



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001

Predefinert informasjon

Startdato:	25-02-2019 09:00	Termin:	2019 VÅR
Slutt dato:	25-04-2019 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F + Bestått)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 SYKHB30011 PRO1 2018 HØST Haugesund		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 59

Informasjon fra deltaker

Tittel *: God mat er god eldreomsorg

Antall ord *: 8931

Engelsk tittel *: Good food is good elderly care

Egenerklæring *: Ja

**Inneholder besvarelsen
konfidensiell materiale?:** Nei

**Jeg bekrefter at jeg har
registrert oppgavetittelen
på norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:** Ja

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja



BACHELOROPPGAVE

God mat er god eldreomsorg

Good food is good elderly care

Kandidatnummer: 59

Bachelor i sykepleie
Fakultet for helse- og sosialvitenskap
Institutt for helse- og omsorgsvitenskap
Campus Haugesund
Innleveringsdato: 25.04.19 kl. 14:00

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

Sammendrag

Bakgrunn for valg av tema: Forekomsten av underernæring på institusjon varierer mellom 10 til 60 prosent, hvor personer med demens på sykehjem er spesielt utsatt. En slik høy forekomst belyser viktigheten med at sykepleiere har god kompetanse rundt ernæring.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleier ivareta ernæringsstatusen til pasienter med demens på sykehjem?

Hensikt: Jeg ønsker mer kunnskap om hvordan sykepleiere kan bidra til å sikre pasienter med demens på sykehjem en optimal ernæringsstatus.

Metode: Litteraturstudie, med selvvalgt tema og problemstilling. Forskning og faglitteratur om underernæring hos eldre pasienter med demens på sykehjem er anvendt i oppgaven for å belyse min problemstilling.

Funn: En stor utfordring for å sikre personer med demens på sykehjem en tilstrekkelig ernæringsstatus er at sykepleiere har mangel på kunnskap og ferdigheter til å identifisere og behandle underernæring, samtidig områder med negative holdninger innen ernæring. Flere sykehjem har også mangelfulle rutiner og prosedyrer for å vurdere ernæringsstatusen til pasientene som medfører at sykepleiere ikke alltid klarer å fange opp endringer i pasienten sin ernæringstilstand. Det foreligger blant annet funn at individuelle og miljømessige forhold er svært betydningsfullt for å sikre pasienter med demens en tilstrekkelig ernæringsstatus.

Oppsummering: Funnene kan relateres til at sykepleiere ikke har tilstrekkelig kompetanse om teamet om ernæring. Å fokusere på personsentrert omsorg står sentralt, hvor tiltak som å forbedre sykepleieres kunnskapsnivå, skape gode relasjonsforhold mellom sykepleier og pasient, og sikre et støttende spisemiljø må iverksettes for å ivareta ernæringsstatusen hos personer med demens på sykehjem.

Abstract

Background: The incidence of malnutrition at an institution varies between 10 and 60 percent, where people with dementia in nursing homes are particularly at risk. Such a high incidence highlights the importance of nurses having good nutrition competence.

Research question: How can nurses take care of the nutritional status of patients with dementia in nursing homes?

Aim: I want more knowledge about how nurses can help ensure patients with dementia in nursing homes an optimal nutritional status.

Method: Literature study, with self-elected theme and research question. Research and literature of malnutrition in the elderly people with dementia living in nursing homes are employed in the thesis, to find answers to the research question.

Findings: A major challenge for ensuring a sufficient nutritional status for people with dementia in nursing homes is that nurses have lack of knowledge and skills to identify and treat malnutrition, in addition to having negative attitudes in nutrition. Several nursing homes also have insufficient routines and procedures to assess the nutritional status of the patients, which means that nurses do not always manage to capture changes in the patient's nutritional status. There are also findings that individual and environmental conditions are very important to ensure patients with dementia an adequate nutritional status.

Summary: The findings can be related to the fact that nurses do not have sufficient competence about nutrition. Focusing on person-centered care is important, where measures such as improving the nurse's level of knowledge, creating good relationships between nurse and patient, and ensuring a supportive eating environment must be implemented to take care of the nutritional status of persons with dementia in nursing homes.

Innholdsfortegnelse

1	Introduksjon	6
1.1	<i>Presentasjon av tema.....</i>	6
1.2	<i>Begrunnelse for valg av tema.....</i>	6
1.3	<i>Problemstilling</i>	7
1.4	<i>Avgrensing.....</i>	7
2	Teori.....	8
2.1	<i>Begrepsavklaring.....</i>	8
2.1.1	<i>Demens</i>	8
2.1.2	<i>Eldre og underernæring</i>	9
2.1.3	<i>Sykepleie – kompetanse</i>	9
2.2	<i>Teoretisk perspektiv.....</i>	9
2.2.1	<i>Personsentrert omsorg</i>	9
2.2.2	<i>Travelbees sykepleietenkning</i>	11
3	Metode	12
3.1	<i>Hva er metode?</i>	12
3.2	<i>Litteraturstudie som metode</i>	12
3.3	<i>Kvalitativ og kvantitativ metode.....</i>	13
3.4	<i>Praktisk fremgangsmåte ved gjennomføring av litteraturstudien</i>	13
3.5	<i>Kildekritikk.....</i>	14
3.6	<i>Metodekritikk.....</i>	15
3.7	<i>Forskningsetikk</i>	16
4	Resultat.....	18
4.1	<i>Presentasjon av artiklene</i>	18
4.1.1	<i>Artikkel 1.....</i>	18
4.1.2	<i>Artikkel 2.....</i>	19

4.1.3	Artikkel 3.....	19
4.1.4	Artikkel 4.....	20
4.1.5	Artikkel 5.....	21
4.2	<i>Hovedfunn av artiklene</i>	21
5	Drøfting	23
5.1	<i>Strukturelle forhold</i>	23
5.1.1	Sykepleiernes kompetanse	23
5.1.2	Tverrfaglig tilnærming	24
5.1.3	Vurdering av ernæringsmessig risiko.....	26
5.2	<i>Individuelle behov ved en personsentrert tilnærming</i>	27
5.2.1	Fange opp individuelle behov	27
5.2.2	Valgfrihet og variasjon.....	28
5.3	<i>Miljøet ved måltidet</i>	29
5.3.1	Samspill.....	29
5.3.2	Støtte og oppmuntring	31
6	Avslutning	33
	Referanseliste	34
	Vedlegg	39
	<i>Vedlegg 1: Tabell for systematisk litteratursøk</i>	39
	<i>Vedlegg 2: Sjekkliste</i>	42

1 Introduksjon

1.1 Presentasjon av tema

Fokus på mat og ernæring hos eldre er i høyest grad satt på dagsorden i Norge, dette i form av stortingsmeldinger, retningslinjer, nasjonal handlingsplan, kostholdsanbefalinger, rapporter og tiltakspakker. Likevel viser det seg å være et stort gap mellom anbefalt praksis, og hva som faktisk blir utført (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 103). Andelen eldre i samfunnet stiger, noe som medfører en stor utfordring for helse- og omsorgstjenesten. Underernæring hos eldre blir fremhevet som et spesielt økende samfunnsproblem og har fått betydelig oppmerksomhet gjennom årene. Det viser seg i de nasjonale faglige retningslinjene for forebygging og behandling av underernæring at forekomsten av underernæring hos pasienter på institusjon varierer mellom 10 til 60 prosent (Helsedirektoratet, 2013, s. 10). En slik høy prosentandel belyser viktigheten ved at sykepleiere har gode teoretiske og praktiske kunnskaper om ernæring. Dette står sentralt for å sikre pasientene en god ernæringspraksis, som innebærer kartlegging, vurdering, dokumentering, vurdering av matinntak på bakgrunn av pasientens behov, iverksette ernæringstiltak, samtidig oppfølging og evaluering (Helsedirektoratet, 2016).

1.2 Begrunnelse for valg av tema

En viktig sykepleieoppgave har alltid vært, og vil alltid være å hjelpe og/eller legge forholdene til rette slik at pasienten får dekket sitt behov for væske og næringsstoffer. Likevel vil flere oppleve det som en utfordring å sikre pasienter den ernæringsmessige omsorgen de har behov for. I denne bacheloroppgaven har jeg derfor valgt å fokusere på temaet ernæring. Underernæring er et kjent problem som jeg har opplevd i flere av praksisene jeg har vært i, og har sett hvilken betydning ernæring har for både helse og velvære. På grunn av stor utvikling innen medisinsk teknologi og behandlingsmuligheter har jeg erfart hvordan ernæring ofte kan bli nedprioritert i behandling og forebygging av sykdom. Likevel viser forskning at det er en klar sammenheng mellom hva vi spiser og sykdomsutvikling, der mat kan være like viktig som medisiner (Sortland, 2015, s. 14). På bakgrunn av dette ønsker jeg derfor i denne oppgaven å fordype meg i temaet ernæring.

1.3 Problemstilling

Hvordan kan sykepleiere ivareta ernæringsstatusen til pasienter med demens på sykehjem?

1.4 Avgrensing

For å avgrense oppgaven har jeg valgt å ha fokus på personer med demens på sykehjem. Pasienter med demens er en sårbar gruppe som er spesielt utsatt for underernæring og jeg ønsker derfor å rette søkelyset mot denne pasientgruppen. Personer med demens utgjør samtidig en stor del av dem som bor på sykehjem, og antallet personer med demens øker over hele verden. I Demensplanen 2020 blir det påpekt at demens er en stor folkehelseutfordring på verdensbasis, hvor forekomsten av demens trolig vil fordobles mot år 2040 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 19). Ut ifra dette ønsker jeg å øke mine kunnskaper om hvordan vi som sykepleiere kan forebygge underernæring hos personer med demens på sykehjem, og ser på området som høyst relevant, samtidig som det er et viktig og interessant tema.

Ettersom ernæring er et stort område ser jeg det nødvendig å avgrense oppgaven. Fokuset vil da være på underernæring, og jeg kommer derfor ikke til å beskrive væskebehov og de ulike næringsstoffene. For å forebygge og behandle underernæring kreves det kunnskap, kompetanse, samhandling og gode rutiner i ernæringspraksisen. I denne oppgaven skal jeg ta utgangspunkt i et sykepleieperspektiv. Dette er på bakgrunn av at jeg ønsker å bevisstgjøre hvordan sykepleiere i større grad må vektlegge ernæring. Mer kunnskap og kompetanse på dette feltet er nødvendig, hvor en sikrer gode rutiner og prosedyrer for å identifisere og følge opp pasientens ernæringsstatus.

