

Diana Cerkesaite - Stebergløkken 10048
Hanne Pearina Skjevdal 10038

Forebygge underernæring hos pasienter med demens

Bacheloroppgave i Bachelor i sykepleie

Veileder: Bente Hamnes

Mai 2023

Diana Cerkesaite - Stebergløkken 10048
Hanne Pearina Skjevdal 10038

Forebygge underernæring hos pasienter med demens

Bacheloroppgave i Bachelor i sykepleie
Veileder: Bente Hamnes
Mai 2023

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap



Kunnskap for en bedre verden

SAMMENDRAG

Tittel:	Forebygge underernæring hos pasienter med demens	Dato : 16.05.23
Forfattere:	Diana Cerkesaite – Stebergløkken Hanne Pearina Skjevvald	
Veileder(e):	Bente Hammes	
Stikkord/nøkkelord	nursing, dementia, malnutrition, nursing homes, care	
Antall sider/ord	Antall vedlegg: 0	
51/10630		
<p>BAKGRUNN: Antall personer i Norge som blir eldre og får diagnosen demens er økende. I 2020 var det 101.000 pasienter med demens. Statistikk viser en antatt økning til 235 000 i år 2050. Underernæring hos denne pasientgruppen er en utfordring og å forebygge dette er et særskilt sykepleiefaglig ansvar.</p> <p>HENSIKT: Hensikten med oppgaven er å belyse hvordan sykepleiere kan bidra til å forebygge underernæring hos pasienter med demens og å øke kunnskapen om sykepleiernes funksjon og ansvar i arbeidet med å identifisere og forebygge underernæring.</p> <p>METODE: Litteraturstudie som metode ble benyttet. Systematiske søk i medisinske databaser for å finne forskningsartiklene ble utført. Funn fra artiklene ble drøftet opp mot andre forskningsartikler, mot annen teori og faglitteratur.</p> <p>RESULTAT: Demenssykdom øker risiko for å utvikle underernæring. Tilleggsfaktorer med betydning for utvikling av underernæring er mangel på kunnskap og kompetanse hos helsepersonell, etiske dilemmaer, utilstrekkelig munnhelse og lite forståelse for betydningen av sosiale interaksjoner i måltidssituasjoner. Underbemanning medfører innleie av assistenter med lite kunnskap om ernæring og viktigheten av dette for pasienter med demens.</p> <p>KONKLUSJON: Sykepleiere er i behov for kompetanseheving på viktige felt som kunnskap og kompetanse, om betydningen av ernæring, kunnskap om munnhelse og mer rom for diskusjoner rundt etiske dilemmaer. Tettere samarbeid mellom sykepleierne og eksterne aktører som helsefaglige studieinstitusjoner kan gi nye muligheter. Ved å åpne for innovative ideer og løsninger, i en tid med rivende utvikling innen moderne teknologi kan det skapes brukervennlige løsninger. Noe som både helsepersonell og pasienter med riktig tilpasning kan profitere på.</p>		

ABSTRACT

Title:	Prevent malnutrition in patients with dementia	Date : 16.05.23
Authors:	Diana Cerkesaite – Stebergløkken	
	Hanne Pearina Skjevdal	
Supervisor(s)	Bente Hammes	
Keywords	Nursing, dementia, malnutrition, nursing homes, care	
Number of pages/words:	Number of appendix: 0	
51/10630		
<p>BACKGROUND: The number of elderly people in Norway keeps increasing and a consequence of this leads to increased number of patients living with dementia. In 2020 there were 101.000 patients with dementia. Nevertheless, this number will keep growing and is expected to increase to 235.000 patients in 2050, respectively. Malnutrition in this patient group is a challenge and preventing this is a particular professional nursing responsibility</p> <p>OBJECTIVE: The purpose of this thesis is shedding light on how nurses may contribute to prevent malnutrition in patients with dementia, as well as increasing knowledge about nurses' role and responsibility to identify and prevent malnutrition.</p> <p>METHOD: This thesis was based on literature study. Systematic searches of medical databases were performed. The different findings of the articles were compared, as well as comparing them to different theories and specialist literature.</p> <p>RESULT: Dementia increases the risk of developing malnutrition. Other factors of importance in this respect, is lack of both knowledge and competence among healthcare personnel, ethical dilemmas that arise during mealtime situations, insufficient oral and little understanding of the social interaction in mealtime situations. Understaffing means hiring assistants with low competence of nutrition and how this affects patients with dementia.</p> <p>CONCLUSION: Nurses require increased competence and knowledge in important fields such as the importance of nutrition, oral health and more time to discuss ethical dilemmas. Closer collaboration between nurses and external actors such as healthcare study institutions may provide new opportunities. Being more dynamic when it comes to innovative ideas and solutions, in this time of rapid development of modern technology could create more user-friendly solutions. Something that both health personnel and patients with the right adaptation can profit from.</p>		

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	5
1.1 Valg av tema.....	5
1.2 Sykepleiefaglig relevans.....	5
2.0 Bakgrunn	7
2.1 Demens.....	7
2.2 Sykehjem.....	7
2.3 Ernæring.....	7
2.4 Underernæring.....	8
2.5 Konkrete forebyggende tiltak.....	8
2.5.1 Ernæringstrapp.....	9
2.5.2 Kartleggingsverktøy.....	9
2.5.3 Miljø rundt spisesituasjon.....	9
2.6 Sykepleierens rolle i ernæringsomsorgen.....	10
2.7 Kari Martinsen omsorgsteori.....	10
2.8 Lovverk.....	11
2.9 Etikk.....	12
3.0 Studiens hensikt og problemstilling	13
3.1 Avgrensning.....	13
4.0 Metode	14
4.1 Litteraturstudie som metode.....	14
4.2 Kvalitativ og kvantitativ metode.....	14
4.3 Søkestrategi.....	15
4.4 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	16
4.5 Søkehistorikk og kildekritikk.....	17
4.6 Presentasjon av funn.....	19

4.7 Forskningsetiske vurderinger.....	25
4.8 Analyse.....	25
5.0 Sammenfattede resultater.....	27
5.1 Kunnskap og kompetanse.....	27
5.2 Etiske dilemmaer.....	27
5.3 Munnhelse.....	28
5.4 Miljø rundt spisesituasjon.....	28
6.0 Drøfting.....	30
6.1 Kunnskap og kompetanse.....	30
6.2 Etiske dilemmaer.....	32
6.3 Munnhelse.....	35
6.4 Miljø rundt spisesituasjon.....	37
6.5 Metodediskusjon.....	40
6.6 Innovasjon i fag- og tjenesteutvikling.....	41
7.0 Konklusjon.....	42
Litteraturliste.....	44

1.0 Innledning

1.1 Valg av tema

Fokuset på arbeidet knyttet til ernæring hos eldre med mat og måltider har i de senere årene fått mer oppmerksomhet. St. meld.15 (2017-2018) Leve hele livet Reformen retter seg mot økt livskvalitet hos eldre. Matglede, gode måltidsopplevelser og forebygging av underernæring er temaene som har blitt satt på dagsordenen (St.meld.15 (2017-2018), 2018). Underernæring hos pasienter i sykehjem er en utfordring og er aktuelt da arbeidet for å forebygge dette ligger innenfor ansvarsområdet i utøvelse av grunnleggende sykepleie (Helsedirektoratet, 2019, Grov og Holter, 2015).

Gjennom tidligere og nåværende erfaring innenfor arbeid i sykehjem har man møtt ulike dilemmaer knyttet til underernæring hos pasienter med demens. Flere hendelser gjennom praksisperioder har vist ulike situasjoner der en har sett hvor sentral sykepleiernes rolle og funksjon er i møte med denne pasientgruppen som har hatt utfordringer knyttet til ernæring og underernæring. Dette dannet grunnlag for valg av tema.

Omfattende kunnskap rundt betydningen av god ernæring for helsen hos eldre med demens finnes allerede. Imidlertid eksisterer det fortsatt stor avstand mellom myndighetenes anbefalinger og hva som blir utøvd i praksis i helse -og omsorgstjenestene. Bekymring for om de faglige retningslinjer blir fulgt og om det mangler lovpålagte tilbud, foreligger og om disse er mangelfulle og har redusert kvalitet (Helsedirektoratet, 2019).

1.2 Sykepleiefaglig relevans

Ernæring er et grunnleggende behov og sykepleierens ansvarsområde. Kartlegging, vurdering og dokumentasjon av ernæringsstatus hos pasienten, samt undervisning og veiledning er sentrale elementer innenfor god ernæringspraksis. Vurdering av ernæringsinntak sett opp mot behov, målrettede tiltak for ernæring og oppfølging og evaluering, er en del av praksisen (Helsedirektoratet, 2016 a). Gjennom systematiske observasjoner og kartlegging av pasientens behov og energiforbruk, skal energibehovet dekkes. Ernæringskartlegging og utarbeiding av individuell plan er nødvendig for å yte personsentrert helsehjelp (Helsedirektoratet, 2016 b).

Å utøve profesjonell sykepleie innebærer å ha rom for diskusjoner, forbedringstiltak, forskning, fagutvikling og tverrfaglig samarbeid. Kunnskap om patofysiologi og medisinske tilstander er viktig for å kunne observere, gjøre vurderinger om pasientens behov og helsetilstand samtidig som individuell tilnærming er en viktig funksjon for å utøve god sykepleie (Grov og Holter, 2015).

Helsedirektoratet viser til mange av utfordringene Helse- og omsorgstjenesten har og hvor utfordringene knyttet til eldres ernæring er å anse som en del av dette. Føringer og virkemidlene som er gitt i strategien for godt kosthold og ernæring skal gi et trygt og individuelt tilpasset tilbud relatert til ernæringen for brukere av helse- og omsorgstjenester i sykehjem og hjemmeboende (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021).

Brodtkorb (2010) viser til hvor sammensatte utfordringene med ernæringen til pasienter med demens kan være. Det som ofte kjennetegner pasienter med demens er manglende evne til å identifisere egne behov og å gjøre noe med dem.

Ved høy alder er risikoen for å utvikle demens økende. I 2020 var det 101 000 mennesker med sykdommen. Statistikk viser en antatt økning til 235 000 i år 2050 og 380 000 i år 2100 (Aldring og helse, 2020; avsnitt 5). Helsedirektoratet (2022 a) retter oppmerksomheten mot at pasienter med demens er utsatt for risikofaktorer som redusert kognitiv evne og handlingskraft som kan påvirke ernæringsstatusen. De er også utsatt for nedsatt munnhelse som kan forårsake smerter i munnhulen og redusert tygge -og svelgefunksjon som har betydning for ernæringsstatus (Samson og Strand, 2018).

2.0 Bakgrunn

2.1 Demens

Demens er et ervervet hjerneorganisk syndrom hos voksne og eldre og kjennetegnes ved svekket kognitiv kapasitet med redusert evne til hukommelse, oppmerksomhet, læring, tenking og kommunikasjon (Engedal og Haugen 2018).

Sykdommen påvirker funksjonsområder som dysartri, agnosi og afasi som oppstår ved at det er lite mening i det som sies og dette gjenspeiles i kommunikasjonen mellom partene. Hørsel, syn, lukt og smak kan påvirke daglige aktiviteter ved at pasienten forveksler eller ser ting annerledes. Sykdommen er progredierende, som resulterer i at pasienten er i behov for tilrettelegging (Engedal og Haugen, 2018).

Skader i hjernen medfører fallrisiko ved balanse- og gangproblematikk og øker faren for skader i bevegelsesapparatet, reduserer aktivitetsnivået og øker dødelighet (Engedal og Haugen, 2018).

Pasienter med demens kan miste sulthetsfølelse eller glemme hvordan bestikk skal håndteres. Dårlig matlyst kan være et av de første tegnene til utvikling av underernæring. Dette gir grunnlag for kontinuerlig observasjoner og tilrettelegging under måltider (Skovdahl og Berentsen, 2018).

2.2 Sykehjem

Skjermede avdelinger i sykehjem har tilpasninger for pasienter med demens med tilrettelegging for å styrke orienteringsevnen og gi mulighet for å bevege seg fritt (Kirkevold, Brodtkorb, Ranhoff, 2018). Forskrift om sykehjem m.v. (1988) stiller krav til at institusjoner skal ha ansvarlig lege for medisinsk behandling og sykepleier for å planlegge, iverksette tiltak og behandling.

