



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

SYKB390-O-2023-VÅR-FLOWassign

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	03-05-2023 12:00 CEST	<b>Termin:</b>	2023 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	12-05-2023 14:00 CEST	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave		
<b>Flowkode:</b>	203 SYKB390 1 O 2023 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	383
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	7915
----------------------	------

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

### Gruppe

<b>Gruppenavn:</b>	(Anonymisert)
<b>Gruppenummer:</b>	24
<b>Andre medlemmer i gruppen:</b>	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \*

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \*

Nei



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGAVE

Oppfølging av ernæringsstatus av hjemmeboende  
personer med demens – en sykepleiefaglig utfordring

Follow-up of nutritional status of people living at home with dementia – a  
nursing professional challenge

**Kandidatnummer: 383**

Bachelor i sykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Antall ord: 7915

12.05.2023

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1

# Innholdsfortegnelse

1.0 Introduksjon.....	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	6
1.2 Studiens hensikt .....	7
1.3 Problemstilling.....	7
1.4 Avgrensing av problemstilling .....	7
1.5 Definisjon av begreper .....	7
2.0 Teori.....	8
2.1 Demens.....	8
2.2 Underernæring og demens.....	8
2.3 Aldringsprosessen og ernæring .....	9
2.4 Hjemmesykepleie .....	10
2.5 Sykepleieteoretisk perspektiv.....	11
3.0 Metode .....	12
3.1 Design .....	12
3.2 Søkeprosess .....	12
3.2.1 PICO.....	12
3.2.2 Litteratursøk.....	13
3.2.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	14
3.3 Kritisk vurdering .....	15
3.4 Ethiske overveielser.....	15
3.5 Analyse .....	16
4.0 Resultat .....	17
4.1 Litteraturmatrise .....	17
4.2 Kompetanse, tid og ressurser .....	20
4.3 Vurdering og kartlegging av ernæringsstatus.....	21
4.4 Personsentrert omsorg og selvstendighet.....	22
5.0 Diskusjon.....	23
5.1 Metodediskusjon .....	23
5.2 Resultatdiskusjon.....	24
5.2.1 Kompetanse, tid og ressurser.....	24
5.2.2 Vurdering og kartlegging av ernæringsstatus .....	27
5.2.3 Personsentrert omsorg og selvstendighet .....	27
6.0 Oppsummering og implikasjoner for praksis .....	30

7.0 Referanseliste .....	31
8.0 Vedlegg .....	36
8.1 Vedlegg I – Søkehistorikk.....	36

**Tabeller:**

Tabell 1 – PICO-skjema .....	13
Tabell 2 – Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	15
Tabell 3 – Oversikt over hovedtemaer i artiklene .....	17
Tabell 4 – Litteratormatrise .....	18-19

**Figur:**

Figur 1 – Matvarehuset .....	5
------------------------------	---

## Abstract

**Background:** Today, there are over 100,000 people in Norway diagnosed with dementia, and of these, approximately half lives at home. Elderly people with dementia who lives at home have a higher risk of malnutrition, due to the loss of abilities and functions to take care of basic needs. Nutrition is today a major focus in the Norwegian health service, but nevertheless one can see that a large proportion of the elderly are still malnourished.

**Purpose:** The purpose of this study was to look at which factors affects nurses nutritional work among elderly people living at home with dementia.

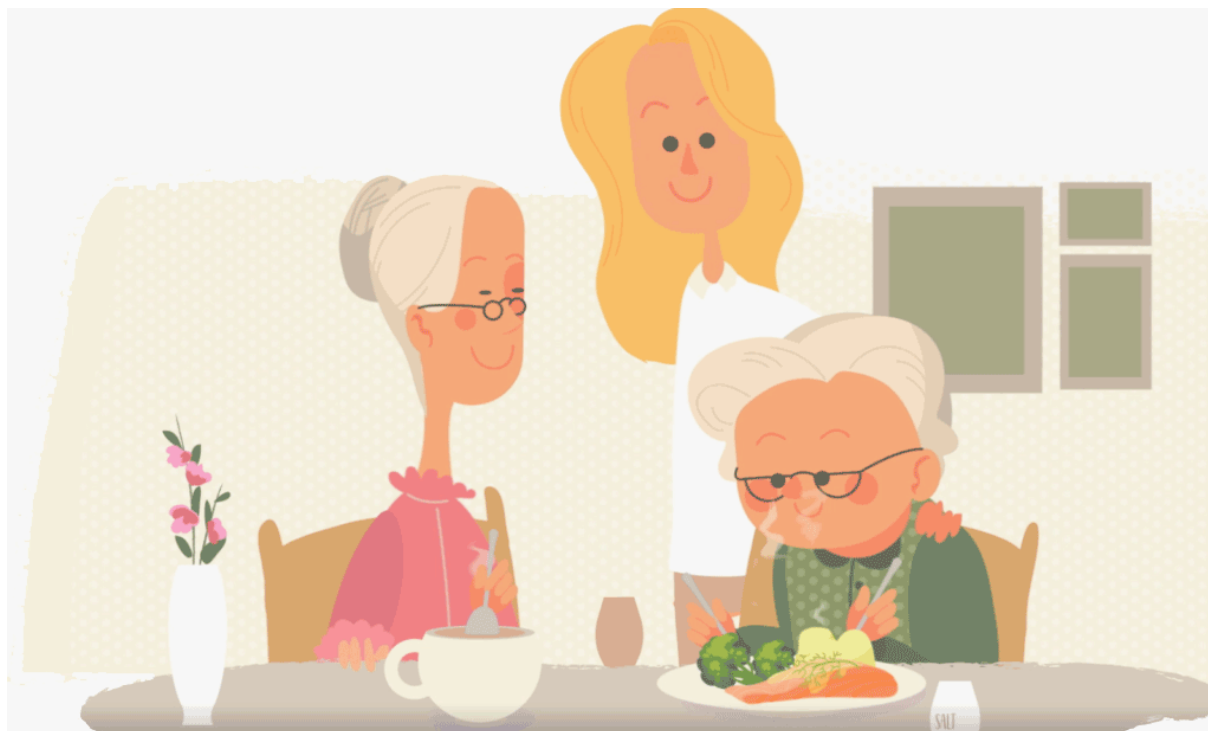
**Method:** This study is a literature study. Five research articles are included to clarify the research question.

**Results:** The included studies show that healthcare professionals have a need for increased knowledge about nutrition among elderly people with dementia living at home. Studies show that healthcare professionals have a lack of both knowledge and competence. Lack of time and resources is highlighted as challenges for nurses and healthcare professionals in their work with elderly people with dementia living at home. Several studies are discussing the importance of screening of nutritional status, but that this is a challenge due to the lack of time. All the included studies highlighted the importance of preserving the independence of the patient by adopting person-centered care.

### **Conclusion:**

Through this study we can see how factors like lack of time, knowledge and competence among nurses and healthcare workers are affecting the nutritional work aimed at elderly people with dementia who lives at home. These factors in turn influence the ability to practice person-centered care. More time, knowledge and competence among healthcare workers is necessary to improve the nutritional care to this patient group.

Figur 1 - Matvarehuset, hentet fra: <https://matvarehuset.no/matomsorg/>



«Mat og måltider må få like høy prioritet og status som annen hjelp som ytes i hjemmet»

(Meld. St. 15 (2017–2018), 2018, s.104)

## 1.0 Introduksjon

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

I dag er det over 100 000 mennesker i Norge som har diagnosen demens, og av disse er det omtrent halvparten som bor hjemme (Nasjonalforeningen for folkehelsen, 2022). Samtidig er det en betydelig andel som ikke har blitt diagnostisert enda. En kan derfor tenke seg at det er en større andel hjemmeboende med demens (Birkeland & Folvik, 2020). Ifølge Helsedirektoratet (2020) er det estimert at det vil bli en fordobling i forekomsten av demens de neste 30-40 årene. Personer med demens er i en sårbar fase, der basale behov ofte blir en utfordring ettersom at sykdommen medfører tap av evner og funksjoner (Aldring og helse, u.å.). Gjennom studier (Keller, 2016; Rognstad et al., 2013) og egne erfaringer fra praksis ser en ofte at hjemmeboende eldre med demens er i ernæringsmessig risiko eller er underernærte.

I dagens samfunn er det et mål at eldre skal kunne bo hjemme så lenge som mulig (Meld. St. 15 (2017–2018), 2018, s.7). Gjennom de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere blir det lagt vekt på at sykepleieren skal ivareta den enkelte pasients verdighet og integritet, der retten til forsvarlig og omsorgsfull hjelp blir trukket frem (NSF, u.å.). Tilstrekkelig og kompetent personell er avgjørende for at sykehus og kommuner skal kunne tilby helse- og omsorgstjenester av god kvalitet. Helse og omsorgsdepartementet presiserer at det har blitt et merkbart større press på personellet i helse- og omsorgstjenestene de siste årene og at Norge står overfor store utfordringer knyttet til tilgang på personell (NOU 2023: 4, s.11). Under helse- og omsorgsdepartementet sin reform «Leve hele livet» kommer det frem at mange eldre ikke får ivaretatt sine grunnleggende behov for mat, ernæring og gode måltidsopplevelser (Meld. St. 15 (2017–2018), 2018, s.103). Utviklingen med flere eldre som har komplekse og sammensatte tilstander fører til at det stilles høyere krav til hjemmesykepleien, som allerede er rammet av et høyt tidspress i sin arbeidshverdag (Lunde & Otterlei, 2020, s.161-162). Ernæring har i dag et stort fokus blant sykepleiere, men likevel kan en se at en stor andel eldre fortsatt er underernærte (Evju & Lindgren, 2017).



