patients in long- term care settings (2015)."

Jeg valgte å søke på malnutrition og riskfactors da jeg ville finne ut noe om risikofaktorene for underernæring. Jeg fikk opp 0 treff, og valgte å ta årstallet fra 2012 til 2008 og fikk opp artikkelen "Malnutrition in a home-living older population: prevalence, incidence and risk factors. A prospective study (2008)" som jeg valgte å ta med. Videre søkte jeg på nutritional care og hospital og der fikk jeg opp 5 artikler, og valgte ut 1 som ble relevant. "Barriers to nutritional care for the undernourished hospitalised elderly: perspectives of nurses (2014)."

Det var vanskelig å finne forskning fra 2017, og etter mye søking fant jeg en relevant fra 2017. Jeg fikk søke i en database fra University of liverpool online library som en medstudent hadde tilgang til. Da søkte jeg på malnutrition og valgte avgrensing på 2017. Da fikk jeg opp en artikkel fra 2017 som ble veldig relevant for oppgaven min. "Improving nutritional status of older person with dementia using a national preventive care program (2017)."

Jeg har valgt å ha artikler med forskjellige forskningsmetoder. Artikkene jeg har valgt har både kvantitativ og kvalitativ forskningsmetode, og tverrsnittstudie. Fordelen med kvantitative studier i oppgaven er at de gir data i form av målbare enheter, og derfor velger jeg bandt annet denne metoden i oppgaven (Dalland, 2013, s.112). De kvalitative studiene lar seg ikke tallfeste og tar sikte på å fange opp meninger og opplevelser, som også er relevant for min oppgave (Dalland, 2013, s. 112). Artikkel 5. er en tverrsnittstudie med kartlegging ved hjelp av spørreskjema. Jeg valgte å ha med en tverrsnittstudie for å få en bredere kunnskapsforståelse om temaet. I følge kunnskapsbasert praksis er en tverrsnittstudie en metode som på en planlagt måte samler informasjon i en definert populasjon på et gitt tidspunkt (Norvedt, Jamtvedt,



Gaverholdt, Nordheim & Reinar, 2012). Artikkel 1 og 6 er kvantitative studier, mens både artikkel 2,3 og 4 er kvalitative studier. Det skilles mellom kvantitative og kvalitative metoder. De kvantitative metodene gir oss mulighet til å regne frem og tilbake om det er noe vi ønsker å finne ut av. Kvantitativ forskning tar ofte utgangspunkt i teorier som bygger på tidligere forskningsresultater (litteraturstudier) og erfaringer fra andre forskere. De som bruker kvalitative metoder kalles ofte "tolkere" og metoden lar seg ikke tallfeste eller måle, og fanger opp nye situasjoner, meninger og opplevelser (Dalland, 2013, s 112-114). Jeg velger å ha artikler fra både kvantitative og kvalitative metoder da en blanding av disse metodene belyser problemstillingen på best mulig måte og gir en god forståelse om teamet underernæring hos eldre. Kvalitativ og kvantitative metoder bidrar til en bedre forståelse om hvordan vi mennesker samhandler og en bedre forståelse av det samfunnet vi lever i (Dalland, 2013, s.112).

### 3.4 Kildekritikk

Om en kilde er sann, brukes det metoder som kalles kildekritikk. Kildekritikk deles inn i to deler. Den første handler om hvordan litteraturen kan brukes til å svare på problemstillingen. Dette kalles kildesøking eller litteratursøking. Den andre handler om hvordan du bruker litteraturen som brukes i oppgaven (Dalland, 2013, s. 67-68). For å vurdere om kilden er relevant for min problemstilling har jeg sett på overskriften til artikkelen og lest sammendraget. For å oppnå mine kriterier må det omhandle eldre demente personer som bor hjemme og som er underernærte, eller står i fare for å bli det. Viktig er at det står noe om hvorfor de blir underernærte, og gjerne noe om hva sykepleiere kan gjøre for å forbedre underernæring.. Hvis dette er tilfelle, er artikkelen aktuell for meg og min bachelor oppgave. Jeg har brukt kildekritikk skjema på alle artiklene, både for kvalitativ forskningsmetode, kvantitativ forskningsmetode og tverrsnittstudie. Eksempel på kildekritikk fra artikkel 3 " Barriers to nutritional care for the undernourished hospitalised elderly: perspectives of nurses (2014)" ligger som vedlegg 2 i slutten av oppgaven.

Jeg valgte å legge inn noen inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier i mine valg av forskningsartikler. Inkludasjon og eksklusjonskriterier er kriterier som tas med i studiene og defineres med tanke på hvilke personer som tas med, intervensjoner, design man ønsker å dekke og utfall av studien. Eksklusjonskriterier er det man ikke er interessert i

(Bjørndal, Flottorp & Klovning, 2013, s.145). Jeg fant mye forskning, men en del av det var gammel forskning. Det gjorde at jeg måtte ekskludere noen gode forskningsartikler på grunn av årstall, men jeg valgte å inkludere noen eldre forskninger for de var så relevant for min oppgave, og årstallet påvirket ikke studien negativt. Artikkelen 4 "Barriers to nutritional care for the undernourished hospitalised elderly: perspectives of nurses (2014)" er forskning basert på sykehus, men jeg velger å ta den med fordi den baseres på ting jeg opplevde i hjemmetjenesten. Jeg tenker det denne artikkelen trekker frem er like viktig om en jobber som sykepleier på sykehus, sykehjem eller hjemmetjenesten. Viktig for meg i arbeidet med inklusjon og eksklusjons kriterier var at det omhandlet eldre hjemmeboende pasienter med demens, og at det sto noe om enten ernæring eller hvordan å håndtere disse pasientene på en best mulig måte. Etter hvert som jeg så sammenhengen mellom artiklene og begynte å tenke ut hva temaer som var aktuelle for min oppgave, ble noen mer aktuelle enn andre. Her ble da inklusjon og eksklusjonsmetoden brukt.

### **3.5 Metodekritikk**

Det finnes både sterke og svake sider med litteraturstudie. At det er gjort nok forskning innen for område er en forutsetning for å skrive en litteraturstudie (Fosberg et al, 2013, s.26). Videre forklarer Fosberg et al (2013, s.26) at tilgangen til mye litteratur om temaet for forfatteren er positive sider med litteraturstudier. Det gjør at forfatteren kan se problemet fra flere sider og bruke både forskning og eksisterende litteratur. Det gjør at mye kunnskap skaffes over liten tid. Negative sider kan både være at forfatteren velger ut studier som støtter sine egne synspunkter, og at forfatteren bare har tilgang til en begrenset mengde forskning (Fosberg et al, 2013, s.26).

### **3.6 Forskningsetikk**

Forskningsetikk handler om måten studier blir planlegging, gjennomføring og rapportert av forskning som er gjort i artiklene (Dalland, 2013, s. 96). Dalland (2013, s.98) forklarer videre at det skal søkes om forhåndsgodkjenning fra en av de sju regionale komiteene for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk- REK når forskning involverer mennesker eller helseopplysninger. Det som er viktig å se på med tanke på etikk, er om forskerne har ivaretatt taushetsplikten, og at personene er anonyme. Videre

er det viktig at de som er involvert i forskningen, er informert og har frivillig samtykke (Dalland, 2013, s.105). Min oppgave omhandler eldre personer med demens, noe som gjør at etikk er ekstra viktig med tanke på samtykke da dette fort kan bli en utfordring.