2.3 Ernæring

Ernæring kan beskrives som sammenhengen mellom næringsstoffene i maten og helsen som innbefatter kunnskap om kroppens behov for energi og omsetningen av næringsstoffene. (Sortland og Almendingen, 2022). Jacobsen og Bye (2015) påpeker at det i faget ernæring er sentralt å ha kunnskap om folks spisevaner og hvilke næringsstoffer maten inneholder og aspektene som i sin tur påvirker disse to faktorene.

Virginia Henderson har i sin sykepleieteori beskrevet ernæring som et grunnleggende behov og vist til at tilrettelegging for tilfredsstillende og tilstrekkelig ernæring er å anse som sykepleierens ansvarsområde i sin utøvelse i den helhetlige omsorgen (Grov og Holter, 2015).

2.4 Underernæring

Energi og proteinfattig kost medfører tap av muskelmasse og reduksjon i vekt, forverring av mental og fysisk funksjon og øker risikoen for dårligere utfall ved sykdom (Helsedirektoratet, 2022 b).

Helsedirektoratet (2020) beskriver at pasienter med demens er utsatt for underernæring. Ernæringsutfordringer kan forekomme grunnet sykdomsutvikling og sees som svekket handlingskraft, endring i sanser og redusert kognitiv funksjon eller nedsatt evne til å gjenkjenne mat som mat. Tilrettelegging og bistand under måltidet er grunnleggende for å forebygge underernæring da sykdommen er progredierende og kan medføre vansker med matinntak over tid (Helsedirektoratet, 2016 c). Kommunene er pålagt å drifte helsefremmende og forebyggende arbeid og alle pasienter med demens skal kartlegges for ernæringsstatus, oral helse, svelgefunksjon og munnhygiene (Helsedirektoratet, 2020).

Indikasjon for sykdommer og skader kan være årsaken til underernæring som har utviklet seg langsomt. Redusert allmenntilstand, avhengighet av hjelp fra andre, tygge og svelgevansker eller å ha demenssykdom er også risikofaktorer for underernæring (Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff, 2018).

Sortland og Almendingen (2022) viser til at tap av tenner, dårlig tilpassede tannproteser og forverret svelgefunksjon øker faren for aspirasjon og/eller hemmer naturlige prosesser som tygging og svelging, som kan påvirke ernæringen negativt.

2.5 Konkrete forebyggende tiltak

God ernæringspraksis innebærer ansvars -og oppgavefordeling mellom helsepersonell og kjøkkenpersonalet. Helsepersonell har plikt til å utøve faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp der ernæring er en essensiell del av hjelpen (Helsedirektoratet, 2016 d).

Sykepleier har ansvar i ernæringsarbeid. Tiltak som iverksettes tidlig, kan forsinke utvikling av underernæring (Skovdahl og Berentsen, 2018).

2.5.1 Ernæringstrapp

Ernæringstrappen er et konkret tiltak som viser til det som krever minst ressurser og er det beste tiltaket for å bedre pasientens ernæringsstatus (Helsedirektoratet, 2016 e). Tiltakene i ernæringstrappen har en prioriteringsrekkefølge og starter med behandling av underliggende faktorer for at ulike ernæringstiltak skal gjennomføres (Grov og Holter, 2015). Gjennom å benytte medisinsk behandling av fysiske funksjonsvansker og medikamentell behandling av somatiske tilstander som kvalme og smerte, som kan hindre matlyst for pasienten, kan dette bidra til å øke matinntaket (Helsedirektoratet, 2016 e). Endring av måltidsmiljø, mattilbud, beriket mat etter behov og næringsdrikker er rettet mot pasienter som inntar ernæring per os. Tiltakene prioriteres i forhold til pasientenes behov og det er sentralt å undersøke pasientens svelgefunksjon. De siste trinnene i ernæringstrappen er rettet mot mer alvorlig syke pasienter som har behov for ernæring intravenøst og via sonde (Grov og Holter, 2015).

2.5.2 Kartleggingsverktøy

De mest brukte kartleggingsverktøyene for å identifisere endringer i ernæringsstatus er MNA (Mini Nutritional Assessment) og består av 2 deler som kan kartlegge årsaksforhold til underernæring, funksjonsstatus og målinger (Brodtkorb, 2018). MST (Malnutrition Screening Tools) består av to spørsmål: endring i vekt, endring i matinntak og antropologiske målinger (Helsedirektoratet, 2022 c). Sykepleiernes rolle og ansvar for å utføre registreringer, dokumentasjon av vekt, spisevaner og målbare endringer, er sentral for å ivareta ernæringsbehovet (Grov og Holter, 2015).

2.5.3 Miljø rundt spisesituasjon

Miljøet rundt spisesituasjonen har stor betydning for trivsel og matlyst. Helsedirektoratet (2016 e) viser til faktorer som fysisk utforming av omgivelsene, belysning, hygiene, lukt, sosiale forhold, temperatur, hjelpemidler for å innta maten, hvordan maten blir presentert og hvordan maten smaker er ting som kan påvirke matlysten.

Negativt for matinntaket i institusjon kan være nedprioritering av tid til å gjennomføre måltider grunnet behandlinger og aktiviteter som skjer samtidig. En bør tilstrebe å avsette nok tid og verne måltidet i så stor grad som mulig. Pasienter som spiser lite av gangen bør få tilbud om små porsjoner og få tilgang til ekstra mellommåltider. Det bør også vurderes om det er behov for hjelpemidler for å få i seg maten (Helsedirektoratet 2016 f).

2.6 Sykepleierens rolle i ernæringsomsorgen

Sykepleiere har en nøkkelrolle i ernæringsarbeidet. For å utøve god ernæringspraksis kreves kunnskap om demenssykdom, symptomer og matens næringsinnhold. Sykepleieren har ansvar for å vurdere pasientens ernæringsstatus, iverksette tiltak, gi hjelp og støtte i måltidssituasjoner, tilrettelegge omgivelsene og observere og evaluere virkningen av nærings- og diettbehandlingen (Helsedirektoratet, 2016 g)

Ernæringsstatus, ernæringsbehovet, matinntak i forhold til behovet, utarbeiding av individuell plan, iverksetting av intervensjoner og oppfølging og evaluering av tiltak er fem nødvendige trinn for å fremme god ernæringspraksis. Iverksetting av trinnene krever kunnskap om kartleggingsverktøy og bruk av disse og å vite hvilke kliniske undersøkelser som er nødvendige, kjennskap til metabolismen, systematisk arbeid for informasjonsinnhenting og tverrfaglig samarbeid for å nå mål (Grovs og Holter, 2015). Sykepleieren har et ledende ansvar i tverrfaglig samarbeid, for å veilede helsearbeidere, koordinering av måltider og å utarbeide rutiner for å ivareta den enkeltes ernæringsbehov (Brodtkorb, 2018). Sykepleieprosessen er en modell som beskriver arbeidsprosessen og dokumentasjonsstrukturen. Hensikten er å støtte sykepleierne i å jobbe målrettet, systematisk og metodisk og bidra til individuelt tilrettelagt sykepleie av god kvalitet (Grovs og Holter, 2015).

Sykepleieren som yrkesutøver har ansvar for helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid og å ivareta den enkeltes behov for helhetlig omsorg (Norsk Sykepleierforbund, u.å.) Observasjoner anvendes for kartlegging av pasientens ressurser og kognitive evner til å utføre praktiske oppgaver i matsituasjoner (Thoresen, Borchsenius og Sjøen, 2019).

I ernæringsarbeidet er tverrfaglig samarbeid mellom kjøkken og helsepersonell nødvendig for å tilfredsstille ernæringsmessige kvalitetskrav. Institusjonskokk og kjøkkenpersonale skal ha kunnskap om tilberedning, næringsinnhold og måltider (Helsedirektoratet, 2016 c).

2.7 Kari Martinsen omsorgsteori

Kari Martinsen beskriver i sin omsorgsteori omsorgens treenighet der omsorgen er relasjonell, praktisk, konkret og moralsk. Dette innebærer at det finnes minst to parter i relasjonen der den ene ivaretar den andre, hjelper og bidrar til økt selvstendighet. Praktisk og konkret omsorg viser til hvordan mennesker gjennom praktiske og konkrete handlinger utøver omsorg for

hverandre. For å ha kunnskap om hva som er riktig å gjøre i bestemte situasjoner, må situasjonen som den andre befinner seg i, forstås. Til slutt er omsorgen moralsk som sier noe om handlingene våre og den måten vi utfører dem på og om tilstedeværelsen og hvordan den arter seg. Dette innebærer at den måten vi forholder oss til det andre menneske på, tar utgangspunkt i å ha en holdning som anerkjenner den andre personen ut fra dennes situasjon (Alsvåg, 2016).

For å yte personsentrert omsorg skal alle mennesker tillegges samme verdi, individuell tilpasning av omsorg, forståelse av perspektivet til personer med demens og å skape et støttende sosialt miljø. Personer med demens har ofte utfordringer med å sette ord på egne behov og uttrykke ønsker, dette kan være en utfordring i utøvelsen av personsentrert omsorg (Aldring og helse, u.å.). Fagmessig sees omsorgskvalitet i form av behandling, pleie og oppdragelse og ved å anvende omsorgskvalitet utøves det relasjonell, praktisk og moralsk omsorg, noe som innebærer at sykepleier tilrettelegger og ikke tar ansvaret fra pasienten slik at det gis riktig pleie (Alsvåg, 2016).

2.8 Lovverk

Helse -og omsorgstjenesteloven (2011) viser til det ansvaret kommunen har der formålet er å forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjon. Loven beskriver kommunenes ansvarsområde som er å ivareta at pasienter som oppholder seg i kommunen blir tilbudt helse -og omsorgstjenester. Dette favner somatisk og psykisk sykdom, skader og lidelser, rusproblematikk, nedsatt funksjonsevne og sosiale problemer.

Forskrift om verdig eldreomsorg (2011) beskriver hvordan tjenestetilbudet skal utformes for å sikre retten til nødvendige helse- og omsorgstjenester og et verdig tjenestetilbud. Hensikten er å sikre og bidra til en verdig, trygg og meningsfull alderdom.

Pasient -og brukerrettighetsloven (1999) opererer som garanti for lik tilgang og kvalitet på helsetjenester og viser til rettigheter og krav som pasienter har overfor helse -og omsorgstjenesten. For at pasienter med demens skal kunne ivareta denne retten, er sykepleierens rolle grunnleggende. Som yrkesutøver er det sykepleierens oppgave og plikt å vurdere pasientens helsetilstand slik at pasienter med demens skal få sine rettigheter ivaretatt.

Sykepleier er forpliktet til å vise omsorg og utøve faglig forsvarlig helsehjelp (Helsepersonelloven, 1999, §4, Grov og Holter, 2015).

2.9 Etikk

Etikk er læren om moral. Begrepet moral er å forstå retningslinjer og regler for hva som er bra eller dårlig og rett eller galt i forhold til menneskene rundt oss og i det praktiske livet.

Moralske og etiske dilemmaer kan sees som konflikt mellom to verdier, der sykepleier må prioritere mellom to uønskede situasjoner.

Sykepleiere må forholde seg, ikke bare til etiske utfordringer rundt situasjoner som omhandler liv og død, men like mye om små faglige moralske konflikter og problemer i dagliglivet (Brinchmann, 2017).

Sykepleiers rolle er avgjørende for å ivareta pasientens verdighet og autonomi (Brinchmann, 2017). Etiske normer omfatter respekt for pasientens iboende verdi, uavhengig av pasientens fysiske eller psykiske tilstand. Personsentrert omsorg innebærer gjenkjennelse, respekt og tillit (Helsedirektoratet, 2020). I situasjoner hvor pasienten ikke er i stand å redegjøre for seg eller handlingene sine er det sykepleierens plikt å ivareta pasientens verdighet og integritet og beskytte denne fra krenkelser (Norsk sykepleierforbund, u.å.).

Velgjørhetsprinsippet og ikke skade - prinsippet innebærer å utøve handlinger som gagnar pasienten, verner mot dårlig omsorg og unngå skade. Demenssykdom medfører gradvis tap av kognitive evner og pasienten klarer ikke å ivareta sin autonomi som omhandler retten til å ta beslutninger, rett til informasjon og medvirkning. Rettferdighet - retten til likebehandling handler om at like tilfeller skal behandles likt og ressurser fordeles rettferdig. (Brinchmann, 2017).

3.0 Studiens hensikt og problemstilling

Studiens hensikt er å belyse kunnskap om ernæringsbehov hos pasienter med demens og å øke kunnskap om sykepleiernes funksjon og ansvar i arbeidet med å identifisere og forebygge underernæring.

Problemstilling: “Hvordan kan sykepleiere bidra til å forebygge underernæring hos pasienter med demens, boende i sykehjem?”.

