



# Høgskulen på Vestlandet

## Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKSB3001

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	26-02-2018 09:00	<b>Termin:</b>	2018 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	26-04-2018 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)	<b>Studiepoeng:</b>	12
<b>SIS-kode:</b>	203 SYKSB3001 1 PRO-1 2018 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

**Kandidatnr.:** 532

### Informasjon fra deltaker

**Tittel \*:** Ernæringsomsorg – meir enn å berre gi pasienten mat

**Antall ord \*:** 8979

**Navn på veileder \*:** Ellen Johanne Suendsbø

**Tro- og loverklæring \*:** Ja

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

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGÅVE

Ernæringsomsorg – meir enn å gi  
pasienten mat

Nutritional care – more than giving the  
patient food

**Kandidatnummer 532**

Bachelor i sjukepleie – studiestad Stord  
Institutt for helse- og omsorgsvitenskap  
Rettleiar: Ellen Johanne Svendsbø  
Innleveringsfrist: 26/04-2018

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, *jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10*

## **Kortfatta samandrag**

**Tittel:** Ernæringsomsorg –meir enn å gi pasienten mat

**Bakgrunn for val av tema:** Over 77 000 menneske i Noreg i dag er råka av syndromet demens, fram mot 2040 vil dette talet sannsynlegvis fordoblast. Meir enn 45 000 av desse menneska bur fortsatt heime. I heimebaserte tenester, demensgruppa, vart det møtt fleire einslege pasientar som hadde mista sin ektefell. Her vart det opplevd fleire utfordringar knytt til ernæring.

**Problemstilling:** *Kva kan sjukepleiar gjere for å ivareta ernæringsbehovet til heimebuande personar med demens?*

**Oppgåvas hensikt:** Å auka kunnskap om personar med demens som bur åleine, samt kva som kan gjerast for å ivareta ernæringsbehovet deira. Denne kunnskapen kan nyttast til god sjukepleie utøving.

**Metode:** I oppgåva vert det nytta litteraturstudie som metode. Det har blitt gjort søk i databasane CINAHL og PubMed for å finne relevant forskning til å svare på problemstillinga. Seks forskingsartiklar har blitt nytta. Oppgåva vert også basert på pensums- og sjølvvalt litteratur.

**Resultat:** Denne studien peikar på at personar med demens ynskjer å bu heima, men gir også uttrykk om at helsepersonell skal ta over livet deira i forhold til måltidsoppgåver. Tidlig innføring av teknologiske hjelpemiddel i tidlig fase av demens gjorde at pasientane kunne bevare si evna til å laga mat, og på denne måten vera sjølvstendig. Vidare fann denne studien at helsepersonell mangla kunnskap og kompetanse om ernæring, og det vart framheva at det å gi personretta omsorg krev at ein tek seg tid til å bli kjent med pasienten. Andre funn var at det å vera saman med pasienten under måltida, ser ut til å auka appetitten hos pasienten, samt er det lettare å få registrert inntak av næring. Personretta omsorg er også med på å bevare pasienten sin identitet, med tanke på rettar, smak og lukt som pasienten var vant med frå tidlegare. Ein kan også bevare pasienten sin identitet ved å legge til rette for at pasienten kan få vera med å lage nokre av måltida sjølv.

**Oppsummering:** Når ernæringsbehovet til heimebuande personar med demens skal bli ivaretatt må sjukepleiar ha kunnskap om ernæring, samt forstå kvar nyttig det er å bruke god tid når ein samhandlar med personar med demens. Personar med demens ønskjer å vera mest moglig sjølvstendig i deira eiga heim, sjukepleiar må derfor ha kunnskap om dei forskjellige teknologiske hjelpemiddela. Når ernæringsbehovet til heimebuande personar med demens skal bli ivaretatt må ein samstundes bevara personen sin identitet. Smak og lukt som pasienten er vant med frå tidlegare tider får fram minner hos personar med demens, dette skapar trygghet hos pasienten.

**Nøkkelord:** Demens, ernæringsbehov, sjukepleie

## **Executive Summary**

**Title:** Nutritional care – more than giving the patient food

**Why I chose the Subject:** Over 77 000 inhabitants in Norway have the syndrome Dementia. According to research it probably will be twice as much by the end of 2040. More than 45 000 of these people still live at home. In home-based services (Dementia-group), there were many people who had lost their spouse. This group particularly had several challenges according to nutrition.

**Topic Question:** *What can a nurse do to maintain the nutrition needs for Dementia patients who live at home?*

**Purpose of the Thesis:** The purpose of this thesis is to increase the knowledge of patients with Dementia who live alone and is specifically concerned how to maintain their nutrition need. This knowledge can be used to more accurate nursing.

**Method:** In this thesis I used a literary study. The databases “CINAHL” and “PubMed” were used to find relevant research to the topic question. All together I have used six different research articles. The thesis is also based on syllabus and chosen literature.

**Results:** This study reflects on the patients with Dementia who want to live alone, but also express a need for professional help according to daily nutrition. An introduction of technological aid in an early phase of Dementia made them preserve their ability to cook – to be independent. Further this study found that professional health care personnel had a lack of knowledge and competence of nutrition. When giving personal care for a patient you *must* get to know them. An interesting discovery was that if you were to stay with the patient during their meal, their appetite would increase, and the recording of nutrition is easier. Personal care also has a big impact on preserving their identity by facilitating that the patient can cook some meals themselves.

**Conclusion:** To maintain the nutrition need for homebased Dementia patients nurses must contain the right knowledge about nutrition and understand how important it is to not rush things when dealing with this particularly syndrome. Patients with Dementia want to be as

independent as possible in their own home. This means that nurses must obtain knowledge about different technological aids. It is also important to preserve their identity when maintaining their nutrition need. Taste and smell that patients recognize from the earlier days will bring back memories within the Dementia patients. This will make them feel safe and secure.

**Key Words:** Dementia, nutrition needs, nursing

## Innholdsfortegnelse

1.0	Innleiing.....	1
1.1	Bakgrunn for val av tema .....	1
1.2	Problemstilling og avgrensingar.....	1
1.3	Omgrepsavklaring .....	2
2.0	Teoretisk perspektiv .....	2
2.1	Sjuepleieteoretikar Virginia Henderson .....	2
2.1.1	Henderson sitt syn på ernæring .....	3
2.1.2	Kritikk av Henderson .....	4
2.2	Demens.....	4
2.2.1	Symptom ved demens .....	5
2.2.2	Grad av demens .....	5
2.3	Ernæringsbehov- og kartlegging hos eldre.....	6
3.0	Metode.....	7
3.1	Kvalitativ og kvantitativ metode .....	7
3.2	Litteraturstudie .....	7
3.3	Søkeprosessen .....	8
3.3.1	Tabell 1 – PubMed .....	8
3.3.2	Tabell 2 - CINAHL .....	9
3.3.3	Tabell 3 – CINAHL.....	9
3.3.4	Tabell 4 – CINAHL.....	10
3.3.5	Tabell 5 – PubMed .....	10
3.3.6	Tabell 6 – PubMed .....	11
3.4	Kjelde- og metodekritikk.....	11
3.4.1	Kritisk vurdering av eiga oppgåve .....	11
3.4.2	Kritisk vurdering av artiklar .....	12

3.4.3 Forskingsetikk .....	12
4.0 Resultat .....	13
4.1 Samandrag og kritisk vurdering av artiklar .....	13
4.2 Analyse av artiklar.....	18
5.0 Drøfting .....	18
5.1 Ernæringsansvar .....	18
5.1.1 Vekt og dokumentasjon.....	19
5.2 Tid og kunnskap om ernæring.....	21
5.3 Identitet og sjølvstendighet i ernæringsomsorga.....	23
6.0 Avslutning .....	25
Bibliografi .....	27
Vedlegg 1: Resultattabell over inkluderte forskingsartiklar.....	30



## 1.0 Innleiing

### 1.1 Bakgrunn for val av tema

I følge Nasjonalforeningen for folkehelsen (2017) viser det seg at over 77 000 menneske i Norge i dag er råka av syndromet demens og fram mot 2040 vil dette talet sannsynligvis fordoblas. Dette grunna auka levealder og folkevekst (Strand & Skirbekk, 2014 ). Meir enn 45 000 av desse menneska bur heime, og dei fleste ønsker å bu heime så lenge som mogleg (Nasjonalforeningen for folkehelsen, 2017). I tillegg viser det seg at auka levealder og folkevekst kan føre til at fleire vil få behov for hjelp frå heimebaserte tenester, då det berre er ca. halvparten av personar med demens som til ei kvar tid får plass på sjukeheim (Engedal & Haugen, 2009, s. 27), og i følge Birkeland & Flovik (2014) visar enkelte studiar at opp mot 46% av pasientane i heimesjukepleia er underernært eller i ein ernærings- messig risikogruppe. Pasientgrupper som eldre, einslige, personar med demens, og funksjonshemmande har særlig stor risiko for feil – eller underernæring (Birkeland & Flovik, 2014, s. 64). Hensikta med oppgåva er auka kunnskap om personar med demens som bur åleine, samt kva som kan gjerast for å ivareta ernæringsbehovet deira.

Temaet ernæring hos heimebuande eldre med demenssjukdom vart valt etter praksis i heimebaserte tenester, demensgruppa. Erfaring frå praksis er at ernæring hos eldre personar med demens som bur heime var ein stor utfordring for sjukepleiarane då fleire pasientar kom med forklaringar om at dei hadde ete eller at dei skulle ete seinare, dermed var det vanskelig å registrere kvar mykje næring dei fekk i seg, samt var tidspresset stort. Dette gav stor motivasjon til å få meir kunnskap om heimebuande personar med demens og ernæring, slik at denne kunnskapen kan nyttast til god sjukepleie utøving.

### 1.2 Problemstilling og avgrensingar

Dette har ført til at problemstillinga blir som følger:

*Kva kan sjukepleiar gjere for å ivareta ernæringsbehovet til heimebuande personar med demens?*

Følgande avgrensing i oppgåva blir einslige eldre med syndromet demens som har vedtak på heimesjukepleie. Einslige eldre er i oppgåva eldre som bur åleine, då sambuar eller ektefelle har døydd. Pasientar som er 65 år og eldre vert tatt med i oppgåva, då det berre er ca. mellom 2000-3000 av ca. 71 000 personar med demenssjukdom i Norge som er yngre (Skovdahl & Berentsen, 2014, ss. 412-414). Det vert ikkje spesifisert ein spesiell type demens, oppgåva byggjer generelt på personar med demens uavhengig av diagnose. Vidare i oppgåva vert det sett vekk i frå pasientar med alvorlig grad av demens, då det hos desse pasientane ofte er naudsynt med kontinuerlig pleie og overvaking (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 412), som for eksempel ved innlegging på institusjon.