## 1.2 Studiens hensikt

Hensikten med studien er å se på hvilke faktorer som påvirker sykepleiernes ernæringspraksis til eldre hjemmeboende med demens.

## 1.3 Problemstilling

*Hvilke faktorer påvirker sykepleiernes ernæringspraksis til eldre hjemmeboende med demens?*

## 1.4 Avgrensning av problemstilling

I denne litteraturstudien er det valgt å ta sikte på eldre hjemmeboende personer med demens som mottar hjemmesykepleie. Oppgaven vil ikke legge vekt på om pasienten er aleneboende eller ikke. Pårørende blir ikke inkludert i oppgaven. Forekomsten av demens er økende med alder, og det er derfor valgt å sette søkelys på den eldre pasienten, altså personer over 65 år (Strand et al., 2021).

Ved underernæring vil det i utgangspunktet legges stor vekt på et tverrfaglig samarbeid mellom ulike profesjoner. Som sykepleier har en ofte et tett samarbeid med blant annet ernæringsfysiolog, lege og ergoterapeut (Woldstad et al., 2020). Denne oppgaven vil vektlegge sykepleiers funksjon, og tverrfaglig samarbeid vil derfor ikke inkluderes i oppgaven.

## 1.5 Definisjon av begreper

**Ernæringspraksis:** Oppfølging av ernæringsmessige behov. Helsepersonell skal kunne avdekke, forebygge og behandle underernæring (Helsedirektoratet, 2016).

**Pasient:** I hjemmesykepleien blir ofte ordene «bruker» og «pasient» brukt om personen som mottar hjemmesykepleie. I denne oppgaven vil ordet «pasient» bli brukt (Helsedirektoratet, 2018).

**Personsentrert omsorg:** Et begrep som handler om å møte hver enkelt pasient som et unikt individ der pasientens ønsker, og behov står i sentrum (Kristoffersen et al. 2019a, s.101-102).

## 2.0 Teori

### 2.1 Demens

Demens er en kronisk, uhelbredelig tilstand som forårsakes av ulike sykdommer eller skader i hjernen (Aldring og helse, u.å.). Demenssykdom er en sykdom som fører til redusert mental kapasitet da deler av hjernen blir ødelagt. Dette fører til en rekke ulike symptomer.

Sviktende kort- og langtidshukommelse, orienteringsvansker, språkvansker, forvirring rundt tid og sted, redusert dømmekraft, endringer i humør og personlighet, samt væremåte er noen av de vanligste symptomene (Aldring og helse, u.å.). Det finnes ingen kur mot demens, men det finnes medisiner som kan bremse utviklingen av sykdommen. Samtidig er det viktig at personer med demens kan fortsette å leve livet sitt mest mulig likt som de gjorde før sykdomsdebut. Hjemmesykepleien er ofte de første som blir påkoblet når noen utvikler demenssykdom (Birkeland & Folvik, 2020). Det kan være vanskelig å oppdage en begynnende demenstilstand, da personen ofte vil dekke over symptomene. Sykdommen kan derfor i mange tilfeller ha komt langt i utviklingen før hjelpeapparatet får komme til. Etter stilt diagnose vil personsentrert omsorg og oppfølging stå sentralt. Dette for å opprettholde funksjon og hjelpe pasienten til å opprettholde et liv som er fylt av personens interesser og gleder (Aldring og helse, u.å.).

### 2.2 Underernæring og demens

Underernæring er ifølge Helsedirektoratet «en tilstand der mangel på energi eller protein gir vekttap og redusert muskelmasse som fører til forverret fysisk eller mental funksjon og til dårligere utfall ved sykdom» (Helsedirektoratet, 2022b). Eldre med demens har en stor risiko for å bli underernærte (Helsedirektoratet, 2020). Dette kommer blant annet av de fysiologiske endringene som skjer i kroppen ved aldring. Samtidig ser en gjerne at den kognitive svikten fører til redusert evne til å handle dagligvarer og tilberede mat på egenhånd, redusert spiseevne og redusert evne til å gjenkjenne mat som en matvare. Personer med demens glemmer ofte å spise og hvor mye de har spist i løpet av en dag. På denne måten blir ofte næringsinntaket lite. Dårlig ernæringsstatus hos personer med demens fører ofte til en negativ påvirkning av helsetilstanden, som forverring av kognitiv funksjon, økt infeksjonsfare, tap av selvstendighet, nedsatt muskelstyrke, økt fallfare, samt økt dødelighet (Helsedirektoratet, 2020). Ernæringsarbeidet omfatter både forebyggende tiltak, samt ernæringsarbeid ved sykdom. I helsedirektoratet sin nasjonale faglige

retningslinje for demens kommer det frem at ved ernæringsarbeid til denne pasientgruppen vil det være viktig å observere at pasienten faktisk spiser, observere hva personen mestrer i spisesituasjonen uten instruksjon, vurdere hjelp til matinnkjøp, vurdere hjelp til matlaging og vurdere endrede matvaner og ubalansert næringsinntak (Helsedirektoratet, 2020).

### 2.3 Aldringsprosessen og ernæring

Sykdom og funksjonssvikt rammer ofte eldre, og det vil derfor være viktig å ha kunnskap om hvordan alder påvirker kosthold og ernæringsstatus. Energibehovet hos eldre vil synke noe, dette kommer av endringer i kroppssammensetningen med reduksjon av muskulatur og kroppsvæske og økning av fettmasse (Kristoffersen et al., 2019b, s.206). I 70 - 80 års alderen kan muskelmassen være redusert med hele 40 - 50 %. Dette kan forklare at energibehovet avtar. Eldre vil også være mer utsatt for sarkopeni som følge av endringen i kroppssammensetningen. Sarkopeni blir definert som en tilstand med tap av muskelmasse og styrke i skjelettet. Tilstanden kan medføre fysisk svekkelse, nedsatt livskvalitet og død (Cruz-Jentoft et al., 2010). Dårlig ernæring, spesielt proteinfattig kost har også vist seg å være en av årsakene til utvikling av sarkopeni. Dette vil igjen føre til nedsatt muskelstyrke og funksjon (Aagard & Grøndahl, 2017).

Ved økende alder vil det også oppstå en endring i smak- og luktesans, samt at den blir dårligere (Sortland & Almendingen, 2022, s.147-150). Endringen gjør at eldre ofte foretrekker mat som smaker søtt. Dette kan føre til at man spiser mer av søte mellommåltider og dessert fremfor mer næringsrike hovedmåltider. Fordøyelsessystemet er også i en endring ved økende alder. Endringer i magesekken som redusert produksjon av saltsyre og fordøyelsesenzymer pepsin medfører ofte redusert opptak av viktige vitaminer og mineraler som vitamin B<sub>12</sub>, jern, kalsium og sink. En ser ofte at munn- og svelgeproblemer oppstår, dette opptrer gjerne som tap av tenner, dårlig tilpasset tannprotese, soppinfeksjoner i munnhulen, betennelse i tannkjøttet, munntørrehet og dårlig munnhygiene. Alle disse faktorene vil i stor grad påvirke appetitten i negativ retning. Opptak av vitamin D reduseres også med alderen da nyrenes omdannelse av vitamin D til den aktive formen blir mindre effektiv, i tillegg til at huden ikke tar opp like mye lenger. En ser derfor at eldre ofte har et økt behov for vitamin D gjennom kosten. For eldre er det også kjent at væskeinntaket ofte går ned. Redusert væskeinntak er ofte sett i sammenheng med redusert tørstefølelse,

svelgeproblemer, at de ikke klarer å drikke på egenhånd eller at de glemmer å drikke (Sortland & Almendingen, 2022, s.147-150).

#### 2.4 Hjemmesykepleie

Hjemmesykepleie er en fellesbetegnelse på all sykepleie som utføres i hjemmet, enten at det utføres av en sykepleier eller annet helsepersonell (Birkeland & Folvik, 2020, s.13). I hjemmesykepleien har sykepleiere pasientens hjem som arbeidsarena. For de fleste betyr hjemmet noe spesielt, det er derfor viktig som sykepleier å opptre med varsomhet og respekt. Hjemmesykepleie vil i stor grad bygge på at pasienten skal kunne mestre hverdagen i sitt eget hjem så lenge det er forsvarlig og ønskelig. Pasienter som mottar hjemmesykepleie, har til felles at de ofte har en funksjonsnedsettelse eller sykdom som gjør at de ikke lenger klarer å ivareta sine grunnleggende behov. Det varierer fra pasient til pasient hvor stort hjelpe- og pleiebehovet er. Dette kan være alt fra det å trenge hjelp til daglige gjøremål som å spise og stelle seg til mer kompliserte sårstell, legemiddelhåndtering eller håndtering av forskjellig medisinsk teknisk utstyr (Birkeland & Folvik, 2020, s.15). Å utøve denne helsehjelpen krever kompetanse, og ifølge pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 defineres helsehjelp som «handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som er utført av helsepersonell» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1-3). Det er akkurat dette hjemmesykepleien skal bygge på. Forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostisering, behandling og oppfølging står som hovedpilarer. På denne måten sikrer en både helhetlig og effektiv omsorg (Birkeland & Folvik, 2020, s.15).