3.1 Avgrensning

Oppgaven avgrenses til pasienter med demens som kan delta i en vanlig spisesituasjon. For å spisse oppgaven mot problemstillingen er følgende tema valgt bort: næringsberiket mat og næringsdrikk, polyfarmasi, nevro psykotiske symptomer, depresjon, generelle tvangstiltak og behandling av demens og pasientsikkerhet.

Man er kjent med at punktene som er nevnt har betydning i forhold til å forebygge underernæring.

Begrepet helsepersonell inkluderer pleiemedarbeidere, helsefagarbeidere og andre omsorgspersoner. Sykepleiere blir benevnt som sykepleiere.

I oppgaven blir det vist til noen få sentrale punkter i lovverket som viser til helsepersonellens og kommunens forpliktelser og pasientens rettigheter.

4.0 Metode

Metode er en strukturert prosess for innsamling av allerede etablerte kunnskap for å belyse en problemstilling. Det skal vises til hvordan innsamling av data og forskningsprosjekt ble gjennomført. Hensikten med å vise fremgangsmåten er for at andre skal kunne gjenta søket og vise hvordan resultatet ble oppnådd (Thidemann, 2020).

4.1 Litteraturstudie som metode

For å svare på problemstillingen ble det gjennomført litteraturstudier som metode, som er systematisert innsamlet kunnskap fra allerede etablerte og publiserte kilder. Hensikten er å belyse problemstillingen fra flere vinkler og gå i dybden: presentere og formidle nye forskningsfunn. Pensumlitteratur, vitenskapelige artikler og databaser for medisin og helsefag ble anvendt for å få tilgang til de nyeste forskningsartiklene. Andre publikasjoner som ble brukt er Nasjonale retningslinjer, lovverk, St. meldinger, Helsedirektoratets anbefalinger og retningslinjer. For å belyse problemet fra flere sider ble natur-, human-, og samfunnsvitenskapelig litteratur benyttet (Thidemann, 2020).

4.2 Kvalitativ og kvantitativ metode

Kvalitativ metode rettes mot subjektive opplevelser som følelser, meninger, holdninger og handlinger som fremgang og interaksjon. Grunnet for datainnsamling i den kvalitative studien er intervjuer, analyser av dokumentasjon, observasjoner og informasjon. Kilder i kvalitativ forskningsmetode inneholder mange varierte opplysninger, som er presentert som tekst. Kvantitativ data er faktakunnskap som kan observeres og er målbar. Metoden benyttes ofte i statistikk og er presentert i tall som anvendes for å regne eller sammenligne frekvens og/eller resultater, variasjon av hendelser og/eller samsvar mellom dem. For å samle data blir spørreskjemaer med svaralternativ ofte benyttet. Metoden viser til breddekunnskap og fremstiller f.eks. tall på hvor mye eller hvor ofte et fenomen oppstår (Thidemann, 2020).

4.3 Søkestrategi

Oria database ble brukt for å få tilgang til databaser som omfatter medisin og helsefag. Cinahl complete og Pubmed (Medline) er databaser som inneholder sykepleierelevante forskningspublikasjoner, i hovedsak i vitenskapelige tidsskrifter. Ordene nursing, dementia, malnutrition, nursing homes og care var dekkende for å finne relevante artikler. Ordnett pluss og MeSH ordbøkene var benyttet for å få riktig medisinsk oversettelse. (Thidemann, 2020).

PICO skjema har blitt brukt for å systematisere søkeord. Se tabell.

Tabell 1 PICO skjema

P - hvilke pasient /sykdom dreier det seg om?	I - hvilke tiltak handler det om?	C - hvilket tiltak dreier det seg om?	O - hvordan kan tiltaket påvirke ulike utfall
dementia malnutrition nursing nursing homes	care		reduisert underernæring økt kunnskap om ernæring og hydrering bruk av screeningverktøy kommunikasjon blant helsepersonell

4.4 Inklusjons -og eksklusjons kriterier

Tabell 2 Inklusjons- og eksklusjons kriterier

Inklusjonskriterier:	Eksklusjonskriterier:
Kvantitativ og kvalitativ forskningsmetode	Forskning fra Asia, Afrika, Sør-Amerika
Artikler som er publisert på engelsk og nordiske språk	
Forskningsartikler	
Sykepleieres kunnskap om ernæring	Publisert før 2015
Om pasienter med demens som er underernærte og/eller står i fare for det.	Andre språk enn engelsk og nordisk
Etiske utfordringer i arbeidet med pasienter med demens	Fagartikler
Personalets kunnskap om ernæring	
Norsk studie/norske sykehjem	
Publisert fra 2015	
Fagfelleurdert	
IMRaD struktur	
Forskning gjennomført i Europa, Nord Amerika og Australia	
Tilnærmet lik levestandard og kultur	

4.5 Søkehistorikk og kildekritikk

Databaser: Cinahl complete og Pubmed (Medline)

Søkeord: nursing, dementia, malnutrition, nursing homes, care

I Cinahl complete ble det søkt med nøkkelord. Alle treffene ble kombinert med AND. Etter gjennomført søk ble antall treff først begrenset til 10 år, deretter fra år 2015. Kombinasjonen av søkeordene ga 26 treff. I Pubmed (Medline) ble søket gjennomført i ALL FIELD feltet. Alle treffene ble kombinert med AND. Deretter ble det benyttet automatisk begrensning til siste 10 år; søket ga 69 treff, så ble det utført manuell begrensning fra år 2015, med treff på 57 artikler. Artikkene i begge databasene ble vurdert etter kriterier: IMRaD struktur, fagfellevurdering, metode, etiske overveielser, tidsskrift og relevans for problemstillingen. For vurdering av artikkene ble inklusjons og eksklusjonskriterier benyttet, alle abstrakter lest og de nyeste artikler ble valgt. Kvalitet på tidsskrifter var sjekket i register over vitenskapelige publikasjoner. Etter vurdering av resultater og funn ble åtte artikler valgt. For kritisk vurdering av innhold ble sjekklister anvendt. Deretter ble metodekapittelet sett gjennom der utvalg av forskningsgrupper og kriterier til utvalget presentert, om studien er godkjent av Etisk Komite, hvilke kartleggingsverktøy som ble det benyttet og hvordan resultatene ble regnet. Alle artikler er ivaretatt forskningsetisk. Utvalget er presentert i tabeller med nr. 4 - 11 i tilfeldig rekkefølge (Thidemann, 2020). Artikkene er publisert i anerkjente tidsskrifter (Direktoratet for høgere utdanning og kompetanse, u.å.). Faglitteraturen som ble brukt er pensumlitteratur, Helsedirektoratets anbefalinger og andre offentlige publikasjoner. I oppgaven er det i hovedsak anvendt primærkilder.

Tabell 3 Søkematrise sist utført 11. 05. 2023

Søkeord	Cinahl	Pubmed
1) nursing	787,056	876,746
2) dementia	76,668	264,909
3) 1 and 2	14,066	21,753
4) malnutrition	21,150	165,881
5) 3 and 4	161	294
6) nursing homes	31,854	55,406
7) 5 and 6	75	159
8) care	1,624,838	3,169,565
9) 7 and 8	55	113
10) begrensning til 10 år	38	69
11) begrensning fra år 2015	26	58

4.6 Presentasjon av funn

Her kommer en systematisk presentasjon av de åtte valgte artiklene med funn som er relevante for problemstillingen.

Tabell 4 Artikkel 1

Artikkel	Staff awareness of food and fluid care needs for older people with dementia in residential care: A qualitative study.
Forfattere	Lea, et al. (2017)
Tidsskrift	JCN - The Journal of clinical nursing
Hensikt	Å undersøke personalets bevissthet om betydningen av ernærings-og hydrering behovet hos eldre og eldre med demens og hvordan kvalitet på omsorgspraksis kan forbedres.
Forskningsetisk vurdering	Godkjent av Human Research Ethics Committee
Metode	Kvalitativt studie med data fra semistrukturerte intervjuer. Intervjuer basert på flere nøkkelspørsmål.
Resultat	Variert utdanning om ernærings -og hydrerings betydning. Manglende forståelse for konsekvenser ved manglende ernæring og dehydrering. Personalet var enig i at opplæring er nødvendig for endringer. For tidlig avholdte måltider. Støy og uro ved måltider. Mindre spisegrupper i rolige omgivelser. Tilrettelegging av spesielt bestikk og tallerken - intervensjoner for å øke matinntak. Forbedring av kommunikasjon mellom personell og pasient og pasient med pasient, mindre grupper, godt gjennomtenkte spiseplasser - koselig atmosfære ved måltider. Utilstrekkelig bemanning. Kommunikasjonsvansker, motvilje og lite forståelse for situasjonen fra ledelse. Ansatte ble sett som hinder for å endre gjeldende praksis. Manglende bemanning og deltidsarbeid var sett som hinder for endring. Å pynte på maten, legge pent på tallerken ble sett på som tidkrevende og frarådet av andre. Manglende støtte for endringer førte til at personalet mistet interessen for å gjøre endringer. Mangel på støtte for tilrettelegging og kunnskapsdeling.

Tabell 5 Artikkel 2

Artikkel	Oral function and its association with nutrition and quality of life in nursing home residents with and without dementia: A cross-sectional study
Forfattere	<u>Van de Rijt et al.</u> (2021)
Tidsskrift	Gerodontologi
Hensikt	Å sammenligne oral funksjon, ernæringsstatus og livskvalitet mellom beboere med og uten demens.
Metode	Tverrsnittstudie. 4 sykehjem deltok. Måleinstrumenter er presentert. Munn funksjon vurdert via undersøkelse og pasientens opplevelse. Kartleggingsverktøy og dataanalyse er presentert.
Forskningsetisk vurdering	London Queen Square Research Ethical Committee. Frivillig deltakelse. Innhentet skriftlig samtykke fra alle deltagere.
Resultater	Pasienter med demens: færre naturlige tenner, dårligere tyggeflate. Smerter i munnhulen. Demens - dårlige scorer i MNA, 41,1 % underernærte og 44 % underernæring. Antall tenner, dårligere tyggeflate, svelge og tygge kvalitet var assosiert med orofacial smerte, deretter dårligere ernæringsstatus. Tyggekvalitet assosiert med ernæringsstatus. Mange med utilstrekkelig munnhelse. Dårlige munnfunksjon og ernæringsstatus demens. Sammenheng mellom underernæring og tannløshet

Tabell 6 Artikkel 3

Artikkel	Prevalence of risk for pressure ulcers, malnutrition, poor oral health and falls – å register study among older persons receiving municipal health care in southern Sweden.
Forfattere	Nerizaj <i>et al.</i> (2021)
Tidsskrift	GMC Geriatrics
Hensikt	Å undersøke forekomst av risiko for trykksår, underernæring, dårlig munnhelse og fall blant eldre over 65 år.
Forskningsetisk vurdering	Data fra Senior Alert Register. Kriterier for utvalgelse av deltakere og kartleggingsverktøy, datainnsamlingsmetode presentert.
Metode	Retrospektiv tverrsnittstudie. Studievalget består av 12518 personer over 65 år, som ble registrert med eller uten risiko basert på instrumentene som ble brukt i Senior Alert.
Resultat	56,3 % i risiko for underernæring , 34,2 % dårlig munnhelse. Demens risikofaktor for flere sykdommer. 42,2 % på demensavdelingen hadde utilstrekkelig munnhelse

Tabell 7 Artikkel 4

Artikkel	Preventing Falls and Malnutrition among Older Adults in Municipal Residential Care in Sweden: A Registry Study
Forfattere	<u>Gusdal</u> <i>et al.</i> (2021)
Tidsskrift	SAGE Open Nursing
Hensikt	Vurderte risikoen og risikofaktorene for fall og underernæring og sammenhengene mellom disse. Videre å undersøke konsistensen mellom planlagte og utførte intervensjoner blant personer vurdert som risiko.
Metode	Tverrsnitts registerstudie. Opplysninger innhentet fra 5919 personer. 18 % av risikovurderte personer bodde på demensavdelinger. Datainnsamling, kartleggingsverktøy, risikovurderinger er presentert.
Forskningsetisk vurdering	Godkjent av den svenske etikprøvningsmyndigheten. Kartleggingsverktøy og hvordan data ble analysert er angitt. Deltakere har gitt samtykke til deltagelse, og har rett til å fjerne opplysninger.
Resultat	Risikofaktorer for underernæring: nevropsykologiske problemer, kognitiv svikt som mild eller alvorlig demens. Sammensatte tiltak for behandling av underernæring og munnhelse var bare 25 %. Tiltak for munnpålegg og opplæring var 2% og bare 1 % ble utført. Underbemanning, lite kompetanse /kunnskap. Underbemanning assosiert med underernæring. 65 % på demensavdelinger i risiko for underernæring. På demensavdelinger var det høyere risiko for underernæring. Manglende dokumentasjon på tiltak/utførte tiltak.