### 1.3 Omgrepsavklaring

I denne delen av oppgåva vil sentrale omgrep som ivaretaking, ernæringsbehov og demens bli avklara. Omsorg blir i denne oppgåva definert som **ivaretaking**. Omsorg innebere ei viss evna til å leva seg inn i pasienten sin situasjon og betyr at omsorgsgivar må kjenne til ei viss grad og kommunisera for å få ei forståing av pasienten sin eiga oppleving av sin situasjon (Slettebø, 2013, s. 23). I følge Helsedirektoratet (2012, s.271) er **ernæringsbehovet** den mengde næringsstoff som må til for å sikre optimale kroppsfunksjonar. **Demens** er ein fellesbetegnelse på ein tilstand (syndrom) som kan vera forårsaka av ulike organiske sjukdommar. Denne tilstanden vert kjenneteikna ved ein kronisk og irreversibel kognitiv svikt, ei sviktande evne til å utføre kvardagslige aktivitetar på ein tilfredstillande måte samanlikna med tidligare, og endra sosial åtferd (Engedal & Haugen, 2009, s. 17). Vidare utdjuping om demens kjem under teoretisk perspektiv 2.2.

## 2.0 Teoretisk perspektiv

I denne delen av oppgåva blir relevant sjukepleieteori, kunnskap om demens, ernæringsbehov hos eldre, samt ernæringskartlegging presentert.

### 2.1 Sjukepleieteoretikar Virginia Henderson

Oppgåva bygger på Henderson sin sjukepleieteori. Teorien hennar tar utgangspunkt i sjukepleiaren sitt ansvar for å ivareta mennesket sine grunnleggande behov når deira ressursar ikkje strekker til grunna sjukdom eller helsesvikt. Desse behova identifiserer Henderson som mat, kjærleik, anerkjening, følelsen av å vere til nytte og av gjensidig samhørighet og

avhengighet av andre i den menneskelige samanheng (Kristoffersen , 2011, s. 224).

Henderson formulerte ein sjukepleiedefinisjon for å erstatte dei mangla og svakhetane ho hadde erfart i sin eiga grunnutdanning, og for alt det utilstrekkelege ho hadde følt på sjølv som lærar ved sjukepleiarutdanninga. Ho var ein av dei første sjukepleiarane som forsøkte å beskrive sjukepleiaren sin særleine funksjon (Kristoffersen , 2011, s. 223).

Virginia Henderson har definert sjukepleiaren sin særleine funksjon som:

*... å hjelpe mennesket, enten det er sykt eller friskt, å utføre de handlinger som bidrar til helse eller gjenvinning av helse (eller til en fredfull død), som dette mennesket ville ha utført uten hjelp hvis det hadde hatt den nødvendige styrke, vilje eller kunnskap til det. Hennes funksjon er å gjøre dette på en måte som hjelper ham til å bli selvstendig så raskt som mulig* (Henderson V. A., 1998, s. 45).

Henderson var oppteken av at utgangspunktet måtte vera at behova vert opplevd og ivaretatt forskjellig frå person til person når sjukepleiaren skal forholde seg til pasienten sine grunnleggande behov. Sjukepleiaren må derfor skaffe seg kjennskap til korleis pasienten opplev sine behov, og korleis desse best moglig kan tilfredstillast (Kristoffersen , 2011, s. 226). Dette vil i følge Henderson vera vanskelig og krevjande, men heilt avgjerande at sjukepleiaren skaffar seg ei slik forståing. Ho understreker altså fleire gangar at den enkelte pasient har krav på ein individualisert pleie og omsorg (Kristoffersen , 2011, s. 226).

### 2.1.1 Henderson sitt syn på ernæring

Henderson nemne fjorten komponentar som ho meiner inngår i generell sjukepleie. Oppgåva tek utgangspunkt i grunnleggande sjukepleieprinsipp nr. 2 som omhandlar å hjelpe pasienten å ete og drikke tilstrekkeleg. I sjukepleiarutdanninga meiner Henderson (1997) at det kanskje ikkje er nokre fag som er like viktig som læra om kosten. I heimen er det sjukepleiaren som gir ein innflytelse på kosten, då sjukepleiaren er hos pasienten dag og kveld og best mogligheit til å oppmuntre pasienten til å ete og drikke, samt å leggje merke til kva pasienten tåle, likar og ikkje likar og rapportere dette vidare (Henderson V. , 1997, s. 30). Henderson (1997, s.30) meiner vidare at sjukepleiaren må kunne gi råd om ernæringsmessige behov og korleis maten bør gjerast i stand. Sjukepleiaren må vera oppmerksam på at det er forskjellige haldningar til mat, matskikkar og vanar blant pasientane. Dersom pasienten sitt godt og føler seg vel, måltidet er smakfullt og appetittvekkande lagt til, eter pasienten gjerne meir enn om ein av desse forholda ikkje er tilstade. Det er i følge Henderson (1997) sjukepleiaren sitt

ansvar å gjere noko med appetittmangelen og å sørge for at pasienten sin næringstilførsel er tilstrekkelig dekkja, samt understrekar ho at sjukepleiaren ikkje må gløyme å oppmuntre pasienten til å bruke sine egne ressursar (Henderson V. , 1997, ss. 32-33).

### 2.1.2 Kritikk av Henderson

Henderson hevdar at sjukepleia må ha opphav i mennesket sine grunnleggande behov. Likevel viser det seg at ho er uklar om kva desse behova omfattar. Det kjem ikkje fram om Henderson oppfatar desse behova som hierarkiske, slik som Maslow gjer, som utvikla sin behovspyramide i 1943 (Kirkevold, 2001, s. 109). Maslow skillar mellom mangelbehov og vekstbehov, der behova mat, drikke og søvn kjem først, deretter følgjer behov for trygghet (Thorsen R. , 2015, s. 110). Elementa av Maslows behovsteori vert kjent igjen i Henderson sine fjorten komponentar, men samstundes viser det seg at Henderson uttrykker tvil om fysiologiske behov alltid har prioritet føre psykososiale behov (Kirkevold, 2001, s. 109). Rekkefølga på dei 14 komponentane kan gi oss eit inntrykk av at psykososiale behov er mindre viktige enn dei fysiske, og at sjukepleia hovudsakleg tek sikte på ivareta mennesket sine fysiologiske behov (Kristoffersen , 2011, s. 226). Dei fleste eksempla på tiltak som Henderson gir i forbindelse med kvart av dei 14 komponentane kan vere like aktuelle den dag i dag, men i følgje Kirkevold (2001, s.111) utdjuapar ho ikkje korleis desse prinsippa kan bli påverka av pasienten sine verdiar og oppfatning, diagnose, alder og andre påverkande faktorar, samt ikkje korleis prinsippa hennar eventuelt kan bli brukt i sjukepleiaren sitt førebyggjande helsearbeid (Kirkevold, 2001, ss. 109-111). I 1955 vart Henderson sjukepleiedefinisjon presentert, og i 1960 vart dei 14 grunnprinsippa utgitt, (Kristoffersen , 2011, s. 223), dermed kan det vere nyttig å vere kritisk til teorien hennar då samfunnet har endra seg. Til tross for denne kritikk kan Henderson sin teori tilføre god kunnskap til drøftinga av resultat og vil derfor vere til nytte.

## 2.2 Demens

Demens er eit syndrom og ein diagnose for ei rekkje symptom som kan forårsakast av forskjellige sjukdommar og skadar (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 412). Dei vanlegaste tilstandane som forårsakar demens er Alzheimers-sjukdom, vaskulær demens, Lewy-legemer demens, Parkinson demens, frontotemporal demens og demens som er forårsaka av langvarig, høgt forbruk av alkohol. Demens karakteriserast ved ein gradvis forverring av kognitiv og

praktisk svikt, samt aukande førekomst av nevropsykiatriske symptom (Rokstad, 2014, ss. 10-11).

### 2.2.1 Symptom ved demens

I følge Engedal & Haugen (2009) kan forandringane ved demens delast inn i tre hovudgrupper av symptom, kognitive symptom, åtferdsmessige symptom og motoriske symptom. Symptoma avhenger av kvar langt ein er komen i demensgangen og kva type demens ein har. Kognitive symptom er symptom som svekka hukommelse, oppmerksamheit, lærings- og språkevna. Pasienten kan få manglande evna til å utføra kjente handlinga på rett måte og manglande evna til å forstå sanseintrykk, samt svekka forståing av handling i rom og svekkande intellektuelle evner. Åtferdsmessige symptom er irritabilitet, aggressivitet, repetisjon av handlingar, rastlausheit og vandring, apati og interesselausheit, forandra døgnrytme, endring av personlegdom, angst utvikling og depresjon, vrangførestillingar og hallusinasjonar og isolasjon. Motoriske symptom er muskelstivheit og styringsproblem, balansesvikt og inkontinens (Engedal & Haugen, 2009, s. 34).

### 2.2.2 Grad av demens

Engedal & Haugen (2009, ss. 18-22) delar sjukdomsprosessen inn i tre fasar:

1. Mild grad av demens: I kompenseringfasen ser ein dei første teikna til mental svikt i form av sviktande hukommelse, dette gjeld spesielt hendingar i nær fortid. Hukommelsestapet kan blant anna gi konsekvensar for daglegdagse gjeremål som til dømes å halde avtalar, å ete og å betale rekningar. Samt kan tidsorienteringa svikta. I den første fasen klarar dei fleste å bruke sine vanlege meistrings- og forsvarsmekanismar.
2. Moderat grad av demens: I dekompeniseringsfasen har pasienten vanskar med å klare seg utan hjelp frå andre. Pasienten har vanskar med å nytte sine innøvde meistringsevne og kan miste greipet på tilværet, spesielt når pasienten kjem under stress blir han lett forvirra og bringa ut av fatning. I denne fasen ser ein ofte psykotiske symptom i form av vrangførestillingar, syns hallusinasjonar og underlig, uforståelig åtferd. Hukommelses- evna vert svekka og ein kan få kommunikasjonsvanskar, og vanskar med personleg stell og å orientere seg i rom.

3. Alvorlig grad av demens: Denne fasen vert kalla for pleiefasen, her er det naudsynt med kontinuerleg tilsyn og pleie. Fasen er prega av motorisk svikt, inkontinens, manglande motorisk styring, balansesvikt og gangproblem.