2 Teori

Innledningsvis skal jeg i den teoretiske rammen definere ulike begrep som er aktuelle for å svare på problemstillingen. I oppgaven har jeg valgt å ha fokus på personsentrert omsorg som teoretisk perspektiv. I nasjonale faglige retningslinjer om demens (Helsedirektoratet, 2017b) blir det beskrevet hvordan tiltak og aktiviteter som iverksettes, skal være tilpasset etter pasientens behov, der en tar hensyn til ressurser og interesser etter prinsippene om personsentrert omsorg og behandling. Dette ser jeg på som svært relevant i ernæringsarbeidet. Personsentrert omsorg er en tilnærming jeg mener bør få større oppmerksomhet, ettersom dette kan bidra til en kvalitetsforbedring av demensomsorgen. I forhold til min problemstilling står det sentralt å se på mennesker som unike med individuelle behov, og ser derfor teorien som relevant for å belyse og svare på problemstillingen. For å fremheve hvordan en skal se personer med demens som et verdifullt individ har jeg valgt å trekke frem Travelbees sykepleietenkning. Dette er på bakgrunn av at hun blant annet viser til at hvert menneske er unikt og uerstattelig (Travelbee, 1999, s. 57).

2.1 Begrepsavklaring

2.1.1 Demens

En av de hyppigst forekommende sykdommene i alderdommen er sykdommer som fører til demens. En kan regne med at omtrent 30 prosent av alle personer med demens i Norge bor på sykehjem (Engedal & Haugen, 2018, s. 25). En fellesbetegnelse på demens er sykdommer som rammer flere av hjernens funksjoner. Demens er et klinisk symptombilde, som karakteriseres ved en gradvis forverring av praktisk og kognitiv svikt, i tillegg til økende forekomst av nevropsykiatriske symptomer (Rokstad, 2014, s. 10). Praktisk svikt inkluderer økende vanskeligheter med å utføre dagligdagse aktiviteter, noe som bidrar til utfordringer i forbindelse med muligheten for et selvstendig liv. Kognitiv svikt innebærer blant annet redusert hukommelse, orienteringsevne, språk, evne til problemløsning, samtidig abstraksjonsevne. Nevropsykiatriske symptomer kan være depresjon, angst, psykotiske symptomer, samtidig atferdsforandringer som agitasjon (Rokstad, 2014, s. 10).

2.1.2 Eldre og underernæring

Ved økende alder oppstår det forandringer i kroppen som kan få betydning for deres kosthold og ernæringsstatus (Sortland, 2015, s. 141). Energibehovet til eldre er knyttet tett opp til deres muskelmasse og aktivitetsnivå, som reduseres med økende alder (Helsedirektoratet, 2015, s. 44). Normale aldersforandringer, sykdom og funksjonssvikt kan hver for seg, eller sammen, begrense eldres evne og lyst til å spise optimalt og riktig sammensatt kost (Brodtkorb, 2014, s. 301). Grupper som har særlig risiko for vekttap og underernæring er eldre, enslige, demente, aleneboende eldre, rusmisbrukere, funksjonshemmede og pasienter med kroniske lidelser. Underernæring oppstår når inntaket av energi og næringsstoffer er så minimal at en går ned i vekt (Sortland, 2015, s. 165). Underernæring kan medføre redusert bevegelighet, økt falltendens, depresjon, apati, nedsatt immunforsvar og forsinket sårtilheling. Dette kan gi store konsekvenser for pasientens livskvalitet og allmenntilstand (Sortland, 2015, s. 166).

2.1.3 Sykepleie – kompetanse

I utøvelsen av sykepleie har samfunnet krav og forventninger som er nedfelt i lovverk og forskrifter. På sykehjem har sykepleiere en viktig rolle i å sikre kvalitet, der en er med på å sette standard for fagutøvelsen, både på individnivået i møte med den enkelte pasient, og på avdelingen i form av ledelse og samarbeid med andre faggrupper (Hauge, 2014, s. 269). I følge Kristoffersen (2016a, s. 140) kan kompetanse defineres som sikkerhet og dyktighet, som er knyttet til individets kvalifikasjoner. Å ha en slik kompetanse innebærer å være kvalifisert til å handle og ta beslutninger innenfor et bestemt område. Med andre ord kan kompetanse ses i sammenheng med de samlede kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger en har som gjør det mulig å utføre nødvendige funksjoner og oppgaver, i tråd med valg og krav (Helsedirektoratet, 2017c, s. 6). Sykepleiernes kompetanse i forbindelse med ernæring står helt essensielt for å sikre pasientene en god ernæringsstatus, og dette er noe jeg ønsker å fokusere på i drøftingen.

2.2 Teoretisk perspektiv

2.2.1 Personsentrert omsorg

For å få en god forståelse av personsentrert omsorg er det nødvendig å se på begrepet omsorg. Flere beskriver omsorg som essensielt ved det å være et menneske. Omsorg innebærer at sykepleiere må ha vilje, intensjon og forpliktelse til å utøve omsorg i praktisk handling. Dette forutsetter en innsats for å bevare verdigheten og respekten for hvert enkelt individ (Rokstad, 2014, s. 24). Omsorg betyr dermed at en har en viss evne til å leve seg inn i pasientens situasjon og få en forståelse av hvordan pasienter opplever situasjonen. Dette krever at sykepleiere har kjennskap til pasienten, og kan kommunisere for å få en forståelse av pasienten (Slettebø, 2013, s. 23). Personsentrert omsorg er verdigrunnlaget og selve fundamentet i all omsorg rettet mot mennesker som har demens. Hensikten med en slik omsorg er å bevare synet på mennesker som har demens, som et unikt individ med følelser, rettigheter, ønsker og livshistorie, som preger vedkommende, slik som før (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 408-409).

Personsentrert perspektiv er et omfattende perspektiv, som har flere ulike forklaringer. Filosofien bak personsentrert demensomsorg ble utviklet av den britiske sosialpsykologen Tom Kitwood. For å tydeliggjøre innholdet i Kitwoods teori ble det av Dawn Brooker utarbeidet et såkalt VIPS-rammeverk for personsentrert omsorg (Rokstad & Røsvik, 2018, s. 302). V-en står her for verdsetting av personer med demens, og de som utøver omsorg for dem. I-en inkluderer at personer med demens skal møtes med en individuell tilnærming. P-en står for nødvendigheten av å ta personen med demens sitt perspektiv. Til slutt, S-en står for behovet for et støttende sosialt miljø (Rokstad, 2014, s. 29). Målet med personsentrert omsorg er å sørge for å bekrefte personens opplevelse av personverd, altså en status eller verdi en gir hverandre som enkeltmennesker i gjensidige relasjoner, og baseres på gjenkjenning, respekt og tillitt (Rokstad & Røsvik, 2018, s. 300-301). Hos personer med demens vil det være utfordrende å bevare sin identitet når en ikke lenger husker hvor en kommer fra, eller hvem en er. Som sykepleiere må en derfor ha kunnskap om deres livshistorie og bakgrunn, slik at en kan forstå hva som er viktig for hver enkelt, og på denne måten hjelpe vedkommende med å holde fast ved den (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 422). Pasientens egne verdier og preferanser skal bli ivaretatt og verdsatt, basert på gjensidig tillit, gode holdninger og likeverdighet (Rokstad, 2014, s. 25). Miljøet, både det fysiske og sosiale, er betydningsfullt i personsentrert omsorg, hvor miljøet kan fremheve positive prosesser. En må kunne skape en atmosfære der pasienten har muligheten til å være seg selv, som innebærer at sykepleiere har

kunnskap over vedkommendes verdier og normer, slik at pasienten finner mening og mestrer sin egen situasjon (Rokstad, 2014, s. 25)

2.2.2 Travelbees sykepleietenkning

Relasjonen mellom pasient og sykepleier er grunnlaget for all behandling, der mennesker lever i relasjoner til andre. Joyce Travelbees sykepleiedefinisjon er allmenn akseptert og kjent. Hun fremhever hvordan hvert enkelt menneske er unikt og uerstattelig, forskjellig fra alle andre som har levd (Kristoffersen, 2016b, s. 29). Kommunikasjon er i følge Travelbee (1999, s. 135) et viktig verktøy som gjør sykepleiere i stand til å forstå den enkelte, og bruke dette i planleggingen av sykepleieintervensjoner. Å etablere et såkalt menneske-til-menneske forhold er avhengig av kommunikasjon, der en blir kjent med pasientene, slik at tiltakene som blir iverksatt er i samsvar med deres behov og ønsker (Kristoffersen, 2016b, s. 34). Her står det sentralt at sykepleiere kjenner til pasientens opplevelse av situasjonen, og har kunnskap om hvilke meninger vedkommende selv tillegger seg, uavhengig av deres diagnose.

Samhandling blir dermed en viktig forutsetning for at sykepleiere ivaretar pasientens behov, hvor sykepleiekvaliteten er avhengig av at sykepleiere har kontakt med pasientene (Kristoffersen, 2016b, s. 22). En slik sykepleietenkning ser jeg på som aktuell i forbindelse med min problemstilling, ettersom pasientsentrert omsorg handler om omsorgskvalitet.

Omsorgskvaliteten handler i stor grad om å bevare menneskers verdighet, som står helt sentralt for å hjelpe personer med demens, der hver pasient er unik og forskjellig (Rokstad, 2014, s. 24).

3 Metode

I dette kapittelet skal jeg gjøre rede for hvilken metode som har blitt benyttet for å innhente kunnskap for å besvare problemstillingen, og kravene til bruk av metoden blir presentert. Jeg skal også gjøre rede for hvordan jeg har gått fram for å finne relevant litteratur.

3.1 Hva er metode?

Sosiologen Vilhelm Aubert definerer metode som «en framgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme fram til ny kunnskap. Et hvilke som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Dalland, 2017, s. 50). Metode blir ansett som et redskap i møte med noe en ønsker å undersøke, og hjelper oss til å samle inn data, altså den informasjonen vi trenger for å svare på problemstillingen (Dalland, 2017, s. 52).