Tabell 8 Artikkel 5

Artikkel	Ethical aspects of caregivers`experience with persons with dementia at mealtimes
Forfattere	Hammar, Swall, Meranius, (2016)
Tidsskrift	Nursing Ethics
Hensikt	Å illustrere betydningen av omsorgspersoners opplevelser av omsorg for personer med demens under måltidssituasjoner.
Forskningsetisk vurdering	Godkjent av Etisk komite. Skriftlig samtykkeskjema, frivillig deltagelse, Ink./eksk. kriterier for deltagere, dataanalyse er presentert. Flerintervju metoden benyttet, omsorgspersoner fra forskjellige avdelinger.
Metode	Blandet metodedesign. Intervjuer analysert ved fenomenologiske hermeneutisk metode. Kvantitativt og kvalitativt.
Resultat	Omsorgspersoner hadde verdifull kunnskap om hvordan de ønsket å ta vare på personer med demens. Sju av ni pasienter gikk ned minst 1,3 kg og spiste maksimalt 49,7 % av maten. Mangel på støtte og ressurser fra ledelsen og sykepleiere.

Tabell 9 Artikkel 6

Artikkel	Porcelain for All - a nursing home study
Forfattere	Hansen, K.V., Frøiland, T., Testad, I. (2018)
Tidsskrift	International Journal Of Health Care Quality Assurance
Hensikt	Å identifisere hvordan ulike dekor- og tallerken farger påvirker pasienter med demens på en positiv måte når det gjelder matinntak og appetitt.
Forskningsetisk vurdering	Godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD) Skriftlig samtykkeskjema
Metode	Kvalitativ. Brukt CurroCus gruppe intervjueteknikk
Resultat	Middagstallerkener med farget leppe, hvit brønn og kontrastkant økte matinntaket blant demente. Intervensjon inkluderer et lite utvalg av beboere og måltider. Å ta hensyn til små detaljer, er viktig i det konstante arbeidet for å unngå underernæring og undervekt blant eldre.

Tabell 10 Artikkel 7

Artikkel	Oral Health and nutritional status in nursing home residents-results of an explorative cross-sectional pilot study
Forfattere	Ziebolz <i>et al.</i> (2017)
Tidsskrift	BMC Geriatrics
Hensikt	Å undersøke assosiasjoner mellom oral status, anamnesticke faktorer som demens, røyk og alder og risiko for underernæring.
Forskningsetisk vurdering	University Center Goetting, Tyskland . Innhentet skriftlig samtykke. Inklusjon/Eksklusjons kriterier til utvalg av deltakere, kartleggingsverktøy og spørsmål er presentert. Gjennomføring av tannundersøkelse og vurdering av tannstatus , beregning av resultatene er angitt.
Metode	Observerende tverrsnittspilotstudie. 100 beboere deltok, 90 kunne undersøkes og 87 var ernærings vurderte. 55 % av undersøkte hadde demensdiagnose. Tannstatus og vurdering av periodontal behandlingsbehov undersøkt av tannlege. Ernæringstilstand ble vurdert med MNA .
Resultat	52 % i risiko for underernæring, 22 % trengte hjelp til måltider. 48 % av beboerne var tannløse, 52 % hadde gjenværende tenner. 79 % hadde periodontal behandlingsbehov. Demens og BMI assosiert med økt risiko for underernæring. Blant beboere med tenner var det ikke observert noen sammenheng mellom oral helse og risiko for underernæring. Pasienter med demens har flere gjenværende tenner

Tabell 11 Artikkel 8

Artikkel	When mother will not eat - Ethical dilemmas experienced by nurses when encountering malnourished patients
Forfattere	Kuven, M. B. og Giske, T. (2015)
Tidsskrift	Nordic Journal of Nursing Research Vol.35(2) 98-10
Hensikt	Undersøke sykepleiernes opplevelser i møte med underernærte sykehjemspasienter med demens. Å utforske hvilke etiske dilemmaer sykepleiere opplever i møtet med underernærte pasienter på sykehjem
Forskningsetisk vurdering	Godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste NSD. Skriftlig og muntlig informasjon om studien og studiens formål. Frivillig deltagelse. Opplysninger anonymisert.
Metode	Fokusgruppeintervju, kvalitativ tilnærming
Resultat	Sykepleierne opplevde ofte etiske dilemmaer i møtet med pasienter med demens som ikke vil spise. Dårlig samvittighet eller overgrep mot pasienten. Hensyn til pasient eller pårørende. Faglig skjønn eller nasjonale retningslinjer. Ro og tid i måltidet eller vekttap for pasienten. Refleksjon i fellesskapet eller faglig usikkerhet.

4.7 Forskningsetiske vurderinger

I oppgaven er det vektlagt artikler som er forskningsetisk ivaretatt. Helsinkideklarasjonen ivaretar brukerens rettigheter som viser til hvordan forskning utføres og er regulert av lovverk som sikrer god fremgangsmåte og troverdig rapportering av resultater (Helsinkideklarasjonen, 2014). Dette bidrar til god vitenskapelig praksis.

Forskningsetikk handler også om hvordan andre forholder seg til andres kunnskap og overholder akademiske normer for kildekritikk (Thidemann, 2020).

I oppgaven er andres fag -og forskningsarbeider gjengitt så etterrettelig som mulig.

4.8 Analyse

Aveyards tematiske analyse

Å analysere betyr å granske teksten for å forstå dens mening. I analysearbeidet ble Aveyards tematiske analysemodell benyttet. Tekstene er lest flere ganger, i deler og i helhet og kvalitet på artiklene ble sikret ved utvelgelse. Det er sett på hvilke temaer alle artikler inneholder, likheter og forskjeller og resultatene er sammenlignet. Videre ble det sett på hvordan temaene

passet sammen. 6 hoved- og under tema ble identifisert (Thidemann, 2020). Deretter ble det analysert fra hvilken synsvinkel temaene er presentert, dette resulterte i reduksjon fra 6 til 4 temaer: 1.kunnskap og kompetanse, 2.etiske dilemmaer, 3.munnhelse, 4. miljø rundt spisesituasjon.

5.0 Sammenfattede resultater

5.1 Kunnskap og kompetanse

Lea *et al.* (2017) beskrev helsepersonell med variert utdanning og kunnskap om ernæring og hydrering til eldre med demens. Dette medførte lite forståelse for konsekvenser som oppstod. Personalet anså at å øke kunnskap om ernæring og hydrering var en mulighet til å forbedre eksisterende praksis. Mangel på organisering av tverrfaglige møter for refleksjoner og erfaringsdeling ble bemerket.

Kuven og Giske (2015) belyste den mest sårbare arbeidstiden som kveldsvakter, helger og ferie. Vikarer hadde lite eller manglende kunnskap om ernæring eller kjennskap til hver enkelt pasient. Dette ble opplevd som stressende for sykepleierne grunnet ansvar overfor pasienten og veiledning av nyansatte.

Hammar, Swall og Meranius (2016) beskrev at pleiepersonell hadde kompetanse rundt ernæring og måltider, men mangel på personell gjorde det utfordrende å utføre oppgaver. Situasjoner hvor pleiepersonellet måtte ta vurderinger om hvorvidt pasienten ikke ville spise eller hadde helseproblemer, ble bemerket. I slike situasjoner hadde ikke pleiepersonellet nok kunnskap til å ta beslutninger. Dårlig samarbeid mellom sykepleierne og pleiepersonalet i forhold til veiledning og oppgaveløsning ble relatert til personlig omsorg og ernæring.

Felles funn hos Nerizaj *et al.* (2021), Van de Rijt *et al.* (2021), Gusdal *et al.* (2021) og Ziebols *et al.* (2017) viste at demens er en risikofaktor for underernæring. Nerizaj *et al.* (2021) bemerket at kunnskap om eldreomsorgen bør økes for å møte fremtidige utfordringer, der utdanning av helsepersonell i eldreomsorgen er nødvendig.

5.2 Etiske dilemmaer

Kuven og Giske (2015) beskriver at 50 % av sykepleierne opplevde at de presset pasientene til å spise, noe som innebar dilemmaer med å lokke og lure i pasientene mat, eller om de skulle stoppe når pasientene uttrykte at de ikke ville ha mer mat. Konflikter oppstod også fordi sykepleierne fikk dårlig samvittighet fordi det ble utført tvang i spisesituasjoner, mot nasjonale retningslinjer. Resultatene i studiet beskriver at konflikter oppstod i forhold til vurdering av pasientens situasjon fordi sykepleier og pårørende vurderte dette på ulike måter. Hammar, Swall og Meranius (2016) viste til lignende etisk dilemma som Kuven og Giske (2015) påpekte at personalet fikk skyldfølelse når man tvang pasientene til å spise ved bruk av tvang eller at det forelå for lite kunnskap om ernæring. Studien viste videre til funn som beskrev at personalet hadde for lite kompetanse for å håndtere utrivelige situasjoner og for å

oppretholde en god atmosfære. Personalet stod også i etiske dilemmaer i forhold til mangel på støtte og ressurser når egen kompetanse og kreativitet ikke strakk til.

5.3 Munnhelse

I studiet av Ziebolz *et al.* (2017) var 55 % av deltakerne pasienter med demens med behov for bistand for å utføre munnhygiene. Manglende kommunikasjon om munnhelse fra pasientene resulterte i at tiltak ble iverksatt ved smerte. 52 % av deltakerne var utsatt for risiko for å utvikle underernæring. Undersøkelsene viste at ingen pasienter med naturlige tenner var periodontalt friske og 79 % hadde behov for behandling. Ved analyse av sammenhengen mellom underernæring og oralhelsestatus ble det fremhevet hvordan tannløshet ble assosiert med lavere risiko for å utvikle underernæring enn mobilitet, BMI og nevropsykologiske problemer. Pasienter med demens hadde flere gjenværende tenner. Det ble konkludert med lite sammenheng mellom tannløshet og risiko for underernæring og hjelp med tannerstatning alene var ikke tilstrekkelig for å redusere risiko for utvikling av underernæring.

Resultatene fra Van de Rijdt *et al.* (2021) studien viste at antall tenner, tyggeflate og dårligere svelge -og tygge kvalitet var assosiert med smerter i munnhulen og deretter underernæring.

Funn hos Gusdal *et al.* (2021) viste at sammensatte tiltak innen ernæring og tannhelse utgjorde 25 %. Munnpleie og opplæring i å utføre det utgjorde 2 % og bare 1 % ble utført. Demensavdelingene iverksatte og gjennomført flest tiltak. Studien viste avstand mellom anbefalte, planlagte og utførte intervensjoner.

5.4 Miljø rundt spisesituasjon

I studiene av Hansen, Frøiland og Testad (2018), Lea *et al.* (2017) og Hammar, Swall og Meranius (2016) så man sentrale funn med betydning for måltidsmiljøet hvor hensynet til små detaljer som farge og design på asjetten var noe som økte matlysten. Bruk av middagsasjetter med kontrastfarger stimulerte positivt. Personalet kommuniserte verbalt og non-verbalt med pasientene under måltidet, noe som skapte ro. Svakheter i studiet er en intervensjon som inkluderer et lite utvalg av beboere, få måltider, støy i måltidssituasjonen og mangel på ro

I studien av Lea *et al.* (2017) ble det vist til flere faktorer som påvirket pasientenes måltidsmiljø. Forbedringer rundt kommunikasjon mellom pasient og personale og mellom pasient til pasient, mindre grupper og fokus på godt gjennomtenkte spiseplasser.

Funnene med mindre grupper når pasientene skulle spise i roligere omgivelser og tilrettelegging av bestikk og asjetter ble sett på som sentrale intervensjoner for å øke inntaket av mat. Negative elementer som ble belyst var for tidlig gjennomførte måltider og i tillegg hadde støy og uro negativ innvirkning på matinntaket.

Hammar, Swall og Meranius (2016) beskrev funn hvor det var grunnleggende for personalet å fremme behagelig atmosfære og godt humør når pasienter med demens skulle oppmuntres til å spise, ved å spille musikk, synge, pynte bordene eller å gjøre spisestuen innbydende. Forsøk på å skape hyggelig atmosfære mislyktes da pleiepersonalet måtte håndtere utfordrende situasjoner som følge av at pasienter med demens var aggressive eller rastløse, noe som kunne løses ved å servere de mest engstelige pasientene med demens mat først. Om ikke, ble resten av pasientene stresset og foretrakk å forlate spisestua framfor å spise.