Jeg har gjort etiske overveielser i mitt litteraturstudie, og alle artiklene mine er sjekket og godkjent av etisk komite. Planlegging, gjennomføring og rapportering er forskningsetiske områder og en viktig del av forskningen (Dalland, 2013, s 98). Forskere har et etisk ansvar som legger vekt på å ikke kopiere andres arbeid og å ikke forvreng forskningsprosessen (Forsberg et al, 2013, s 70).

## 4.0 Presentasjon av artiklene

### **Artikkel 1. Malnutrition in a home-living older population: prevalence, incidence and risk factors. A prospective study (2009)**

**Innledning:** Denne artikkelen ble gjort for å undersøke og beskrive forekomsten av underernæring i hjemmet, knyttet til blant annet helserelaterte årsaker og medisinske faktorer. Artikkelen ville også finne ut risikoen for utviklingen av underernæring.

Artikkelen kom frem til forskjellige risikofaktorer.

**Metode:** Studien er en prospektiv studie der 579 eldre hjemmeboende mennesker var utvalgt. De ble tilfeldig valgt ut fra lokale nasjonale register. Undersøkelsen ble utført gjennom oppfølging to til fire ganger i året. De hadde spørreskjema der de spurte om pålitelighet, risiko for underernæring, symptomer på depresjon, kognitiv funksjon, helserelatert livskvalitet, velvære, selvopplevd helse osv.

**Resultat:** Forekomsten av risiko for underernæring ble 14,5 %. De fant ut at lavere håndterbar styrke og dårligere helse var to viktige risikofaktorer. Videre kom underernæring av høyere alder, alderdomssvekkelser, og depresjon.

**Diskusjon:** Studien konkluderte med at dårligere selvopplevd helse hadde den største risikoen for underernæring, og at depresjon symptomer og alderdom kom som nr. 2 og 3 med tanke på risikofaktorer. Jeg ser på denne artikkelen som relevant fordi det er viktig å vite årsaker på hvorfor underernæring oppstår, og hvorfor eldre personer ofte er mer utsatt for underernæring.

### **Artikkel 2. Managing mealtime tasks: told by persons with dementia (2011)**

**Innledning:** Studiens hensikt var å få frem hvordan personer med demens selv opplever at det er å administrere måltidsoppgaver som å handle inn mat, lage mat og spise mat uten hjelp.

**Metode:** Denne kvalitative studien er fra Sverige og gjennomførtes ved at 10 kvinner og 5 menn fra 69-86 år ble intervjuet i hjemmet sitt. Det ble gjennomført minst syv hjemmebesøk, der de ble intervjuet og samlet inn data om ernæringsstatus, helse, kognitive funksjoner og gjøremål, næringsinntak og vekt.

**Resultat:** Studien resulterte med at deltakerne ikke ønsket å være avhengige av noen, og at de ville klare seg selv. De så ikke på sin sykdom som ett problem, og de fant løsninger på å håndtere hukommelsessvikten sin. Grunnen til at de ofte ikke tør å si i fra

at de trenger hjelp, er at andre skal tro at de ikke klarer å ta vare på seg selv. Deltakerne i studien er redde for å ikke kunne bo hjemme i eget hjem.

**Diskusjon:** Personer med demens ser ut til å være i stand til å håndtere måltidsoppgaver, da disse aktivitetene er basert på gamle rutiner og vaner. Det er viktig som helsepersonell å la de gjøre det de kan selv, slik at de ikke glemmer hvordan der er å lage mat.

### **Artikkel 3. Barriers to nutritional care for the undernourished hospitalised elderly: perspectives of nurses (2014)**

**Innledning:** Denne kvalitative artikkelen ser på sykepleierens syn om ernæring hos eldre, underernærte pasienter i sykehus. Underernæring oppstår ofte hos eldre mennesker, og kan resultere i en rekke negative konsekvenser om den ikke behandles. Sykepleiere har et stort ansvar for ernæringsmessig omsorg, da dette er en del av pasientenes grunnleggende behov.

**Metode:** En fokusgruppestudie ble opprettet og fire fokusgruppeintervjuer med til sammen 16 sykepleiere ble gjennomført i Norge. Sykepleierne ble rekruttert fra syv avdelinger der det var mange eldre pasienter.

**Resultat:** Studien belyser fem utfordringer sykepleierne opplevde i forhold til behandlingen knyttet til ernæringen hos de eldre. Det var ensomhet, behov for kompetanse, lite fleksibilitet i matserveringen, organisering og at det ikke var fokus på ernæring.

**Diskusjon:** Resultatene antyder at ernæringshjelp ved sykehus har sine grenser innen for sykehusstrukturens organisering, men det har også mye å si på sykepleierens kompetanse.

### **Artikkel 4. Manifestation of respect in the care of older patients in long- term care settings (2015)**

**Innledning:** Respekt er grunnleggende for etisk sykepleiepraksis. I midlertidig er respekt i eldreomsorgen sjeldent etterforsket fra pasient og pårørendes perspektiv.

**Metode:** Denne forskningsartikkelen er en kvalitativ forskning som ble utført i tre finske byer. De intervjuet eldre pasienter, der halvparten bodde på sykehjem og halvparten fikk hjelp av hjemmetjenesten.

**Resultat:** Studien kom frem til at holdninger blant sykepleiere har stor innvirkning på hvordan pasienter reagerer og oppfatter helsehjelpen som gis. Pasienter ble automatisk

mye mer delaktig i sin helsehjelp da de opplevde verdighet og respekt i sykepleierens væremåte. Pasientene følte deres autonomi og selvstendighet kom bedre frem da sykepleieren og pasienten samarbeidet sammen og hadde en felles forståelse av situasjonen. Pasienter som oftest var utsatt for å bli møtt med lite respekt, var de med nedsatt hukommelse.

**Diskusjon:** Analyse av sykepleierens væremåte øker forståelsen av respekt i pasientbehandlingen. Videre vil kunnskap om respekt gjør det mulig å utvikle sykepleierens forståelse.

### **Artikkel 5. Measuring interpersonal continuity in high-frequency home healthcare services (2014)**

**Innledning:** Denne studien vurderer graden av mellommenneskelig kontinuitet for langtidsmottakere i hjemmetjenesten. Mellommenneskelig kontinuitet er viktig for kvalitet i omsorg. I hjemmetjenesten, der brukerne får daglig omsorg fra forskjellige sykepleiere eller annet helsepersonell, kan mellommenneskelig kontinuitet være vanskelig å oppnå.

**Metode:** Denne tverrsnittstudien inkluderte hjemmesykepleie i kommuner med varierende størrelser. Informasjon ble samlet inn om 79 eldre som mottok hjemmesykepleie.