Gjennom Helsedirektoratet (2022a) kommer det frem at alle pasienter som mottar helsetjenester i hjemmet skal vurderes for underernæring ved oppstart av helse- og omsorgstjenester, og deretter etter en gitt frekvens. Statens helsetilsyn gjennomførte i 2010 en undersøkelse i 48 kommuner i Norge. Resultatene viste brudd på lovverk i 32 av kommunene. Felles for mange av kommunene var at de manglet en innarbeidet praksis for hvordan hjemmetjenesten skulle fange opp og ivareta personer med demens. Samtidig manglet mange av kommunene tiltak og ordninger som sikrer kontinuitet og regelmessighet til personer med demens (Helsetilsynet, 2011).

## 2.5 Sykepleieteoretisk perspektiv

Gjennom oppgaven vil jeg ta i bruk sykepleieteoretiker Virginia Henderson. Sentralt i Hendersons tenkning står menneskets grunnleggende behov. Samtidig blir det lagt stor vekt på sykepleierens funksjon til å hjelpe mennesket til å utføre gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse (Henderson, 1998, s.41-47). Henderson beskriver at hun helt fra sin egen praksis i sykehus har stilt spørsmål ved sykepleierrutiner som gir begrensninger av menneskets grunnleggende behov som husvære, mat, kommunikasjon med andre, samvær med dem man er glad i, muligheten til å få anerkjennelse, arbeide, leke og dyrke sin tro. Henderson bygger videre på dette ved å beskrive at dersom vi som sykepleier over lengre tid fratar det et menneske verdsetter høyest og som gir mest glede, blir følelsen av å bli fratatt noe verre enn sykdommen vi prøver å kurere. Henderson uttrykker det som et mål for sykepleieren å bevare hverdagen til mennesket så normal som mulig (Henderson, 1998, s.41-47).

I sammenheng med Hendersons interesse for menneskets grunnleggende behov kom hun i 1955 ut med en lærebok som satt fokus på sykepleierens ansvar for å avdekke og hjelpe pasienten med sine grunnleggende behov. Her blir både fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle behov inkludert. Hendersons tanker ble etter hvert lagt til grunn som sykepleiens grunnprinsipper og formulert av det internasjonale sykepleierrådet (Kirkevold, 2020). Et av Hendersons punkter ble formulert slik «Å hjelpe pasienten å spise og drikke tilstrekkelig» (Henderson, 1997, s.30-34). Henderson beskriver det som at det ikke er noe annet fag i sykepleieutdanningen som er viktigere enn læren om kost- og diett. Hun legger stor vekt på at det er sykepleieren som best kan observere matinntak, fordi det er de som har kontinuerlig kontakt med pasienten. Det er derfor nødvendig at sykepleieren har god kunnskap på feltet. Henderson hevder at det kreves klokskap, oppfinnsomhet og interesse for å kunne drive godt ernæringsarbeid. Dersom mange sykepleiere er oppdaterte rundt dette kan en redusere bruken av næringstilførsel gjennom sonde eller intravenøst. På denne måten kan en hjelpe pasienten til å bli selvstendig rundt sin egen ernærings situasjon (Henderson, 1997, s.30-34). Funksjonen til sykepleieren vil derfor innebære å hjelpe pasienten til å ivareta de grunnleggende behovene. For at sykepleieren skal kunne gjøre dette på best mulig måte vil det være nødvendig med god kunnskap innen både biologiske og sosiale forhold (Henderson, 1998, s.41-47).

## 3.0 Metode

### 3.1 Design

Denne bacheloroppgaven er en litteraturstudie. En litteraturstudie har som hensikt å presentere forskningsresultater fra relevante studier som gir svar på en gitt problemstilling. For å finne relevant litteratur til problemstillingen vil det derfor være nødvendig å gjennomføre systematiske søk i ulike databaser (Folkehelseinstituttet, 2021).

I denne oppgaven vil det bli inkludert både kvalitative og kvantitative studier. Kvalitative studier dykker dypt ned i et enkelt tema, og har som mål å få informasjon om personer sine tanker, opplevelser, erfaringer og forventninger knyttet til et tema. Kvantitative studier er mer strukturert og statistisk, samtidig gir det en bredere oversikt over temaet. Jeg vil inkludere kvalitative studier for å vise hvilke tanker og erfaringer sykepleiere har rundt ernæringsarbeid. De kvantitative studiene vil inkluderes for å bygge opp under erfaringene og tankene til sykepleierne i de kvalitative studiene (Thidemann, 2019).

### 3.2 Søkeprosess

Søkeprosessen startet allerede da jeg leverte prosjektplan i oktober 2022. Det var da jeg startet å legge en plan for hvordan jeg skulle gå frem i søkeprosessen. Et systematisk litteratursøk er planlagt, begrunnet, dokumentert og etterprøvbart (Thidemann, 2019). Et slikt søk er en prosess som gjerne må gjentas for å kunne finne ut hvilke søkeord som gir relevant litteratur.

#### 3.2.1 PICO

I den første fasen av et litteratursøk vil det være viktig å konkretisere informasjonsbehovet, altså hvilken litteratur en er på jakt etter. Problemstillingen vil i stor grad styre hvilken informasjon en vil trenge. I denne prosessen benyttet jeg rammeverket PICO, som bidro til en mer oversiktlig og systematisk søkeprosess. Rammeverket har flere funksjoner og skal blant annet hjelpe til i arbeidet med å fokusere og presisere spørsmålet, klargjøre hva en vil inkludere og ekskludere, identifisere søkeord og begreper som er nyttige å bruke i selve søket, samt hvordan organisere og koble disse sammen på best mulig måte (Thidemann, 2019). I noen tilfeller kan det være vanskelig å plassere punktet C (comparison/sammenligning) inn i PICO-skjemaet, da det ikke alltid er relevant for den

valgte problemstillingen (Thidemann, 2019). I min oppgave var dette tilfellet. Det er derfor kun punktene P, I og O som er inkludert i mitt skjema. Hva bokstavene står for er vist nærmere i tabellen (Tabell 1). I PICO-skjemaet har jeg brukt MeSH. MeSH er en terminologibase som omfatter helsefaglige og medisinske termer på norsk og engelsk, som bidrar til å finne relevante søkeord (Folkehelseinstituttet, 2016). Dette er vist i tabellen under (Tabell 1).

Tabell 1 - PICO-skjema

Pasient/populasjon	Intervensjon/tiltak	Comparison/Sammenligning	Outcome/Utfall
Hjemmeboende Eldre Demens	Sykepleie Helsefremmende Ernæringsstatus Underernæring Hjemmesykepleie		Kvalitetsforbedring
Living at home Independent living Elderly Dementia	Nursing Health Promotion Malnutrition Nutrition Mealtime Home care Home care services Community care Home health care		Quality improvement

### 3.2.2 Litteratursøk

Videre i søkeprosessen satt jeg meg inn i hvordan kunnskapspyramiden er bygd opp. Kunnskapspyramiden viser hvilke databaser som er lurt å starte litteratursøket i (Folkehelseinstituttet, 2021). Jeg startet å søke i kliniske oppslagsverk som UpToDate og BMJ Best Practice. I disse databasene fant jeg mye oppsummert forskning, og fikk dermed et svar på at det fantes mye forskning på temaet. Videre valgte jeg å jobbe i databaser som Medline Ovid, Pubmed, Cinahl og Swemed+. Dette er alle databaser som dekker sykepleieforskning (Thidemann, 2019). Jeg startet å søke i databasene Medline Ovid og Pubmed. Videre i søkeprosessen tok jeg kontakt med en bibliotekar for å få hjelp til å søke. Sammen gjorde vi et søk i databasen Cinahl. I denne databasen fant jeg en systematisk oversiktsartikkel, som trakk inn mye av forskning gjort ført utgivelsestidspunkt. Oversiktsartikkelen baserte seg på forskning utgitt frem til 2016. Det ble sjekket at de øvrige inkluderte artiklene i oppgaven

ikke var inkludert i den systematiske oversiktsartikkelen. Videre valgte jeg å søke i databasen Swemed+. I denne databasen valgte jeg å gjøre et enkelt søk med norske søkeord. Til slutt valgte jeg å gjøre et nytt søk i Medline Ovid, ettersom at jeg ønsket å finne enda en artikkel som kunne inkluderes. Det ble derfor gjort enda et søk i denne databasen, men med andre søkeord.

Søkeordene som ble brukt i de ulike databasene er basert på sentrale begrep i problemstillingen. Søkeordene ble brukt i ulike varianter både på norsk og engelsk. I søkene ble det både brukt emneord og tekstord. Det ble brukt flest emneord, da disse beskriver innholdet i artikler. Tekstord, også kalt ord i fritekst ble brukt i noen av søkene. Ved bruk av disse vil systemet lete etter ordene blant annet i tittelen og sammendraget, og det er ikke alltid at databasen gjenspeiler innholdet i artikkelen. Det blir derfor anbefalt å bruke emneord som databasen har i sitt emneordsystem (Thidemann, 2019). Søkeordene ble kombinert med de boolske operatørene «OR» og «AND» (Thidemann, 2019). Søkene ble avgrenset etter inklusjons- og eksklusjonskriteriene (Tabell 2). Søkene er dokumentert i et vedlegg for søkehistorikk (Vedlegg I). Her kommer det også frem hvor mange treff jeg fikk i de ulike databasene, hvor mange abstrakt og fulltekst artikler som ble lest, samt hvor mange artikler som ble inkludert i oppgaven.