6.0 Drøfting

I dette kapittelet vil problemstillingen bli drøftet med utgangspunkt i de fire hovedtemaene som kom fra analysen av artiklene.

6.1 Kunnskap og kompetanse

Flere studier har vist hvordan demenssykdom øker risikoen for å utvikle underernæring. Dette ble sett i ulike sammenhenger. Oppsummert var halvparten av pasientene med demens underernærte eller i risiko for underernæring (Nerizaj *et al.* 2021, Van de Rijt *et al.* 2021 og Gusdal *et al.* 2021).

Kunnskap og kompetanse blant pleiepersonalet var omtalt i flere artikler. Lea *et al.* (2017) viste til for lite dybdekunnskap blant helsepersonell som økte risikoen for å utvikle underernæring. Pleiepersonell bemerket flere faktorer som påvirket ernæringsstatusen. Mer utdanning kunne økt forståelse for betydningen av ernæring. De savnet organisatorisk støtte fra ledende personell for tilrettelegging for faglige refleksjoner og diskusjoner. I Kuven og Giske (2015) ble assistenter og vikarer i ferietid, på sen -og helgevakter oppfattet negativt grunnet manglende kunnskap om ernæring eller kjennskap til pasientene. Dette medførte økt arbeidspress på sykepleierne som hadde ansvar for pasientene og de nyansatte. Sykepleierne prioriterte å mate pasientene selv istedenfor å delegere oppgaven til assistenter da de ga opp for fort. Funn hos Hammar, Swall og Meranius (2016) beskrev det motsatte, pleiepersonell hadde kompetanse om ernæring, men følte seg «forlatt» på grunn av mangel på ansvar og veiledning fra sykepleierne.

Pasienter med demenssykdom er en sårbar gruppe grunnet progredierende sykdom, hvor personsentrert omsorg er nødvendig for å yte god omsorg (Helsedirektoratet, 2022 f). Å ha kjennskap til hver enkelt pasient er nødvendig for å imøtekomme den enkeltes behov, hvor livshistorie, vaner og ønsker er viktige for å opprettholde personlighet og identitet (Skovdahl og Berentsen, 2018 og Helsedirektoratet, 2022 g). Demenssykdom rammer forskjellige områder i hjernen med ulike utfall, derfor er kartlegging av pasientens ressurser og sårbarhet nødvendig for å imøtekomme individuelle behov (Helsedirektoratet, 2022 g). Mangel på denne kompetansen hos assistenter i Kuven og Giske (2015) studien økte belastningen og ansvaret på sykepleierne.

Sykepleiernes oppfølging og kunnskap om ernæring har betydning for pasientens ernæringsstatus og personalets holdninger (Stubberud, Grønseth og Almås, 2016). Pasienter

med demens kan ikke alltid gjøre rede for seg. Det er derfor essensielt å ha gode rutiner for innhenting av data for å iverksette nødvendige tiltak tidlig. (Skovdahl og Berentsen, 2018) Sykepleierne har en nøkkelrolle i ernæringsarbeidet, med kartlegging av ernæringsstatus, utvikling av rutiner og koordinering av annet personell i måltidssituasjoner (Brodtkorb, 2018). Ernæringskartlegging innebærer vurdering av risikoen for å utvikle underernæring og faktorer som påvirker dette. Innsamlet informasjon danner grunnlag for individuell ernæringsplan (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021). Ansvarsfordeling og delegering av oppgaver er nødvendig for å yte god ernæringsomsorg (Helsedirektoratet, 2016 d). Dette krever tverrfaglig samarbeid mellom personalet. Tilrettelagte måltidssituasjoner og tilpasset konsistens på maten er allerede utarbeidede tiltak og gjennom riktig veiledning og undervisning kan oppgavene delegeres videre (Kirkevold, 2018).

Ingen av artiklene hadde beskrevet hvilket tiltak som ble iverksatt for opplæring av nyansatte og assistenter, og om de har fått nødvendig undervisning og veiledning eller hvilke kunnskaper som ble forventet ut fra arbeidsoppgaver, herunder ernæringsomsorg. Grunnet mangel på opplæring kunne man ikke stille krav og forventninger til assistenter og nyansatte og de kunne ikke lastes for manglende kunnskap og kompetanse. Opplæring bidrar til økt kunnskap og kompetanse blant personalet, gir økt trygghet og forståelse for problemet og bedrer egne holdninger (Tveiten, 2008). Sykepleiernes pedagogiske kompetanse kan rettes både mot pasienter og medarbeidere i form av veiledning og undervisning. Å veilede innebærer å tilrettelegge for at vedkommende kan åpne for refleksjon, læring og mestring. Hensikten med undervisning og veiledning er å øke og videreutvikle kompetanse blant helsepersonell (Tveiten, 2008).

I Hammar, Swall og Meranius (2016) sin studie uttrykte helsepersonellet følelsen av å bli «forlatt», at det var mangel på ansvar og veiledning fra sykepleierne når de søkte hjelp. Helsepersonellet uttrykte at de hadde for lite kompetanse til å vurdere om pasientene med demens var mette eller hadde faktiske utfordringer med å spise. Ansvarsfordeling i ernæringsomsorg er viktig for å yte helhetlig helsehjelp. Demens er en sammensatt sykdom som krever kunnskap og kompetanse om sykdommen i tillegg til kompetanse om ernæring for å yte personsentrert omsorg (Helsedirektoratet, 2020). Helsepersonellet søkte hjelp når egen kompetanse ikke var tilstrekkelig, likevel følte de seg «forlatt». Sykepleierne har ansvar for å lede tverrfaglig samarbeid på institusjonen (Brodtkorb, 2018). Personsentrert omsorg innebærer at ernæringstiltak er tilpasset den enkeltes behov som øker god ernæringsomsorg (Helsedirektoratet, 2020). Observasjoner, kartlegging av pasientens

ressurser og utarbeiding av individuell ernæringsplan er sykepleierens ansvarsområde og bidrar til utøvelse av god ernæringspraksis. Hensikten er å yte helhetlig og individuelt tilpasset tjenestetilbud (Grov og Holter, 2015).

Virksomheten er pålagt å ha et styringssystem, som inneholder rutiner og prosedyrer som skal følges for å sikre kvalitet i tjenester. Å melde avvik, hva årsaken er og hvilke tiltak som ble iverksatt for å lukke avvik er nødvendig for sikkerheten til alle involverte parter. Innmelding av avvik viser evne til refleksjon i praksis og dens kvalitet og det skal utarbeides rutiner for forbedring, noe som skaper trygghet i handlinger mellom personalet (Molven, 2019, Helsedirektoratet, 2017). Kompetent personell er viktig for å oppnå godt behandlingsresultat og yte helsehjelp. Underbemanning og/eller fravær av sykepleiere medfører at ikke alle tiltak blir iverksatt, som igjen resulterer i redusert kvalitet på helsetjenester (Stubberud, 2021). I studien til Lea *et al.* (2017) var mangel på organisatorisk støtte fra ledelsen beskrevet som hinder for å øke kunnskap og kompetanse. Med hensyn til dette fremheves det i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (2016) at leder for virksomheten har ansvaret for å skaffe nok bemanning slik at helsehjelpen er forsvarlig og at personalet har nok kunnskap og kompetanse til å utføre oppgaver. Dermed skal det tilrettelegges for at medarbeidere skal kunne dele samlet kunnskap og erfaring.

Å ha kunnskap om ernæring er viktig for å forebygge underernæring og utvikling av sekundære sykdommer. Helsepersonell har forskjellig utdanning og erfaringsbasert kunnskap. Dermed er faglige refleksjoner, veiledning og undervisning nødvendig for å forbedre kompetanse. Ansvarsfordeling medfører at helsepersonell yter helsehjelp ut fra kvalifikasjoner, noe som skaper trygghet og tjenester av god kvalitet.

6.2 Ethiske dilemma

Ethiske dilemma som tema står sentralt i to av artiklene.

Hammar, Swall og Meranius (2016) viste til funn som beskrev at omsorgspersoner hadde verdifull kunnskap om hvordan de ønsket å ta vare på pasienter med demens. Det beskrives at dette var vanskelig for personalet å innfri grunnet organisasjonsstrukturen.

Resultater viste at sju av ni pasienter med demens gikk ned minst 1,3 kg og spiste maksimalt 49,7 % av maten som ble servert. Studien beskrev en etisk «kamp» som førte til etiske dilemmaer for sykepleierne fordi de mente at deres omsorg var utilstrekkelig i forhold til å

sikre helse og velvære hos pasienter med demens. Følgende funn beskrev de etiske dilemmaene som personalet opplevde. Det første funnet viste til at personalet opplevde det som et etisk dilemma å inneha kunnskap, mens de samtidig ikke hadde muligheten til å være engasjerte og prøve. Videre beskrev helsepersonellet at de følte seg forlatte og utilstrekkelige, og til slutt viste de til en opplevelse av bekymring og følelse av skyld.

Kuven og Giske (2015) påpekte i sitt studie at sykepleierne på sykehjem ofte sto i etiske dilemmaer i møte med pasienter med demens som ikke ville spise. Her var de to viktigste dilemmaene: hensynet til pasient eller pårørende og dårlig samvittighet eller overgrep mot pasienter hvor sykepleierne måtte velge mellom faglig skjønn og/eller retningslinjer.

Dilemmaet med refleksjon i fellesskapet og faglig usikkerhet ble bemerket i studiet.

I begge studiene ble det funnet situasjoner hvor personalet opplevde etiske dilemmaer som utfordret sykepleierne og øvrig personell i utøvelsen av pasientomsorgen. Hos Hammar, Swall og Meranius (2016) forklares en etisk «kamp» som skapte etiske dilemmaer for sykepleierne da de hadde en opplevelse av utilstrekkelighet i omsorgsarbeidet for å sikre og ivareta helsa og velvære hos pasienter med demens.

Helsepersonellet opplevde det som et dilemma å ha kunnskap, og samtidig ikke ha muligheten til å vise engasjement og prøve å fremme matinntaket hos pasientene. Dilemmaer oppstod også når de hadde en opplevelse av utilstrekkelighet og de følte seg forlatt ved manglende støtte fra ansvarlig sykepleier. Følelser som bekymring og skyld knyttet til å få pasientene til å spise nok og/eller ved press, var belyst i artikkelen.

Sykepleierne i studiet til Kuven og Giske (2015) stod i et lignende etiske dilemma når pasientene med demens ikke ville spise. Her omhandlet de to viktigste elementene i studiet hensynet til pasient eller pårørende og at sykepleierne slet med dårlig samvittighet eller det som blir beskrevet som overgrep mot pasientene, mens de samtidig måtte forholde seg til valg mellom faglig skjønn eller nasjonale retningslinjer.

Siste punktet viste til situasjoner der sykepleierne stod mellom det å “lokke og lure i” pasientene mat eller om de skulle stoppe når pasientene uttrykte at de ikke ønsket mer mat. Mer enn halvparten av sykepleierne hadde en opplevelse av at de enkelte ganger gikk litt vel langt over grensen ved å presse pasientene til å spise.

I begge studiene fremgikk det situasjoner hvor følelsene hos sykepleierne ble utfordret i pasientkontakten der formålet var å ivareta helse og velvære, og å få i pasientene ernæring når de ikke ville spise (Kuven og Giske, 2015 og Hammar, Swall og Meranius, 2016).

Mens Hammar, Swall og Meranius (2016) viste til funn som beskrev verdifull kunnskap hos sykepleierne og hvordan de ønsket å ta vare på pasientene. Ssamtidig som det var vanskelig for personalet å innfri dette grunnet organisasjonsstrukturen, ble det hos Kuven og Giske (2015) bemerket dilemmaer i forhold til refleksjon og faglig usikkerhet i fellesskapet mellom sykepleierne. De opplevde i stor grad å stå alene med bekymringer direkte knyttet til pasientenes ernæringstilstand. Dette oppstod da det ofte bare var en sykepleier på vakt og der tid og rom for refleksjoner og diskusjoner rundt etiske dilemmaer ikke forelå.

Sykepleierne i studiet av Kuven og Giske (2015) beskrev møte med prosedyrer og rutiner som både en hemsko og som hjelp. For å vise til etisk dilemma, beskriver Helsedirektoratet (2022 d, avsnitt 1) følgende: *“Helseforetakene og kommunene skal sikre god organisering og forankring av ernæringsarbeidet i undersøkelses-, behandlings- og oppfølgingstilbudet i helse- og omsorgstjenesten”*.