3.2 Litteraturstudie som metode

I denne bacheloroppgaven er det brukt litteraturstudie som metode. En litteraturstudie er i følge Thidemann (2015, s. 79) en studie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder. Her skal en søke systematisk, vurdere resultatene kritisk og sammensette litteraturen (Forsberg & Wengström, 2015, s. 25). Støren (2013, s. 16) fremhever hvordan det er litteraturen du studerer i en litteraturstudie, altså det som er skrevet og undersøkt om virkeligheten av artikkelforfatterne. Materialet som finnes i en litteraturstudie er den allerede eksisterende kunnskapen, som en henter ved å søke i databasene. Litteraturstudier skaper derfor ingen ny kunnskap, selv om det kan komme frem nye oppfatninger når en sammenstiller kunnskap fra flere artikler. Litteraturstudie er en nyttig metode der en systematiserer kunnskap, en skaffer seg en oversikt over den kunnskapen din framtidige yrkesgruppe er opptatt av (Støren, 2013, s. 17).

I litteratur om litteraturstudier kan en skille mellom allmen litteraturoversikt (overview) og systematisk litteraturoversikt (systematic review). I all forskning starter forskningsprosessen med en allmen litteraturoversikt. En allmen litteraturoversikt beskriver og analyserer et antall utvalgt artikler, men sjeldent har gjennomført systematisk hva utvalget angår (Forsberg &

Wengström, 2015, s. 25). En systematisk litteraturoversikt er derimot en oppsummering av forskning og eksisterende kunnskap innenfor et bestemt område. Her klargjør en hva en vet, hva en ikke vet, oppklarer kunnskapshull og viser veien for videre forskning (Thidemann, 2015, s. 81). Jeg har valgt å inkludere én systematisk litteraturoversikt i denne studien. Dette er på bakgrunn av at studien tar for seg viktige elementer, og bygger på andre relevante artikler. Studien gir et balansert bilde angående hva forskning har vist om problemstillingen, og gir derfor et godt grunnlag.

3.3 Kvalitativ og kvantitativ metode

Ettersom studiene jeg har valgt har både kvalitativ- og kvantitativdesign, vil jeg gi en kort presentasjon av disse metodene.

I følge Dalland (2017, s. 52) har de kvalitative metodene fokus på å fange opp meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle. Hensikten med en slik metode er å få kunnskap om menneskelige egenskaper, holdninger, meninger, erfaringer, forventninger, tanker, motiver, og få fram nyanser (Thidemann, 2015, s. 78). Den kvantitative metoden kjennetegnes derimot ved at den gir breddekunnskap. Metoden har fordelen ved at den gir data i form av målbare enheter (Dalland, 2017, s. 52). En kvantitativ metode er hensiktsmessig å benytte når en ønsker objektive data for å innhente representative oversikter, fordelinger, frekvenser, årsak-virknings-forhold, og sammenligne og finne bestemte mønstre, slik at kunnskapen kan bli generalisert (Thidemann, 2015, s. 78).

Både kvalitative og kvantitative metoder bidrar på hver sin måte til en bedre forståelse av det samfunnet en lever i, og hvordan individer, grupper og institusjoner handler og samhandler (Dalland, 2017, s. 52). Jeg har valgt studier som både er kvalitative og kvantitative ettersom en blanding av disse metodene kan gi en god forståelse av underernæring hos eldre personer med demens, og kan være med på å belyse problemstillingen i størst mulig grad.

3.4 Praktisk fremgangsmåte ved gjennomføring av litteraturstudien

I mitt litteratursøk har jeg valgt å bruke internasjonale forskningsdatabaser for å få en oversikt over studier som er relevante for min problemstilling. Her har jeg benyttet meg av databasene CINAHL, PubMed, SveMed+, Epistemonikos og Sykepleien, ettersom disse er sentrale for helsefag, og jeg har tidligere erfaring med å bruke dem gjennom min utdanning.

For å orientere meg i databasene startet jeg med et bredt søk. På denne måten fikk jeg en oversikt over informasjon og kunnskap som omhandlet mitt tema. For å finne studier som var mer sentral for min problemstilling måtte jeg videre utvikle og presisere søket mitt. Ettersom jeg ønsker ny og oppdatert forskning bestemte jeg meg for å avgrense alle søk til de seneste fem årene. I enkelte databaser avgrenset jeg samtidig søket til studier som var forskningsartikler og fagfellevurdert for å finne artikler som er vurdert og godkjent.

I startfasen benyttet jeg meg av følgende søkeord; «nursing home», «nutrition», «dementia», «long-term care» og «malnutrition». Her fikk jeg et mangfold av studier. På bakgrunn av at jeg ønsker å drøfte problemstillingen ut ifra et sykepleieperspektiv bestemte jeg meg for å spesifisere søket i enda større grad. Jeg tok derfor i bruk søkeord som; «staff», «staff perceptions», «nurses», «competence», og «knowledge», der jeg benyttet meg av operatører som «AND» og «OR». På denne måten fikk jeg studier som var mer relevante for min problemstilling, og fikk et mer avgrenset og spisset søk. Flere søk resulterte likevel i mange treff, som medførte at jeg måtte ekskludere flere av studiene. Jeg ekskluderte studier som omhandlet ernæring ved livets slutt, sondeernæring, ernæring knyttet til kun eldre personer på sykehus og hjemmeboende eldre, etiske dilemma knyttet til tvang og tvangsmating og andre studier som jeg ikke så på som relevant for min problemstilling. Flere av studiene dukket samtidig opp i de ulike databasene som jeg benyttet meg av. Selv om jeg tar utgangspunkt i et sykepleieperspektiv har jeg likevel valgt å inkludere én studie som tar for seg pasientperspektivet, samtidig pårørendeperspektivet. Dette er på bakgrunn av å se på temaet som en helhet, der jeg får innblikk over hvordan personer med demens, samt deres pårørende, opplever og erfarer området som min problemstilling omhandler. For å se min fremgangsmåte av søk av de utvalgte studiene, se vedlegg 1.

3.5 Kildekritikk

Begrepet kilde brukes om opphav til kunnskap, der ikke alt som presenteres som kunnskap er like holdbart. Kilde er noen som kan bidra til din oppgave, men det må stilles krav til hvordan

en søker etter kilder, vurderer dem, beskriver dem, og hvordan en bruker dem. Kilden må gjennomgå en prosess slik at en kan vurdere om de er brukbare, med tanke på kvalitet og hvorvidt den er relevant for ditt område (Dalland & Trygstad, 2017, s. 149-150). Dalland og Trygstad (2017, s. 152) fremhever hvordan det er to sider ved kildekritikk. For det første handler det om å finne frem den litteraturen som i størst mulig grad belyser din problemstilling. For det andre skal en i oppgaven beskrive den litteraturen en har benyttet seg av. For å sikre troverdighet og faglighet er en avhengig av at kildegrunnlaget er tilstrekkelig gjort rede for, der en går tydelig frem hvorfor en bestemt litteratur er valgt og hvordan det har blitt gjort (Dalland & Trygstad, 2017, s. 152).

For å finne frem den kunnskapen jeg er ute etter har jeg lest titler, sammendrag (abstract) av studiene og brukt IMRaD- strukturen for å vurdere oppbygningen og strukturen til hver enkelt studie. IMRaD-strukturen beskriver hovedhensikten, oppsummering av metoden, hovedresultatene, etterfulgt av en diskusjon av resultatene, og til slutt en kort konklusjon (Thidemann, 2015, s. 31). Oppbyggingen og strukturen av en forskningsartikkel følger som oftest IMRaD-strukturen, og samsvarer derfor med forskningsprosessen. Ved hjelp av å lese titler, sammendraget og benytte meg av IMRaD-strukturen fikk jeg innblikk over hvordan studiene er relevante, og i hvilke stor grad den belyser min problemstilling.

Å foreta kvalitetsvurdering, der en sikrer troverdighet og faglighet av studiene, egner det seg å bruke sjekklister (Thidemann, 2015, s. 90). På Helsebiblioteket (2016) er det flere sjekklister tilgjengelig, disse er tilpasset til ulike studiedesign. Sjekklister er derfor et hjelpemiddel jeg har benyttet meg av for å lette arbeidet med kritisk vurdering av de valgte studiene. Eksempel på sjekkliste fra artikkel 4 ligger som vedlegg 2.

3.6 Metodekritikk

I hvor stor grad resultatene er gyldig og holdbar avhenger av hvordan en er i stand til å gjøre rede for de valgene en har tatt gjennom prosessen, og hvilken betydning det har for resultatet. Ved metode er det normer og idealer en må anstrenge seg for å følge med en vitenskapelig innstilling. Pålitelighet og åpenhet om resultatet er to viktige kriterier for kvalitet i forskning, og om hvorvidt arbeidet en har presentert er til å stole på (Dalland, 2017, s. 55). Et generelt krav er at data som brukes er relevant for problemstillingen. For at data skal være relevant må

de være samlet inn på en slik måte at de er pålitelig. Dette innebærer at de ulike leddene i prosessen må være nøyaktige (Dalland, 2017, s. 60).

Jeg har i denne oppgaven benyttet meg av flere kvalitative studier for å belyse min problemstilling. På denne måten får jeg et dypere innblikk over teamet ettersom de har et rikt innhold, og en kan analysere komplekse sammenhenger relatert til min problemstilling. I et kvalitativt forskningsintervju kan det foreligge feilkilder i blant annet selve kommunikasjonsprosessen. Har intervjueren forstått svaret riktig? Er spørsmålene riktig oppfattet? Slike misforståelser og unøyaktigheter kan føre til redusert pålitelighet (Dalland, 2017, s. 60). Ved intervju er det en fordel at en kan komme med oppfølgingsspørsmål dersom noe er uklart, eller at beskrivelsen skal bli mer dekkende og utfyllende (Dalland, 2017, s. 68). Ved et godt forarbeid og oppmerksomhet i gjennomføringen kan flere av de vanligste feilene reduseres (Dalland, 2017, s. 60).