### 3.2.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Ved å definere inklusjons- og eksklusjonskriterier vil det være enklere å avgrense mengden litteratur i litteratursøket. Dette vil gjøre søket mer hensiktsmessig, da en vil få opp mer relevant litteratur. Inklusjons- og eksklusjonskriteriene i min oppgave ble basert på den valgte problemstillingen (Thidemann, 2019). Kriteriene er vist i tabellen under (Tabell 2).



Tabell 2 - Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Artikler utgitt i 2013 eller senere	Artikler eldre enn 2013
Engelske og skandinaviske artikler	Fremmedspråklige artikler
Hjemmeboende	Pasienter innlagt i sykehus eller institusjon
Eldre med demens	Artikler som tar for seg personer som ikke har demens
Fagfellevurderte artikler	Artikler som omhandler personer under 65 år.

### 3.3 Kritisk vurdering

Når artiklene var valgt ut begynte arbeidet med å gjøre en grundig kvalitetsvurdering. Ved en kvalitetsvurdering vil gyldighet, metodisk kvalitet og overførbarhet være sentrale holdepunkter. Disse holdepunktene ble brukt ved min kvalitetsvurdering av artiklene. Det finnes ingen fasit på hvordan en skal kvalitetsvurdere en studie, men vurderingen skal minst inneholde formål og problemstillingen med studien, design, utvalg, måleinstrument, analyse og tolkning (Forsberg & Wengström, 2015). Studiene jeg har valgt ut ble vurdert etter disse kriteriene ved hjelp av sjekklister (Folkehelseinstituttet, 2021). Jeg brukte ulike typer sjekklister fra Helsebiblioteket etter hvilket studiedesign artikkelen hadde. Jeg brukte sjekklister som passet de inkluderte artiklene og deres studiedesign. Dette var sjekklister for kvalitative studier, systematiske oversiktsartikler og prevalensstudier (Folkehelseinstituttet, 2021). På denne måten fikk jeg et godt systematisk overblikk over kvaliteten på den valgte studien. Samtidig var det sentralt å tenke på om studien og da spesielt resultatene hadde god relevans for min problemstilling. I Meyer et al. (2017) var det ikke fokus på personer med demens, men mange av resultatene var likevel relevante for min problemstilling. Studien ble derfor nøye vurdert og deretter inkludert. Andre momenter som dukket opp gjennom kvalitetsvurderingen blir presentert videre i litteraturmatrisen (Tabell 4).

### 3.4 Etske overveielser

I vitenskapelig forskning vil det i de fleste tilfeller være et krav med etisk godkjenning (Forsberg & Wengström, 2015). I denne oppgaven var etiske hensyn viktig å opprettholde, da problemstillingen omhandler hjemmeboende pasienter med en demensdiagnose.

Hjemmet til pasienten skal være en trygg og personlig arena, og ved en demensdiagnose vil det være ekstra viktig å opptre med varsomhet, respekt og medmenneskelighet (Birkeland & Folvik, 2020). Ved kvalitetsvurderingen av artiklene var det naturlig å se etter en etisk godkjenning, spesielt da noen av artiklene inkluderte både helsepersonell og pasienter. Jeg fant etisk godkjenning i (Johansson, Wijk, et al., 2017; Meyer et al., 2017; Mole et al., 2019). I Johansson, Wijk, et al. (2017) ble ikke deltakerne informert om et spesifikt forskningsprosjekt, men det ble kun hentet anonymiserte opplysninger fra kvalitetsregistrene. Studien ble også godkjent av et regionalt etisk utvalg i Sverige. I Johansson, Björklund, et al. (2017) og Mole et al. (2017) kom det frem at det ikke var nødvendig med en slik godkjenning. Studien til Johansson, Björklund, et al. (2017) ble derimot gjennomgått av en forskningsetisk komité i Sverige, der komiteen ikke hadde noen etiske innvendinger.

### 3.5 Analyse

Analyse innebærer å dele opp funnene og undersøke hver enkel studie. Videre i analysearbeidet fortsetter syntesen, der hovedfunnene blir satt sammen som en helhet. Under analyseprosessen blir funnene i datasamlingen systematisert og kategorisert etter temaer som er gjentakende (Thidemann, 2019).

Analysearbeidet startet med at artiklene ble lest grundig for å få en helhetlig og samlet forståelse. Artiklene ble så delt opp i mindre deler og systematisert. Systematiseringen ble gjort på bakgrunn av gjentakende tema som var relevante for min problemstilling (Thidemann, 2019). De gjentakende temaene ble markert i teksten med ulike fargekoder. På denne måten ble arbeidet oversiktlig. Funnene og resultatene av artiklene ble også ført inn i en litteratormatrise som er vist i resultatkapittelet (Tabell 4).

I den neste prosessen av analysearbeidet ble det studert likheter og ulikheter i artiklene. Ved hjelp av fargekodene ble prosessen i å sammenfatte funnene enklere (Thidemann, 2019). I denne prosessen fikk jeg en oversikt over temaer som gikk igjen og de som skilte seg ut. De gjentakende temaene ble slått sammen til hovedtemaer, som er vist i tabellen under (Tabell 3). Dette gav en bedre forståelse for det videre arbeidet. Ulike sitat er tatt ut fra de aktuelle artiklene for å kunne belyse resultatene.

## 4.0 Resultat

Søkene i Medline Ovid og Pubmed førte til tre inkluderte studier (Johansson, Björklund, et al., 2017; Johansson, Wijk, et al., 2017; Mole et al., 2019). Etter søket i Cinahl satt jeg igjen med en inkludert studie (Mole et al., 2017). Ut fra søket i Swemed+ ble det inkludert en studie (Meyer et al., 2017). Etter søkeprosessen satt jeg igjen med 5 artikler som jeg valgte å inkludere i oppgaven. Videre i denne delen av oppgaven vil resultatene fra de ulike artiklene presenteres gjennom tre hovedtema som er vist i tabellen nedenfor (Tabell 3).

*Tabell 3 - Oversikt over hovedtemaer i artiklene*

Hovedtema 1	Kompetanse, tid og ressurser
Hovedtema 2	Vurdering og kartlegging av ernæringsstatus
Hovedtema 3	Personsentrert omsorg og selvstendighet

### 4.1 Litteraturmatrise

For å gi en god oversikt over den viktigste informasjonen fra studiene har jeg valgt å fremstille resultatene i en litteraturmatrise. I matrisen ble artiklene sammenstilt og den viktigste informasjonen fra hver artikkel ble notert. Dette får frem hovedelementene i artikkelen på en god måte (Thidemann, 2019).

Tabell 4 - Litteratormatrise

Forfatter (år)	Hensikt	Design/Metode	Utvalg	Resultat	Kommentar
Johansson, L. Björklund, A. et al. 2017.	Utforske personalets synspunkter på hvordan en kan forbedre måltider for personer med demens som bor hjemme.	Kvalitativ studie.  Fokusgruppeintervju – data samlet inn i løpet av 2011 – 2012.	4 ulike fokusgrupper med helsepersonell som arbeider med personer med demens og ernæring. Alle jobbet i en kommune i Sør-Sverige.	For å forbedre måltider for personer med demens bør en personsentrert tilnærming brukes. Dette vil øke selvstendighet hos pasienten. Omsorgen som gis må bygge på individuelle behov hos pasienten. Deltakerne hadde nytte av å dele kunnskap og erfaringer med hverandre.	Studien er gjennomgått av en forskningsetisk komité.  Det var i liten grad uenigheter blant deltakerne, noe som kan ses på som en ulempe for studien.
Johansson, L. Wijk, H. et al. 2017.	Å undersøke resultat av endring i kroppsvekt ved brukt av en forebyggende omsorgsprosess.	Pre-post design	1912 personer som bor hjemme eller i spesialbolig i Sverige. Deltakerne var registrert i to ulike kvalitetsregister i Sverige.	74,3% var underernært eller i risiko for underernæring. Deltakerne økte i kroppsvekt fra baseline til oppfølging ved bruk av omsorgsprosessen.	Etisk godkjent.
Meyer, S.E. et al. 2017.	Utforske hvordan personalet i hjemmesykepleien fortolker og ivaretar forsvarlig ernæringspraksis.	Kvalitativ studie.  Gruppeintervju (tematisk intervjuguide).	19 sykepleiere med 75% stilling eller mer i hjemmesykepleien i to ulike kommuner deltok i studien. Derav var to faglige ledere.	Ledelsen må være aktive for kvalitetsutvikling. Viktigheten av personsentrert omsorg. Lav bemanning og tidspress som utfordring.	Etisk godkjent.  Studien ser ikke direkte på pasienter med demens.  Kan forekomme feilkilder i gruppeintervju.

Mole, L. et al. 2017	Å undersøke forskning på ernæringsarbeid til hjemmeboende med demens.	Systematisk oversiktsartikkel	Artikkelen tar utgangspunkt i 63 ulike artikler.	Viktigheten av selvstendighet. Mangel på kunnskap blant helsepersonell.	Etisk godkjenning var ikke nødvendig.  Artikler som inneholdt populasjoner både med demens og ikke ble ekskludert, noe som kan ha ført til at noe informasjon er gått glipp av.  Vurdering av kvalitet på de inkluderte artiklene er ikke gjennomført.
Mole, L. et al. 2019	Å forstå erfaringene til helsepersonell rundt ernæringsarbeid til eldre hjemmeboende med demens.	Kvalitativ studie (Fortolkende fenomenologisk analyse).	Intervju med syv helsepersonell og hjemmetjenestearbeidere som jobbet i Sør-Vest England.	Mangel på kunnskap om ernæring. Mangel på tid. Trenger økt bevissthet rundt ernæring.	Etisk godkjent.  Bruk av case i intervjuene.