**Resultat:** Pasientene fikk i gjennomsnitt 51 besøk i løpet av 4 uker, men 17 forskjellige ansatte. Resultatene viser en lav grad av mellommenneskelig kontinuitet i praksis.

**Diskusjon:** Undersøkelsen kom frem til at det er mangel på den mellommenneskelige kontinuiteten i hjemmesykepleien, men en ser forbedringspotensialet. Det kommer frem i studie hvor viktig det er med mellommenneskelig kontinuitet for å skape tillitt og felleskap mellom sykepleier og pasient. Det beskrives videre hvordan kontinuitet har innvirkning på pasientens daglige aktivitet, kvalitet på helsehjelp, sykepleierens syn på eventuelle endringer hos pasienten og pasientens psykososiale helse.

### **Artikkel 6. Improving nutritional status of older person with dementia using a national preventive care program (2017)**

**Innledning:** Ved bruk av en strukturert forebyggende behandling prosess, skal studien undersøke resultat av endring i kroppsvekt hos personer med demens, samt risiko for feilernæring eller underernæring. Den forebyggende behandlingsprosessen er en

pedagogisk modell, hvor ernæring er et av de områdene som er prioritert om omfatter fire trinn. Vurdering, analyse, utførte handlinger og resultater.

**Metode:** Deltakerne i studien kommer fra boliger eller omsorgsboliger i Sverige. 1912 personer ble inkludert, fra 65 år og eldre som er kvalifisert for demens.

**Resultat:** 74,3 % personer var underernært eller sto i fare for å bli underernært. De med risiko for feilernæring eller som var underernært og som ble registrert under alle fire trinnene i den forebyggende behandlingsprosessen ble fulgt opp gjennom å jevnlig måle kroppsvekt. I de med ufullstendig registrering, ble ingen økning i kroppsvekt funnet.

**Diskusjon:** Ved hjelp av trinnene i den strukturerte forebyggende behandlingsprosessen så det ut til at ernæringsstatusen hos personer med demens ble bedre. Forbedret kroppsvekt ble bare funnet hos de personene med registrering i alle de fire trinn i den forebyggende behandlingsprosessen.

#### 4.1 Oppsummering av artikkel funn

Gjennom oppsummering av funn i artiklene, vil det danne grunnlag for hva jeg velger å fokusere på i drøftedelen.

Artiklene kom frem til mange gode funn, blant annet årsaker til hvorfor underernæring oppstår og hvorfor eldre personer med demens ofte er mer utsatt for underernæring. Det vises videre hvor viktig det er for sykepleiere å skape gode relasjonsforhold og skape tillitt til pasienten. Det kommer også frem utfordringer sykepleiere står ovenfor og viktigheten av å utøve personsentrert omsorg for å motvirke underernæring. Flere av artiklene har temaer som personsentrert omsorg, selvstendighet og autonomi noe som kan gi muligheten for en god drøfting. Behandlingsverktøy for forebygging kommer også frem, og hvordan dette fungerer positivt i forhold til behandlingen av underernæring hos eldre personer med demens.

## 5.0 Drøfting

Med bakgrunn av funn og oppsummering i artiklene har jeg valgt disse temaene for å belyse svar på problemstillingen. Relasjonsforhold, sykepleiers kompetanse og risikofaktorer/utfordringer.

### 5.1 Sykepleierens kompetanse

Ut i fra artikkelen til Eide et al (2014) er behov for kompetanse en utfordring sykepleiere opplever i behandlingen hos eldre underernærte pasienter, og Brekke et al (2013) konkluderer i sin studie om hvor viktig det er å ha kunnskaper om både pasient og situasjon. Når det er snakk om hjemmetjenesten, kreves det spesiell oppfølging med tanke på pasientens inntak av mat og drikke. Utfordringen ligger i at en ikke har samme kontroll over matsituasjonen i hjemmet som i institusjon. I institusjon har en kontroll via observasjoner ved å ta ut og inn mat, til faste måltider mens i hjemmet er det ofte ektefelle eller pårørende som styrer maten. Om hjemmetjenesten styrer maten, er det som regel å sette den frem å gå videre til neste pasient. Ved neste besøk kan maten være borte, og en vet ikke om pasienten har spist den, kastet den eller spist mer eller mindre enn satt frem (Birkeland et al, 2014, s.63). Forskningen viser også behov for dette når en ser at faktisk 50% av eldre som bor hjemme er underernærte eller står i fare for å bli det (Brekke et al, 2013). Hjemmeboende eldre er spesielt utsatt for underernæring, noe som betyr at oppfølging på dette området er svært sentralt. Om pasienten bor med pårørende, kan pårørende eventuelt følge opp matinntaket til pasienten. Ellers kan pårørende hjelpe til om de bor i nærheten. Om ikke dette er ett alternativ, må hjemmetjenesten følge opp pasienten når de er på besøk. På en annen side kan dette fort bli problematisk, da hjemmetjenesten ofte har mange forskjellige ansatte på besøk, som ikke har kompetanse nok til å vite hva som kreves og hva som skal observeres. Dette understreker betydningen av å ha en personsentrert tilnærming i omsorgen, da en må ha en tanke om at en hver person skal bli sett og hørt. En skal forstå andre mennesker, da med tanke på sosial tilnærming og det å skape forhold. En hver sykepleier skal skape annerkjennelse, gi respekt og tillitt (McCormack & McCane, 2017 s. 17). Personsentrert omsorg kan føre til at det ikke blir problematisk å følge opp matinntaket selv om det er mange forskjellige ansatte på besøk hos pasienten. Da med tanke på at den enkelte personen blir sett og hørt, og du blir kjent med dens historie. Det vil føre til at du får muligheten til å følge opp personen på en helt annen måte enn om du ikke kjenner til pasienten. Dette kan være et godt bidrag for å forhindre underernæring.



Johanssen et al (2017) har utviklet en modell, som består av 4 trinn som bidrar til å hjelpe den pleieren som kommer på besøk til å vite hva en skal vurdere og hva en skal gjør i møte med hjemmeboende pasienter med demenssykdom. Vurdering, analyse, utførte handlinger og resultater. Tiltak som kan iverksettes for å forebygge underernæring, kan være å vurdere pasientens ernæringsstatus, følge opp pasientene og sette i gang tiltak for å forhindre underernæring. Vurdering av ernæringsstatus handler om å finne ut om pasientene får i seg nok mat. Da kan en intervju eller ha en samtale der en går inn på ernæringsmessige forhold som måling av høyde, vekt og KMI, eventuelle vekttap det siste året, problemer i munn, tenner og svelg, om pasienten plages av diaré, kvalme eller oppkast og evne til å spise (Birkeland et al, 2014, s. 66). Det kan fort være sentralt å følge opp pasientens vekt og vurdere pasienten med tanke på om pasienten er blek, forvirret, trøtt og slapp. Mat har stor innvirkning på hvordan oppførselen til enkelte personer oppleves, og her kreves det kompetanse.