I oppgaven har jeg valgt å bruke én kvantitativ studie, en tversnittstudie. Dette er på bakgrunn av å få et overblikk når det gjelder sykepleiernes kompetanse og holdninger rundt området ernæring, som videre gir et godt grunnlag for drøfting. En tversnittstudie innebærer å samle inn data på et gitt tidspunkt, eller en begrenset og kort periode, og gir et øyeblikksbilde av fenomenet en studerer (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015, s. 221). På denne måten kan en studere sammenhengen mellom ulike variabler, som kan gi nyttig kunnskap. Ærlige svar er noe en kan i større grad forvente ved en kvantitativ spørreundersøkelse, da deltakerne er anonym. Her må det legges vekt på at spørsmålene som stilles oppfattes i størst mulig grad likt av de som skal svare, og stilles på en slik måte at de gir mest mulig «sann» informasjon (Dalland, 2017, s. 124). Ved slike studier må en likevel være forsiktig med å trekke konklusjoner som sier noe om utvikling over tid, ettersom data kun er hentet fra et tidspunkt (Christoffersen et al., 2015, s. 222).

3.7 Forskningsetikk

Etikk omhandler de normene for riktig og god livsførsel, som gir oss veiledning og grunnlag for vurderinger før en handler. I følge Dalland (2017, s. 236) er forskningsetikk et område som har med vurdering av forskning, på bakgrunn av samfunnets normer og verdier. Vurderingen innebærer alle sider ved forskningen, altså planleggingen, valg av

problemstilling, metode som benyttes og hvordan resultatene anvendes og rapporteres. Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helse har utformet retningslinjer og veiledere, disse kan sammenfattes i tre typer hensyn som forskeren må ha kjennskap til. Informantens rett til selvbestemmelse og autonomi, forskerens plikt om å ivareta personvern og forskerens ansvar for å unngå skade (Christoffersen et al., 2015, s. 45). Forskeren sitt mål om å tilegne seg ny kunnskap og innsikt, skal ikke skje på bekostning av individets integritet og velferd. Data skal derfor anonymiseres før det blir overgitt til en forsker (Slettebø, 2013, s. 34). I min litteraturstudie har jeg gjort etiske overveielser, der alle studiene er sjekket og godkjent av etiske komité. For å sikre akademisk redelighet har jeg samtidig referert mine kilder etter APA-stilen, ettersom den er bestemt ved Høgskolen.

4 Resultat

4.1 Presentasjon av artiklene

Gjennom en kort presentasjon av funn i artiklene, vil dette legge grunnlaget for hva jeg ønsker å fokusere på i drøftingen.

4.1.1 Artikkel 1

Knowledge and attitudes of nursing staff towards malnutrition care in nursing homes: A multicentre cross-sectional study

(Bauer, Halfens & Lohrmann, 2015).

Hensikt: Undersøke kunnskaper og holdninger hos sykepleiere og annet helsepersonell, og deres rolle i forhold til ernæring.

Metode: Studien har et tverrsnittdesign og ble gjennomført i Østerrike, hvor spørreskjema ble benyttet. 66 østeriske sykehjem ble inkludert i studien, 1162 deltakere deltok. For å samle inn data ble KoM-G, kunnskap om underernæring-geriatrik, og SANN-G, personalets holdninger til geriatrik ernærings-sykepleie tatt i bruk.

Resultat: Et gjennomsnitt på 60,6 % svarte riktig på spørsmål knyttet til ernæring, hvor autoriserte sykepleiere hadde i større grad mer kunnskap enn annet helsepersonell.

Resultatene viste at 87,2 % hadde kunnskap om positive faktorer knyttet til en god ernæringsstatus, der 80 % viste kunnskap om mulige konsekvenser og tegn på underernæring.

De spørsmålene med lavest prosentandel korrekt svar, var relatert til behandling av underernæring og involvering av ulike yrkesgrupper. Når det gjaldt holdninger i forbindelse med ernæring ble det resultert at 39,2 % av deltakerne hadde positive holdninger, der 51,7 % viste nøytrale holdninger. Resultatene viste samtidig at autoriserte sykepleiere hadde mer positive holdninger enn annet helsepersonell.

Relevans for min studie: Denne studien ser jeg på som relevant ettersom sykepleiere sin kompetanse, samtidig holdninger og ferdigheter har stor betydning for å sikre pasienter på sykehjem en optimal ernæringsstatus, og spiller dermed en viktig rolle i arbeidet.

4.1.2 Artikkel 2

Verktøy ved screening av risiko for underernæring hos eldre

(Gjerlaug, Harviken, Uppsata & Bye, 2018).

Hensikt: Identifisere hvilke screeningverktøy som egner seg til å avdekke risiko for underernæring hos personer bosatt i langtidsinstitusjoner, og blant de som mottar hjemmesykepleie, ved å oppsummere hva forskning sier om validitet, reliabilitet og anvendbarhet.

Metode: Forskerne har gjennomført en systematisk litteraturstudie. Søket ble gjennomført i 2014 i ulike databaser, samtidig gjennomført håndsøk.

Resultat: Litteraturgjennomgangen baserer seg på ni artikler og validering av fire ulike screeningsverktøy. MNA-SF, SNAQ, GNRI og MST. Resultatene i studien viser at screeningsverktøyet MNA-SF var i størst mulig grad validert, det hadde høy validitet ved bruk av pasienter som bor i langtidsinstitusjoner, og moderat validitet ved bruk av hjemmeboende pasienter. MNA-SF er dermed et verktøy som er godt egnet til å avdekke ernæringsmessig risiko for pasienter som bor på langtidsinstitusjon.

Relevans for min studie: Jeg mener screening av pasienter på sykehjem er viktig for å forebygge underernæring, hvor betydningen av å screene pasienter må få større oppmerksomhet blant sykepleiere, og har derfor valgt å benytte meg av denne studien.

4.1.3 Artikkel 3

Staff awareness of food and fluid care needs for older people with dementia in residential care: A qualitative study

(Lea, Goldberg, Price, Tierney & McInerney, 2017).

Hensikt: Undersøke bevisstheten til helsepersonell i forhold til behovet for ernæring og væske hos personer med demens på sykehjem.

Metode: Studien har et kvalitativt design, som benytter seg av semistrukturerte intervju utført i Australia. 11 deltakere som jobbet på sykehjem deltok, både sykepleiere, assistenter, kokker og ledere.

Resultat: Personalet identifiserte en rekke tiltak som de opplevde som effektive for å forbedre og øke matinntaket hos eldre personer med demens. Dette innebærer å tilby pasientene mat og drikke som er kjent og tradisjonell, samtidig forstå betydningen av å kommunisere med pasientene, forbedre det fysiske og sosiale spisemiljøet, mer fleksibilitet i forhold til måltidspunktene, samtidig spille passende musikk i spisesalen. Personalet kommenterte samtidig faktorer som kunne hindre slike endringer i praksis, da spesielt deltidsarbeidskraft og underbemanning ble påpekt som barrierer. Resultatene viste at helsepersonalet var bevisst og oppmerksom på behovet for tilstrekkelig inntak av mat og drikke hos eldre personer med demens på sykehjem. Likevel hadde flere manglende kunnskap om lovende og effektive tiltak og/eller hvordan en kunne implementere disse i praksis.

Relevans for min studie: Denne studien setter fokus på flere viktige faktorer som har betydning for å sikre personer med demens på sykehjem en tilstrekkelig ernæringsstatus, samtidig hvilke utfordringer de opplever i praksis, og jeg ønsker derfor å bruke denne i drøftingen.

4.1.4 Artikkel 4

Factors affecting optimal nutrition and hydration for people living in specialised dementia care units: A qualitative study of staff caregivers' perceptions

(Nell, Neville, Bellew, O'Leary. & Beck, 2016).

Hensikt: Undersøke hvilke oppfatninger helsepersonell har når det gjelder faktorer som påvirker optimal ernæring og væskeinntak hos pasienter på demensavdeling.

Metode: Et kvalitativt beskrivende design blir benyttet ved hjelp av semistrukturerte intervju hos 11 helsepersonell. Studien ble utført ved to demensavdelinger i New Zealand.

Resultat: To hovedtemaer ble identifisert: «det handler om individet» og «det handler om miljøet». Det handler om individets oppfattelse av individuelle faktorer som appetitt, kognitive og funksjonelle ferdigheter, aktivitetsnivå og matappell. Det som handler om miljøet innebærer faktorer knyttet til spisemiljøet, de sosiale aspektene rundt måltidene, støtte rundt matsituasjonene og atmosfæren. Betydningen av assistanse, oppmuntring, støtte, ha tilstrekkelig med tid til å mate pasienten kommer frem i studien som positive faktorer for å sikre pasientene en optimal ernæring.

Relevans for min studie: Denne studien setter fokuset på hvordan individet og miljøet har betydning for pasientens ernæringsstatus, og ser dette som viktig kunnskap som sykepleiere må ha, og ser derfor studien som relevant ovenfor min problemstilling.

4.1.5 Artikkel 5

Struggling to maintain individuality – Describing the experience of food in nursing homes for people with dementia

(Milte et al., 2017).

Hensikt: Å beskrive mat- og spiseopplevelsen hos personer med kognitiv svikt og deres familiemedlemmer.

Metode: Studien er en kvalitativ studie utført i Australia, der semistrukturerte intervju og fokusgrupper ble benyttet. 19 deltakere deltok, 13 av disse var personer med kognitiv svikt, hvor tre av dem var hjemmeboende, de resterende bodde på sykehjem. Seks av deltakerne var familiemedlemmer av personer med demens.

Resultat: I resultatene kommer det fram at det å kjenne og respektere individet, og deres egne behov og preferanser, var et sterkt tema uttrykt av personer med demens og deres familiemedlemmer. Deltakerne følte at respekt for deres individuelle preferanser innebærer å ha en viss grad av kontroll og selvbestemmelse i aspektene rundt mat og måltider. Flere uttrykte frustrasjon når deres preferanser og ønsker ikke ble anerkjent eller hørt. De beskrev en forverring av mengden kontroll og valg i forbindelse med måltidene, som tidligere var tilgjengelig, før de mistet evnen til å spise selv eller utviklet svelgebesvær.

Relevans for min studie: Denne studien får frem hvordan personer med demens og deres pårørende opplever valgfrihet og variasjon som betydningsfullt for deres livskvalitet og helse. Som sykepleier må en fange opp individuelle ønsker og behov, og dette står sentralt i ernæringsarbeidet, samtidig personsentrert omsorg hvor en lytter til hva pasienten opplever som viktig, og ser derfor studien som relevant for min problemstilling.