For at helsepersonell skal klare å overholde lovpålagte plikter, må tjenestene organiseres med det som mål. God flyt i informasjon internt og mellom de ulike omsorgsleddene, tydelig fordeling av oppgaver og ansvar, nødvendig utstyr og kjente rutiner for personalet, er hovedessensen (Helsedirektoratet, 2016 d).

Ved to av sykehjemmene i studiet til Kuven og Giske (2015) var det innrapportering av pasientenes BMI hver tredje måned til kommuneadministrasjonen. Mange av sykepleierne beskrev at de opplevde denne innrapporteringen som et dilemma mellom egen faglig dømmekraft og lojalitet mot rutinen.

Ved BMI på over 22 skulle alle pasienter rapporteres inn etter en standard. Ved lavere BMI kom det opp varsler fra “systemet” der det lyste rødt på skjermen. Systemet oppfattet dette som et avvik uavhengig av om pasientens ernæringstilstand var vurdert og ernæringsplan iverksatt eller ikke. Engasjementet i forhold til pasientens ernæring sank hos de ansatte ved røde tall på skjermen og når pasientene var i den palliative fasen. Dilemmaet som her blir beskrevet viser at det oppstår etiske dilemmaer når det på den ene siden står faglig skjønn og på den andre siden nasjonale retningslinjer. Et annet relevant punkt som Kuven og Giske

(2015) utdypet viste til det etiske dilemmaet som sykepleierne opplevde av at de skulle fortsette å veie pasientene i den palliative fasen, noe som ofte var ubehagelig for pasienten og virket demotiverende for personalet. Dette utløste ofte avviksmeldinger som de pårørende også mottok. Personalet opplevde gjennom dette at pårørende mistet tilliten til avdelingen og også at avdelingen mistet tilliten til systemet.

Brinchmann (2017) beskriver prioriteringsvalg som en situasjon der det er ulike valg i forhold til faglige hensyn og verdier. Dette innebærer prioriteringsvalg i forhold til individets behov. For å få dekket behov for hjelp når pasienten trenger det, betyr det at denne typen prioriteringer innebærer beslutninger som må være veloverveide og tuftet på solid faglig og etisk grunnlag. Prioriteringsbeslutninger som sykepleiere står i er tilknyttet hvilke helse -og omsorgstjenester denne er ansvarlig for å yte og til sykepleiefagets innhold og dens funksjon. Dette reguleres av faglige og juridiske rammer i forhold til beslutninger som sykepleiere har ansvaret for. Brinchmann (2017) beskriver at prioriteringer i sykepleie avkrever etiske begrunnelser. Å si ja til noens behov, kan innebære nei til noen andres behov.

Videre skriver Brinchmann om ulike kjennetegn som er definerende for et dilemma. Engasjement og forpliktelse, uønskede alternativer som er like, oppmerksomhet om alternativene, det vil si, finnes det flere alternativer i den bestemte situasjonen slik at en kan se om det er et dilemma, nødvendigheten av å gjøre valg og til slutt usikkerhet rundt hvilke handlinger som er riktig å gjøre (Brinchmann, 2017).

Studiene belyser behovet for mer tid og rom til refleksjon mellom sykepleierne rundt etiske dilemmaer. Noe som kan bidra til fagutvikling, kunnskapsdeling og økt forståelse for de komplekse behovene som mange pasienter med demens har.

6.3 Munnhelse

Flere studier fremhevet munnhelsen hos pasienter med demens som utilstrekkelig og med betydning for underernæring. Ziebolz *et al.* (2017) viste til redusert fysisk og kognitiv funksjon som årsak til behov for bistand til å ivareta munnhygiene. Ingen av beboerne med egne tenner var periodontalt friske og 79 % av dem hadde behov for behandling. Funn fremhevet demensdiagnosen som en risikofaktor for å utvikle underernæring, der pasienter med demens hadde dårligere munnhelse enn de uten. I denne studien var tannløshet assosiert med lavere risiko for underernæring enn mobilitet og nevropsykologiske problemer.

Ziebolz *et al.* (2017) gjør rede for at alvorlighetsgraden av demenssykdom ikke var tatt hensyn til i studien og de er kjent med sammenhengen mellom alvorlighetsgraden av demens og munnhelse. Tannerstatning alene er ikke nok for å redusere risiko for utvikling av underernæring.

Studien til Van de Rijt *et al.* (2021) hadde flere likheter med Ziebolz *et al.* (2017) som i tillegg fremhevet at pasienter med demens var mer utsatt for smerter i munnhulen enn de uten. Resultater viste til sammenheng mellom smerter i munnhulen, antall tenner, mindre tyggeflate, dårlig tygge og svelge funksjon og myk diett og dårlig ernæringsstatus. Utilstrekkelig munnfunksjon hadde sammenheng med ernæringsstatus og det var flest pasienter med demens som var utsatt for dette. Fakta om ernæring og munnhelse i Gusdal *et al.* (2021) studiet viste til forskjeller mellom anbefalte og planlagte tiltak og det som faktisk ble utført. Studien viste at det var 2 % av tiltakene som direkte omhandlet munnhelse og opplæring i det, og bare 1 % av disse tiltakene var utført. Demensavdelingene hadde gjennomført flest tiltak. Munnhelse ble funnet som lavt prioritert blant helsepersonell (Ziebolz *et al.* 2017, Gusdal *et al.* 2021 og Van de Rijt *et al.* 2021).

Munnhelse påvirkes av demens og neglisjert munnstell kan medføre flere sykdommer og redusere ernæringsinntak (Helsedirektoratet, 2022 e). Endringer i munnhulen sammen med dårlig munnstell medfører risiko for infeksjoner og oppstår ofte grunnet aldring. Redusert spyttproduksjon påvirker smakssansen, øker risiko for utvikling av karies og soppinfeksjoner, hemmer tygge -og svelgefunksjon og har betydning for kommunikasjon og matinntak.

Pasienter med demens har ofte vansker med å uttrykke seg verbalt om smerter i munnhulen. Endring i atferd som å motsette seg å spise og å være urolig eller aggressiv kan være tegn på smerte (Samson og Strand, 2018). Dette er i samsvar med funnene som bekreftet at pasientene med demens ble utsatt for smerter i munnhulen som igjen kan forårsake underernæring. (Van de Rijt *et al.* 2021).

Sykepleierne skal observere og kartlegge pasientenes individuelle behov for hjelp med munnhygiene (Samson og Strand, 2018). Likevel står det i strid med funn hos Gusdal *et al.* (2021) som viste til at enkelte tiltak for munnpleie og opplæring i munnpleie var 2 % og der bare 1 % av tiltakene hadde blitt utført. På den ene siden, i Helsepersonelloven (1999) vises det til helsepersonellens ansvar og forpliktelser. Blant disse er forebyggende, behandlende og helsebevarende helsehjelp, som skal dokumenteres. Kommunene tilbyr individuelt tilpasset tannhelsetjenester til pasienter med demens som er viktig for matinntak (Helsedirektoratet, 2022 e). På den andre siden er det helsepersonell som ikke klarer å yte

nødvendig helsehjelp. Ifølge Samson og Strand (2018) er mangel på kunnskap om munnhelse, dårlig samarbeid med kognitivt svekkede pasienter og manglende tid årsak til redusert munnhelse. Ikke minst «*opplever noen at det også er ubehagelig eller direkte frastøtende å utføre munnstell*» (Samson og Strand 2018, s. 317). Personalets holdninger er avgjørende for hvordan pasientene blir ivaretatt.

Dårlig kommunikasjon om munnhelse fra pasientens side var nevnt hos Ziebolz *et al.* (2017). Evnen til å uttrykke egne behov hos pasienter med demens kan bli svekket grunnet sykdom (Helsedirektoratet, 2022 e). Kommunikasjon er en viktig del i samhandlingen mellom alle parter og å ivareta dette er sykepleierens ansvar. Eide & Eide (2017) beskriver aktiv lytting som å skape kontakt, innhente informasjon, vise støtte og forståelse. Dette betegner profesjonell tilnærming som er helsefremmende, motiverende og personsentrert. Med andre ord, ut ifra pasientens atferd må sykepleierne kunne forstå og tolke signaler som pasientene sender. Kommunikasjon er grunnleggende for å ha en relasjon, men for å kunne tolke non-verbale signaler riktig, må personalet ha kjennskap til pasientenes væremåte (Eide & Eide, 2017). Personsentrert omsorg som tilnæringsform innebærer gjenkjennelse, respekt og tillit og er viktig i arbeidet med pasienter med demens (Helsedirektoratet, 2020).

Økt kunnskap om sammenheng mellom munnhelse og ernæringsstatus skal bidra til å øke bevisstheten rundt betydningen av god munnhelse for ernæring, og bli et framskritt innen helsefremmende og forebyggende arbeid. Personalets holdninger og bevissthet er viktig for å forebygge sykdomsutvikling som kan medføre alvorlige konsekvenser og svekke fysisk og kognitiv evne. Alvorlig syke pasienter krever mer tid og ressurser, noe som det allerede er mangel på i kommunehelsetjenesten. Økt kunnskap om munnhelse hos helsepersonellet kan bidra til redusert sykkelighet, bedre helse og ernæringsstatus.

6.4 Miljø rundt spisesituasjon

Tre av studiene viste til funn med betydning for miljøet rundt spisesituasjonen.

Sentrale resultater hos Lea *et al.* (2017) beskrev at å pynte maten og å legge pent på tallerken ble sett på som tidkrevende og frarådet. Å sette opp mindre spisegrupper i roligere omgivelser og tilrettelegging av spesielt bestikk og tallerken ble sett på som viktige intervensjoner for å øke matinntaket. Støy og uro ved måltider ble bemerket. Helsepersonellet mente også at

måltider ble gjennomført for tidlig, mens det samtidig ble registrert at pasientene enkelte ganger motsatte seg eller nektet å innta måltider til allerede fastsatte tidspunkter.

I tillegg ble forbedring av kommunikasjon mellom personalet og pasientene, og pasient til pasient, mindre grupper og godt gjennomtenkte spiseplasser for å fremme koselig atmosfære ved måltider, påpekt. Forfatterne bemerket at personalet ikke forstod den sosiale interaksjonen som er nødvendig i forhold til ernæringsinntak.

Studien til Hansen, Frøiland og Testad (2018) fokuserte på vesentlige punkter som praktiske elementer ved den sosiale interaksjonen mellom pasientene og inntaket av måltidene. Her var målet å få identifisert hvordan ulike dekor og farger på servise på en positiv måte påvirket appetitten og ernæringsinntaket.

Hammar, Swall og Meranius (2016) viste til resultater der grunnleggende funn beskrev tiltak der personalet gjennom å fremme behagelig atmosfære og godt humør, oppmuntret pasientene til å spise. De fant at tiltak som å spille rolig musikk, synge, pynte bordene pent eller å gjøre spisestuen innbydende var vellykkede strategier. Resultatene viste også at forsøk på å skape hyggelig atmosfære kunne mislykkes da helsepersonellet måtte håndtere utfordrende situasjoner som følge av at pasientene med demens var aggressive og/eller rastløse. Funnet viste at dette kunne løses ved å gi de mest engstelige pasientene med demens mat først. Om ikke, ble de andre pasientene urolige og foretrakk å forlate spisestuen framfor å innta mat. I studiet fant de også at det å fremme spising omhandlet å endre ting i måltidsmiljø som å bytte samtaleemne eller å fysisk bytte plass for å skille pasientene. Det viste seg at slike tiltak også kunne forstyrre den fredelige atmosfæren som gjorde det nødvendig for å lette spisingen for pasientene. (Hammar, Swall og Meranius (2016), Lea *et al.* (2017) og Hansen, Frøiland og Testad (2018).

Alle studiene viste til momenter som på hver sin måte påvirket måltidsmiljøet, men det forelå ingen like funn i noen av studiene.

Ifølge Eide & Eide (2017) skal kommunikasjon brukes som et hjelpende, støttende og problemløsende verktøy. Ved svekket hukommelse og oppmerksomhet hos pasienter med demens kan kommunikasjonen bli utfordrende og oppfattes irriterende. Det er viktig å ta seg tid, snakke sakte, spørre om en ting av gangen og fremstå med ro. Setningene skal være korte, presise, klare og lett forståelige (Nasjonalforening for folkehelsen, u.å). I måltidssituasjoner

vil det kunne være sentralt med gode relasjoner og kommunikasjon mellom pasientene og personalet for å unngå underernæring.