I følge Johansson et al (2017) viser det at om en har strukturerte behandlingsprosesser, vil det være lettere å fange opp risiko for underernæring og videre bedre prosessen. Dette er en viktig kompetanse for å forebygge underernæring, og her kommer sykepleierens rolle inn. En må følge opp problemet og være klar over betydningen av at en pasient er i fare for å bli eller er underernært. Næringsstilførselen til eldre pasienter er sykepleierens ansvar. Målet for arbeidet er risikovurdering av pasienter som står i fare for underernæring, forebygge underernæring hos risikopasienter og forbedre ernæringstilstanden, og å bedre feilernærte og underernærte pasienters ernæringstilstand. Her kan det være sentralt å måle vekt for eksempel 1 gang i uken og skrive ernæringsjournal der en har fokus på hva pasienten spiser, hva pasienten veier osv. Ernæringsstatus og helse er begreper som har betydning for hverandre. Å ha gode ernæringsvaner og en optimal ernæringsstatus opprettholder god helse, forbygger sykdom og skader og fremmer vekst og utvikling (Brodtkorb, 2014, s. 301). I hjemmesykepleien observerte jeg et klassisk eksempel på hvor mye mat og næring har å si for sykdomstilstanden. En eldre, underernært dame hadde ett problematisk trykksår på seteområdet, da hun for det meste satt i stol eller seng. Det ble gjort mange tiltak for å avlaste trykksåret, som for eksempel leieendring, forskjellige madrasser/puter i seng og stol, forskjellige bandasjer, sårstell osv. Jeg observerte at pasienten sjeldent spiste, og fikk i seg generelt lite næring. Jeg kom med forslaget om at gjerne pasienten skulle få i

seg noe næringsrik mat med proteiner og karbohydrater for å få såret til å gro. Det hadde ikke sykepleierne i hjemmetjenesten tenkt på, og etter tett oppfølging på matfronten ble både såret og pasienten bedre. Sett i lys av studien til Brekke et al (2013) viser det hvor viktig kunnskap hos både pasient og sykepleier er, og at det er dårlig kunnskap om ernæring blant ansatte i hjemmetjenesten. Det fikk jeg observert i denne situasjonen. Et annet eksempel kan være da hjemmesykepleien i Hamar fikk bekymringsmelding da en pasient hadde gått mye ned i vekt. De trodde han var dement, men da han fikk mer å spise viste det seg at han ikke var dement likevel (Fonn, 2016). Dette er ett godt eksempel som viser at med for lite mat kan en bli forvirret og glemsk, noe som fort minner om demens sykdom.

I forskningen til Johansson et al (2009) kom det frem at lavere håndterbar styrke og dårligere selvopplevd helse var de viktigste faktorene til underernæring blant eldre hjemmeboende. Andre faktorer som spilte inn var høyere alder, depresjon og selvopplevelsen av situasjonen. Dette er faktorer som er utfordrerne for en sykepleier å gjøre noe med, men på den andre siden må en ta tak, og hjelpe pasienten før det blir for sent. Som Brekke et al (2013) konkluderer med, må tiltak iverksettes på et tidlig tidspunkt, for å forebygge og forhindre alvorlige konsekvenser av underernæring og sykdom. Jo tidligere enn klarer å fange opp fare for underernæring, jo lettere blir det å hjelpe pasienten. Sykdomstilstander, bivirkninger av legemidler, ubehag i tygg og svelg prosessen grunnet plager i munnhulen og alderdomssvekkelse er eksempler på fysiske årsaker som er vanlige årsaker til underernæring. Mistrivsel ved å spise alene, dårlige spisevaner og at en ikke ser hensikt med å spise er også årsaker, som kalles psykososiale forhold (Birkeland et al, 2014). I hjemmetjenesten ser en klart mange av disse årsakene når en er hos pasienter som begynner å bli risikopasienter. Det er ikke i utgangspunkt vanskelig å fange opp disse årsakene, men sett på en annen side handler det om å vite hva en skal se etter, og da må en ha kunnskap.

## 5.2 Relasjonsforhold

I følge Johansson et al (2011) ønsker flest mulig med en påbegynnende demensdiagnose og klare seg mest mulig selv, og er redd for å ikke kunne bo i eget hjem. Å ta selvstendige valg angående helse er forventninger enkeltpersoner har. Ut i fra hvilke beslutninger hver enkelt person tar, kan health literacy diskuteres. En forutsetning for HL er at

tilgangen til pålitelig informasjon som er relevant og tilgjengelig er lett å forholde seg til. (Mårtensson & Hensing 2011). Ut i fra dette vil det være sentralt å skape gode relasjoner og tillitsforhold for å gi best mulig helsehjelp til disse pasientene. Travelbee mener at sykepleier og pasient skal forholde seg til hverandre som ulike menneskelige individer, og ikke som "sykepleier" og "pasient". Da vil relasjonen mellom partene bedres (Travelbee, 2001, s. 171). Pasientrettighetsloven (1999) skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient, bruker og helse og omsorgstjenester, og fremme trygghet og ivareta respekt for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd. Både Koskenniemi et al (2015) og Gjevjon et al (2014) beskriver hvor viktig det er med mellommenneskelig kontinuitet i hjemmetjenesten og viser at pasienter som opplever respekt og verdighet av sykepleiere er mye mer delaktig i den helsehjelpen de mottar. Ut i fra disse artiklene viser det å skape tillitt og trygghet mye igjen. For pasienter som bor i eget hjem, og som får helsehjelp av hjemmetjenesten ser jeg på relasjonsforhold som enda viktigere. Da kommer vi som pleiepersonell inn i pasientens eget hjem, og her er det sentralt at vi opptrer varsomt, viser respekt og verdighet. På den måten kan en se at relasjonsforholdet mellom sykepleier å pasient er alfa omega for best mulig helsehjelp. I følge Travelbee skiller sykepleiere seg fra andre mennesker med å ha spesialiserte kunnskaper som brukes ved å hjelpe andre mennesker i å forebygge sykdom, finne mening i sykdom, gjenvinne helse eller å opprettholde helsetilstanden på en best mulig måte (Travelbee, 2001).

Johanssen et al (2011) beskriver viktigheten med at å skape relasjonsforhold tidlig i forløpet til personer med demens. Det kan videre føre til at pasienten er villig til å ta i mot næring, og om en forsetter å kommunisere positivt og sørger for at pasienten er i fokus, vil pasienten spise mens en snakker sammen. For å skape gode relasjoner er kommunikasjon det som er viktigst. Travelbee hevder at gjennom kommunikasjon, lærer sykepleieren å kjenne den syke, ivareta pasientens behov og sykepleierens mål og hensikt kan bli oppfylt (Travelbee, 2001). Det skaper fortrolighet og mer forståelse. Kommunikasjon handler om å formidle budskap, skape forståelse for en persons situasjon, og det å skape å løse problemer sammen. Personer med demens opplever ofte at de ikke får uttrykt sine erfaringer, opplevelser og behov. Ved å skape relasjonsforhold med en personsentrert innfallsvinkel, vil da personen med demens komme i første rekke og demenstilstanden komme i andre rekke. (McCormack, 2017 s. 54-58). Det vil gjøre at pasienten føler seg sett og ivaretatt, og som skaper ett godt relasjonsforhold mellom pleier og pasient. Nasjonalforeningen for folkehelsen (2014) forklarer at personer med

demens ofte har problemer med å forstå hva andre sier. De får ofte problemer med inntrykk og følelser om det skjer mye på en gang. Grunnen til at personer med demens ofte stiller spørsmålene om og om igjen, er fordi svaret som blir gitt glemmes av personen. Det kan være ett tegn på at personen er utrygg (Nasjonalforeningen for folkehelsen 2014). Her vil det være sentralt som sykepleier å informere. Det kan hjelpe på forvirring og usikkerhet. Med tanke på matsituasjon kan det være lurt å gi pasienten beskjed på forhånd hva som skjer, at for eksempel nå er det på tide å lage mat, slik at pasienten ikke blir stresset og forvirret.