#### 4.2 Kompetanse, tid og ressurser

I studien til Mole et al. (2019) kom det frem at helsepersonell trenger mer opplæring og kunnskap for å kunne utøve riktig oppfølging og omsorg knyttet til ernæring til personer som lever hjemme med demens. Dette kom også frem i (Meyer et al., 2017; Mole et al., 2017). Gjennom intervjuene til Mole, L. et al. (2019) snakket flere deltakere om hvordan de kunne forbedre ernæringsarbeidet til hjemmeboende personer med demens. Et gjentakende tema var viktigheten av økt bevissthet rundt ernæringsproblemer, samt mer opplæring om ernæring for helsepersonell. Deltakerne følte at de hadde manglende kunnskap rundt ernæring for hjemmeboende personer med demens. Flere av deltakerne mente at det var behov for økt kunnskap for å kunne identifisere underernæring i tide, samt sette i verk passende tiltak. Noen deltakere mente også at yngre helsepersonell har mindre kunnskap om ernæring. Forskjeller i skoleundervisning når det gjelder ernæring ble oppgitt som årsak til dette. Mole, L. et al. (2019) diskuterte videre viktigheten av å ha helsepersonell som er i stand til å identifisere mulige helserisikoer som kan føre til forverring av helsen. I Meyer et al. (2017) kom det frem at sykepleierne syntes at det var nødvendig med en felles forståelse om hva underernæring er, hvorfor det oppstår og hvilke tiltak som burde settes i gang. Denne forståelsen fikk de gjennom nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. I Johansson, Björklund, et al. (2017) kom det frem at kunnskap om hvordan en kan tilrettelegge og støtte måltidsituasjonen for hjemmeboende med demens var svært viktig. Videre gjennom studien kom det frem gjennom deltakerne at ernæringsarbeidet burde bli gitt av personale med spesiell kunnskap om demens. Dette ble begrunnet med at kunnskap og interesse for demens kunne øke evnen til å ta tak i den aktuelle problemstillingen. Deltakerne ytret også at refleksjonsmøter i arbeidshverdagen var til nytte, der de kunne dele erfaringer og dermed øke kunnskapen i forhold til ernæring og måltider hos hjemmeboende med demens (Johansson, Björklund, et al., 2017).

Både Meyer et al. (2017) og Mole et al. (2019) diskuterte konsekvensene av mangel på tid og ressurser i helsetjenesten. Begge artiklene poengterte viktigheten av god tid hos hjemmeboende personer med demens, spesielt ved ernæringsproblemer. Flere av deltakerne i Mole et al. (2019) mente at noe av grunnen til en lite effektiv ernæringspraksis var begrenset tid hos pasienten per besøk. Videre kom det frem at hensikten til helsepersonell som jobber i hjemmetjenesten var å fremme god helse, samt selvstendighet

hos pasienten. Mole et al. (2019) diskuterte at dette ikke kom overens med den tidsbaserte modellen som blir brukt i helsevesenet. Gjennom Johansson, Björklund, et al. (2017) kom det frem at god tid hos pasienten under hjemmebesøk var gunstig for å identifisere økt hjelpebehov. Noen av deltakerne mente at det var nødvendig å være til stede under måltidet for å sikre at pasienten begynte å spise og maten ble spist opp. En av deltakerne i Meyer et al. (2017) formidlet; «Vi kan risikere å være der en time på morgenrunden, man har på en måte ikke tid til å sitte der og se på at hun spiser» (Meyer et al., 2017, s.4). Tidsrammen ble også diskutert i Mole et al. (2019) der tilstedeværelse under måltidet ikke kunne støttes grunnet tidsrammen. Noen av deltakerne i Johansson, Björklund, et al. (2017) og Mole et al. (2019) foreslo at å lage mat sammen med pasienten kunne vært et godt tiltak for underernæring. Dette for å skape en hyggelig aktivitet sammen og dermed fremme appetitt. Dette tiltaket kunne også være med å bevare selvstendigheten til pasienten. Gjennom Mole et al. (2019) kom det likevel frem at dette i liten grad er mulig å få til grunnet mangel på tid. Det kom også frem at mange pasienter er støttet av måltider levert av kommunen eller andre hurtigmat-løsninger, dette for at helsepersonell skal spare tid ved matlaging hos pasienten (Mole et al., 2019). I Meyer et al. (2017) uttrykte flere av deltakerne bekymring rundt bemanningssituasjonen. Det kom frem at dette var begrensende for å gjennomføre gunstig ernæringsoppfølging i form av ernæringskartlegging.

#### 4.3 Vurdering og kartlegging av ernæringsstatus

Flere av de inkluderte studiene omtaler ernæringskartlegging som en viktig del av ernæringsarbeidet (Johansson, Wijk et al., 2017.; Meyer et al., 2017; Mole et al., 2017; Mole et al., 2019). Ernæringsstatus hos hjemmeboende personer med økt risiko for underernæring burde kartlegges så tidlig som mulig ved bruk av et screeningverktøy (Mole et al., 2017). I studien til Meyer et al. (2017) ble det lagt vekt på å gjennomføre vurdering av ernæringsmessig risiko så tidlig som mulig, og deretter månedlig. Deltakerne i studien til Meyer et al. (2017) uttrykte at ernæringsoppfølgingen skludde fort ut dersom ledelsen ikke i større grad implementerte rutiner for ernæringsoppfølging i form av å velge et lokalt screeningverktøy. Videre kom det frem at diskusjonen om kartleggingsverktøy kan ende med at ingen verktøy blir brukt, da det ikke blir enighet i hvilket som egner seg best. I studien Johansson, Wijk, et al. (2017) kom det frem at ved hjelp av en strukturert forebyggende omsorgsprosess kunne en forbedre ernæringsstatusen til personer med demens som er

underernært eller er i risiko for underernæring. Denne prosessen innebar vurdering, analysering av underliggende årsaker til underernæring, utføring av tiltak og evaluering av disse.

#### 4.4 Personsentrert omsorg og selvstendighet

Alle studiene la vekt på viktigheten av å opprettholde selvstendighet, samt utøve personsentrert omsorg (Johansson, Björklund, et al., 2017; Johansson, Wijk, et al., 2017; Meyer et al., 2017; Mole et al., 2017; Mole et al., 2019). Studien til Johansson, Björklund, et al. (2017) viste at det hadde en positiv effekt at pasienten hadde kjennskap til maten som ble servert. Betydningen av at personalet har kjennskap til pasienten og dens situasjon ble diskutert videre og at dette var nødvendig for å kunne utøve god personsentrert omsorg til personer med demens. I Mole et al. (2017) kom det frem at hjemmeboende personer med demens hadde et behov for selvstendighet, og at de ofte skjuler problemer knyttet til ernæring i frykt for å miste selvstendigheten sin. I Meyer et al. (2017) kom det frem at en utfordring i ernæringsarbeidet til hjemmeboende pasienter med demens var å understøtte den hjemmeboende sin selvstendighet og samtidig skulle indentifisere problemer knyttet til ernæring som redusert appetitt og vekttap. Noen av deltakerne i studien til Mole et al. (2019) poengterte hvor viktig de synes det var å involvere pasienten i prosessen, spesielt knyttet til matlaging. Dette kom også frem i Johansson, Björklund, et al. (2017), der deltakerne mente at det var viktig å tilby støtte og veiledning, fremfor å ta over oppgavene knyttet til matlaging. Deltakerne diskuterte også viktigheten av å involvere pasienten i forberedelsene til måltidet, noe som for eksempel kunne innebære at pasienten tilberedte frokost eller kveldsmåltid, i stede for å tilberede alle måltid. I studien kom det også frem at mange pasienter kunne ha god effekt av måltider på dagsenter (Johansson, Björklund, et al., 2017). Ernæring bør være en integrert del av den personsentrerte omsorgen for personer som lever med demens i hjemmet, men mer forskning er nødvendig for å redusere tidsbyrden av omsorgsplanleggingsprosessen for primærhelsepersonell og pasienter (Mole et al., 2019). I studien til Johansson, Björklund et al. (2017) kom det frem at individuelt tilpasset omsorg et kostbart for samfunnet, men er nødvendig for å unngå underernæring blant eldre hjemmeboende med demens. Videre ble det diskutert at om antallet underernærte øker vil dette koste samfunnet mer.



## 5.0 Diskusjon

### 5.1 Metodediskusjon

Bacheloroppgaven min inkluderer fem forskningsartikler. En av disse artiklene var avvikende i forhold til inklusjon- og eksklusjonskriteriene mine. Artikkelen til Meyer et al. (2017) var ikke direkte rettet mot personer med demens. Dette kan ses som en svakhet i oppgaven min, da inklusjonskriteriet skulle være personer med demens. Det ble derfor en vurderingssak om denne skulle inkluderes eller ikke. Artikkelen omhandlet derimot sykepleiere sine meninger og holdninger rundt ernæringsarbeid til hjemmeboende. Samtidig ble hjemmesykepleien brukt som arena. Ettersom at dette passet til min problemstilling, ble artikkelen inkludert. Samtidig kan en se på artikkelen som en styrke i oppgaven, da oppgaven har et sykepleieperspektiv.