4.2 Hovedfunn av artiklene

Studiene kommer frem til flere gode funn, blant annet årsaker til underernæring hos eldre, hvorfor personer med demens er mer utsatt, samtidig konsekvensene av dette. Ut ifra artiklene

kommer det tydelig frem betydningen av sykepleieres kompetanse rundt området ernæring. Det foreligger flere funn at mangel på kunnskap og ferdigheter til å identifisere og behandle underernæring utgjør en hovedbarriere for å sikre pasienter på sykehjem en tilfredsstillende ernæringsstatus. Dette er et område som har stor betydning, samt et felt som jeg mener trenger forbedring og økende oppmerksomhet, og ønsker derfor å fokusere på dette i drøftingen. Studiene trekker også frem hvordan individet og miljøet er betydningsfullt for å sikre en optimal ernæringsstatus til personer med demens på sykehjem. Dette kommer frem i flere av artiklene. Blant studiene foreligger det samtidig funn om hvilket screeningsverktøy som egner seg til å avdekke risiko for underernæring blant eldre pasienter som bor på sykehjem. Artiklene fremhever også hvilke utfordringer sykepleiere står ovenfor, samtidig viktigheten med å utøve personsentrert omsorg for å forebygge underernæring, som videre gir grunnlag for god drøfting.

5 Drøfting

På bakgrunn av hovedfunnene i artiklene har jeg valgt følgende tema for å belyse problemstillingen; strukturelle forhold, individuelle behov ved en personsentrert tilnærming og miljøet ved måltidet. Dette er omfattende temaer som studiene legger fokus på, og jeg ønsker derfor å legge hovedvekt på disse områdene for å svare på min problemstilling.

5.1 Strukturelle forhold

5.1.1 Sykepleiernes kompetanse

I Helsepersonelloven § 4-1 (1999) om forsvarlighet fremkommer det at «helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjoner for øvrig». Å sikre faglig forsvarlig helsehjelp innebærer at helsepersonell har tilstrekkelig kompetanse, som inkluderer kunnskap om ernæring, og hvordan ernæringsmessige behov skal og kan ivaretas (Helsedirektoratet, 2013, s. 26). Manglende kunnskap, begrenset interesse og negative holdninger blir påpekt som noen store barrierer for å sikre pasienter på sykehjem en optimal ernæringsstatus. I studien til Bauer med flere (2015, s. 738) ble det vist at flere har mangel på kunnskap når det gjelder ernæring, spesielt relatert til behandling av underernæring, hvilke yrkesgrupper som skal involveres i behandlingen, screening av pasienter, samtidig områder med negative holdninger hos sykepleiere og annet helsepersonell. Her påpeker Sortland (2015, s. 142) hvordan slike faktorer, som manglende kunnskap, interesse og oppmerksomhet blant sykepleiere og annet helsepersonell kan være en medvirkende årsak til dårlig ernæringsstatus hos pasienter. Personalets kunnskaper og holdninger spiller samtidig en viktig rolle for å utvikle en kultur for personsentrert omsorg, hvor personalet er den viktigste forutsetningen for å sikre personer med demens et godt behandlingstilbud (Rokstad, 2014, s. 85).

Den høye forekomsten av underernæring for pasienter i sykehjem over hele verden fremhever behovet for forbedringer i ernæringspraksisen. Til hjelp for å forebygge og behandle underernæring utga Helsedirektoratet i 2009 nasjonale faglige retningslinjer med hensikt i å

sikre god kvalitet ved forebygging og behandling av underernæring (Helsedirektoratet, 2013, s. 3). Sykepleiere spiller en fundamental rolle i ernæringsarbeidet og har her medvirkende ansvar for å implementere retningslinjene i praksis. Likevel viser det seg gjennom forskning at disse retningslinjene ikke alltid følges (Sortland, 2015, s. 14). Dette er også noe jeg selv har erfart gjennom min sykepleierutdanning. Redusert bemanningsnivå og mye deltidsarbeidskraft blir nevnt som noen barrierer for å implementere endringer i ernæringsomsorgspraksisen (Lea et al., 2017, s. 5174-5175). Til tross for dette er tilstrekkelig kunnskap og positive holdninger om underernæring en viktig forutsetning for at sykepleiere skal følge de faglige retningslinjene. Å påvirke strukturen, som kunnskaper og holdninger til personalet, kan igjen påvirke positive prosesser på sykehjemmet, som rutinemessig screening og implementering av retningslinjer (Bauer et al., 2015, s. 734).

5.1.2 Tverrfaglig tilnærming

For å endre dagens ernæringspraksis må en overvinne hindringer og barrierer. I studien til Lea med flere (2017, s. 5175) blir betydningen av personalopplæring poengtert. Samtidig fremhever Aagaard (2016, s. 193) denne betydningen ved at flere ledere ønsker seg mer kunnskap om ernæring. Personalopplæring kan bidra til å øke forståelsen når det gjelder underernæring, hvor sykepleiere kan bli mer bevisst på sin rolle i ernæringsarbeidet og implementere hensiktsmessige strategier (Lea et al., 2017, s. 5175). For å forebygge underernæring er det samtidig viktig med et tverrfaglig samarbeid, som igjen kan bidra til å fremme medarbeidernes kunnskap. Sykepleiere har i likhet med legen ansvar for å innhente bistand fra og samarbeide med annet personell ved behov (Helsedirektoratet, 2016). Sykepleiere har derfor et overordnet ansvar på sykehjem, og leder det tverrfaglige ernæringsarbeidet. Likevel påpeker Kuven og Giske (2015, s. 101) hvordan flere sykepleiere opplever i stor grad å stå alene med sine bekymringer rundt pasientens ernæringstilstand. Personer med demens blir gradvis mer avhengig av andres hjelp for å opprettholde basale funksjoner, og sykepleiere må ofte ta avgjørelser til beste for pasienten, som gir et stort ansvar for hver enkelt sykepleier. I studien til Lea med flere (2017, s. 5176) blir det beskrevet hvordan muligheter for personalet, på tvers av ulike roller, å møtes regelmessig, der en diskutere og samarbeider når det gjelder behandling av underernæring, kan presentere en mulig vei fremover for å forbedre ernæringspraksisen. Kitwood la her stor vekt på personsentrert personalbehandling som en forutsetning for utviklingen av en ønsket

pleiekultur. Dette innebærer et klima for læring og utvikling i personalgruppen (Rummelhoff, Smebye & Tombre, 2016, s. 45). En slik tilnærming kan bidra til økt kompetanse, større faglig engasjement og mer positive holdninger blant personalet til å ivareta ernæringsstatusen hos personer med demens på sykehjem, og kan bidra til å kvalitetssikre ernæringsomsorgen i større grad.

Med grunnlag i studien til Bauer med flere (2015, s. 736) blir det vist i resultatene at sykepleiere i større grad har mer kunnskap om ernæring, i motsetning til annet helsepersonell. På den andre siden er det slik at sykepleiere ikke alltid er til stede ettersom de har flere arbeidsoppgaver som må utføres, som innebærer at annet helsepersonell derfor må fungere som «deres øyne», spesielt under måltidene. På bakgrunn av dette står det dermed sentralt at sykepleiere tar ansvar for å veilede og undervise assistenter og annet helsepersonell slik at de vet hva som skal gjøres under måltidene, samtidig hvorfor (Brodtkorb, 2014, s. 306). Sett i et slikt lys kan dette bidra til en kvalitetsforbedring av demensomsorgen, der en setter større fokus på personsentrert omsorg ved at en setter av tid til teamarbeid, undervisning og felles refleksjon. På denne måten kan arbeidsforholdet bygges opp på gjensidig tillitt mellom personalet, og en får muligheten til å bruke sitt spekter av erfaringer, kunnskaper og personlige ressurser (Rokstad, 2014, s. 31).

Bauer med flere (2015, s. 736) fremhever hvordan flere sykepleiere og annet helsepersonell har mangel på kunnskap innen ernæring, spesielt relatert til yrkesgrupper som bør involveres i behandlingen av underernæring. Flere yrkesgrupper er relevante i forbindelse med ernæringsarbeidet som ledelsen, leger, sykepleiere, helsefagarbeidere, tannleger, ernæringsfysiologer, i tillegg vil pasient og pårørende være en essensiell ressurs. En god mat- og ernæringsomsorg krever samtidig et godt samarbeid med ansatte på kjøkkenet (Hese- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 116). I motsetning til for eksempel leger, tannleger og ernæringsfysiologer er ansatte på kjøkkenet mer tilgjengelig for sykepleiere, ettersom flere sykehjem har et postkjøkken på institusjonen hvor maten blir tilberedt. Et godt samarbeid mellom kjøkkenpersonalet ser jeg på som svært betydningsfullt, hvor mangelfull kommunikasjon mellom utøverne kan medføre at maten er lite tilpasset til den enkeltes behov. Å sikre et godt samarbeid med kjøkkenpersonalet kan likevel være utfordrende i enkelte sykehjem når det er lang avstand mellom sentralkjøkkenet, hvor maten blir produsert, og sykehjemmet, som serverer maten. Dette kan bidra til at mattilbudet til pasientene ikke blir så

fleksibelt som en ønsker (Sjøen & Thoresen, 2012, s. 224). På bakgrunn av at personalet på kjøkkenet ikke har den nødvendige innsikten i den enkelte pasients ønsker og behov står det sentralt at sykepleiere har denne kunnskapen, og formidler dette videre. Å etablere en slik god dialog mellom kjøkkenpersonalet og sykepleiere blir derfor essensielt for å lage gode tverrfaglige rutiner og ivareta eldre sine ønsker og behov (Hese- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 116).