Å samspise med pasienten kan øke appetitten hos pasientene, og sykepleierne får en bedre oversikt over hva pasientene faktisk spiser. I hjemmetjenesten handler det ofte om tidspress, og derfor skjer dette sjeldent. Det å prioritere ernæring rundt pasienter med demens er noe en må ta seg tid til da denne gruppen er ekstra sårbare. Da kan en heller bruke mindre tid på annet arbeid (Fonn, M. 2016). Erfaringsvis fra min praksis i hjemmetjenesten, er det ikke alltid tiden det står på. Jeg observerte ofte at ansatte i hjemmetjenesten brukte lang tid på pausen sin, og ikke minst tid på å røyke før en kjørte ut til brukerne. Jeg som student brukte den tiden som var avsatt til pause, før jeg kjørte ut igjen til brukerne. Det gjorde at jeg fikk bedre tid med brukerne, hadde tid å sette med ned å hadde tid til å lage måltidet mer fristende. Da opplevde jeg at brukerne spiste, takket og var veldig fornøyde. Ut i fra dette vil det være sentralt å drøfte temaet respekt.

Koskenniemi et al (2015) forklarer i sin studie at respekt er grunnleggende for etisk sykepleiepraksis. Å anerkjenne og respektere den enkelte person som unik med særegne identitet og selvforståelse er det å ivareta mennesket personlige integritet. Grunnleggende for at mennesker skal oppleve sin personlige integritet ivaretatt er å bli behandlet med respekt (Kirkevold, 2014, s. 97). I denne situasjonen tenker jeg ikke spesifikt på det å møte personen med respekt, for jeg opplevde at de var flinke på det i hjemmetjenesten. Jeg mener mer det hvordan en bruker tiden sin, og at det går over til hvordan en behandler brukerne med respekt. Det er satt av 30 minutter til pause, og om en da kjører inn 15 minutter før for å ta seg en røyk, og så stå igjen 15 minutter etter pausen for å ta seg en røyk blir det mindre tid til brukerne og ut i fra dette vurderer jeg det som mangel på respekt. Koskenniemi et al (2015) kom frem til at det må brukes tid på å forstå begrepet respekt og at det er noe sykepleierne bør ha kunnskaper om. Å analysere sykepleierens væremåte og snakke om dette på en eventuell faglunch, er et tiltak som kan bedre holdningene rundt respekt av tidsbruk. Ut i fra artikkelen til

Koskenniemi et al (2015) kan en se på viktigheten rundt holdningene til sykepleierne, da dette viser igjen på hvordan relasjonene mellom sykepleier og bruker blir. De kom frem at pasienter som ble møtt med lite respekt, ofte var de med nedsatt hukommelse. Jeg vil si at pasienter med nedsatt hukommelse er de som bør bli møtt med størst respekt, da disse er enda mer avhengig av relasjoner, tillitt og respekt med tanke på sin hverdag med demensdiagnose.

Eide et al (2014) sine fem utfordringer beskriver ensomhet som en av utfordringene. Jo eldre vi blir, jo mer betydning har den sosiale og kulturelle betydningen rundt måltider. Å spise skal være hyggelig og det kan føre til at eldre spiser bedre og får dekket sitt psykososiale behov som samhold, tilhørighet, og samvær med andre. Det å isoleres og være ensom spiller inn på matlysten på en negativ måte hos eldre som bor alene (Brodtkorb, 2011, s. 308-309). Å skape relasjonsforhold til brukerne i hjemmetjenesten, gjør at det skapes tillitt til hverandre og en kan sette seg ned å samspise med pasientene. Å se å høre pasienten er noe de ansatte i hjemmesykepleien må gjøre, de må være pasientfokuserende, involverende og åpne for pasientene. Det handler om å være tilstede i andres liv. Dette dreier seg om at pasienten føler seg sett, at en viser vennlighet ovenfor pasienten, og at det oppstår kontakt mellom pasient og sykepleier (Birkeland et al, 2014, s. 26). Dette handler om personsentrert omsorg, som vil bedre helsehjelp og omsorg til personer med demens (Birkeland et al, 2014, s. 90). Relasjonen mellom sykepleier og pasient er til stor betydning for pasienten, da han eller hun ofte sitter alene og har behov for hjelp (Birkeland et al, 2014, s. 26).

### **5.3 Ernæringsmessige utfordringer og risikofaktorer.**

I følge studien til Eide et al (2014), beskrives fem utfordringer sykepleiere opplever i behandlingen hos eldre underernærte pasienter. De kom frem til ensomhet, behov for kompetanse, lite utvalg i den maten som blir servert, organisering og lite fokus på ernæring. Denne studien er basert på sykehus, men alle disse utfordringene sto jeg ovenfor når jeg var i praksis i hjemmesykepleien. Jeg mener dette er utfordringer som berører både sykepleiere i sykehus, hjemmetjenesten og sykehjem. Dette er utfordringer som ikke er krevende å gjøre noe med, men på en annen side kreves det tid, planlegging og ressurser. Og som vi alle vet, står hjemmetjenesten ovenfor ett enormt tidspres. I møte med personer med demens er det å bruke god tid og være tålmodig

viktige faktorer (Birkeland et al, 2014, s. 92). Personsentrert omsorg vil i denne situasjonen være aktuelt, da spesielt med tanke på godt lederskap, kommunikasjon og stabilitet (Kirkevold, 2014, s. 108-109). Det blir ofte utfordrerne da en har så dårlig tid hos hver bruker. Ut i fra erfaring blir personer med demens stresset og ukomfortabel når en merker vi som pleiepersonale har dårlig tid.

På grunn av tidspress hjemmetjenesten preges av, lager de både frokost og kvelds om morgenen. Da smører de skiver med pålegg og legger i kjøleskapet til kvelden. Da kan de som kommer på kveldsvakt ta ut skivene fra kjøleskapet, levere til brukerne og løpe videre. Dette er ett tiltak som skal hjelpe på tidspresset. Hvis en ser på saken på en annen side vil maten bli tørr, lite fristende og pålegget vil begynne å krølle seg. Det kan gjøre at brukerne ikke spiser maten, og ha en negativ effekt på næringsinntaket. Det vil ikke ta lang tid å smøre noen friske skiver, med ferskt pålegg og skjære opp noe fristende frukt og grønnsaker på siden. Små tiltak som har mye å si for å få i seg rette og viktige næringsstoffer.