Gjennom flere av de inkluderte artiklene i oppgaven blir det lagt vekt på flere yrkesgrupper. Mange av artiklene inkluderer både helsefagarbeidere og assistenter. Alle artiklene inkluderer derimot sykepleiere, og de er derfor valgt å ta med i oppgaven. I hjemmesykepleien vil arbeidsoppgavene rundt ernæring ofte være de samme for både helsefagarbeidere, assistenter og sykepleiere. Bacheloroppgaven fokuserer hovedsakelig på sykepleiere, men annet helsepersonell er også inkludert.

Når en gjennomfører et systematisk litteratursøk, skal kombinasjonen av søkeord treffe så godt på problemstillingen at det bare er nødvendig å gjennomføre ett søk i hver database (Thidemann, 2019). Etter endt søkeprosess ønsket jeg fortsatt å inkludere enda en artikkel, og valgte derfor å søke en gang til i Medline Ovid, som jeg allerede hadde søkt i. En kan på denne måten tenke seg at søkeprosessen ikke var systematisk, noe som kan bli sett på som en svakhet. Dersom jeg skulle gjennomført søkene på nytt hadde det muligens vært en fordel å inkludere flere søkeord, for å få flere relevante treff.

Av de inkluderte studiene har noen av disse samme førsteforfatter, dette kan ses på som en svakhet i oppgaven da det ikke blir like stor bredde i forskningslitteraturen. Likevel passet alle artiklene godt til problemstillingen og ble derfor inkludert.

## 5.2 Resultatdiskusjon

I denne delen av oppgaven vil resultatene diskuteres i sammenheng med teoribakgrunnen. Dette vil igjen diskuteres opp mot problemstillingen. Temaene som er av relevans for å kunne svare på problemstillingen vil diskuteres i denne delen.

### 5.2.1 Kompetanse, tid og ressurser

Gjennom flere av artiklene kom det frem at en stor andel helsepersonell mangler både kunnskap og opplæring når det gjelder å kunne utøve en god ernæringspraksis til hjemmeboende personer (Meyer et al., 2017; Mole et al., 2017; Mole et al., 2019). Ifølge Henderson (1997) er det nødvendig at sykepleier har god kunnskap om ernæring, da det ofte er sykepleieren som kan observere ernæringsstatusen til pasienten på best mulig måte. Dette blir begrunnet med den kontinuerlige kontakten mellom sykepleier og pasient. På denne måten kan underernæring identifiseres i et tidligere stadium, og det vil bli enklere å sette i verk passende tiltak. Flere av deltakerne i studien til Mole et al. (2019) påpekte et behov for økt kompetanse knyttet til ernæringsarbeid til pasienter med demens. Henderson (1997) trekker igjen inn viktigheten av oppdatert kunnskap og kompetanse på feltet blant sykepleiere. Dette for å kunne redusere hyppigheten av underernæring, samt å redusere bruken av næringstilførsel. Henderson vektlegger også viktigheten av å tilegne seg en helhetlig forståelse om hvilke faktorer som påvirker ernæringsstatusen til pasienten. For å kunne oppnå dette er det nødvendig å ha kunnskap om både biologiske og sosiale forhold. Ved ernæringsarbeid til hjemmeboende personer med demens vil det altså være viktig å ha kunnskap om blant annet hva god ernæring for den aktuelle pasienten innebærer, sykdomsbildet hos pasienten og andre sosiale forhold som boligsituasjon og pårørende.

«Virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester til personer med demens, skal sørge for at ansatte har den opplæring, videreutdanning og etterutdanning som er påkrevet, slik at den enkelte innehar relevant kompetanse for å utføre sitt arbeid faglig forsvarlig.»

(Helsedirektoratet, 2020, s.69). Helsedirektoratet (2020) beskriver videre i sin nasjonale faglige retningslinje at denne kompetansen blant annet dreier seg om gode kunnskaper om demenssykdommer, personsentrert omsorg, ernæring og kartleggingsverktøy. Flere av de inkluderte studiene viser at en stor andel helsepersonell opplever at de mangler kunnskap på akkurat disse temaene. Deltakere i studien til Mole et al. (2019) ytret at de hadde

manglende kunnskap om ernæring rettet mot hjemmeboende personer med demens. Samtidig mente de at mer opplæring på dette området ville gi kunnskapen som kreves for å identifisere ernæringsproblemer i tide og iverksette passende tiltak. Dette ble også poengtert i Meyer et al. (2017), der deltakerne hadde behov for økt kunnskap og en felles forståelse om hva underernæring er, hvorfor det oppstår og hvilke tiltak som bør settes i gang. Ut fra resultatene fra studiene ser en at det er et økt behov for kunnskap på området, dersom en skal kunne jobbe ut fra nasjonale faglige retningslinjer. Viktigheten av god kompetanse om demens ble diskutert i Johansson, Björklund, et al. (2017), der deltakerne la vekt på at helsepersonell som jobber med hjemmeboende personer med demens, burde ha spesiell kompetanse innenfor sykdommen. Ut fra dette ser en at det er behov for økt kunnskap om både ernæring og demens for å kunne utøve en god ernæringspraksis. Gjennom en studie gjennomført av Aagard & Grøndahl (2017) kom det frem at manglende kunnskap var den barrieren som både faglige ledere og helsepersonell oppga som viktigst å fjerne for å kunne vurdere og følge opp pasientens ernæringsstatus. Dette kommer også frem gjennom Helsedirektoratet (2022b) der barrierer for god ernæringspraksis blant annet er manglende kompetanse. Fravær av struktur rundt ernæringsbehandlingen blir også trukket frem som en barriere.

Omsorg til hjemmeboende personer med demens krever at helsepersonell setter av nødvendig tid hos pasienten. Pasienter med demens har behov for at helsepersonell tar seg god tid i form av å snakke langsomt og å ta en ting om gangen. Dette kan begrunnes med at pasienter med demens ofte trenger lengre tid til å oppfatte, svare og uttrykke seg (Birkeland & Folvik, 2020, s.162-163). Disse prinsippene blir diskutert i Johansson, Björklund, et al. (2017), der flere deltakere mente at god tid hos pasienten under hjemmebesøk var gunstig for å identifisere økt hjelpebehov. Slike prinsipper kan være vanskelig å jobbe etter da hjemmesykepleien ofte preges av begrenset tid hos hver enkelt pasient (Birkeland & Folvik, 2020, s.162-163). To av de inkluderte studiene peker på ulike tiltak som kan bedre ernæringsstatusen til hjemmeboende med demens (Johansson, Björklund, et al., 2017; Mole et al., 2019). Tiltak som å lage mat sammen med pasienten blir trukket frem som positivt for å fremme god ernæring. På denne måten skaper helsepersonell en fin sosial aktivitet sammen med pasienten. Dette vil igjen fremme appetitten til pasienten, samtidig som den ivaretar rutiner og selvstendighet. Dersom en som sykepleier skal kunne jobbe forebyggende

og med «hendene på ryggen» for å fremme pasientens ressurser er det nødvendig at det blir satt av mer tid hos hver enkelt pasient (Lunde og Otterlei, 2020, s. 161). Ved demens er det kjent at pasienten kan glemme å spise, derfor vil det i mange tilfeller være nødvendig at helsepersonell er til stede under måltidet for å kunne sikre at pasienten begynner å spise og at maten blir spist opp (Helsedirektoratet, 2020). Dette vil også skape sosialt samvær for pasienten, noe som igjen fremmer appetitten. Dette er også avhengig av at helsepersonellet som er til stede har bedre tid til å sette seg ned sammen med pasienten. En kan gjennom dette se at helsepersonell har behov for mer tid for å kunne optimalisere sin ernæringspraksis til denne pasientgruppen.

Helse og omsorgsdepartementet kom i 2023 ut med en offentlig utredning gjennomført av helsepersonellkommisjonen. Kommisjonen ble bedt om å gjennomføre en vurdering av behovene for personell og kompetanse frem mot 2040 sett i sammenheng med utviklingstrekk og behovet for å ivareta en bærekraftig og sammenhengene helse- og omsorgstjeneste (NOU 2023: 4). Mangel på tid blir i en av de inkluderte studiene sett i sammenheng med lav bemanning (Meyer et al. 2017). God ernæringspraksis innebærer at helse- og omsorgstjenesten setter av nok tid og riktig kompetanse til å kartlegge, vurdere og dokumentere ernæringsstatus, evaluere mat- og ernæringstilbudet, samt å sette i verk målrettede tiltak for den enkelte pasient (Meld. St. 15 (2017–2018), 2018, s.20). En kan ut fra dette se at god ernæringspraksis krever nok bemanning for å kunne sette av nok tid og kompetanse. Deltakerne i Meyer et al. (2017) mente at lav bemanning var begrensende for å gjennomføre gunstig ernæringsoppfølging i form av ernæringskartlegging. Samtidig er helse- og omsorgstjenesten svært personellsensitiv, noe som kan begrunnes med at hjemmetjenesten bruker mye tid for å nå frem til alle pasientene på grunn av store avstander i distriktene, i tillegg til at mange av tjenestene gis én-til-én (NOU 2023: 4, s.12). På denne måten kan en se at helse- og omsorgstjenesten har behov for økt bemanning for å kunne tilfredsstille kravene til hva god ernæringspraksis stiller. For å kunne opprettholde en god bemanning vil det være viktig å etablere en levelig arbeidsbelastning, trivsel, motivasjon og faglig utvikling. Dette vil være viktige faktorer for å både rekruttere og beholde ansatte (NOU 2023: 4, s.15).