Brodtkorb (2010) sier noe om betydningen av miljøet rundt måltidet. Å spise skal være trivelig og hva som spises og i hvilket miljø er sentrale deler av måltidet. Ettersom en blir eldre, beskriver Brodtkorb (2010) at sosial og kulturell betydning er sentralt i spisesituasjoner. Flere ulike ting bidrar til at pasientene får oppfylt psykososiale behov som trivelig samvær med mennesker rundt seg, opplevelser av tilhørighet og samhold som gjør at de får i seg mer mat.

Brodtkorb (2010) viser til at eldre ofte liker å ha faste plasser rundt bordet og noen pasienter er i behov for å forberedes mentalt og fysisk i forkant av måltidet. De med tilnærmet lik funksjonsgrad bør plasseres sammen og hvem som kjenner hverandre og trives sammen bør få dette tilpasset. Det må tas hensyn til pasienter med ulik atferd i måltidssituasjonen som negativt kan påvirke trivsel og matlyst hos medpasienter. Ansvaret for å tilrettelegge og bidra til et trivelig miljø rundt måltidet er ett av punktene forfatteren beskriver og ansvaret for dette ligger særskilt hos personalet.

Hansen, Frøiland og Testad (2018) har vist til sammenfallende elementer som Brodtkorb (2010) også beskriver med betydning for måltidsmiljøet, som situasjoner der pasientene spiste sammen og som omfavnet både negative og positive aspekter. Å spise sammen i en god atmosfære kan være positivt og en måte å bli kjent med hverandre, både for personalet og pasientene. Negativt kan være pasienter som blir sjalu på medpasienter som spiser sammen (Brodtkorb, 2010).

Funn i studiene hos Lea *et al.* (2017) og Hansen, Frøiland og Testad (2018) belyste flere av de praktiske aspektene ved omsorg. Dette er i samsvar med Kari Martinsen sin teori.

Treenigheten understøttes gjennom funn hos Hansen, Frøiland og Testad (2018), der punktet “praktisk og konkret” vektlegges. Herunder det som i deres funn viste til betydningen av å hensynta små detaljer, som design og farge på asjetten, sees som en sentral del av flere ting, for å hindre uønsket ernæringsstatus og undervekt hos aktuelle pasientgruppe.

Til forskjell fra funnene i Hansen, Frøiland og Testad (2018) fokuserte Lea *et al.* (2017) på Kari Martinsens punkt “omsorgen er relasjonell” ved funn om at bedring av kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell ble sett på som en sentral intervensjon for endring av måten omsorgen ble praktisert på.

Brodtkorb (2010) omtaler at dess eldre vi blir, jo viktigere blir betydningen av kulturelle og sosiale faktorer knyttet til måltidsmiljøet. Psykososiale behov som samhold, hyggelig samvær og tilhørighet, sammen med god atmosfære er aspekter som kan bidra til at pasienten spiser bedre. Sykepleierne har et særlig ansvar for å etablere, skape og bevare gode miljøer rundt måltidet, da mange beboere på sykehjem ikke selv klarer å skape dette. I arbeidet rundt måltidsmiljøet har sykepleierne mange hensyn å ta. Individuelle ønsker, ulike spiseatferd, sosiale relasjoner mellom pasientene og forskjellige grader i funksjonsevne er eksempler på ting som må vurderes og hensyntas..

Lea *et al.* (2017) har beskrevet viktigheten av relasjoner som gjennom bedring av kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell, sammen med sentrale punkter som Brodtkorb (2008) viser til, vil kunne ha betydning for å stimulere matinntaket. Å øke kunnskapen om hva som styrker det psykososiale miljøet rundt spisesituasjonen er en av flere elementer som kan bidra til å forbedre praksis.

Hansen, Frøiland og Testad (2018) viste til praktiske ting ved måltidssituasjonen gjennom design på servise som skulle bidra til å stimulere ernæringsinntaket.

Sykepleierne er i behov for mer faglig kunnskap om miljøet rundt spisesituasjonen hos pasienter med demens. Kunnskap om tilrettelegging av miljøet rundt spisesituasjonen krever at personalet har tilstrekkelig kompetanse om ernæringsproblematikk og demenssykdom, med fokus på å forebygge underernæring (Hammar, Swall og Meranius, 2016 og Helsedirektoratet, 2016 c).

Etter å ha drøftet miljøet rundt spisesituasjonen viser det viktigheten av kunnskap, kompetanse og tilrettelegging og at det i tillegg er behov for økt bevissthet hos sykepleierne og annet helsepersonell for betydningen av ulike faktorer som påvirker måltidssituasjonen.

6.5 Metodiskusjon

For å belyse oppgavens problemstilling ble det anvendt litteraturstudiet som metode og det ble gjennomført systematiske søk i to databaser for å finne vitenskapelige artikler. I tillegg ble det brukt annen faglitteratur. Inklusjons -og eksklusjonskriterier medførte at søket ble avgrenset til 58 artikler i PubMed og 26 artikler i Cinahl. For å belyse problemstillingen fra flere sider, ble artikler med ulike innfallsvinkler valgt. Flere inneholdt samme tematikk og er derfor diskutert under flere av hovedtemaene i drøftingen. Som en styrke anså vi at det var et bredt utvalg av artikler med varierte temaer og noen av studiene var gjennomført i Norge.

Innsamlet data i de åtte artiklene ble gjennomført med kvalitativ og kvantitativ datainnsamling, tverrsnittstudier og blandet design. Som svakhet kan det sees at flere av kvalitative studiene er små med få deltagere. To studier med større omfang som ble gjennomført i Sverige var tverrsnittstudier.

Selv om de fire valgte hovedtemaene går om hverandre, anses det at de likevel er aktuelle for oppgaven og fra hver artikkel ble det hentet ut relevante resultater. Mange liknende funn og lik tematikk i flere av studiene bidro til å gjøre drøftingen mer utfordrende.

Andre svakheter var at link til artikkelen “Porcelain for all” ble lagt inn gjennom NTNU fulltekst tilgang, og det var vanskelig å finne direkte link.

Gjennomføring av vårt litteraturstudie styrker vårt synspunkt for at forebygging av underernæring hos pasienter med demens er et viktig tema.

6.6 Innovasjon i fag- og tjenesteutvikling

Basert på funn gjort i studiene som ble anvendt i oppgaven avspeiles det flere områder hvor det finnes store muligheter til forbedringspotensial. Spesielt i studiet til Lea et.al (2017) og Kuven og Giske (2015) ble det påpekt manglende eller for lite kunnskap og kompetanse i forhold til den aktuelle pasientgruppen. I en tid hvor moderne teknologi utvikler seg raskt og med endringer som innebærer store framskritt er det flere brukervennlige løsninger. Som for både helsepersonell og pasienter kan tenkes å ville fungere gjennom utvikling av funksjonene i den bestemte teknologiløsningen når den er tilpasset den enkelte pasient og aktuelle situasjon.

Å utvikle en app tiltenkt som læringsverktøy som helsepersonell kan laste ned på sine egne private mobiltelefoner med ulike læringsprogram med jevnlig faglige oppdateringer, kan være et av fremtidens verktøy i prosessen med å forbedre kunnskap og kompetanse. Sammen eller i kombinasjon med undervisningsprogram som implementeres på arbeidsplassen og jevnlig simulering av etiske dilemmaer vil det kunne føre til redusert frustrasjon og opplevelsen av at helsepersonellet føler seg forlatt, slik Hammar, Swall og Meranius (2016) beskrev i sine funn. I fremtiden kan en ønske og se for seg samarbeid mellom sykehjem og helsefag på universitetsnivå som en mulighet for forbedring av ernæringsomsorgen. Gjennom å åpne for innovative impulser og ideer fra studenter som er genuint opptatt av å lære vil en kunne skape, etablere og ivareta bærekraftige løsninger som kan bidra til å gjøre hverdagen bedre for pasienter med demens og for sykepleierne som skal utøve faglig forsvarlig omsorg.

7.0 Konklusjon

Hensikten med oppgaven var å belyse hvordan sykepleiere kan bidra til å forebygge underernæring. St. meld.15 ((2017-2018), 2018) Leve hele livet Reformen retter seg mot økt livskvalitet hos eldre, og ernæring er et grunnleggende behov slik sykepleieteoretikeren Virginia Henderson påpeker.

Vi undersøkte faktorer som kunne bidra til å forebygge underernæring og gjennom arbeid med forskningsresultatene i artiklene og annen faglitteratur, kom det fram flere mangler og svakheter innen dagens ernæringspraksis der en så forbedringspotensialer ved flere av tiltakene.

Sykepleiere har en sentral rolle i ernæringsarbeidet og skal sørge for at lovverket blir fulgt og veiledning av kollegaer blir utført. De er dermed i behov for mer tid til å øke egen kunnskap, samt tid til å gi veiledning og opplæring til annet helsepersonell.

Behovet for økt kunnskap og kompetanse, om betydningen av ernæring, kunnskap om munnhelse, rom for diskusjoner rundt etiske dilemmaer og tiltak og tilrettelegging rundt spisesituasjoner var temaer som ble undersøkt og drøftet. Funn har vist tette sammenhenger mellom kunnskap og kompetanse og hvordan det påvirker ernæringstilstanden hos pasienter med demens.

Behovet for økt bemanning kom også opp, uten at dette ble drøftet som eget tema.

For å bedre eksisterende praksis innen munnhelse er personalets bevissthet og holdninger rundt munnhygiene viktig. Virksomhetene må legge til rette for at helsepersonell skal kunne øke kunnskap om munnhelse og om sammenheng mellom munnhelse og ernæring.

Etiske dilemmaer som ble tematisert i oppgaven tydeliggjorde for oss at sykepleiere ofte måtte stå i situasjoner i møte med pasienter hvor det oppstod etiske dilemmaer. Situasjonene påvirker de ulike verktøyene i sykepleiernes arbeid for å forebygge underernæring hos aktuelle pasientgruppe. Vi så også at det viste seg stor grad av frustrasjon og følelser som skyld og dårlig samvittighet hos helsepersonellet.

Det kan synes som om miljøet rundt spisesituasjonen er av vesentlig betydning for matinntaket og dette er et aspekt som vi sykepleiere i større grad må ta ansvar for å skape, etablere og opprettholde.

Jevnlig publiseres det saker i sosiale medier der underernæring hos pasienter i kommunal omsorg tematiseres. I forbindelse med slike saker kan en som fremtidens sykepleier undre seg

over om det skjer systemendringer eller ikke. Når det ikke skjer, er det av stor interesse å utforske årsakene som ligger til grunn for manglende endringer. Kommunal økonomisk infrastruktur er i kontinuerlig endring og hva som prioriteres og ikke, endres stadig.

Sykepleiers ansvar og muligheter fremover innebærer at den enkelte har et selvstendig ansvar for å oppdatere seg faglig på temaet demens og ernæring, og på praktiske prosedyrer tilknyttet ernæring. Kunnskapsdeling på tvers av avdelinger, mer kontakt med pasientens pårørende og samarbeid om fagutvikling med helsefaglige studieinstitusjoner er muligheter som kan og bør utforskes.

Vi kan på bakgrunn av gjennomført litteraturstudiet konkludere med at sykepleiere er i behov for økt støtte fra ledelsen, å øke eksisterende kunnskap og kompetanse om ernæring og mer fokus på hva som kan bidra til å bedre ernæringspraksisen i sykehjem. Vi som sykepleiere må være bevisste på rollen vår når pasienter med demens står i fare for å utvikle underernæring.

Litteraturliste

Aldring og helse (2020) *Forekomst av demens i Norge*. Tilgjengelig fra:

https://butikk.aldringoghelse.no/file/ync-files/rapport-forekomst-av-demens-a4_2020_web.pdf (Hentet: 1. april 2023).

Aldring og helse (u.å.) *Personorientert omsorg*. Tilgjengelig fra:

<https://www.aldringoghelse.no/demens/behandling-og-oppfolging/personsentrert-omsorg/>
(Hentet: 20. april 2023).

Alsvåg, H. (2016) Omsorg - med utgangspunkt i Kari Martinsens omsorgstenking, i Haggstad A.K.T. og Knutstad, U. (red.) *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie*. 4. utgave. Oslo: Cappelen Damm AS, 4.utgave. s. 346 - 378.

Brodtkorb, K.(2018) Ernæring, I Kirkevold, M., Brodtkorb, K., Ranhoff, A.H. *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. s. 301-323.