5.1.3 Vurdering av ernæringsmessig risiko

I henhold til nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring skal screening av ernæringsmessig risiko være en del av sykepleierens rutinemessige utredning (Helsedirektoratet, 2013, s. 8). Ved hjelp av screening kan en systematisk lete etter pasienter som har utilstrekkelig ernæringsstatus, med formål i å iverksette tilpasset kosttiltak så tidlig som mulig. For å kartlegge ernæringsstatusen bruker en som oftest en kombinasjon av informasjon om vekt, KMI, vektutvikling, matinntak, symptomer og grad av sykdom, samt alder (Helsedirektoratet, 2015, s. 80). Likevel fremhever Gjerlaug med flere (2018, s. 149) hvordan studier avdekker mangelfulle rutiner og prosedyrer for å vurdere matinntak og ernæringstilstand i ulike sykehjem. Som sett i det foregående kan strukturelle forhold, som kompetanse og holdninger hos personalet, påvirke prosessene på sykehjem, som rutinemessig screening. I tillegg kan en årsak til underernæring være at sykepleiere ikke i tilstrekkelig grad identifiserer risikofaktorer som nedsatt appetitt og spiseproblemer blant eldre, hvor personer med demenssykdom er spesielt utsatt. For å kunne ivareta ernæringsstatusen hos personer med demens står det derfor sentralt at sykepleiere har kunnskap om bruk av screeningverktøy. I studien til Gjerlaug med flere (2018, s. 153) ble det funnet grunnlag i at screeningverktøyet MNA, Mini Nutritional Assessment, er godt egnet for å avdekke ernæringsmessig risiko hos eldre som bor på sykehjem. Dette kan understøttes ved at nasjonale faglige retningslinjer anbefaler det samme verktøyet, MNA (Helsedirektoratet, 2013, s. 8). Å ta i bruk et slikt verktøy i praksis kan bidra til at sykepleiere lettere fanger opp endringer i ernæringstilstanden på grunn av utilstrekkelig matinntak og/eller endrede behov, slik at en kan følge opp med nødvendige tiltak (Gjerlaug et al., 2018, s. 155). Likevel har jeg gjennom min sykepleierutdanning opplevd situasjoner hvor screening av pasienter blir kun utført når pasienten viser tegn til vekttap, og det er da ofte vanskelig å snu tilstanden. For å sikre pasienter med demens på sykehjem en tilstrekkelig ernæringsstatus kreves det derfor at et

slikt screeningverktøy blir implementert som en del av daglige rutiner, hvor pasienter i risiko for underernæring blir fanget opp i tide.

5.2 Individuelle behov ved en personsentrert tilnærming

5.2.1 Fange opp individuelle behov

Studien til Milte med flere (2017, s. 54) fremhever hvordan det å kjenne og respektere individet, samtidig som deres egne behov og preferanser, var et sterkt tema uttrykt hos personer med demens og deres familiemedlemmer. Dette står sentralt for deres ernæringsinntak, og ikke minst deres livskvalitet. Kitwood beskriver hvordan personsentrert omsorg innebærer å gi individuell tilpasset omsorg til personer med demens og deres familiemedlemmer (Rokstad, 2014, s. 28). Her må sykepleiere ta utgangspunkt i den enkeltes opplevelse, ønsker, verdier og behov. En slik tilnærming mener jeg er essensiell i forbindelse med å sikre pasienter med demens en tilstrekkelig ernæringsstatus. Dette blir også fremhevet som viktig for personer med demens. Studien til Lea med flere (2017, s. 5172) poengterer hvordan personalet opplevde at de var fleksible og responderte på bakgrunn av pasientens ønsker og behov. På den andre siden opplevde flere personer med demens på sykehjem, og deres pårørende, at deres individuelle behov ikke alltid ble hørt og/eller vurdert (Milde et al., 2017, s. 54). Enkelte pasienter følte de ikke var i stand til å snakke om deres preferanser, og at deres forespørsler ikke ble respektert. Likevel var det enkelte pasienter som var mindre opptatt av å ha slike valg. Personer med demens opplever stadig alvorlige symptomer, noe som kan påvirke deres evne til å gi uttrykk for deres behov og valg som de hadde tidligere. For enkelte kan det derfor oppleves at individualisering og anerkjennelse av valg og preferanser blir fratatt. For å sikre pasienter en individualisert personsentrert tilnærming blir det dermed viktig at sykepleier har kjennskap til pasientens livshistorie og bakgrunn, slik at en kan forstå hva som er viktig for vedkommende (Rokstad, 2014, s. 25). En slik kunnskap er viktig, spesielt ovenfor personer med demens, hvor deres identitet er truet, og andre må bistå med å ivareta deres verdier og preferanser. Pårørende vil her være en viktig ressurs for å bli kjent med hva slags mat og smaker vedkommende liker og er vant til å spise (Helsedirektoratet, 2015, s. 201).

For å sikre sykepleiere kunnskap om pasientens verdier og preferanser ønsker jeg her å fremheve Travelbees sykepleietenkning. Kunnskap om den enkeltes opplevelser, ønsker, verdier og behov forutsetter en anerkjennende relasjon, mellom sykepleier og pasient. Dette innebærer at sykepleiere verdsetter individets erfaringer, forståelse og kunnskap, hvor relasjonen bygger på likeverdighet, samarbeid og gjensidig avhengighet (Brodtkorb, 2014, s. 108). Travelbee beskriver hvordan relasjon med pasient gjør oss i stand til å etablere et menneske-til menneske-forhold, som bidrar til at individets sykepleiebehov blir ivaretatt. Ved hjelp av kommunikasjon kan pasienten formidle sine tanker og følelser, som kan gjøre sykepleiere i stand til å se dem som et unikt individ. På denne måten kan en identifisere særegne behov, som er en forutsetning for å sikre pasienten en god behandling (Kristoffersen, 2016b, s. 34). Et slikt relasjonsforhold ser jeg på som svært viktig, hvor en vektlegger pasientens synspunkter, som bidrar til at en får kunnskap over vedkommende sine ønsker og behov. Dette kan være med på å fremme en optimal ernæringsstatus.

5.2.2 Valgfrihet og variasjon

Helse- og omsorgsdepartementet påpeker hvordan en fremtidsrettet mat og måltidstilbud i større grad må legge fokus på valgfrihet og variasjon i ernæringsarbeidet. Ved hjelp av en individualisert tilnærming, der en identifiserer enkeltes ønsker og behov, kan en sikre større valgfrihet og variasjon i mattilbudet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 111).

Flere av studiene påpeker blant annet betydningen av å servere mat som kjent og tradisjonell (Lea et al., 2017, s. 5173; Nell et al., 2016, s. E2). Å gi pasienter med demens tradisjonelle matretter kan bidra til å styrke deres kulturelle identitet, skape glede, samtidig øke følelsen av tilhørighet, der en blir respektert og ivaretatt. Dette kan i tillegg forbedre pasientens appetitt, matinntak og livskvalitet (Hansen & Kuven, 2016, s. 866). For å servere tradisjonell mat og matretter på sykehjem kreves det ekstra planlegging og bruk av ressurser. Her kommer igjen frem betydningen av at sykepleiere har kunnskap til pasientens livshistorie og bakgrunn, slik at en har kjennskap til pasientens matvaner. Et godt samarbeid med kjøkkenet mener jeg også her vil ha stor betydning for å sikre variasjon i mattilbudet og at tradisjonell mat skal bli prioritert på sykehjem.

I studien til Milte med flere (2017, s. 54) ga personer med demens på sykehjem, uttrykk for at respekt for deres individuelle preferanser innebærer å ha en viss grad av kontroll og

medbestemmelse i aspektene rundt mat og måltidene. Dette inkluderer hvilken mat som blir servert, tidspunktene for måltidene, spisemiljøet, størrelsen på måltidet og å bli involvert i måltidsrutiner, som å dekke på bordet. Her ønsker jeg derfor å trekke frem betydningen av brukermedvirkning for å forbedre og kvalitetssikre tjenestene i demensomsorgen.

Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet, som innebærer at pasienten har rett til å medvirke i diskusjoner og beslutninger som angår vedkommende, og hvor helse- og omsorgstjenesten har plikt å involvere brukeren (Helsedirektoratet, 2017a). Gjennom mine erfaringer av å jobbe på sykehjem har de fleste institusjoner benyttet seg av en ukemeny som viser hva de serverer de ulike dagene. Her tar de i stor grad hensyn til enkeltes allergier, samtidig hva vedkommende ikke er glad i å spise. Likevel har jeg sjeldent opplevd at pasientene involveres i planleggingen av ukemenyen. Slike rutiner kan derimot endres ved at en fokuserer på personsentrert omsorg og lytter til hva pasienten føler er viktig når det gjelder involvering i måltidsaktiviteter (Grøndahl & Aagaard, 2016, s. 210). Å oppfordre pasienter til å delta og være involvert i slike måltidsaktiviteter kan bidra til at de føler seg respekter og ivaretatt, og i tillegg fremme en mer optimal ernæringsstatus. Likevel blir det i studien til Bauer med flere (2015, s. 739) påpekt hvordan sykepleiere og annet helsepersonell har noe negative holdninger til å involvere pasienter i måltidene. Dette er på bakgrunn av at det vil medføre en større arbeidsbelastning og krever mer av sykepleiere, noe som er vanskelig på grunn av begrenset med tid og mangel på personal. På den andre siden gir måltider muligheter til å fremme pasientens uavhengighet og velvære, hvor små endringer kan bidra til at pasienter med demens kan bli mer involvert i måltidsrutinene. Bauer med flere (2015, s. 739) påpeker hvordan å søke hjelp fra pårørende kan være en viktig ressurs. Faste avtaler med frivillige kan også være med på å sikre sykepleiere mer tid til å ivareta pasientens ulike behov (Hauvik & Eckhoff, 2018). Å hente inn slike ressurser kan sikre et større fokus på brukermedvirkning, hvor pasientene opplever medbestemmelse når det gjelder mat og måltider på sykehjem, og dette kan bidra til å sikre pasienter med demens en mer optimal ernæringsstatus.