### 5.2.2 Vurdering og kartlegging av ernæringsstatus

Flere av de inkluderte studiene omtaler kartleggingsverktøy som et viktig prinsipp i ernæringsarbeidet (Johansson, Wijk et al., 2017.; Meyer et al., 2017; Mole et al., 2017; Mole et al., 2019). Ved innleggelse i helse- og omsorgsinstitusjon eller ved oppstart av helse- og omsorgstjenester stilles det krav til at alle pasienter skal vurderes for risiko for underernæring. Vurderingen skal deretter gis etter en gitt frekvens eller etter annen begrunnelse (Helsedirektoratet, 2022a). Dette blir også poengtert i Mole et al. (2017), der det kom frem at ernæringsstatus hos hjemmeboende personer med økt risiko for underernæring burde kartlegges så tidlig som mulig ved bruk av et screeningverktøy. Gode rutiner og ansvarsfordeling er viktige faktorer for at risikovurderingen, samt ernæringsoppfølgingen blir gjennomført (Helsedirektoratet, 2022a). Gjennom studien til Meyer et al. (2017) uttrykte flere av personellet som jobbet i hjemmesykepleien at ernæringsoppfølgingen fort sklidde ut dersom ledelsen ikke i større grad implementerte rutiner for ernæringsoppfølging i form av å velge et lokalt screeningverktøy.

I en undersøkelse gjennomført av Aagard & Grøndahl (2017) kom det frem at under halvparten av hjemmesykepleiens kommuner har rutiner for å kartlegge og vurdere ernæringsstatusen til pasientene. Samtidig kom det frem at enda færre hadde dette nedfelt i skriftlige prosedyrer. I undersøkelsen blir det derfor trukket konklusjoner om at det heller ikke blir benyttet kartleggingsverktøy. I den inkluderte studien til Johansson, Wijk, et al. (2017) kom det frem at ved hjelp av en strukturert forebyggende omsorgsprosess kunne en forbedre ernæringsstatusen til personer med demens som er underernært eller i risiko for underernæring. Denne prosessen innebar blant annet vurdering og analysing av underliggende årsaker til underernæring. Dette gjenspeiler igjen viktigheten av vurdering og kartlegging av ernæringsstatus. Likevel ser en at dette skir ut blant personellet i hjemmesykepleien. Faglige ledere og helsepersonell begrunner dette med mangel på tid, kunnskap og ressurser (Meyer et al, 2017).

### 5.2.3 Personsentrert omsorg og selvstendighet

I den nasjonale faglige retningslinjen for demens blir det lagt vekt på at god kvalitet i ernæringsarbeid skal bygge på at ernæringstiltakene er tilpasset den enkeltes behov, og følger prinsippene om personsentrert omsorg (Helsedirektoratet, 2020). Gjennom

Johansson, Björklund, et al. (2017) ble viktigheten av å ha kjennskap til pasienten og dens situasjon trukket frem. Videre poengterer deltakerne i studien at dette var nødvendig for å kunne utøve personsentrert sykepleie. Den enkelte pasient bør få muligheten til å ivareta egne mattradisjoner og spisevaner når det gjelder meny, tidspunkt for måltidene og hvem de vil spise sammen med (Meld. St. 15 (2017–2018), 2018). For at helsepersonell skal kunne tilfredsstillere disse kravene må omsorgen være individuelt tilpasset og dette må gjøres gjennom en systematisk kartlegging for å kunne bli kjent med pasientens verdier og matvaner. En systematisk kartlegging vil bygge på pasientens ernæringsmessige behov, tradisjoner, smak og hva som er viktig for pasienten (Meld. St. 15 (2017–2018), 2018).

Å skape et sosialt fellesskap der personen med demens kan delta og bruke ressursene sine er et viktig prinsipp i personsentrert omsorg. Personsentrert omsorg til personer med demens bygger i stor grad på å møte og se pasientens behov, samt opptre med respekt (Aldring og helse, u.å.). Flere av de inkluderte studiene peker på viktigheten av å inkludere pasienten. I Mole et al. (2019) diskuterte noen av deltakerne at de synes det var svært viktig å inkludere pasientene, da spesielt under matlaging. Eldre mennesker har et langt liv bak seg, der mange har vært vant til å lage de fleste måltidene selv. Det kan derfor i mange tilfeller føles inngripende at helsepersonell skal begynne å lage mat i stedet for. I slike situasjoner vil det være viktig å tenke på hvilke ressurser pasienten fortsatt har. I studien til Johansson, Björklund, et al. (2017) fremhevet deltakerne viktigheten av å tilby støtte og veiledning både under tilberedning og under selve måltidsituasjonen, fremfor å ta over oppgavene knyttet til matlaging. Henderson (1998) peker på akkurat dette ved å trekke frem det å bevare hverdagen til mennesket så normal som mulig. Henderson bygger videre på dette ved å beskrive at dersom vi som sykepleier over lengre tid fratar det et menneske verdsetter høyest og som gir mest glede, blir følelsen av å bli fratatt noe verre enn sykdommen vi prøver å kurere. På denne måten ser vi igjen verdien av å ha god kjennskap til pasienten, samt å kjenne til dens gleder og verdier. I Johansson, Björklund, et al. (2017) diskuterte deltakerne betydningen av å involvere pasienten i forberedelsene til måltidet. Dette kunne blant annet være å la pasienten tilberede noen av måltidene i løpet av døgnet, som frokost eller kveldsmåltid. Gjennom dette ser vi at sykepleiers funksjon bør bygge på tilrettelegging og fremme bruk av pasientens egne ressurser.

Gjennom noen av de inkluderte studiene blir det trukket frem at mange eldre hjemmeboende personer med demens ofte har et økt behov for å ha helsepersonell til stede under måltidsituasjonen (Johansson, Bjørklund et al., 2017; Meyer et al., 2017; Mole et al., 2019). Som diskutert tidligere er det ofte nødvendig at helsepersonell er til stede for å sikre at pasienten setter i gang med å spise og at maten blir spist opp (Helsedirektoratet, 2020). Dette vil på samme måte som ved matlaging skape en sosial arena, noe som igjen vil fremme appetitt. For å kunne gi personer med demens «det gode måltidet» som er omtalt i kvalitetsreformen «Leve hele livet» vil det være behov for en enkel, trygg og god måltidsstund uten distraksjoner. Dette vil igjen kreve at helsepersonellet har god nok tid til å sette seg ned med pasienten. Det sosiale samværet under et måltid kan også tilfredsstilles ved å legge til rette for sosialt fellesskap gjennom blant annet måltider på dagsenter eller gjennom frivillige «spisevenner». Dette blir blant annet omtalt i Kvalitetsreformen «Leve hele livet» (Meld. St. 15 (2017–2018), 2018). Frivillige «spisevenner» blir diskutert som et tiltak der frivillige kommer på hjemmebesøk en eller flere ganger i uken for å dele et måltid sammen med pasienten. Denne reformen hevder også at dette tiltaket ikke bare kan forebygge underernæring, men også ensomhet blant eldre. Å legge til rette for fellesskap for hjemmeboende med demens bygger altså på å skape møteplasser. Dette vil være en viktig del av sykepleiers ernæringsarbeid. Dette blir også trukket frem gjennom studien til Johansson, Bjørklund, et al. (2017), der deltakerne understreker at måltider på dagsenter kan være et godt tiltak for å fremme bedre rutiner rundt måltidet, samt høyere matinntak. Et dagsenter vil også i større grad kunne tilrettelegge for at pasienten kan være med å tilberede måltidet ettersom at tidspresset ikke er like høyt som i hjemmesykepleien.

Hjemmet har for de fleste en spesiell betydning, samtidig som det er en privat og trygg arena. Å skulle forholde seg til pasienter i deres private hjem kan by på noen utfordringer for personellet i hjemmesykepleien (Birkeland & Folvik, 2020, s.50-51). Gjennom studien til Meyer et al. (2017) la sykepleierne vekt på pasientens selvstendighet og verdighet da de omtalte hjemmet. Dette kom i konflikt med kravet om systematiske observasjoner. En ser dermed at det kan oppstå et spenningsfelt mellom selvbestemmelsen til pasienten og systematisk ernæringskartlegging. Dette gjenspeiles også de yrkesetiske retningslinjene sykepleiere skal jobbe etter, der sykepleieren skal ivareta pasientens verdighet og integritet, samtidig som at det ytes forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp (NSF, u.å.). Dette setter lys på

et etisk dilemma som kan oppstå i sykepleiers møte med hjemmeboende pasienter.

I studien Johansson, Björklund, et al. (2017) ble kostnadene av den personsentrerte sykepleien diskutert. Individuelt tilpasset omsorg er kostbart for samfunnet, men er nødvendig for å kunne unngå underernæring blant eldre hjemmeboende med demens. Studien diskuterer videre at dersom antallet underernærte eldre øker vil dette koste samfunnet enda mer. Dette i form av flere sykehjem- og sykehusinnleggelseser. Samtidig viser Helsedirektoratet (2022b) til at det er enklere å forebygge enn å behandle underernæring. Dette viser at både kartlegging og vurdering av ernæringsstatus, samt en personsentrert omsorg er gjennomgående faktorer for å kunne forebygge og unngå at eldre hjemmeboende med demens blir underernærte.