I studien til Johansson et al (2017) viser det at å registrere pasienter som er innen for risikogruppen for underernæring, vil bedre tilstanden. Det vil si at om en som sykepleier i hjemmetjenesten har en form for mal på hvordan eller hva en skal gjøre når pasienter er i risikofare for feilernæring, vil tiltak iverksettes fortere og behandlingen fungere bedre. I hverdagen som sykepleier står en ovenfor mange utfordringer knyttet til pasientene. Innen for ernæring er utfordringene store, og mange får ikke den rette behandlingen. Det finnes retningslinjer på hvordan en skal oppdage og behandle risikoen for underernæring hos eldre, som helsedirektoratet ga ut i 2009. Det er snakk om 4 tiltak. Risikovurdering, behandling, dokumentasjon og videreformidling av informasjon (helsedirektoratet, 2009). Selv om vi har forskjellige retningslinjer, er det ikke alltid de blir fulgt. Gjennom erfaring fra praksis i sykepleien har jeg observert at sykepleierne ofte er usikre på hvordan en skal gjøre det, og er usikre på hvilke tiltak som skal iverksettes. Jeg mener at det vil bli vanskelig å forhindre underernæring hos hjemmeboende pasienter, om ikke retningslinjene følges.

Johansson et al (2011) får frem i sin studie hvor viktig det er å la personer med demens gjøre det de klarer selv så lenge som mulig, da de er redde for at vi som helsepersonell skal ta over alt i deres liv, og da får de følelsen av at de ikke klarer noe selv. Ett sentralt

grunnleggende behov er å sørge for at pasienten får i seg tilstrekkelig med mat og drikke. Her er det viktig å få med seg hvor mye pasienten drikker og spiser, og dokumentere dette i pasientjournalen. Det er også nødvendig å vite om de klarer å handle mat og tilrettelegge og spise måltider selv. Her vil det være sentralt å være til stede for veiledning og observasjon, og heller hjelpe til om en ser behovet for det. Her kan det brukes individuell tilnærming, slik at pasienten føler seg sett og ivaretatt og inkluderer pasienten i å gjøre det han eller hun kan fremfor å ta over deres ferdigheter.

## 6.0 Oppsummering

Eide et al (2014) belyser utfordringer som sykepleiere står ovenfor, og konkluderer med at kunnskap blant sykepleiere er den største utfordringen når det kommer til ernæring. Utfordringene innen for underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens er mange og kompliserte. Det som går mest igjen er tidspress, mangel på kunnskap, og lite kontroll på matsituasjonen. Hjemmetjenesten har ikke alltid oversikt over hva brukerne får i seg i løpet av en dag, sammenlignet med pasienter på institusjon.

Gjennom gode relasjonsforhold mellom sykepleier og pasient vil personer med demens føle seg sett og ivaretatt. Det vil gjøre at de føler seg trygge på pleiepersonalet og bare det kan føre til at de tar til seg mer næring. Mange av artiklene i oppgaven kommer frem til at relasjonsforhold er viktig i møte med personer med demens, og at det å ha en personsentrert innfallsvinkel vil føre til at behandlingen til disse pasientene går bedre.

Mer respekt, bedre holdninger og breier kunnskap kan bidra til bedre ernæringsstatus hos hjemmeboende pasienter med demens, viser både Koskenniemi et al (2015), og Eide et al (2014). Gjennom personsentrert omsorg, kartlegging, relasjoner og veiledning kan sykepleiere drive forebyggende arbeid knyttet til ernæring. Kunnskap om tema ernæring er noe sykepleierne bør legge mer vekt på viser felles funn i studiene.

I følge Brekke et al(2013) viser det at sykepleiere i hjemmetjenesten ikke alltid vet hva en skal se etter eller hva en skal gjøre om pasienter står i fare eller er underernærte. En må klare å fange opp risikofaktorer ved underernæring tidligst mulig, og som sykepleier skal en klare å kjenne igjen tegn til at pasientene står i fare for å bli underernært. Studien til Brekke et al (2013) viser hvor viktig det er å ta tak i problemet tidligst mulig, for å forhindre alvorlige konsekvenser. Det er hjemmetjenesten sitt ansvar å fange opp tidlige risikofaktorer og vite hva en skal se etter og hva en skal gjøre.

I studien til Johannessen et al (2017) viser det at å kartlegge situasjonen kan bedre ernæringsstatusen hos eldre underernærte personer med demens For å forebygge underernæring hos eldre vil det være sentralt å kartlegge situasjonen da med tanke på forebygging, vurdering og igangsetting av tiltak. Grunnen til at dette ofte ikke blir gjort i



hjemmetjenesten, er sykepleierens mangel på kunnskap som både Eide et al (2014) og Brekke et al (2013) konkluderer med.

## 7.0 Referanseliste

- Birkeland, A. & Flovik, A. M. (2014). *Sykepleie i hjemmet*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk
- Bjørndal, A., Flottorp, S. & Klovning, A (2013). *Kunnskapshåndtering i medisin og helsefag*. (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk
- Brekke I, Holm E, Lindberg C, Luhr N, Rognstad M-K. (2013). Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens. *Sykepleien Forskning* 8(4)(298-307) DOI: 10.4220/sykepleienf.2013.0137
- Brooker, D. (2013). *Personsentrert demensomsorg: Veien til bedre tjenester*. Tønsberg: Forlaget Aldring og Helse.
- Brodtkorb, K. (2014). Ernæring, mat og måltider. I B. M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (red.). *Geriatrisk sykepleie – god omsorg til den gamle pasienten*. (2.utg., s. 308-311). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Christoffersen L, Johannessen A, Tufte P.A, Utne I (2015) *Forskningsmetode for sykepleierstudenter*. Oslo: abstrakt forlag
- Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- De Witt, L., Ploeg, J., & Black, M. (2010). Living alone with dementia: an interpretive phenomenological study with older women. *Journal Of Advanced Nursing*, 66(8), 1698-1707. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05295.x
- Eide, H. D., Halvorsen, K., og Almendingen, K. (2014). Barriers to nutritional care for the undernourished hospitalised older people. *Journal of Clinical Nursing*, 24(5-6), 696-706. doi: 10.1111/jocn.12562
- Fermann, T. & Næss, G. (2014). Sykepleie til eldre i hjemmesykepleien. I B. M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (red.). *Geriatrisk sykepleie – god omsorg til den gamle pasienten*. (2.utg., s. 248). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Fonn, M. (2016). *Hun samspiste med Arne*. Hentet 15.03.17 fra <https://sykepleien.no/2016/04/hun-samspiste-med-arne>
- Forsberg, C. Wengstrøm, Y. (2008) *At göra systematisk litteratustudier: Vardering, analys och presentation av Omvårdnadsforskning*. Natur og kultur. Stockholm.
- 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. doi:10.1111/jan.12214
- Helsedirektoratet (2013) *Samhandlingsreformen*. Hentet 17 Janaur 2017 fra <https://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen>
- Helsedirektoratet (2013) *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling*