Brinchmann B.S. (red.) (2017) *Etikk i sykepleien*. 4. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

De nasjonale forskningsetiske komiteene (2014) *Helsinkideklarasjonen*. Tilgjengelig fra:

<https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>
(Hentet: 27. april 2023).

Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse (u.å.) *Register over vitenskapelige publikasjoner*. Tilgjengelig fra:

<https://kanalregister.hkdir.no/publiseringskanaler/KanalTreffliste.action?xs=Nordic+Journal+of+Nursing+Research&tv=true> (Hentet 03.mai 2023).

Eide & Eide (2017) *Kommunikasjon i relasjoner Personorientering, samhandling, etikk*. 3. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Engedal, K. og Haugen, P.K. (red.) (2018) *Demens-sykdommer, diagnostikk og behandling*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse - akademisk.

Forskrift for sykehjem m.v. (2008) *Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1988-11-14-932> (Hentet: 29. april 2023).

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse-og omsorgstjenesten (2016) *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250> (Hentet: 24. april 2023).

Forskrift om verdig eldreomsorg (2011) *Forskrift om verdig eldreomsorg (verdigarantien)*. Tilgjengelig fra: (<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-11-12-1426>) (Hentet 29. januar 2023).

Grov E.K. og Holter I.M. (red.) (2015) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie 5*. utgave. Oslo: Cappelen Damm AS.

Gusdal, A., Johansson-Pajala, R-M., Arkkukangas, M., Zander, V. (2021) Preventing Falls and Malnutrition among Older Adults in Municipal Residential Care in Sweden: A Registry Study, *SAGA Open Nursing* Tilgjengelig fra: <https://doi.org/10.1177/23779608211026161> (Hentet: 10. april 2023).

Hammar, L.M., Swall, A., Meranius, M.S. (2016) Ethical aspects of caregivers`experience with persons with dementia at mealtimes, *Nursing ethics*. Tilgjengelig fra: <https://doi.org/10.1177/0969733015580812> (Hentet: 10 april 2023).

Hansen, K. V., Frøiland, T.Ch.,og Testad.,I. (2018) Porcelain for all - a nursing home study *International Journal of Health Care Quality Assurance*. Tilgjengelig fra: <https://www.proquest.com/docview/2124679938/fulltextPDF/49117D5E1AA448A1PQ/1?accountid=12870> (Hentet: 06. mai 2023).

Helsebiblioteket (2016) *Sjekklistor*. Tilgjengelig fra:

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/4.kritisk-vurdering/4.1-sjekkliste> (Hentet:10. april 2023).

Helsedirektoratet (2016 a) *God ernæringspraksis*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/ernaering-kosthold-og-maltider-i-helse-og-omsorgstjenesten/god-ernaeringspraksis> (Hentet 31. januar 2023).

Helsedirektoratet (2016 b) *Vurdering av pasientens ernæringsstatus, tiltak og oppfølging*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/ernaering-kosthold-og-maltider-i-helse-og-omsorgstjenesten/god-ernaeringspraksis/vurdering-av-pasientens-ernaeringsstatus-tiltak-og-oppfolging> (Hentet: 6. mai 2023).

Helsedirektoratet (2016 c) *Kosthåndboken - veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*. Tilgjengelig fra: https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kosthandboken/Kosth%C3%A5ndboken%20E2%80%93%20Veileder%20i%20ern%C3%A6ringsarbeid%20i%20helse-%20og%20omsorgstjenesten.pdf/_attachment/inline/afa62b36-b684-43a8-8c80-c534466da4a7:52844b0c770996b97f2bf3a3946ac3a10166ec28/Kosth%C3%A5ndboken%20E2%80%93%20Veileder%20i%20ern%C3%A6ringsarbeid%20i%20helse-%20og%20omsorgstjenesten.pdf (Hentet: 6. mai 2023).

Helsedirektoratet (2016 d) *1.3 Fordeling av ansvar og oppgavefordeling i helse og omsorgstjenesten*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/ernaering-kosthold-og-maltider-i-helse-og-omsorgstjenesten/god-ernaeringspraksis/fordeling-av-ansvar-og-oppgaver-for-ernaeringsarbeidet-i-helse-og-omsorgstjenesten> (Hentet: 6. mai 2023).

Helsedirektoratet (2016 e) *4.1 Når matinntaket blir for lite*. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/ernaering-kosthold-og-maltider-i-helse-og-omsorgstjenesten/god-ernaeringspraksis/tiltak-nar-matinntaket-blir-for-lite> (Hentet 21. april 2023).

Helsedirektoratet (2016 f) *1.1 Vurdering av pasientens ernæringsstatus, tiltak og oppfølging*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/ernaering-kosthold-og-maltider-i-helse-og-omsorgstjenesten/god-ernaeringspraksis/vurdering-av-pasientens-ernaeringsstatus-tiltak-og-oppfolging>

[i-helse-og-omsorgstjenesten/god-ernaeringspraksis/vurdering-av-pasientens-ernaeringsstatus-tiltak-og-oppfolging](#) (Hentet: 6. mai 2023).

Helsedirektoratet (2016 g) *Fordeling av ansvar og oppgaver i ernæringsarbeidet i helse-og omsorgstjenesten*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/ernaering-kosthold-og-maltider-i-helse-og-omsorgstjenesten/god-ernaeringspraksis/fordeling-av-ansvar-og-oppgaver-for-ernaeringsarbeidet-i-helse-og-omsorgstjenesten> (Hentet: 23. april 2023).

Helsedirektoratet (2017) 5. *Gjennomføre. §7 medvirkning fra medarbeidere*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/gjennomfore#paragraf-7d-medvirkning-fra-medarbeidere> (Hentet: 9. mai 2023).

Helsedirektoratet (2019) *Mer enn mat - innspill til nasjonal ernæringsstrategi for eldre*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/mer-enn-mat-innspill-til-nasjonal-ernaeringsstrategi-for-eldre> (Hentet 11. april 2023).

Helsedirektoratet (2020) *Nasjonale faglige retningslinjer for demens*. Tilgjengelig fra: <https://keff.no/uploads/Faktaark/Medisinske-diagnosertilstander/Demens.pdf> (Hentet: 31. mars 2023).

Helsedirektoratet (2022 a) *Ernæring og oral helse ved demens*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/ernaering-og-oral-helse-ved-demens#kommunen-skal-vurdere-risiko-for-under-og-feilernaering-hos-mottakere-av-helse-og-omsorgstjenester-herunder-personer-med-demens-praktiskn> (Hentet 10. april.2023).

Helsedirektoratet (2022 b) *Definisjon og avgrensning*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/underernaering/om-underernaering> (Hentet: 31. mars 2023).

Helsedirektoratet (2022 c) *For å vurdere risiko for underernæring anbefales verktøy MST (Malnutrition Screenings Tools)*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-og-behandling-av-underernaering/vurdering-av-risiko-for-underernaering/for-a-vurdere-risiko-for->

[underernaering-anbefales-verktoyet-mst-malnutrition-screening-tool#a6e6ec1f-4031-4c67-b2f6-7a9790db7e97-begrunnelse](#) (Hentet: 30. april 2023).

Helsedirektoratet (2022 d) *Organisering og forankring av ernæringsarbeidet*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-og-behandling-av-underernaering/organisering-og-forankring-av-ernaeringsarbeidet#Virksomens-arbeid-med-ernaering-skal-organiseres-forsvarlig> (Hentet: 25. mars 2023).

Helsedirektoratet (2022 e) *Ernæring og oral helse ved demens*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/ernaering-og-oral-helse-ved-demens> (Hentet: 3. mai 2023).

Helsedirektoratet (2022 f) *Om demens*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/om-demens> (Hentet: 9. mai 2023).

Helsedirektoratet (2022 g) 3. *Krav til kompetanse*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/krav-til-kompetanse#helse-og-omsorgspersonell-skal-ha-kunnskap-om-og-yte-personsentrerte-helse-og-omsorgstjenester-til-personer-med-demens> (Hentet: 9. mai 2023).

Helse- og omsorgsdepartementet (2021) *God og riktig mat hele livet. Nasjonal strategi for godt kosthold og ernæring hos eldre på sykehjem og som mottar hjemmetjenester*. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/hod/folkehelse/i-1204-b_ernaringsstrategi_uu.pdf (Hentet: 1. mai 2023).

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30> (Hentet: 30. april 2023).

Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell*. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_2 (Hentet: 30. januar 2023).

Jacobsen, E.L., og Bye, A. (2015) Ernæring i Grov, E. K. og Holter, I. M.(red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie 1*. 5. utgave. Oslo: Cappelen Damm AS s. 619 - 668.

Kirkevold, M., Brodtkorb, K., Ranhoff A.H. (2010) *Geriatrisk sykepleie - god omsorg til den gamle pasienten* Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.

Kuven, B.M. og Giske, T. (2015) Når mor ikke vil spise - etiske dilemmaer i møte med underernærte mennesker med demens i sykehjem. When mother will not eat - Ethical dilemmas experienced by nurses when encountering malnourished patients, *Nordisk tidsskrift for sykepleieforskning*. Tilgjengelig fra: <https://doi.org/10.1177/0107408315578593> (Hentet: 10. april 2023).

Lea, J.E., Goldberg, R.L., Price, D. A., Tierney, T.L., McInerney, F (2017) Staff awareness of food and fluid care needs for older people with dementia in residential care: A qualitative study, *JCN Journal of clinical nursing*. Tilgjengelig fra: <https://doi.org/10.1111/jocn.14066> (Hentet: 13. mars 2023).

Molven (2019) *Jus og helse*. 9. utgave Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Nasjonalforeningen for folkehelsen (u.å.) *Kommunikasjon og samvær*. Tilgjengelig fra: <https://nasjonalforeningen.no/demens/parende-og-demens/kommunisere/> (Hentet: 5. mai 2023).

Nerizaj, M., Hellman, P., Kumlien, Ch., Andersson, M. & Axelsson, M. (2021) Prevalence of risk for pressure ulcer, malnutrition, poor oral health and falls - a register study among older persons receiving municipal health care in southern Sweden, *BMC Geriatrics*. Tilgjengelig fra: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12877-021-02205-x> (Hentet: 10. april 2023).

Norsk Sykepleierforbund (u.å) *Yrkesetiske retningslinjer*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer> (Hentet 13. mai 2023).

Pasientrettighetsloven (1999) *Lov om pasientrettigheter*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/1999-07-02-63> (Hentet: 2. april 2023).

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient og brukerrettigheter*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (Hentet 30. april 2023).

Van de Rijt, L. J.M, Feast, A.R., Vickerstaff, V., Sampson, E.L., Lobbezoo, F. (2021) Oral function and its association with nutrition and quality of life in nursing home residents with and without dementia: A cross-sectional study, *Gerodontology*. Tilgjengelig fra: <https://doi.org/10.1111/ger.12535> (Hentet: 10. april 2023).

Sortland, K. og Almendingen, K. (2022) *Ernæring - mer enn mat og drikke*. 6. utgave. Bergen: Vigmostad & Bjørke AS.

Samson, H. og Strand, G.V. (2018) Munnhelse i Kirkevold, M., Brodtkorb, K., og Ranhoff A.H. (red.) *Geriatrisk sykepleie God omsorg til den gamle pasienten*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS s. 316 - 323.

Skovdahl, K. og Berentsen, D.V. (2018) Kognitiv svikt og demens i Kirkevold, M., Brodtkorb, K., Ranhoff, A.H. *Geriatrisk sykepleie - god omsorg til den gamle pasienten*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. s. 408 - 437.

Stubberud D-G. (2021) *Kvalitet og pasientsikkerhet. Sykepleierens funksjon og ansvar for kvalitetsarbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Stubberud, D-G., Grønseth, R., Almås, H. (red.) (2016) *Klinisk sykepleie 2*. 5. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

St. meld. nr. 15 (2017-2018) (2018) *Leve hele livet En kvalitetsreform for eldre*. Oslo: Det kongelige Helse -og omsorgsdepartement.

Thidemann, I-J. (2020) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter - Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. 2. utgave Oslo: Universitetsforlaget.

Thoresen, L., Borchsenius, C. Sjøen, R.J. (2019) *Sykepleierens ernæringsbok*. 5. utgave Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Tveiten, S. (2008) *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. 2. utgave. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Ziebolz, D., Werner, Ch., Schmalz, G., Haak, R., Mausberg, R. & Chenot, J-F. (2017) Oral health and nutritional status in nursing home residents - results of an explorative cross-sectional pilot study, *BMC Geriatrics* Tilgjengelig fra: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-017-0429-0> (Hentet: 10. april 2023).