### 2.3 Ernæringsbehov- og kartlegging hos eldre

Ernæringsbehovet er som nemnt den mengda næringsstoff som må til for å sikre optimale kroppsfunksjonar (Helsedirektoratet, 2012, s. 271). Ernæringsbehovet vert påverka av kroppsstørrelse og muskelmasse, alder, aktivitetsnivå og sjukdomstilstand. Når inntaket av energi tilsvara forbruket av energi er ein i energibalanse og kroppsvekta vil halde seg stabil (Helsedirektoratet, 2012, s. 83). Kroppsmasse-samansetninga endrar seg etter kvart som ein vert eldre. Andelen av væske og muskulatur vert redusert, medan feittinnhaldet aukar. Eit visst vekt tap etter 70-årsalderen kan reknast som fysiologisk, men kan også vera ein markør på sårbarhet og indikere auka risiko for ein rekke sjukdommar (Brodtkorb, 2014, s. 302). Etter kvart som ein vert eldre endrar også ernæringsbehovet seg. Ernæringsbehovet hos eldre over 70 år vert redusert med 10 %. Gjennomsnittleg dagleg energibehov vert då 25 kcal per kilo ønskeleg kroppsvekt (Sortland, 2015, s. 34) .

Når sjukepleiaren møter ein pasient, er kartlegging av ernæringsstatus grunnlaget for å vurdere om behovet for væske og ernæring er tilfredstillande dekkja eller ikkje (Aagaard & Bjerkreim, 2011, ss. 174-175). Dersom sjukepleiaren opplev pasient som trøtt, initiativlaus, har nedsett appetitt og lågt aktivitetsnivå, kan dette tyde på at ernæringsbehovet ikkje er tilfredsstilt (Aagaard & Bjerkreim, 2011, s. 175). For å kartlegge ernæringsstatus kan sjukepleiaren vurdere pasienten si høgde i forhold til kroppsvekta. Aagaard & Bjerkreim (2011, s.170) beskriv kroppsmasseindeks (KMI) som eit enkelt mål for ernæringstilstanden. KMI kan seie oss noko om forandringar i feittmasse, muskelmasse og kroppsvatn. Ein reknar ut ein person sin KMI ved å dividere kroppsvekta med kvadratet av kroppshøgda. Kroppsvekta vert målt i kilo og høgda vert målt i meter (Aagaard & Bjerkreim, 2011, s. 180).

## 3.0 Metode

I følge Aubert referert i Dalland (2017, s.51) er metode ein måte å løysa problem og komme fram til ny kunnskap. Ein metode fortell oss korleis me skal gå til verks for å skaffe og etterprøve kunnskap. Det er reikapet vårt i møte med det me vil undersøke. Metoden skal hjelpe oss til å samle inn den informasjonen me treng til undersøkinga vår (Dalland, 2017, ss. 51-52).

### 3.1 Kvalitativ og kvantitativ metode

Forskjellen mellom kvalitativ og kvantitativ metode er knytt til måten ein samlar inn data på (Dalland, 2017, s. 54). Hensikta med ein kvalitativ metode er i følge Thidemann (2015) å få kunnskap om menneskelige eigenskapar som meiningar, opplevingar, erfaringar, forventningar, motiv, og haldningar, og å få fram nyansar. Ein kan også utforske dynamiske prosessar som samhandling, utvikling, bevegelse og heilhet. Kvalitativ data kan ein ikkje talfeste eller måle. Datasamlinga ved ein kvalitativ tilnærming føregår ved: intervju, observasjon, feltarbeid og dokumentanalyse. Ved ein kvalitativ metode får ein mange opplysingar frå få undersøkingseiningar, eit kjenneteikn ved metoden er dybdekunnskap (Thidemann, 2015, s. 78).

I følgje Thidemann (2015) tar ein kvantitativ metode derimot sikte på å gi data i form av målbare einingar, *tall*, såkalla *harde og objektive* data, det vil seie nøyaktig faktakunnskap. Talla gir moglegheit for nøyaktige rekneoperasjonar som kan brukast til statistiske berekningar. Talla vert oftast formidla i form av tabellar. Når ein nyttar kvantitativ metode samlar ein inn data ved spørjeskjema med faste svaralternativ, systematisk og strukturert observasjon og eksperiment. Ved denne metoden får ein ei lita mengd opplysningar frå mange undersøkingar, eit kjenneteikn ved metoden er breiddekunnskap (Thidemann, 2015, ss. 77-78). Både kvalitative og kvantitative metodar bidreg på kvar sin måte til å gi oss ein betre forståing av det samfunnet me lever i, og av korleis enkeltmenneske, grupper og institusjonar handlar og samhandlar (Dalland, 2017, s. 52).

### 3.2 Litteraturstudie

I oppgåva vert det nytta litteraturstudie som metode. Støren (2013, s.16) beskriv litteraturstudie som det litteraturen ein studera. Det vil seie det som er undersøkt og skrevet om verkelegheita av artikkelforfattarane. Litteraturstudien er ein systematisering av

kunnskapen. Å systematisere kunnskap vil seie å søke den, samle den og samanfatta den (Støren, 2013, s. 17). I følge Forsberg & Wengström (2016, s.30) bør den systematiske litteraturstudien fokusera på aktuell forskning innafor det valde området. Det finst ingen reglar for mengd studiar som skal inngå i ein litteraturstudie. Hensikta med ein litteraturstudie er å gi lesaren ein oppdatert og god forståing av kunnskapen på det området som problemstillinga etterspør, og korleis ein har kome fram til kunnskapen (Thidemann, 2015, s. 80).

### 3.3 Søkeprosessen

Det har blitt gjort søk i databasane CINAHL, PubMed og SveMed+. Desse vurderast som nokre gode og oversiktlege databasar, samt kan ein finne sjukepleiefaglig forskning her. Svemed+ vart til slutt ekskludert då der vart funne lite forskning som kunne svare på problemstillinga. Samandraget av artiklane vart først lest for finne ut om artiklane hadde funn som kunne vere relevante for tema i oppgåva. Fleire artiklar vart ekskludert då data var gammal. Studiar frå land som vart rekna som heilt ulik den norske kulturen vart også ekskludert, med mindre funna ikkje hadde noko spesiell tilknytning til problemstilling. Søketablell viser til søkeord som har blitt nytta, samt avgrensingar i søka.

#### 3.3.1 Tabell 1 – PubMed

<b>Søk i PubMed 22.03.2018</b>			
<b>Nummer</b>	<b>Søkeord</b>	<b>Avgrensing</b>	<b>Treff</b>
S1	Mealtimes		25 277
S2	Habits		56 865
S3	Dementia care		26 309
S4	S1 AND S2		1496
S5	S4 AND S3		2
S6	S5	Published in the last 5 years	1

Søk nr. 6 gav treff på artikkelen *Moments of joy and delight: the meaning of traditional food in dementia care* av Hanssen & Kuven (2016). Denne artikkelen vart sett på som relevant då den tek opp eit tema som belyser oppgåva si problemstilling.



### 3.3.2 Tabell 2 - CINAHL

<b>Søk i CINAHL 28.02.2018</b>			
<b>nummer</b>	<b>Søkeord</b>	<b>Avgrensing</b>	<b>Treff</b>
S1	Home care		38 187
S2	Nutrition		70 462
S3	Older		105 244
S4	Dementia		36 744
S5	S1 AND S2		890
S6	S3 AND S4		5963
S7	S5 AND S6		14
S8	S7	Published Date: 01.01.15- 31.12.17	6
S9	S8	Aged: 65+ years	4

Etter søk nr.9 i CINAHL vart artikkelen *Staff views on how to improve mealtimes for elderly people with dementia living at home* av Johansson, Björklund, Sidenvall og Christensson (2015) valt då den belyser problemstillinga i oppgåva.

### 3.3.3 Tabell 3 – CINAHL

<b>Søk i CINAHL 07.03.2018</b>			
<b>Nummer</b>	<b>Søkeord</b>	<b>Avgrensing</b>	<b>Treff</b>
S1	Nutrition		70 476
S2	Home care		74 514
S3	Knowledge		125 715
S4	S1 AND S2		2027
S5	S4 AND S3		192
S6	S5	Published Date: 01.03.13-31.03.18	56
S7	S6	Aged: 65+	19

Søk nr. 7 i CINAHL gav treff på artikkel *Food provision for older people receiving home care from the perspectives of home-care workers* (Watkinson-Powell, Barnes, Lovatt, Wasielewska & Drummond, 2014). Denne artikkelen vart valt då den tek opp eit tema som er relevant for oppgåva.

### 3.3.4 Tabell 4 – CINAHL

<b>Søk i CINAHL 15.03.2018</b>			
<b>Nummer</b>	<b>Søkeord</b>	<b>Avgrensing</b>	<b>Treff</b>
S1	Dementia		36 830
S2	Mealtime routines		48
S3	S1 AND S2		5
S4	S3	Aged: 65+	4

Søk nr. 4 i CINAHL gav treff på artikkel nr.3 *Managing mealtime tasks: told by persons with dementia* (Johansson, Christensson & Sidenvall, 2011). Denne studien vart valt på bakgrunn av relevans til oppgåva si problemstilling.

### 3.3.5 Tabell 5 – PubMed

<b>Søk i PubMed 23.03.2018</b>			
<b>Nummer</b>	<b>Søkeord</b>	<b>Avgrensing</b>	<b>Treff</b>
S1	Nutrition		410860
S2	Dementia		180776
S3	Staff		222783
S4	S1 AND S2		2835
S5	S3 AND S4		101
S6	S5	Publication dates 5 years	40

Etter søk nr.6 vart *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) valt frå PubMed. Den artikkelen vart valt grunna relevans for problemstillinga i oppgåva.

### 3.3.6 Tabell 6 – PubMed

<b>Søk i PubMed 28.03.2018</b>			
<b>Nummer</b>	<b>Søkeord</b>	<b>Avgrensing</b>	<b>Treff</b>
S1	Food intake		201476
S2	Older		364223
S3	Living alone		39527
S4	S1 AND S2		5841
S5	S4 AND S3		104
S6	S5	Publication dates 5 years	39

Sør nr. 6 i PubMed gav treff på artikkelen Alone at the Table: Food Behavior and the Loss of Commensality in Widowhood av Vesnaver et.al (2016). Studien vart valt då den tek opp eit tema som belyser problemstillinga i oppgåva.

## 3.4 Kjelde- og metodekritikk

Det første steget i kjeldekritikk er i følge Dalland & Trygdstad (2017) å fastslå om opplysningane er sanne. Ein må sjekka om opphavet til kjelda er truverdig. Deretter må ein beskrive kva type kjelde det dreiar seg om. kjelda som nyttast må vurderast i forhold til kvar relevant den er for temaet eller problemstillinga (Dalland & Trygdstad, 2017, ss. 152-153). Når det gjeld metodekritikk er det i følgje Dalland og Trygdstad (2017, s.60) to krav som må vera tilstade for å nytte data. Det første kravet er at data må vera relevant for problemstillinga, og det andre er at data må ha blitt samla inn på ein påliteleg måte.