- av underernæring. Hentet 17 januar 2017 fra  
[http://www.nske.no/Bilder/Endelig\\_utkast\\_retn.linjer.underernaering.pdf](http://www.nske.no/Bilder/Endelig_utkast_retn.linjer.underernaering.pdf)
- Helsepersonell loven (1999). *Lov om helsepersonell* m.v. av 07. februar 1999 nr. 64.  
Henta 15.03.2017 fra  
<http://www.lovdatabasen.no/all/tl-19990702-064-008.html>
- Johansson, L., Christensson, L., & Sidenvall, B. (2011). Managing mealtime tasks: told by persons with dementia. *Journal Of Clinical Nursing*, 20(17/18), 2552-2562.  
doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03811.x
- Johansson, L., Wijk, H., Christensson, L. (2017) Improving nutritional status of older person with dementia using a national preventive care program.  
<http://dx.doi.org.liverpool.idm.oclc.org/10.1007/s12603-016-0737-7>
- Johansson, Y., Bachrach-Lindström, M., Carstensen, J., & Ek, A. (2009). Malnutrition in a home-living older population: prevalence, incidence and risk factors. A prospective study. *Journal Of Clinical Nursing*, 18(9), 1354-1364. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02552.x
- Koskenniemi, J., Leino-Kilpi, H., & Suhonen, R. (2015). Manifestation of respect in the care of older patients in long-term care settings. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 29(2), 288-296. doi:10.1111/scs.12162
- Kristoffersen, N.J, Nortvedt F & Skaug E-A(2012). Om sykepleie. I.B N.J, Kristoffersen, F, Nortvedt, E-A. Skaug (red.) *Grunnleggende sykepleie bind 1*. (2.utg s. 17-22). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kristoffersen, N.J (2012). Helse og sykdom. I.B N.J, Kristoffersen, F, Nortvedt, E-A. Skaug (red.) *Grunnleggende sykepleie bind 1*. (2.utg s.31-72). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kristoffersen, N.J (2012). Sykepleie – kunnskap og kompetanse. I.B N.J, Kristoffersen, F, Nortvedt, E-A. Skaug (red.) *Grunnleggende sykepleie bind 1*. (2.utg s. 161-195). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kristoffersen, N.J (2012). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I.B N.J, Kristoffersen, F, Nortvedt, E-A. Skaug (red.) *Grunnleggende sykepleie bind 1*. (2.utg s. 207-270). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kristoffersen, N.J (2012). Sykepleier i organisasjon og samfunn. I.B N.J, Kristoffersen, F, Nortvedt, E-A. Skaug (red.) *Grunnleggende sykepleie bind 1*. (2.utg s. 281-336). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Larsen, A.K (2007) *En enklere metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Mårtensson, L & Hensing, G. (2011). *Hälsolitteracitet grundbult i patientmötet*. Hentet 25.04.2017 fra:  
[http://www.lakartidningen.se/OldWebArticlePdf/1/17571/LKT1151s2718\\_2720.pdf](http://www.lakartidningen.se/OldWebArticlePdf/1/17571/LKT1151s2718_2720.pdf)

- McCance, T. & McCormack, B. (2017). The Person-centred Practice Framework. I B. B. McCormack & T. McCance (red.). *Person-Centred Practice in Nursing and Health Care: Theory and Practice*. (2. Utg., s. 36-64). Chichester: Wiley Blackwell.
- McCormack, B. & McCance, T. (2017). Underpinning principles of person-centred practice. I B. B. McCormack & T. McCance (red.). *Person-Centred Practice in Nursing and Health Care: Theory and Practice*. (2. Utg., s. 13-35). Chichester: Wiley Blackwell.
- Nasjonalforeningen for folkehelsen (2014) Hentet 20.03.17 fra <http://nasjonalforeningen.no/demens/parorende-og-demens/kommunisere/>
- Norvedt M, Jamtvedt G, Graverholt B, Nordheim LV, Reinart LM. *Jobb Kunnskapsbasert – en arbeidsbok*. Oslo: Akribe, 2012.
- Ranhoff (red.). *Geriatrisk sykepleie – god omsorg til den gamle pasienten*. (2.utg., s. 308-311). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Rokstad, M.A.M (2014). *Se hvem jeg er. Personsentrert omsorg ved demens*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Skjeggstad S.R (2017) *Dette er menneskene som inspirerer Erna Solberg i nyttårstalen*. Hentet 05.april.2017 fra <https://www.nrk.no/norge/dette-er-menneskene-som-inspirerer-erna-solberg-i-nyttarstalen-1.13300261>
- Skovdahl K, Berentsen VD (2014) Kognitiv svikt og demens. I B. M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (red.). *Geriatrisk sykepleie – god omsorg til den gamle pasienten*. (2.utg., s. 248). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Sortland, K. (2015). *Ernæring – mer en mat og drikke*. Bergen: Fagbokforlaget
- Støren, I. (2013). *Bare søk! Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier*. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Travelbee, J. ( 2001) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. 6 opplag. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag
- World Health Organization (2017). *World Health Statistics 2014*. Hentet 17 januar 2017 fra <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/world-health-statistics-2014/en/>

# Vedlegg

## Vedlegg 1 Søkehistorikk artikler

DATABASE/ DATO	SØKEORD	AVGRENSING	ANTALL TREFF	LESTE ARTIKLER	ARTIKLER INKLUDERT	RELEVANS
CHINAL 01.03.17	Nutrition + Dementia		726	10	0	
CHINAL 01.03.17	Nutrition + Dementia	Full text 2012-2017	66	10	0	

DATABASE/ DATO	SØKEORD	AVGRENSING	ANTALL TREFF	LESTE ARTIKLER	ANTALL INKLUDERT	RELEVANS
CHINAL 09.03.17	Homehealt + care + service + measuring	Full text 2012-2017	629	10	1	Viktigheten av relasjon og tillitt mellom sykepleier og pasient

Her fant jeg artikkelen: *Measuring interpersonal continuity in high-frequency home healthcare services (2014)*.