5.3 Miljøet ved måltidet

5.3.1 Samspill

Den sosiale betydningen ved måltidet står sentralt, hvor en god atmosfære kan bidra til at den eldre spiser bedre, og samtidig får dekket psykososiale behov som samhold, tilhørighet og

hyggelig samvær med andre (Brodtkorb, 2014, s. 308). Betydningen av et positivt sosialt spisemiljø blir støttet i flere av studiene, og kan ha stor påvirkning for ernæringsinntaket hos pasienter med demens på sykehjem (Lea et al., 2017, s. 5173; Milte et al., 2017, s. 56; Nell et al., 2016, s. E3). Å etablere et støttende sosialt miljø står sentralt i personsentrert demensomsorg, og baserer seg på anerkjennelse av mellommenneskelige relasjoner. Et støttende sosialt miljø inkluderer varme, respekt, bli tatt på alvor, få tilstrekkelig med assistanse etter behov og opplevelsen av å være en del av miljøet (Rokstad, 2014, s. 94). Personer med demens vil ofte trenge hjelp til å inkludere seg i sosiale sammenhenger, som innebærer at sykepleiere har et spesielt ansvar for å etablere et godt spisemiljø. Sykepleiernes holdninger ved matbordet vil derfor spille inn og kan påvirke spiseatmosfæren, som videre kan ha betydning for matinntaket hos personer med demens. Likevel fremgår det i studien til Lea med flere (2017, s. 5174) hvordan helsepersonalet ikke alltid forstår betydningen av et sosialt støttende spisemiljø, hvor i flere spisesituasjoner helsepersonell ofte snakker med hverandre, og ikke med pasientene. Dette er noe jeg selv har opplevd i flere matsituasjoner i praksis, hvor personer med demens ikke blir snakket til i så stor grad som sykepleiere og annet helsepersonell snakker med hverandre. Hvordan sykepleiere fremstår i kontakten med personer med demens mener jeg er svært betydningsfullt, en må være oppmerksom på hvordan en signaliserer både verbalt og nonverbalt. På bakgrunn av dette ønsker jeg å trekke frem Travelbee. Travelbee (1999, s. 140) fremhever hvordan sykepleiere skal oppfordres til å bli kjent med pasienten gjennom kommunikasjon, hvor en møter mennesket, oppfatter, responderer og respekterer det unike ved vedkommende. For å bli kjent med pasientene må derfor sykepleiere være i stand til å sette vedkommende i fokus og være mottakelig. På denne måten kan en lettere oppdage forandringer i den enkeltes tilstand, og dermed ivareta pasientens behov.

Sosialisering rundt måltidene blir samtidig sett på som svært verdifullt hos personer med demens, og kan påvirke deres ernæringsinntak og deres opplevelse rundt måltidene (Milde et al., 2017, s. 56). Mat er en sosial aktivitet, og en bør kunne sette seg ned og nyte samspillet med andre mennesker, selv om en har redusert kommunikasjonsevne og begrenset sosial interaksjon. Her påpeker også Sortland (2015, s. 147) hvordan pasienter opplever at fellesskapet rundt måltidet først blir meningsfullt når personalet er til stede. Likevel er det slik at flere måltider på sykehjem er preget av personalets travelhet. Til tross for dette er det viktig at personalets tilstedeværelse under måltidene består av at sykepleiere ser pasienten og har

kunnskap om betydningen av samhandling og kommunikasjon, hvor pasienten opplever respekt, tillitt og anerkjennelse. Å sikre et slikt støttende spise miljø kan ha stor betydning for ernæringsstatusen til pasienter med demens på sykehjem.

5.3.2 Støtte og oppmuntring

Flere av studiene fremhever betydningen av støtte, oppmuntring og assistanse til pasienter under måltidene (Lea et al., 2017, s. 5176; Milte et al., 2017, s. 55; Nell et al., 2016, s. E4). Studien utført av Nell med flere (2017, s. E4) viser at støtte fra personalet er et av de viktigste tiltakene for å sikre at pasienter med demens på sykehjem får i seg nok mat og drikke. Her skal sykepleiere veilede, støtte og assistere pasientene under alle stadiene av spiseprosessen, helt fra de setter seg ned ved bordet, til de er ferdig med å tygge og svelge maten. Personer med demens er ofte ikke i stand til å verbalisere den hjelpen de har behov for og har ofte utfordringer i forbindelse med å spise, noe som krever at sykepleiere ser til at pasientene får dekket behovet for ernæring. Likevel er ernæring et område som ofte blir nedprioritert på grunn av at sykepleiere har fokus på mange andre sykepleieroppgaver, som blant annet medisintilbringelse, som kan medføre mangel på ansatte til å hjelpe pasientene under måltider. Forskrift om kvalitet i pleie og omsorg § 3 (2003) beskriver derimot hvordan kommunen skal utarbeide skriftlige nedfelte prosedyrer for å sikre at pasientene får dekket sine grunnleggende behov. Dette innebærer at sykepleiere skal tilpasse hjelp ved måltider, samtidig sikre dem nok tid og ro til å spise, og er et område som skal prioriteres på lik linje som andre sykepleieroppgaver.

For å forebygge underernæring står det sentralt at sykepleiere identifiserer de pasientene som har behov for spisehjelp. Milte med flere (2017, s. 55) får fram i sin studie hvordan familiemedlemmer til personer med demens på sykehjem opplever at støtten under måltidene ikke alltid er tilpasset hver enkelt pasient. Etersom demens er progredierende kan pasienter oppleve at utfordringene i forbindelse med å spise forverres over tid, samtidig som at symptomene kan endre seg fra dag til dag. Å observere personer med demens regelmessig i spise- og måltidsituasjoner blir derfor særlig viktig for å få tilpasse støtten (Helsedirektoratet, 2015, s. 201). Noe som også står sentralt i flere av studiene er at pasientene skal bevare sin selvstendighet i størst mulig grad (Lea et al., 2017, s. 5173; Milte et al., 2017, s. 55; Nell et al., 2016, s. E4). Dette blir poengtert av både sykepleiere, annet helsepersonell, personer med

demens og deres familiemedlemmer. Måltidene bør derfor tilrettelegges slik at pasientene opplever deltakelse og mestring, som er av betydning for deres ernæringsstatus. Å få hjelp til å spise kan i følge Aagaard (2016, s. 225) assosieres med hjelpeløshet og avhengighet, som kan fremkalle ubehagelige opplevelser. Sykepleiere må derfor ha som mål at pasienten skal bevare sin selvstendighet under måltidene i størst mulig grad, og oppmuntre pasienten til å ta initiativ. Dette krever at sykepleieren har god tid, hvor mating må være en prioritert oppgave i sykehjem.

6 Avslutning

I denne oppgaven har jeg drøftet hvordan sykepleiere kan ivareta ernæringsstatusen hos personer med demens på sykehjem. Denne problemstillingen har jeg belyst ved å trekke frem betydningen av personsentrert omsorg. En slik tilnærming mener jeg er fundamental når det gjelder omsorg knyttet til personer med demens, hvor en ser personer med demens som et unikt individ. For å fremheve en personsentrert tilnærming har jeg samtidig valgt å bruke Kitwoods teoretiske perspektiv. Videre har jeg underbygget den med Travelbees sykepleietenkning som belyser hvordan gode relasjonsforhold mellom pasient og sykepleiere står sentralt for at de skal føle seg sett og ivaretatt.

Flere faktorer spiller inn på ernæringsstatusen til personer med demens på sykehjem. Gjennom forskning kommer det tydelig frem at flere sykepleiere har begrenset med kunnskap når det gjelder ernæring, samtidig som at flere sykehjem har mangelfulle rutiner og prosedyrer for å avdekke ernæringsmessig risiko hos eldre pasienter. Dette kan ha en stor innvirkning på pasienters ernæringsstatus. Miljømessige og individuelle faktorer vil også være elementer som spiller inn på ernæringsstatusen hos personer med demens.

Avslutningsvis er det viktig å bemerke seg at tiden brukt i å fokusere på personsentrert omsorg, som å styrke det fysiske og sosiale spisemiljøet, øke kompetansenivået hos helsepersonell innen ernæring, forstå viktigheten med å kommunisere med personer med demens på sykehjem, samtidig sikre støtte, oppmuntring og assistanse under måltidene er effektive strategier for å forbedre eldre sin trivsel under måltider. Dette kan bidra til at pasientene ivaretar en tilstrekkelig ernæringsstatus.

Referanseliste

- Aagaard, H. (2016). Væske og ernæring. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Grunnleggende behov* (3. utg., bind 2, s. 191-242). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bauer, S., Halfens, R. & Lohrmann, C. (2015). Knowledge and attitudes of nursing staff towards malnutrition care in nursing homes: A multicentre cross-sectional study. *Journal of Nutrition, Health & Aging*, 19(7), 734-740. <https://doi.org/10.1007/s12603-015-0535-7>
- Brodtkorb, K. (2014). Ernæring, mat og måltider. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., 301-314). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningen*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. & Trygstad, H. (2017). Kilder og kildekritikk. I O. Dalland (Red.), *Metode og oppgaveskriving* (6. utg., s. 148-165). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Engedal, K. & Haugen, P. K. (2018). Demens. I K. Engedal & P. K. Haugen (Red.), *Demens - sykdommer, diagnostikk og behandling* (1. utg., s. 14-28). Tønsberg: Aldring og helse.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (4. utg.). Stockholm: Förlaget Natur & Kultur.
- Forskrift om kvalitet i pleie og omsorg. (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 m.v. (FOR-2003-06-27-792). Hentet fra
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>
- Gjerlaug, A. K., Harviken, S. U., Uppsata, S. & Bye, A. (2018). Verktøy ved screening av risiko for underernæring hos eldre. *Sykepleien forskning*, 11(2), 148-156.
10.4220/Sykepleienf.2016.57692
- Grøndahl, V. A. & Aagaard, H. (2016). Older people´s involvement in activities related to meals in nursing homes. *International Journal of Older People Nursing*, 11(3), 204-213. <https://doi.org/10.1111/opn.12111>
- Hansen, I. & Kuven, B. M. (2016). Moments of joy and delight: the meaning of traditional food in dementia care. *Journal of Clinical Nursing*, 25(5-6), 866-874.
<https://doi.org/10.1111/jocn.13163>
- Hauge, S. (2014). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 265-280). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hauvik, S. & Eckhoff, K. M. (2018). Pasienter på sykehjem ønsker aktiv omsorg. *Sykepleien forskning*, 10.4220/Sykepleiens.2017.64620
- Helsebiblioteket. (2016). Sjekklistor. Hentet fra
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Helsedirektoratet. (2013). *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*. Hentet fra
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/916/Nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-underernering-IS-1580.pdf>
- Helsedirektoratet. (2015). *Kosthåndboken: veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Andvord Grafisk AS.