### 3.4.1 Kritisk vurdering av eiga oppgåve

Som kritikk til oppgåva vert det merka at det kan vera vanskeleg å vite kva sjukepleiar kan gjere for å ivareta alle pasientar med demens sitt ernæringsbehov då alle pasientar er forskjellige, men slik som Henderson beskriv må sjukepleiaren skaffe seg kjennskap om korleis kvar og ein pasient opplev sine behov, og korleis desse behova best mogleg kan tilfredstillast (Kristoffersen , 2011, s. 226). Mine val av forskingsartiklar kan ha hatt ein innverknad på resultatet i oppgåva. Dersom det hadde blitt nytta andre artiklar kunne

resultatet i oppgåva blitt annleis. Det vart ikkje funne så mange kvalitative eller kvantitative studiar om heimebuande eldre med demens og ernæring i Noreg, noko som har gjort det vanskeleg å samanlikne Norge med andre land. To av seks studiar i oppgåva er frå Canada og Australia, grunna kulturforskjellar er det ikkje nødvendigvis sikkert at resultata ville vert dei same i Noreg. Dei fleste studiane som vart nytta er likevett frå Europa og vert samanlikna som nokså lik den norske kulturen. Det ville prøvast å finne ny og oppdatert kunnskap, derfor har fokuset vert på å finne artiklar av nyare dato, men ein artikkel i oppgåva frå 2011 vart nytta då artikkelen vurderast som like aktuell den dag i dag. Forskingsartiklane som har blitt nytta i oppgåva er skrevet på engelsk, dette kan ha ført til at noko av innhaldet kan ha blitt tolka feil. I oppgåva har det blitt nytta kunnskap frå eiga praksiserfaring, personar som er nytta som døme er blitt anonymisert slik at ikkje nokon kan finne ut kven personane er.

### 3.4.2 Kritisk vurdering av artiklar

Sjekkliste for vurdering av kvalitativ forskning frå Folkehelseinstituttet (2014) har blitt nytta for å vurdere om artiklane inneheld god kvalitet. Artiklane har blitt vurdert på bakgrunn av dei krava som blir stilt i sjekklista, samt har det blitt sjekka om artiklane inneheld IMRaD (Introduksjon, Metode, Resultat and Diskusjon) strukturen som i følgje Thidemann (2015, s.68) samsvarar med forskingsprosessen. Kritisk vurdering av artiklar ligg under Resultat 4.0.

### 3.4.3 Forskingsetikk

Forskingsetikk handlar i følgje Dalland (2017, s.236) om å ivareta personvernet og sikre at deltakarane i forskinga ikkje vert påført skade eller unødvendige belastningar. Forskinga sitt mål er å finne fram til ny kunnskap, men dette må ikkje skje på besetning av den enkelte person sin integritet og velferd. Etske overveielser handlar om å vurdere kva etske utfordringar arbeidet vårt medfører (Dalland, 2017, ss. 235-236).

Helsinkideklarasjonen er anbefalte retningslinjer for forskning som omfattar menneske. Eit viktig prinsipp som vert slått fast i Helsinkideklarasjonen er at omsynet til individet alltid skal gå føre omsynet til samfunns – eller forskingsnytta. Dette omsynet skal beskytte forsøkspersonen (Slettebø, 2016, s. 242). Eit av krava er i følgje Slettebø (2016) at deltakinga er frivillig og at forsøkspersonane skal få tilfredstillande informasjon om kva studien går ut på, studien sin hensikt og mulige risikofaktorar ved å delta, og i informasjonsskrivet skal det presiserast at forsøkspersonane har anledning til å trekke seg undervegs i studien (Slettebø,

2016, ss. 243-244). Prosjekt der det vert forska på pasientar skal alltid vera godkjent av ein forskingsetisk komité (Slettebø, 2013, s. 34).

## 4.0 Resultat

### 4.1 Samandrag og kritisk vurdering av artiklar

#### **Moments of joy and delight: the meaning of traditional food in dementia care**

Formålet med studien av Hanssen & Kuven (2016) var å undersøke betydinga av tradisjonell mat til personar med demens så bur på sjukeheim. Data vart samla inn frå 6 forskjellige sjukeheimar, både i Noreg og Sør-Afrika. I intervjuar av sjukepleiarane kjem det tydeleg fram at tradisjonell mat er ein faktor som skapar kjensle av glede og tilhøyrse hos pasientar med demens. Sjukepleiarane i Bergen hevda å servera pasientane tradisjonelle retta rauka pasienten sin identitet. Når pasientane med demens kjente lukta og smaken av retten kjente dei ein trygghet. Det same kom fram hos dei Sør-afrikanske sjukepleiarane, dersom pasientane vart servert rettar dei var vane med fekk pasientane ei påminning frå barndommen og ei kjensle av glede, dette hadde ein tryggande effekt på pasientane. Kombinasjonen av sosiokulturelle faktorar, som korleis maten vert servert, miljøet rundt måltidet og eit tilbakeblikk av gode matminner vil vere med å auke pasientane sin appetitt og dermed deira ernæringsmessige status.

Begge forskarane som gjennomførte studien er forskarar innan helsefag i Noreg, noko som gjer artikkelen ekstra interessant for oppgåva. Formålet med studien er godt beskrive, samt kjem resultata tydeleg fram, som for eksempel kjente luktar og smakar frå yngre dagar kan vekka gode minner hos pasientane med demens. Til tross for at det er kulturelle forskjellar i Noreg og Sør-Afrika vart artikkelen likevull vurdert som interessant for oppgåva då den omhandla betydinga av tradisjonell mat for pasientar med demens, som kan overførast til pasientar som bur heime. Minner er viktige for pasientar som har demens uansett kva mattradisjonar ein har. Studien er av kvalitativ forskning der ei grundig beskriving av metode vert gjort, samt svakhetar. Forskinga vurderast som ny og oppdatert då artikkelen først vart publisert i 2015. Forskarane hevdar at dette feltet treng meir forskning. Studien er godkjent av etisk komité

### **Staff views on how to improve mealtimes for elderly people with dementia living at home**

Denne svenske studien av Johansson et.al (2017) handlar om å utforske og beskrive dei tilsette sitt syn på korleis ein kan forbetre måltid for personar med demens som fortsatt bur heime. Studien er av kvalitativ forskning der 22 tilsette i alderen 21-62 år som arbeidar i heimen til eldre menneske med demens deltok. Data vart samla gjennom 4 fokusgruppeintervjuer. Resultata viser at personalet må ha meir fokus på pasientane sine individuelle behov, samt viktig at pasientane er med og føler seg ansvarlig i matlaginga, for eksempel er ansvarlig for forberedelsen av deler av måltidet eller er med å handlar inn. Dette kan gjerast ved at personalet er hos pasienten å observerer men ikkje tek over arbeidet. Personalet kan vere der å gi instruksjonar, for eksempel passe på at pasienten ikkje brukar for mykje krydder eller brenn seg. Det vert også hevda at «Snakke klokke» og tidtakarar kan vere til hjelp for pasientar som er tidlig i stadiet av demens. Å ete saman med pasienten og servere maten medan den fortsatt er varm kan vere med å auke matlysta. Nokre pasientar likar at maten vert laga slik dei var vant med og at smaken er den same, medan andre likar å prøve nye smakar, derfor er det naudsynt å bli kjent med pasienten. Personsentrert omsorg i heimen til kvar og ein pasient er kostbart, men der vert enda meir kostbart dersom eldre vert underernærte og må på sjukehus.

Artikkelen vart publisert i 2015 noko som gjer at kunnskapen i forskingsartikkelen er forholdsvis ny og oppdatert. Forskarane høyrer til Helse og velferdsdelen i Sverige (Jönköping universitet). Studien føregjekk i Sverige og Sverige sin kultur vurderast som forholdsvis lik den norske kulturen. Formålet med studien er klart formulert, og hovudfunna kjem tydelig fram og svarar på problemstillinga i studien. Artikkelen inneheld IMRaD-strukturen noko som gjer det lett å finne den informasjonen ein leitar etter (Thidemann, 2015, s. 69). Datautvalet i studien vert godt beskrive og vurderast som påliteleg. I følge den svenske etikklova var det ikkje nøysamt med etisk godkjenning, derimot har forskningsetikkutvalet for helsefag, Jönköping universitet gått gjennomgått studien, og hadde ingen innvendingar frå eit etisk synspunkt. Artikkelen vurderast som relevant for problemstillinga.

## **Food provision for older people receiving home care from the perspectives of home-care workers**

Denne studien frå Nord -England av Watkinson-Powell, et.al (2014) handlar om ulike utfordringar som helsepersonellet opplev når dei går heim til pasientane. Studien er ein kvalitativ forskning der 5 helsepersonell i heimesjukepleia og 4 personell i ledelse og administrasjon innanfor heimesjukepleia deltok i semi-strukturerte intervju. 3 deltakarar gjennomførte intervjuet over telefon, medan 6 møtte opp ansikt til ansikt. Resultata i studien viser at utfordringar i heimesjukepleia er mangel på tid til matlaging, å gi pasientane passande og tilstrekkelig mat, sosialt samvær ilag med pasienten og å oppmuntre pasienten til å ete. Mangelfull tid gjer det vanskeleg for helsepersonellet å gjere noko med dei faktorane som bidreg til undernæring, som blant anna sosial isolasjon, mangel på tilsyn under måltida eller innkjøp av upassande og mislikte matvarer. Samt kjem det fram i studien at helsepersonellet har for alt lite kunnskap om ernæring. Helsepersonellet i heimesjukepleia er ansvarlig for ernæringsomsorga, og det er derfor viktig at dei får god opplæring i dette.

Formålet med studien er klart formulert og inneheld IMRaD-strukturen. Alle er forskarane som gjennomførte studien høyrer til innan helsefaglig forskning. Ei kvalitativ tilnærming vurderast som hensiktsmessig i dette høve. Grunna mangel på respons frå helsepersonell vart det nytta ein metode kalt «snowball». Personar oppgjev namn til forskaren, forskaren sender så vidare førespurnad til den personen som vert oppgitt (Forsberg & Wengström, 2016). I tillegg fekk alle som deltok i studien ein kupong på 10 dollar som erstatning for bruken av tida deira. Dette kan ha vore med påverka resultata i studien. Forsøkspersonane skal i følge Slettebø (2016, s.244) ha anledning til å trekk seg undervegs i studien, men grunna utdeling av premie kan dette ha ført til at deltakarane har latt vere trekke seg, dette kan ha vert med å redusert frivilligheita i studien. Studien vurderast som relevant for oppgåva. Studien er godkjent av etisk komité.