DATABASE/ DATO	SØKEORD	AVGRENSING	ANTALL TREFF	LESTE ARTIKLER	ANTALL INKLUDERT	RELEVANS
CHINAL 07.03.17	Respect + older patients	Full text 2012-2017	1	1	1	Personsentrert- omsorg

Her fant jeg artikkelen: *Manifestation of respect in the care of older patients in long-term care settings (2015)*

DATABASE/ DATO	SØKEORD	AVGRENSING	ANTALL TREFF	LESTE ARTIKLER	ANTALL INKLUDERT	RELEVANS
CHINAL 11.03.17	Nutritional care + hospital	Full text 2012-2017	5	5	1	5 utfordringer i sykehus, men som er like relevant i hjemmetjenesen

Her fant jeg artikkelen: *Barriers to nutritional care for the undernourished hospitalised elderly: perspectives of nurses (2014)*

DATABASE/ DATO	SØKEORD	AVGRENSING	ANTALL TREFF	LESTE ARTIKLER	ARTIKLER INKLUDERT	RELEVANS
CHINAL 01.03.17	Mealtime task + dementia	Fulltext 2012-2017	9	5	0	
CHINAL 01.03.17	Mealtime task + dementia	Full text 2010-2017	18	10	1	Relasjons- forhold

Her fant jeg artikkelen: *Managing mealtime tasks: told by persons with dementia (2011)*

DATABASE/ DATO	SØKEORD	AVGRENSING	ANTALL TREFF	LESTE ARTIKLER	ARTIKLER INKLUDERT	RELEVANS
CHINAL 10.01.17	Malnutrition + Riskfactors	Fulltext 2012-2017	0	0	0	
CHINAL 10.01.17	Malnutrition + Riskfactors	Full text 2008-2017	1	1	1	Risikofaktorer

Her fant jeg artikkelen: *Malnutrition in a home-living older population: prevalence, incidence and risk factors. A prospective study (2008)*

DATABASE/ DATO	SØKEORD	AVGRENSING	LESTE ARTIKLER	ARTIKLER INKLUDERT	RELEVANS
University of liverpool online liberary	Søkte på artikkeltittelen, da jeg hadde fått en god artikkel av veilederen min som jeg skulle se på. Fant ikke den artikkelen jeg leitet etter, men da kom denne artikkelen opp.	2016	1	1	Artikkelen bruker 4 ulike trinn i en behandlingsprosess for å behandle underernæring.

Her fant jeg artikkelen:  
*Improving nutritional status of older person with dementia using a national preventive care program. (2017)*

Artikkel 3.

"Barriers to nutritional care for the undernourished hospitalised elderly: perspective of nurse"

**SJEKKLISTE FOR Å VURDERE KVALITATIV FORSKNING**

Målgruppe: studenter og helsepersonell

Hensikt: øvelse i kritisk vurdering

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

*Kan vi stole på resultatene?*

*Hva forteller resultatene?*

*Kan resultatene være til hjelp i min praksis?*

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på de ulike punktene.

Referanse:

1. Critical Appraisal Skills Programme. [www.casp-uk.net](http://www.casp-uk.net)

### INNLEDENDE SPØRSMÅL

<p><b>1. Er formålet med studien klart formulert?</b></p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er det oppgitt en problemstilling for studien?</li> </ul>	<p>Ja <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>Uklart 0</p>	<p>Nei 0</p>
<p><b>2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</b></p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?</li> </ul>	<p>Ja <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>Uklart 0</p>	<p>Nei 0</p>

### KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?

<p><b>3. Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</b></p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er utvalg, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet og begrunnet?</li> </ul>	<p>Ja <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>Uklart 0</p>	<p>Nei 0</p>
<p><b>Kommentar:</b></p>			
<p><b>4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?</b></p> <p>TIPS:</p> <p><i>I strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er det gjort rede for hvem/hva som ble valgt ut og hvorfor? Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (rekrutteringsstrategi)?</li> <li>• Er det gjort rede for hvorfor noen valgte ikke å delta?</li> <li>• Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, osv.)?</li> </ul>	<p>Ja <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>Uklart 0</p>	<p>Nei 0</p>
<p><b>Kommentar:</b></p> <p>16 sykepleiere fra Norge.</p>			
<p><b>5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?</b></p> <p>TIPS:</p> <p><i>Datainnsamlingen må være omfattende nok både i bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er metoden som ble valgt god for å belyse</li> </ul>	<p>Ja <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>Uklart 0</p>	<p>Nei 0</p>
<p><b>Kommentar:</b></p>			



<p>problemstillingen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Går det klart fram hvilke metoder som ble valgt for å samle data? For eksempel feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), dokumentanalyse.</li> <li>• Er måten data ble samlet inn på beskrevet (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)?</li> <li>• Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?</li> </ul>	<p>Fokusgruppestudie.</p>
---	---------------------------

<p><b>6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</b></p> <p>TIPS: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er det redegjort for hvilken type analyse som er brukt (for eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.).</li> <li>• Er det tydelig redegjort for hvordan analysen ble gjennomført (f. eks. de ulike trinnene i analysen)?</li> <li>• Er motstridende data tatt med i analysen?</li> <li>• Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskeren har kommet fram til?</li> </ul>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">Ja</th> <th style="width: 33%;">Uklart</th> <th style="width: 33%;">Nei</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="radio"/></td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Kommentar:</b></p> <p>Fokusgruppestudie. 16 sykepleiere fra Sør forskjellige avdelinger i Norge.</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	0	0
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="radio"/>	0	0					
<p><b>7. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</b></p> <p>TIPS: Forskningsresultatene blir nødvendigvis påvirket av perspektivet til forskeren. I tillegg vil konteksten som datainnsamlingen foregår innenfor påvirke resultatene.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Har forskeren gjort rede for konteksten som datainnsamlingen foregikk innenfor?</li> <li>• Har forskeren gjort rede for sitt teoretiske ståsted og sin faglige bakgrunn?</li> </ul>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">Ja</th> <th style="width: 33%;">Uklart</th> <th style="width: 33%;">Nei</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="radio"/></td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Kommentar:</b></p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	0	0
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="radio"/>	0	0					
<p><b>8. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?</b></p> <p>TIPS: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller å få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilde gir helt likt uttrykk. Imidlertid bør slike forskjeller forklares</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">Ja</th> <th style="width: 33%;">Uklart</th> <th style="width: 33%;">Nei</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="radio"/></td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Kommentar:</b></p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	0	0
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="radio"/>	0	0					

<p>tilfredsstillende.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?</li> </ul>			
<p><b>9. Er etiske forhold vurdert?</b></p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ble studien forklart for deltagerne (f.eks. gjennom informert samtykke)?</li> <li>Dersom relevant, ble studien forelagt Etisk komite?</li> </ul>	<p><b>Ja</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p>	<p><b>Uklart</b></p> <p>0</p>	<p><b>Nei</b></p> <p>0</p>
	<p><b>Kommentar:</b> Godkjent av etisk komite</p>		

### HVA ER RESULTATENE?

<p><b>8. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kan du oppsummere hovedfunnene?</li> <li>Ble funnene diskutert i lys av det opprinnelige formålet med studien?</li> </ul>	<p><b>Ja</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p>	<p><b>Uklart</b></p> <p>0</p>	<p><b>Nei</b></p> <p>0</p>
	<p><b>Kommentar:</b> 5 utfordringer sykepleiere står overfor. Ensomhet, kompetanse, lite fleksibilitet Organisering og lite fokus på ernæring.</p>		

### KAN RESULTATENE BRUKES I MIN PRAKSIS?

<p><b>Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</b></p> <p>TIPS: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. Isteden kan resultatene gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kan resultatene hjelpe meg til bedre å forstå sammenhengen jeg arbeider i?</li> <li>Drøft hvordan funnene kan utvide eksisterende kunnskap og forståelse?</li> </ul>	<p><b>Kommentar:</b> Ja. Det handler mye om sykepleierens kompetanse, noe som er relevant for min oppgave.</p>
---	--