Helsedirektoratet. (2016). God ernæringspraksis. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/kosthold-og-ertering/erneringsarbeid-i-helse-og-omsorgstjenesten/god-erneringspraksis#tiltak-n%C3%A5r-matinntaket-blir-for-lite>

Helsedirektoratet. (2017a). Brukermedvirkning. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/brukermedvirkning>

Helsedirektoratet. (2017b). Demens: Nasjonal faglig retningslinje om demens. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-om-demens>

Helsedirektoratet. (2017c). *Kompetansebehov innen ernæring hos nøkkelgrupper*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1290/Kompetansebehov%20innen%20ern%C3%A6ring%20hos%20n%C3%B8kkelgrupper%20IS-2592.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Demensplan 2020*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020.pdf

Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Leve hele livet: en kvalitetsreform for eldre*. (Meld. St. 15 2017-2018). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/sec1>

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-2018-06-15-38). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2#%C2%A74

Kristoffersen, N. J. (2016a). Sykepleie - kunnskapsgrunnlag og kompetanseutvikling. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimstbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: sykepleie: fag og funksjon* (3. utg., bind 1, s. 139-191). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2016b). Sykepleiefagets teoretiske utvikling. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimstbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie:*

pasientfenomener, samfunn og mestring (3. utg., bind 3, s. 15-77). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kuven, B. M. & Giske, T. (2015). Når mor ikke vil spise - Etske dilemmaer i møte med underernærte mennesker med demens i sykehjem. *Nordic Journal of Nursing Research*, 35(2), 98-104. 10.1177/0107408315578593

Lea, E., J., Goldberg, L. R., Price, A. D., Tierney, L. T. & McInerney, F. (2017). Staff awareness of food and fluid care needs for older people with dementia in residential care: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23-24), 5169-5178.
<https://doi.org/10.1111/jocn.14066>

Milte, R., Shulver, W., Killington, M., Bradley, C., Miller, M. & Crotty, M. (2017). Struggling to maintain individuality - Describing the experience of food in nursing homes for people with dementia. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 72, 52-58.
<https://doi.org/10.1016/j.archger.2017.05.002>

Nell, D., Neville, S., Bellew, R., O'Leary, & Beck, K. L. (2016). Factors affecting optimal nutrition and hydration for people living in specialised dementia care units: A qualitative study of staff caregivers' perceptions. *Australasian Journal on Ageing*, 35(4), E1-E6. <https://doi.org/10.1111/ajag.12307>

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

Rokstad, A. M. M. & Røsvik, J. (2018). Personsentrert omsorg. I K. Engedal & P. K. Haugen (Red.), *Demens - sykdommer, diagnostikk og behandling* (1. utg., s. 300-313). Tønsberg: Forlaget aldring og helse.

Rummelhoff, G. R., Smebye, K. L. & Tombre, B. (2016). Gir individuell omsorg. *Sykepleien*, 42-45. 10.4220/Sykepleiens.2016.58391

Sjøen, R. J. & Thoresen, L. (2012). *Sykepleierens ernæringsbok* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Skovdahl, K. & Berentsen, V. D. (2014). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 408-437). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Slettebø, Å. (2013). *Sykepleie og etikk* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Sortland, K. (2015). *Ernæring - mer enn mat og drikke* (5.utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Støren, I. (2013). *Bare søk! : Praktisk veiledning i å gjennomføre en litteraturstudie* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm.

Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.

Vedlegg

Vedlegg 1: Tabell for systematisk litteratursøk

Database: CINAHL

Søk	Søkeord	Avgrensninger	Treff	Lest	Brukt
1	Dementia AND Nutrition		1019	0	0
2	Dementia AND Nutrition AND Nursing home	Research article Peer reviewed Årstall: 2014- 2019	33	0	0
4	Dementia AND Nutrition AND Nursing home AND Staff	Research article Peer reviewed Årstall: 2014- 2019	11	6	2 Factors affecting optimal nutrition and hydration for people living in specialised dementia care units. Staff awareness of food and fluid care needs for older people with dementia in residential care.
5	Knowledge AND Attitudes AND Staff AND Nursing homes AND Malnutrition	Research article Peer reviewed Årstall: 2014- 2019	5	3	2 Knowledge and attitudes of nursing staff towards malnutrition care in nursing homes. Staff awareness of food and fluid care needs for older

					people with dementia in residential care.
--	--	--	--	--	---

Database: PubMed

Søk	Søkeord	Avgrensninger	Treff	Lest	Brukt
1	Dementia AND Malnutrition	Årstill 2014- 2019	356	0	0
1	Dementia AND Staff AND Knowledge AND Nursing home	Årstill 2014- 2019	121	0	0
2	Nutrition AND Nurses AND Competence	Årstill 2014- 2019	61	0	0
3	Staff perceptions AND Nutrition AND Nursing home	Årstill 2014- 2019	10	4	2 Staff awareness of food and fluid care needs for older people with dementia in residential care Factors affecting optimal nutrition and hydration for people living in specialised dementia care units

4	Dementia AND Nutrition AND Long- term care AND Percon- centred care	Årstall 2014- 2019	3	3	1 Struggling to maintain individuality - Describing the experience of food in nursing homes for people with dementia
---	--	-----------------------	---	---	---

Databasen: Sykepleien

Søk	Søkeord	Avgrensninger	Treff	Lest	Brukt
1	Demens ernæring	Forskning Årstall: 2014- 2019	12	3	
2	Ernæring kompetanse sykehjem	Forskning Årstall: 2014- 2019	7	3	1 Verktøy for screening av risiko for underernæring hos eldre

Vedlegg 2: Sjekkliste

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Hvordan bruke sjekklisten

Sjekklisten består av tre deler:

- Innledende vurdering
- Hva forteller resultatene?
- Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du spørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «uklart» eller «nei». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisten

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekkliste. Se www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekkliste

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?

Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Artikkel 4: Factors affecting optimal nutrition and hydration for people living in specialised dementia care units: A qualitative study of staff caregivers' perceptions.

Denne sjekklisten er inspirert av «10 questions to help you make sense of qualitative research» fra CASP. Critical Appraisal Skills Programme (CASP), CASP Checklists, Oxford: CASP UK [oppdatert 2017; lest 23.11.2017]. Tilgjengelig fra: <http://www.casp-uk.net/checklists>



kunnskapsbasertpraksis.no

(A) Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert? JA UKLART NEI

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

- Forskerne ønsker å forstå hvorfor personer med demens på sykehjem har utfordringer i forbindelse med å spise og drikke.
- Dette ønsker de mer kunnskap om ettersom dette kan bidra til å forbedre deres ernæringsstatus.

Formålet med studien er tydelig formulert: Undersøke hvilke oppfatninger helsepersonell har når det gjelder faktorer som påvirker optimal ernæring og væskeinntak hos pasienter på demensavdeling

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen? JA UKLART NEI

Tips: Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Studien ønsker å få innsikt i individers erfaringer, og identifisere deltakernes oppfatninger av fenomenet

Forfatterne har derfor valgt en kvalitativ metode, og beskriver hvordan en slik metode er hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen

Skal du fortsette vurderingen?

Tips:

Hvis du svarer NEI på et av spørsmålene over kan du kanskje like godt legge bort artikkelen og finne en annen.

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

JA UKLART NEI

Tips:

- Er utvalgsmetode, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet?

Forskerne har begrunnet valg og forskningsdesign.
Utvalgsmetode, innsamling av data og måten å analysere data er beskrevet.

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

JA UKLART NEI

Tips: Når man bruker f.eks. strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. Enheten 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.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, f.eks. hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

- Forskerne gjør tydelig rede for hvem som er utvalgt og hvorfor
 - 11 omsorgsarbeidere fra to demensavdelinger (4-6)
- Deltakerne ble rekruttert ved hjelp av en praktisk prøvetakingsstrategi fra to demensavdelinger
 - De rekrutterte ansatte som var tilgjengelig fra de to demensavdelingene, som jobbet dag og kveld, og var derfor involvert i måltidene
- Årsaker til hvorfor ikke noen deltok blir beskrevet
- Karakteristika ved utvalget blir nevnt:
 - alder og arbeidserfaring.

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

JA UKLART NEI

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? (Feks. intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), felstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse.
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, (feks. beskrivelse av intervjuguide)?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (feks. lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

- Semistrukturerte intervjuer blir benyttet for å samle inn data for å få en grundig forståelse.
- Studien gir en beskrivelse av intervjuet og settingen til intervjuet.
- Dataene ble samlet i form av lydopptak.

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

JA UKLART NEI

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntattethet og påvirkning på:
 - a. utforming av problemstilling
 - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
 - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

- Forskerne har gjort rede for sin faglig bakgrunn.
- De påpeker hvordan potensielle forstyrrelser (bias) som forskerinnflytelse og de personlige synspunktene til deltakerne kan ha påvirket resultatene.

- Forskerne nevner i tillegg hvordan studien var begrenset til kun personer ansatt som omsorgsarbeidere, som kan ha påvirket funnene.

7. Er etiske forhold vurdert?

JA UKLART NEI

Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble frekklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan f.eks. være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

- Alle deltakerne ga skriftlig samtykke
- Studien er godkjent av etisk komité

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

JA UKLART NEI

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mesteparten av data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt (f.eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.)?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført (f.eks. de ulike trinnene i analysen)?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene?
- I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

- En generell induktiv fem-trinns tilnærming ble brukt til å analysere data
- De ulike trinnene i analysen blir beskrevet
- Forskerne ser på flere sider og ulike meninger
- Ser en klar sammenheng mellom innsamlede data, som sitater fra deltakerne og kategoriene (temaene) som forskerne har kommet frem til

Basert på svarene dine på punkt 1 - 8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

JA UKLART NEI

(B) Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

 JA UKLART NEI

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 sluttninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialene, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og mot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnens troverdighet (f.eks. triangulering, respondentvalidering, al flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

- Studien resulterte i at deltakerne erfarte at både individuelle og miljømessige faktorer har betydning for å sikre pasienter med demens en optimal ernæringsstatus.
- Studien har en dekkende diskusjon som både støtter og motstrider studiens funn

(C) Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Tips: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomener.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de f.eks. funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

- Studien fremhever hvordan individet og miljøet har betydning for pasientens ernæringsstatus. Dette er viktig kunnskap som sykepleiere må ha, og kan ta nytte av i praksis.
- Ettersom deltakerne i studien var begrenset, identifiserte studien hvordan nye forskningsmetoder bør inkludere erfaringer og opplevelser hos andre ansatte, som sykepleiere, ledere og ernæringsfysiologer.