### **Managing mealtime tasks: told by persons with dementia**

Formålet med studien av Johansson et.al (2011) var å finne ut korleis personar med demens opplev å administrere måltidsoppgåver som å handle inn mat, lage mat og ete mat sjølv. 10 kvinner og 5 menn i aldersgruppa 69-86 år vart intervjuet i deira eiga heim. Minst 7 heimebesøk vart gjennomført hos kvar deltakar. Informantane i studien beskrev at dei ønska å vera uavhengige av hjelp, og at hukommelses-tapet ikkje påverka dei i stor grad. Gamle vanar og rutinar hjalp dei i å utføre måltidsoppgåver, men av og til måtte dei finne nye strategiar. Deltakarane vil ikkje be om hjelp i måltidsituasjonar i frykt for at andre skal tru at dei er utav stand til å ta vare på seg sjølv. Dei er redde for å ikkje lenger kunne bu heima. For å bygge opp eit tillitsforhold er det viktig at helsepersonellet og pasienten møtes regelmessig, dette kan redusere sjansen for at pasienten ikkje vil ta i mot støtte, samt vere med å oppretthalde pasienten sin autonomi.

Forskarane som gjennomførte studien er forskarar innan helsefaglig forskning. Formålet med studien kjem tydeleg fram, og resultatane svarar på problemstillinga i studien. Til tross for at deltakarane i studien har eit demens syndrom vert dei sett på som å vere i stand til velja om dei ville delta i studien eller ikkje, dette fordi dei var i stand til å styre sitt daglege liv i eiga heim. Personane bestemte seg saman med ein partner, og dersom personen budde åleine vart slektningane informert om studien. Datautvalet vert godt beskrive noko som gjer at studien vurderast som påliteleg. Forskarane har nytta ei kvalitativ tilnærming, noko som har vore hensiktsmessig i dette høvet. Studien vert absolutt sett på som relevant for oppgåva. Prosjektet har blitt godkjent av etisk komité.

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

Formålet med studien av Lea et.al. (2017) var å undersøka medvita til helsepersonell om det daglege mat og væskeinntak av eldre menneske med demens. Studien er av kvalitativ forskning der 11 tilsette, både sjukepleiarar, assistentar, leddarar og kokkar, deltok i semi-strukturerte intervju. Resultata viser at personalet var oppmerksom på eldre sitt behov for tilstrekkelig inntak mat og væske, sjølv om tiltak ikkje alltid vart satt i verk, som effektive tiltak som fokuserte på det sosiale under måltida, og personsentrert omsorg, spesielt for personar med demens. Dette inkluderte å tilby pasienten mat han var vandt med og å forstå kvar viktig det er å kommunisere med pasienten, samt spela passende musikk til måltida. Å utnytte tidseffektive strategiar for å forbetre trivelsen under måltida er gode tiltak i



ernæringsutøvinga, og kan å fremme næringsinntaket hos pasientar med demens. Hindringar for at tiltaka ikkje alltid vart satt i verk var underbemanning av helsepersonell, mykje deltidsarbeidarar, samt mykje personell utan utdanning som manglar forståing av eldre sitt ernæringsbehov. I studien kjem det også fram personalet manglar kunnskap om konsekvensane av feil- og underernæring.

Forskarane høyrer til eit demensforsknings- og utdanningssenter i Australia. Formålet med studien er tydeleg formulert og funna svarar på problemstillinga. Studien viser til at det er avgrensa kvalitative studiar som har blitt utført på helsepersonell om deira kunnskap om ernæring. Sidan data er innhenta frå Sør-Australia kan ein spørje seg sjølv om data kan overførast til norske forhold, men då studien også tar for seg tiltak innan ernæring som kan forbetre omsorga hos menneske med demens vert artikkelen likevull sett på som relevant for oppgåva. Det har vore hensiktsmessig å nytte ei kvalitativ tilnærming. Sjølv om studien føregjekk på ein sjukeheim, vert den likevull vurdert som nyttig for oppgåva då det omhandla personale som arbeidar med personar som har demens. Sidan det berre var 11 deltakarar frå ein sjukeheim med i studien kan ein diskutere om studien er haldbar, men forskarane forsvarar dette med at dei på denne måten fekk meir dybde i data som vart samla inn. Studien er blitt godkjent av etisk komité.

### **Alone at the Table: Food Behavior and the Loss of Commensality in Widowhood**

Den kandadiske studien av Vesnaver et al (2016) handlar om å få ein forståing av erfaringar angående «matåtferda» til eldre kvinner som er blitt enke. Studien er av kvalitativ forskning der 15 enker i alderen 65 år eller eldre deltok i personleg intervju i deira eiga heim eller på eit rekreasjonssenter. Resultata viser at etter tapet av deira ektefelle spiste dei fleste deltakarane måltida åleine. Som følgje av at dei ikkje lenger delte måltida saman med nokon, forenkla dei måltidsførebuinga. Det var ikkje lengre nokon som hadde forventingar til måltidet som vart laga, dermed vart matlaginga redusert. Måltida hadde vert meir givande dersom dei hadde hatt fellesskap under måltida. Tap av ektemann førte til at meininga og opplevinga av måltidet vart endra. Å sitte ved bordet å ete måltida åleine var ein konstant påminning om tapet av ektefell.

Formålet med studien og hovudfunna kjem tydeleg fram. Artikkelen vart publisert i 2016 noko som gjer at forskinga er forholdsvis ny. Datautvalet er godt beskrive noko som gjer at artikkelen vurderast som påliteleg. Ei kvalitativ tilnærming har vore hensiktsmessig i dette

høvet. Data er innhenta frå Canada er noko som gjer det usikkert om studien kan overførast til norske forhold. Sidan artikkelen får fram erfaringane i forhold til mat situasjonar hos eldre kvinner som har mista ektefell vurderast den likevull som relevant for problemstillinga, då problemstillinga omhandla eldre som har mista sin sambuar eller ektefell. Studien er godkjent av etisk komité og vurderast som god.

## 4.2 Analyse av artiklar

Felles for alle seks artiklane er at dei omhandlar eldre menneske og ernæring. Fire av artiklane omhandlar eldre personar som fortsatt bur heime, der to av desse artiklane fokuserer på personar som har demens og dei to andre eldre menneske generelt. To av seks artiklar omhandlar personar med demens som bur på sjukeheim. Felles for fire av seks artiklar som er valt er at dei fokuserer på personsentrert omsorg for personar med demens.

## 5.0 Drøfting

For å svare på problemstillinga vert det i denne delen av oppgåva drøfta funn frå forskingsartiklane opp mot teori og sjukepleieteoretikar Virginia Henderson.

### 5.1 Ernæringsansvar

I studien av Watkinson-Powell (2014) kjem det fram at sjukepleiarane i heimesjukepleia syntes det var ei utfordring å sørge for at pasientane fekk i seg tilstrekkelig næring, dette fordi dei følte det var deira rolle å gi den maten som pasienten ba om sjølv om maten inneholdt lite næring. Erfaring frå praksis er at pasientane skreiv handleliste sjølv eller saman med personalet, deretter gjekk personalet å handla. Ein undra seg då på om pasienten var kompetent nok til å ta denne avgjersla av ernæringsvalet sjølv. Aagaard & Bjerkreim (2011, s.185) hevdar at heimesjukepleia må ha gode rutinar for å observere pasienten sitt matinntak og ernæringsstatus, samt sørge for at pasienten får rett kosttype. Dette fordi personar med demens kan ha avgrensa evne til å ta hensiktsmessige val når det gjeld matinntaket (Sortland, 2015, s. 140). Skovdahl & Berentsen (2014, s.422) bekreftar dette, personar som har demens kan ha redusert forståing i behovet for å få i seg næring.

I definisjonen til Henderson (1998,s.45) kjem fram at sjukepleiaren sin særegne funksjon er å hjelpe menneske til å utføre dei handlingane som bidrar til helse, som mennesket sjølv ville ha utført dersom det hadde naudsam styrke, vilje eller kunnskap til det. På fleire besøk i heimesjukepleia svarte brukarane at dei hadde ete, men det var lite som tyda på at dette var

sant. Dersom personen ikkje hadde vore råka av syndromet demens kan ein stilla seg undrande om pasienten hadde brukt kunnskapen om ernæring annleis. Helsedirektoratet (2012, s.19) meiner uansett at når ein skal ivareta ernæringsbehovet til den enkelte må ein vurderer i kva grad pasienten har krefter, kunnskap og vilje til å følgja opp råd og vegleiing angåande kostholdet, då dette kan variere frå pasient til pasient. Personleg er det erfart at personalet i heimesjukepleia kunne gjort meir for å ivareta ernæringsbehovet til pasienten. Då pasienten svara at han hadde ete, signerte personalet papiret på at ein hadde vore der, og deretter køyrte vidare til neste pasient. Skovdahl & Berentsen (2014, s.422) påpeikar at personar med demens kan gløyme å ete og drikke, dermed kan det vere vanskeleg å registrere om ernæringsbehovet til pasienten er dekkja (Skovdahl & Berentsen, 2014), pasienten kan sjølv tru at han har ete. Brodtkorb (2014, s.301) meiner at tilstrekkeleg tilførsel av mat og drikke eit grunnleggande fysiologisk behov som vert regulert av svolt- og metthetskjenning, men enkelte personar som har demens kan i følgje Skovdahl & Berentsen (2014, s.422) miste svolt og metthetskjenning. Brodtkorb (2014, s.301) framhevar også at sjukepleiaren har eit stort ansvar for å sikre at næringstilførselen til eldre pasientar er tilstrekkelig. Aagaard & Bjekreim (2011, s.162) er einig i dette, ei viktig sjukepleiar oppgåve er å hjelpe eller leggje forholda til rette for at pasientar skal då dekkja sitt behov for væske og næringsstoff. Dette samsvarar med det Henderson (1997, s.30) hevdar, at mat og drikke er eit grunnleggande behov og det er sjukepleiaren si oppgåve å sørge for at pasienten et og drikk tilstrekkelig. For å vite om ernæringsbehovet til pasienten er tilstrekkeleg dekkja hevdar Birkeland & Flovik (2014, 67) at sjukepleiar må ta ei systematisk vurdering av kvar mykje pasienten et og drikk, dersom det vart satt i gang tiltak må desse tiltaka vurderast. I heimesjukepleia vert tiltak i følgje Birkeland & Flovik (2014, s.67) ofte sett i verk når personalet observere at kleida til pasienten har blitt for store, fordi buksene sig og beltet må strammast inn.

### 5.1.1 Vekt og dokumentasjon

For å registrere om næringsinntaket er tilstrekkelig hevdar Johansson et.al (2017) at det kan vere nyttig å vege pasientane. Brodtkorb (2014, 302) støttar også at vektkontroll er ein enkel metode for å registrere pasienten sin ernæringsstatus, men i følgje Birkeland & Flovik (2014, s.66) er det mykje som tydar på at vektkontroll er lite i bruk i heimesjukepleia, samt er det mangel på prosedyrar som sikrar ernæringsoppfølging. Henderson (1997, s. 30) meiner det er viktig at sjukepleiar har kunnskap om normal vekt til kvar og ein pasient, då normal vekt hos ein pasient ikkje treng vere normal vekt hos ein anna, dette fordi normal vekt avhenger av høgde og alder. Erfaring frå praksis er at veging først og fremst vart nytta hos dei pasientane

som tydeleg var underernærte, men Birkeland & Flovik (2014, s.66) viser til anbefalinga om at alle pasientar som mottar heimesjukepleie vert følgt opp med vektkontroll kvar månad, dette for å førebyggje underernæring. Dersom pasienten har ein infeksjon eller dårleg ernæringsstatus påpeikar Birkeland & Flovik (2014, s.66) at ein bør kontrollere vekta kvar veke. Helsedirektoratet (2012) påpeikar at veging av pasienten bør skje på same tid kvar gang, helst før frukost. Pasienten bør vegast etter urinblæra er tømt, samt bør pasienten ha på seg lett undertøy. Den same vekta må nyttast kvar gang, dette for å få korrekte mål (Helsedirektoratet, 2012, s. 78). Dersom det vert registrert vektnedgang hos pasienten, må ein i følgje Johannsson et.al (2017) finne ut årsaken for vektnedgangen, deretter kan ein sette i gang tiltak, dette fordi vektnedgangen kan skyldas blant anna medisinar eller sjukdom.

Helsedirektoratet (2012, s.78) seier seg einig med Johannsson et.al (2017) og Brodtkorb (2014) om at vekt er ein enkel metode for å vurdere om kroppen er i energibalanse, men meiner også at vekt kan kombinerast med rekning av kroppsmasseindeks. På den andre sida meiner Aagaard & Bjerkreim (2011, s.179) at det også kan vere ulemper med kroppsmasseindeks, ei ulempe er at høge verdiar ikkje kan seie noko om dette skyldas væske, feitt eller muskelmasse, og ei anna ulempe er at dette målet ikkje alltid fangar opp små forandringar i kroppsvakta. Færmann & Næss (2014, s.248) seier seg einig i dette, og meiner at grunna desse ulempene som KMI medfører skal ein vera forsiktig med å nytte KMI åleine som indikator på ernæringstilstand. Brodtkorb (2014, s.304) påpeikar at det kan vere vanskeleg å rekna ut nøyaktig KMI hos eldre, dette fordi ryggsøyla komprimerast med åra. Dersom ein vel å nytte KMI som indikator på ernæringstilstand hos eldre bør ein derfor måle ny høgde. Mowé (2005,s.210) hevdar at ønska KMI hos eldre bør vere noko høgare hos eldre enn yngre Brodtkorb (2014, s.304) seier seg einig i dette, eldre bør ha ein KMI som er høgare enn yngre, dette fordi eldre har prosentvis høgare del feittvev på kroppen. I følge Mowé (2005, s.210) bør eldre ha ein KMI mellom 24 og 29 kg/m<sup>2</sup>, og yngre 21-24 kg/m<sup>2</sup>. Uansett kva måte ein vel å kartlegge ernæringstilstanden på meiner Birkeland & Flovik (2014, s.67) at ein hos pasientar som er underernært eller står i fare for bli det skal ernæringsstatus og tiltak som vert sett i verk dokumenterast i heimesjukepleiejournalen. Dette er også ei plikt i følgje helsepersonelloven. Den som yter helsehjelp er i følgje helsepersonelloven § 39 (1999) plikta til å skrive ned eller registra i journalen for den enkelte pasient. I Helsepersonelloven § 40 (1999) vert det slått fast at ein i journalen skal dokumentere relevante og naudsame opplysningar om pasienten og helsehjelpa. I følgje Helsedirektoratet (2012, s.21) er ernæringsstatus (vektutvikling og matinntak) og energibehov, samt ernæringsretta tiltak

relevante opplysningar å ha med i pasienten sin journal. Hauge (2014, s.273) legg fram at det er naudsynt med eit hensiktsmessig og effektivt dokumentasjonssystem, og at sjukepleiar tar ansvar for å dokumentere tenestane som er gjort, dette for å hindre at pasienten si helsa skal ver truga.

## 5.2 Tid og kunnskap om ernæring

Ut i frå artikkelen til Watkinson-Powell et.al (2014) viser det seg at personalet manglar kunnskap om eldre menneske sitt ernæringsbehov. I følgje Henderson (1997, s. 30) må sjukepleiaren ha kunnskap om ernæring, slik at det kan bli gitt råd om ernæringsmessige behov og korleis maten kan førebuaast. Helsedirektoratet (2012) påpeikar også at det er naudsynt at både fagpersonane som fattar vedtak om heimeteneste og personalet som utfører arbeidet har kunnskap om ernæring, dette for å førebyggje feil- eller underernæring hos pasientane. På det den andre sida hevdar Lea et.al (2017) at personalet er oppmerksom på eldre sitt ernæringsbehov, men dei manglar kunnskapar om konsekvensane av underernæring og dehydrering. Ein konsekvens av feil- eller underernæring kan i følgje Aagaard og Bjerkreim (2011, s.183) vera at pasienten får redusert immunforsvar, nedsett muskelkraft, forsinka sårtilheling og konsentrasjonsvanskar, pasienten vert også utsett for å falle grunna redusert bevegelse då muskelmassen og muskelkrafta vert redusert. Fermann & Næss (2014) påpeikar at over halvparten av eldre som bur heime og som mottar offentleg omsorg teneste står i fare for å få feil – og underernæring, og den pasientgruppa som er mest utsatt er pasientar med demens, dette fordi dei kan ha redusert forståing av behovet for å få i seg næring, samt kan dei gløyme å ete og drikke (Fermann & Næss, 2014, s. 248).

Watkinson-Powell et.al. (2014) hevdar at mangel på tid gjer det óg vanskeleg for helsepersonellet å gjere noko med dei faktorane som bidreg til underernæring, som blant anna mangel på tilsyn under måltid, at pasienten sitt mykje åleine, innkjøp av mater som pasienten ikkje likar, samt matvarer med lite næring. På den andre sida viser Lea et.al. (2017) til at personalet har mange gode tiltak for å fremme næringsinntaket hos personar med demens, men dei manglar kunnskap om korleis desse tiltaka kan settast i verks, samt er det er mange ufaglærte i arbeid som manglar kunnskapar om ernæring. I følgje Brodtkorb (2014) har sjukepleiaren eit ansvar for å vegleda og undervisa assistentar og andre personale slik at dei veit kva som skal gjerast under måltida og kvifor. Ho påpeikar også at manglande kompetanse er ein medverkande årsak til at pasientar ikkje får den hjelp dei treng i forhold til ernæring

(Brodtkorb, 2014, s. 306). Det kan vere ein utfordring for sjukepleiarane å undervisa desse ufaglærte då personalet i følgje Lea et.al (2017) er underbemanna. Uansett om feil- og underernæring hos eldre med demens skuldast mangelfull kunnskap av helsepersonellet eller mangel på tid hevdar Birkeland & Flovik (2014, s.92) at når ein samhandlar med personar med demens er det naudsynt å bruke god tid, fordi dersom ein ikkje opptre langsamt og er tolmodig kan dette føre til auka forvirring hos pasienten. Erfaring frå praksis er at sjukepleiarane hadde stort tidspress i forhold til å vere der under måltida med pasientane, dermed var det vanskeleg å registrere kvar mykje dei hadde spist. Birkeland & Flovik (2014, s.63) bekreftar at det kan vere vanskeleg å vite om pasienten har ete noko av maten som vart laga eller om den er kasta, dersom ein ikkje har vore hos pasienten under måltidet. På den andre sida hevdar Mowé (2015, s.215) at maten til eldre bør innehalda rikeleg med kaloriar og næringsstoff, dette fordi eldre eter mindre enn tidlegare og vert raskare mette. Samt hevdar Mowé (2015, s.215) at eldre må ete måltid oftare, i og med at eldre blir mette på mindre volum. Dermed kan det vere nyttig at ein tek seg tid og er hos pasientane under måltida slik at ein får observert næringsinntaket deira.

I studien av Vesnaver et.al (2016) kjem det fram at for kvinner som hadde mista sin ektefell var det å sitte ved bordet åleine å ete måltida ei konstant påminning om tapet, dette fordi fleire av måltida tidlegare vart ete saman med ektefell. Det var i praksis fleire pasientar som hadde mista sin ektefell og syntes det var meiningslaust å ete åleine, måltida var ikkje det same som før. Selskap frå personalet under måltidet kan i følgje Fermann & Næss (2014, s.248) vera avgjerande for at pasienten kan nyte måltidet, då det gir betre trivsel for pasienten. Lea et. Al (2017) meiner også dette, å kommunisere med pasienten under måltidet kan vere med å forbetre triveselen. Vesnaver et al. (2016) bekreftar at dersom pasientane hadde hatt selskap rundt måltida hadde måltida vert meir givande, dette fordi sosialt samvær aukar matlysta. Fermann & Næss (2014, s. 248) framhevar at det å sitte åleine å ete måltida sjeldan fremmar matlysta hos ein person som i utgangspunktet ikkje har lyst på mat.

Studien til Johansson et.al. (2011) hevdar at det er nyttig at helsepersonellet i heimesjukepleia tek seg tid, på denne måten vert ein kjent med pasienten. Dersom personalet tek seg tid og vert kjent med pasienten meiner Johansson et.al (2011) at ein for det første kan redusere sjansen for at pasienten ikkje vil ta i mot støtte, og for det andre opprettheld ein pasienten sin autonomi. Mowé (2005, s.217) framhevar at ernæringsbehandling ikkje berre handlar om at ein skal få mat i pasienten, men ein skal også ta omsyn til pasienten sin autonomi og respekt.

Rokstad (2014,s.38) hevdar at det kan vere vanskeleg å skapa ein god relasjon med pasienten utan å ta seg god tid, samt er det avgjerande at det er ein god relasjon mellom pleiar og pasient for at det skal kunna bli gitt god pleie og omsorg til pasienten. Dersom ein tek seg tid hos pasienten kan ein i følgje Birkeland & Flovik (2014, s.63-64) leggje merke til korleis den enkelte vil ha det, då kvar enkelt pasient har eigne opplegg og rutinar i sine eigne omgivadar, samt kan ein registrere kvar mykje næring pasienten får i seg. Henderson understrekar fleire gongar at sjukepleiar må bli kjent med korleis pasienten vil ha det, dette fordi den enkelte pasient har krav på individualisert pleie og omsorg (Kristoffersen , 2011, s. 226).

### 5.3 Identitet og sjølvstendighet i ernæringsomsorga

I følgje Hansen & Kuven (2016) kan ein i forhold til ernæring auka pasientar med demens sin identitet ved å servere tradisjonelle rettar, då dette er rettar som pasienten er vandt med. Det å kjenne smaken av kjente rettar kan få fram minner frå yngre dagar, og dermed vert det kjent ein trygghet i miljøet (Hanssen & Kuven, 2016). Sortland (2015, s.147) viser også til at lukt og smak av rettar kan hente fram minner. Studien av vesnaver et.al (2016) bekreftar dette, lukta og smaken av tradisjonelle rettar skapar minner, men påpeikar spesielt at desse minna skapar glede hos kvinner som mista sin ektefelle seint i livet. Både studien av Hanssen & Kuven (2016) og Vesnaver et. al (2016) konkluderer med at smaken av tradisjonelle rettar kan skape glede, då dette får fram minner frå tidlegare.

Skovdahl og Berentsen (2014, s.423) meiner at forstyrra appetitt er eit stort problem hos heimebuande personar med demens. For at pasienten skal få meir appetitt hevdar Henderson (1997, s.30 ) at pasienten må sitte godt og føle seg vel, samt må måltidet vera smakfullt og appetittvekkande. På den andre sida hevdar Hansen & Kuven (2016) også at tradisjonelle rettar kan vere med å auke appetitten. Brodtkorb (2016, s.308) bekreftar at det å tilby mat og drikke som den gamle er vandt med kan vere med å auke appetitten. Dette seier Sortland (2015, s.147) seg einig i, matlukta kan ha ei positiv effekt på matinntaket. Erfaringa frå ei demensgruppa på ein sjukeheim er at pasientane likar best den maten dei har vore vandt med. På lørdagskveldane då det har blitt laga til blant anna pizza, lasagne og hamburger, måtte ein smørje på skiver til fleire av pasientane då dei nesten ikkje smakte på den maten som vart servert. Ein kveld då det vart servert lasagne kom det blant anna kommentarar som «Kva er dette for noko? Dette skal ikkje eg ete». Fleire av pasientane var svært skeptiske til å prøve nye rettar. Johansson et.al (2017) meiner at dette er fordi dagens eldre ikkje har nådd den

same generasjonen som oss enda når det gjeld matrettar. Dei vil i følgje Johansson et.al (2017) fortsatt ha kjøtt, pølser og så vidare, med potet. Henderson (1997, s.27) understrekar at dersom sjukeleiararen skal sørge for at pasienten har eit sunt kosthold og gode helsevanar, er dette avhengig av at sjukepleiararen tar omsyn til kva slags mat pasienten er vant med, dette fordi kvar og ein pasient kan store forskjellige matvanar (Henderson V. , 1997, s. 30). Johansson et.al (2017) framhevar at for nokon pasientar betyr det mykje at ein lagar maten slik dei er vant med, og at smaken er den same, men på den andre sida kan andre pasientar like å prøve nye smakar. Erfaring frå praksis i heimebaserte tenester var at pasientane ikkje syntes Fjordland mat varma i mikrobølgeovnen av personalet var det same, fleire sakna å lage maten sjølv. Kirkevold (2014, s.26) bekreftar det som er blitt erfart i praksis, fleire eldre kan ha ein identitet som er nært knytt til det å vera omsorgsyter, dermed kan det vera vanskeleg for den eldre å mota hjelp. Dette kan grunnast rollekonflikt, då særleg dagens eldre kvinnegenerasjon har sin identitet og verdi knytt til rolla som husmor (Thorsen K. , 2003, s. 134). Når denne rolla vert truga grunna helsesvikt krev det ei tilpassing som kan vera vanskeleg å forsona seg med (Kirkevold, 2014, s. 26). Kirkevold (2014, s.97) legg også fram at sjukdom og aldring ofte kan opplevast som ein trussel mot eigen identitet og sjølvforståing. I følgje Rokstad (2014, s.60) kan derfor ei viktig oppgåve i demensomsorga vere å bidra til at pasienten opprettheld sin personlege identitet på tross av sviktande mental funksjon. Skovdahl & Berentsen (2014, s.422) bekreftar at det er grunnleggande i omsorga å hjelpe personen med å halde fast ved sin identitet, dette fordi det kan vere vanskeleg for eldre å bevare sin identitet når hukommelsen sviktar. Dette meiner Skovdahl & Berentsen (2014,s.422) kan gjerast ved å leggje til rette for aktivitetar som personen har haldt på med. Henderson bekreftar at ei viktig sjukepleiaroppgåve er å leggja til rette for at pasienten sjølv er i stand til å utføre gjeremåla (Kristoffersen , 2011, s. 225). For dagens eldre kvinnegenerasjon kan dette for eksempel vere matlaging.

Johansson et.al (2017) viser til det same, det kan vere nyttig å la pasienten få vere med å lage maten. Dette kan gjerast ved at personalet er hos pasienten å observerer, men ikkje tar over arbeidet. Dette kan i følgje Johansson et.al (2017) for det første gi pasienten auka matlyst, og for det andre gi pasienten ei kjensle av å vera til nytte, samt bevare pasienten sin identitet, spesielt når det er vanskeleg for pasienten å handtere andre daglege aktivitetar. For det tredje kan det å inkludere pasienten i matlaginga bidra til at pasienten opprettheld si evna til å laga mat (Johansson, Christensson , Sidenvall , & Bjorklund, 2017). Kristoffersen (2011, s.185) bekreftar at det kan vera grunnleggane for eldre menneske å fortsette med sine matrutinar og



på denne måten føle seg sjølvstendig. Henderson (1997, s.28) framhevar at sjukepleiaren ikkje må gløyme å oppmuntra pasienten til å bruke sin egne ressursar, dette for at pasienten skal vere mest moglig sjølvstendig. I studien av Johansson et.al (2011) kjem det fram at personar med demens fryktar at helsepersonellet skal ta over livet deira, derfor kan det vere viktig å leggje til rette for at dei skal få gjere det dei klarar sjølv. Dårlig sjølvkjensle hos pasienten er i følge Johansson et.al (2011) ein konsekvens av det å ta arbeidet i frå pasienten.

For at personar med demens skal vere mest moglig uavhengig av hjelp i matsituasjonar meiner Johansson et.al. (2015) at såkalla snakkeklokker og tidtakarar kan vera til hjelp. Komfyrvakt kan vera nyttig for personar som ofte nyttar komfyren då denne tidtakaren skruv av omnen dersom ein gløymer dette, og snakkeklokker kan nyttast som ei påminning dersom tida er inne for å for eksempel lage seg mat. Eiga erfaring frå praksis er at snakkeklokker og tidstakarar var svært nyttige hjelpemiddel for nokre pasientar. Nokre pasientar hadde snakkeklokker som vart satt i gang når dei gjekk ut døra om natta, for eksempel «No er det natt, lukk døra og gå inn igjen å legg deg» kunne denne klokka vere innstilt på å gi beskjed om då. Nokre hadde komfyrvakt som fungerte slik at komfyren gjekk av etter ei viss tid, og andre hadde tidstakarar som skrudde av kaffitraktaren og vannkokaren etter ei viss tid, på denne måten kunne dei vere mest mogleg sjølvstendig i eigen heim. Skovdahl & Berentsen (2014) påpeikar at det er eit problem at mange som arbeidar i demensomsorga er lite kjent med dei forskjellige hjelpemiddela. Hjelpemidla kan hjelpe personar med demens å fortsette å vere sjølvstendige, samt gi trygghet (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 421). Studien av Johansson et.al (2017) framhevar at det kan vere nyttig å innføre teknologiske hjelpemiddel tidlig i stadiet av demens, slik at pasienten kan få best moglig utbytte av hjelpemiddelt.

## 6.0 Avslutning

I arbeidet med denne oppgåva har kunnskapen om demens og ernæring blitt auka gjennom forskning og teori. For at sjukepleiaren skal kunne ivareta ernæringsbehovet til personar med demens må ein ha rett kunnskap og kompetanse om ernæring. Personalet i heimesjukepleia må ha gode rutinar for å systematisk vurdere det pasienten et og drikk, for å vite om ernæringsbehovet til pasienten er tilstrekkelig dekket. Å bruke vekt kan vere ein god måte for å sjå om ernæringsbehovet er tilstrekkeleg dekket. KMI kan vere ein god måte å registrere næringsinntaket på, men ein må vere forsiktig med å nytte KMI som den einaste indikator på ernæringstilstand. Når ein skal ivareta ernæringsbehovet til personar med demens er det

naudsynt å bruke god tid. Å ta seg tid til å vere hos pasienten under måltidet skapar trivsel under måltidet og kan vere med å auke matlysta hos pasienten, samt får ein observert næringsinntaket og vert kjent med pasienten. For personar med demens kan det vere vanskeleg å oppretthalde sin identitet når hukommelsen sviktar, derfor kan det vere viktig at personalet bidreg til at pasienten får oppretthaldt sin identitet når ernæringsbehovet skal bli ivaretatt. Ein kan bidra til at pasienten opprettheld sin personlige identitet ved at pasienten får vere med å lage maten, då spesielt kvinner ofte har ei rolle knytt til det å vere omsorgsyter. Dette kan også gjere at pasienten føler seg sjølvstendig. For at personar med demens skal kunne vere mest moglig sjølvstendig på kjøkkenet er det nyttig at personalet er kjent med dei forskjellige hjelpemiddela, og innfører desse tidlig i stadiet av demens. Dersom det ikkje er moglig å leggje til rette for at pasienten kan lage maten sjølv, er personretta omsorg også med på å bevare pasienten sin identitet, med tanke på å servere pasienten rettar som han er vant med frå tidlegare. Tradisjonelle rettar skapar trygghet då lukta og smaken av maten gir tilbakeblikk på minner frå yngre dagar.

## Bibliografi

- Aagaard, H., & Bjerkreim, T. (2011). Væske og ernæring. I J. N. Kristoffersen, F. Nordtvedt, & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: bind 2* (2. utg., ss. 161-207). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Birkeland, A., & Flovik, A. (2014). *Sykepleie i hjemmet* (2. utg.). Oslo: Cappelen damm akademisk.
- 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., ss. 301-315). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dalland, O., & Trygdstad, H. (2017). Kilder og kildekritikk. I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving* (ss. 148-165). (6.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Engedal, K., & Haugen, P.-K. (2009). *Lærebok demens; Fakta og utfordringer* . (5.utg) Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Fermann, T., & Næss, G. (2014). Sykepleie til eldre i hjemmesykepleien. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (ss. 238-264). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Folkehelseinstituttet. (2014, Oktober 14). *Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler*. Henta frå FHI 19. mars 2017: <https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartikler/>
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2016). *At göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* . Stockholm: Natur & Kultur.
- Hanssen, I., & Kuven, B. M. (2016). Moments of joy and delight: the meaning of traditional food indementia care. *Journal of Clinical Nursing*, 25(5-6), ss. 866–874. doi: 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* (ss. 265-283). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helsedirektoratet. (2012). *Kosthåndboken: veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet .
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* Henta 11.April 2018 frå <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

- Henderson, V. A. (1998). *Sykepleiens natur: refleksjoner etter 25 år*. Oslo: Universitetsforlaget .
- Henderson, V. (1997). *ICN: sykepleiens grunnprinsipper*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- Johansson, L., Christensson , L., Sidenvall , B., & Bjorklund, A. (2017). Staff views on how to improve mealtimes for elderly people with dementia living at home. *Dementia*, 16(7), ss. 835–852. DOI: 10.1177/1471301215619083.
- Johansson, L., Christensson, L., & Sidenvall, B. (2011). Managing mealtime tasks: told by persons with dementia. *Journal of Clinical Nursing*, 20(17-18), ss. 2552-2562. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03811.x.
- Kirkevold, M. (2001). *Sykepleieteorier - analyser og evaluering*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kirkevold, M. (2014). Gammel og syk. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (ss. 22-28). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen , N. J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, N. Finn, & E.-A. Skaug, *Grunnleggende sykepleie: bind 1* (2. utg., s. 209). Oslo: Gyldendal akademisk.
- 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*, 23-24(26), ss. 5169-5178. DOI: 10.1111/jocn.14066.
- Mowe, M. (2005). Men mat må de ha. I R. Nord, G. Eilertsen, & B. Torhild, *Eldre i en brytningstid* (ss. 207-218). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Nasjonalforeningen for folkehelsen. (2017, Feburar 20). *Nasjonalforeningen for folkehelsens prinsippprogram på demensområdet*. Henta Januar 6, 2018 frå Nasjonalforeningen: <http://nasjonalforeningen.no/om-oss/vi-mener/prinsippprogrammer/prinsippprogram-demens/>
- Rokstad, A. M. (2014). *Se hvem jeg er!: personsentrert omsorg ved demens*. Oslo: Universitetsforlaget.
- 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., ss. 408-434). Oslo: Gyldendal Akademisk .
- Slettebø, Å. (2013). *Sykepleie og etikk*. (6.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Slettebø, Å. (2016). Forskningsetikk. I B. S. Brinchmann , *Etikk i sykepleien* (ss. 241-257). 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 skrive litteraturstudier* (2. utg.). Oslo: Cappelen Akademisk.
- Strand, B. H., & Skirbekk, V. F. (2014 , Juni 30). *FOLKEHELSE RAPPORTEN*. Henta Januar 11, 2018 frå Folkehelseinstituttet : <https://www.fhi.no/nettpub/hin/helse-og-sykdom/demens---folkehelse-rapporten-2014/>
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget .
- Thorsen, K. (2003). Kjønn, makt og avmakt i omsorgstjenestene. I L. W. Isaksen (Red.), *Omsorgens pris: kjønn, makt og marked i velferdsstaten* (ss. 128-161). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Thorsen, R. (2015). Trygghet. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt , & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener og livsutfordringer* (ss. 105-132). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Vesnaver , E., Keller , H. H., Sutherland, O., Maitland, S. B., & Locher, J. L. (2016). Alone at the Table: Food Behavior and the Loss of Commensality in Widowhood. *Journals of Gerontology: Social Sciences*, 71(6), ss. 1059–1069. doi:10.1093/geronb/gbv103.
- Watkinson-Powell , A., Barnes , S., Lovatt, M., Wasielewska, A., & Drummond , B. (2014). Food provision for older people receiving home care from the perspectives of home-care workers. *Health and Social Care in the Community*, 22(5), ss. 553–560. doi: 10.1111/hsc.12117.

## Vedlegg 1: Resultattabell over inkluderte forskingsartiklar

Artikkel	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utval	Resultat
Hanssen, I. & Kuven, B.M. (2016) <i>«Moments of joy and delight: the meaning of traditional food in dementia care».</i>	Hensikta er å få meir kunnskap om betydinga av tradisjonelle rettar til personar med demens som bur på sjukeheim.	Kvalitativ studie der det vart gjort dybde-intervju av familiemedlem og sjukepleiarar. Alle deltakarane vart informert om studien.	8 familiemedlemmar og 9 sjukepleiarar frå ein samisk by i Nord-Norge deltok, der alle saman utanom 2 sjukepleiarar var samiske. 3 sjukepleiarar frå Bergen by deltok, og 19 sjukepleiarar og 18 familiemedlemmar frå byen Tshwane i Sør-Afrika. Alle deltakarane har erfaring innan omsorg for personar med demens.	Hos personar som har demens kan rettar som personen hugsar frå yngre dagar bidra til å oppretthalda identitet, skapa glede, samt auka pasienten si kjensle av tilhøyrslø og respekt. Tradisjonelle rettar forbetrar også pasienten sin appetitt, aukar næringsinntaket og livkvalitet. Å servera tradisjonelle rettar krev ekstra planlegging og ressursar, samt kreativitet og kunnskap om pasienten sin smak.
Johansson, L., Björklund, A., Sidenvall, B. & Christensson, L. (2017) <i>«Staff views on how to improve mealtimes for elderly people with dementia living at home».</i>	Hensikta er å utforske og beskrive dei tilsette sitt syn på korleis ein kan forbetre måltida for personar med demens som fortsatt bur heime.	Kvalitativ studie med ein induktiv tilnærming. Data vart samla gjennom fire fokusgruppeinterju i 2011 og 2012.	Det deltok 22 tilsette fordelt på fire fokusgrupper. To av fokusgruppene var sjukepleiarar, og dei to andre gruppene var tilsette frå eit demensteam. Alle deltakarane arbeidar i heimen til personar med demens.	Når ein skal forbetre måltida heime hos personar som har demens bør støtta vera basert på personsentrert omsorg. Pasienten må få oppretthalda si evna til å laga mat og vere sjølvstendig. For å vere mest moglig sjølvstendig kan ein ta i bruk tekniske hjelpemiddel som tidtakarar og snakkeklokker. Personalet kan tilby hjelp, men pasienten må få bestemme om han vil ta i mot hjelpa. Kommunikasjon spelar ei stor rolle for å bygge opp eit tillitsforhold mellom personale og pasient. Dette kan også vere med å redusere sjansen for at pasienten ikkje vil ta i mot støtte. Å ete saman med pasienten og servere maten når den fortsatt er varm kan vere med å auke matlysta, samt gi betre måltids oppleving for pasienten.

<p>Watkinson-Powell, A., Barnes, S., Lovatt, M., Wasielewsk &amp; Drummond, B. (2014) «<i>Food provision for older people receiving home care from the perspectives of home-care workers</i>».</p>	<p>Hensikta er å få ei forklaring på kva som hindrar helsepersonell i å leggje til rette for eldre sin matforsyning.</p>	<p>Kvalitativ studie der det vart nytta semi-strukturerte intervju, tre over telefon og seks ansikt til ansikt.</p>	<p>9 personale deltok der alle er ansvarlige for å førebu og leggja til rette for måltid, samt hjelpe pasienten med å ete når det er naudsynt.</p>	<p>Mangel på tid i heimebaserte tenester gjer at personalet har avgrensa tid til å sosialisera seg med pasientane under måltida, samt avgrensa tid til å servera pasientane noko anna enn ferdigmat. Personalet har lite opplæring i ernæring. Rolla heimepersonell har til å fremme god ernæring er undervurdert. Mangel på opplæring og tid gjer at eldre ikkje kan hyggje seg under måltidet samt få mat av god kvalitet</p>
<p>Johannson, L., Christensson, L. &amp; Sidenvall, B.(2011) «<i>Managing mealtime tasks: told by persons with dementia.</i>»</p>	<p>Hensikta er å finne ut korleis personar med demens opplev å administrere måltidsoppgåver.</p>	<p>Kvalitativ studie med eit etnografisk tilnærming, der det vart gjort uformelle intervju.</p>	<p>Det deltok 10 kvinner og 5 menn som fortsatt bur heime. Alle hadde blitt diagnostisert med demens 6-12 månadar før dei vart bedt om å delta i studien.</p>	<p>Deltakarane beskrev at dei ønska å vera mest moglig sjølvstendige. Hukommelses-tapet påverka dei ikkje i stor grad, dei fann nye løysingar og strategiar på å handtere hukommelses-tapet. Deltakarane er redd for å be om hjelp i frykt for at andre skal tru at dei ikkje er i stand til å bu heime og ta vare på seg sjølv</p>
<p>Lea, E. J., Goldberg, L.R., Price, A., D., Tierney, L.T. &amp; McInerney, F. «<i>Staff awareness of food and fluid care needs for older people with dementia in residential care: A qualitative study</i>»</p>	<p>Hensikta er å undersøke helsepersonell sin bevissthet om daglig mat og væskeinntake hos eldre personar med demens</p>	<p>Kvalitativ studie basert på intervju</p>	<p>11 personale i forskjellige stillingar på ein sjukeheim deltok, både sjukepleiarar, assistentar, leddarar og kokkar.</p>	<p>Personale var bevisst på dei eldre sitt behov for tilstrekkelig mat og drikke, men tiltak vart likevell ikkje alltid iversatt, for eksempel det behovet fleire eldre har for samtale under måltidet og det å ete i eit behagelig miljø. Det var også mangel på bevisstheit om konsekvensane av underernæring og dehydrering, samt effektive tiltak som fokuserte på det sosiale under måltidet og om personsentrert omsorg. Fleire av dei som arbeida der var ufaglærte og mangla kunnskap om ernæring. Samt var det underbemanning og mange deltidsarbeidarar.</p>

<p>Vesnaver, E., Keller, H.H, Sutherland, O., Maitland, S.B. &amp; Locker, J.L. «<i>Alone at the Table: Food Behavior and the Loss of Commensality in Widowhood</i>».</p>	<p>Hensikta er å utforske erfaringane til eldre kvinner i forhold til måltid etter tap av ektefell.</p>	<p>Kvalitativ studie basert på intervju.</p>	<p>15 kvinner i alderen 71-86 år som bur åleine og har vore enka mellom 6 månadar og 15 år deltok.</p>	<p>Deltakarane beskreiv endringar i forhold til matåtferd etter tap av ektefell, dette inkluderte mindre vanlige måltid, matval og arbeid med måltidsførebuing. Desse endringane skyldas at kvinnene måtte ete måltida åleine. Det som kunne glede kvinnene som hadde mista sin ektefell seint i livet var lukta og smaken av tradisjonelle rettar, fordi maten får fram minner frå tidlegare.</p>
---	---	--	--	--