## 6.0 Oppsummering og implikasjoner for praksis

Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse hvilke faktorer som påvirker sykepleiers ernæringspraksis til eldre hjemmeboende personer med demens. Gjennom oppgaven kommer det frem at sykepleiere trenger mer kunnskap på området for å kunne utøve en god ernæringspraksis til denne pasientgruppen. Mangel på tid og ressurser er gjentakende faktorer som fører til at sykepleiere ikke rekker å følge opp pasienters ernæringsstatus tilstrekkelig. Økt kunnskap og tilgang på mer tid og ressurser blant sykepleiere og helsepersonell generelt vil føre til tidligere oppdaging av underernæring og dermed føre til færre tilfeller av underernæring blant denne pasientgruppen. Med dette kreves det at helsepersonell har kunnskap om både demens, ernæring og kartlegging av ernæringsstatus. Videre gjennom oppgaven ble viktigheten av å bevare pasientens selvstendighet belyst, der det vil være svært viktig at en som sykepleier klarer å jobbe etter prinsippet personsentrert omsorg. For å kunne utøve personsentrert omsorg vil det være svært viktig å ha kjennskap til pasienten.

Gjennom oppgaven ser en flere forbedringspotensial for hvordan sykepleiere kan forbedre sin ernæringspraksis til eldre hjemmeboende med demens. Flere faktorer er avgjørende for at ernæringspraksisen kan forbedres. For å oppsummere påvirkes sykepleiere av faktorer som mangel på kunnskap, ressurser og tid. Disse faktorene påvirker igjen evnen sykepleiere har til å gjennomføre ernæringskartlegging, samt utøve personsentrert omsorg.



## 7.0 Referanseliste

Aldring og helse. (u.å.). *Fakta om demens*. Nasjonalt senter for aldring og helse.

<https://www.aldringoghelse.no/demens/fakta-om-demens/>

Birkeland, A., & Folvik, A. M. (2020). *Sykepleie i hjemmet* (3. utg.). Cappelen Damm.

Cruz-Jentoft, A. J., Baeyens, J. P., Bauer, J. M., Boirie, Y., Cederholm, T., Landi, F., Martin, F. C., Michel, J. P., Rolland, Y., Schneider, S. M., Topinková, E., Vandewoude, M., & Zamboni, M. (2010). *Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. Age and Ageing*, 39(4), 412 - 423. <https://doi.org/10.1093/ageing/afq034>

Evju, A. S., & Lindgren, S. J. (2017). Hvorfor svikter ernæringsoppfølgingen? *Sykepleien*.

<https://sykepleien.no/en/node/60346>

Folkehelseinstituttet. (2016, 24. oktober). Medisinske og helsefaglige termer/MeSH på norsk og engelsk. Helsebiblioteket.

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/legemidler/legemiddelaktuelt/medisinske-og-helsefaglige-termer-mesh-pa-norsk-og-engelsk>

Folkehelseinstituttet. (2021, 17. september). *Kunnskapsbasert praksis*. Helsebiblioteket.

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#litteratur>

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier* (4 utg.). Natur Kultur Akademisk.

Helsedirektoratet. (2016). *Ernæring, kosthold og måltider i helse- og omsorgstjenesten*.

Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/ernaering-kosthold-og-maltider-i-helse-og-omsorgstjenesten/god-ernaeringspraksis>

- Helsedirektoratet. (2018). Definisjoner. Helsedirektoratet.  
<https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer/alminnelige-bestemmelser/definisjoner#referere>
- Helsedirektoratet. (2020). *Demens - Nasjonal faglig retningslinje*. Helsedirektoratet.  
<https://keff.no/uploads/Faktaark/Medisinske-diagnosetilstander/Demens.pdf>
- Helsedirektoratet. (2022a). *Forebygging og behandling av underernæring*. Helsedirektoratet.  
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-og-behandling-av-underernaering/vurdering-av-risiko-for-underernaering>
- Helsedirektoratet. (2022b). *Om underernæring*. Helsedirektoratet.  
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/underernaering/om-underernaering>
- Helsetilsynet. (2011). *Krevende oppgaver med svak styring. Samlerapport fra tilsyn i 2010 med kommunenes sosial- og helsetjenester til eldre* (Rapport fra Helsetilsynet 5/2011). Helsetilsynet.  
[https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/Publikasjoner/rapporter2011/helsetilsynetrapport5\\_2011.pdf/](https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/Publikasjoner/rapporter2011/helsetilsynetrapport5_2011.pdf/)
- Henderson, V. A. (1997). *ICN Sykepleierens grunnprinsipper*. Norsk sykepleier forbund.  
<https://www.nb.no/items/1150919fd82ea2cef27a9726ffdbf081?page=0&searchText=Henderson>
- Henderson, V. A. (1998). *Sykepleierens natur: Refleksjoner etter 25 år*. Universitetsforlaget.
- Johansson, L., Björklund, A., Sidenvall, B., & Christensson, L. (2017). Staff views on how to improve mealtimes for elderly people with dementia living at home. *Sage Journals*, 16(7), 835 - 852. <https://doi.org/10.1177/1471301215619083>

- Johansson, L., Wijk, H., & Christensson, L. (2017). Improving nutritional status of older persons with dementia using a national preventive care program. *The journal of nutrition, health & aging*, 21, 292 - 298. <https://doi.org/10.1007/s12603-016-0737-7>
- Keller, H. H. (2016). Improving food intake in persons living with dementia. *Annals of the New York Academy of Science*, 1367(1), 3 - 11. <https://doi.org/10.1111/nyas.12997>
- Kirkevold, M. (2020). Sykepleieteori. *Store medisinske leksikon* på snl.no. <http://sml.snl.no/sykepleieteori>
- Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F., Skaug, E.-A., & Grimsbø, G. H. (2019a). Grunnleggende sykepleie: Sykepleie - fag og funksjon - bind 1 (3.utg). Gyldendal.
- Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F., Skaug, E.-A., & Grimsbø, G. H. (2019b). *Grunnleggende sykepleie: Grunnleggende behov - bind 2* (3.utg). Gyldendal.
- Lunde, B. V., & Otterlei, J. B. (2020). Tjenester til hjemmeboende eldre. Anvik, C. H. Sandvin, J. T. Breimo, J. P. Henriksen, Ø. (Red.) *Velferdstjenestenes vilkår: Nasjonal politikk og lokale erfaringer* (s. 151 - 170). Universitetsforlaget. <https://doi.org/10.18261/9788215034713-2020>
- Matvarehuset. (u.å.). Matomsorg. <https://matvarehuset.no/matomsorg/>
- Meld. St. 15 (2017–2018). *Leve hele livet: En kvalitetsreform for eldre*. Helse og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>
- Meyer, S. E., Velken, R., & Jensen, L. H. (2017). Vurdering av ernæringsstatus – et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien. *Sykepleien*, 12(61797). 10.4220/Sykepleienf.2017.61797

Mole, L., Kent, B., Abbott, R., Wood, C., & Hickson, M. (2017). The nutritional care of people living with dementia at home: A scoping review. *Health Soc Care Community*, 26(4), 485-496. <https://doi.org/10.1111/hsc.12540>

Mole, L., Kent, B., Hickson, M., & Abbott, R. (2019). 'It's what you do that makes a difference' An interpretative phenomenological analysis of health care professionals and home care workers experiences of nutritional care for people living with dementia at home. *BMC Geriatrics*, 19(250). <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1270-4>

Nasjonalforeningen for folkehelsen. (2022). *Demens*. Nasjonalforeningen for folkehelsen. <https://nasjonalforeningen.no/demens/>

NOU 2023: 4. (2023). *Tid for handling*. Helse - og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/337fef958f2148bebd326f0749a1213d/no/pdfs/nou202320230004000dddpdfs.pdf>

NSF. (u.å.). *Yrkesetiske retningslinjer*. NSF. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Rognstad, M.-K., Brekke, I., Holm, E., Linberg, C., & Lühr, N. (2013). Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens. *Sykepleien*, 8(4), 298-307. [10.4220/sykepleienf.2013.0137](https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2013.0137)

Sortland, K., & Almendingen, K. (2022). *Ernæring—Mer enn mat og drikke* (6.utg). Fagbokforlaget.

Strand, B. H., Vollrath, M. E. M. T., & Skirbekk, V. F. (2021, 23. februar). *Demens*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>

Thidemann, I. J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. (2. utg). Universitetsforlaget.

Woldstad, K., Ingemundsen, M. G., Folvik, T. L., & Lærum-Onsager, E. (2020). Slik kan ernæringsmessig risiko følges opp bedre. *Sykepleien*, 108(82558).  
[10.4220/Sykepleiens.2020.82558](#)

Aagard, H., & Grøndahl, V. A. (2017). Rutiner for å vurdere ernærings-status i hjemme-sykepleien. *Sykepleien*, 12(61219). [10.4220/Sykepleienf.2017.61219](#)

## 8.0 Vedlegg

### 8.1 Vedlegg I – Søkehistorikk

Database: Medline Ovid					
Dato: 07.02.2023 og 11.04.2023					
Søkeord/kombinasjoner	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Inkluderte artikler	
Dementia AND nutrition AND health care professionals OR home care services.	14	6	4	1	
Dementia OR living at home AND mealtime OR nutrition AND community care.	2	2	2	1	

Database: Pubmed					
Dato: 07.02.2023					
Søkeord/kombinasjoner	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Inkluderte artikler	
Dementia AND health Promotion AND nutrition AND quality improvement.	4	3	2	1	

Database: Cinahl					
Dato: 08/03/2023					
Søkeord/kombinasjoner	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Inkluderte artikler	
Dementia OR living at home AND malnutrition AND home health care.	11	5	3	1	

Database: Swemed+					
Dato: 08/03/2023					
Søkeord/kombinasjoner	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Inkluderte artikler	
Ernæringsstatus AND hjemmesykepleie.	2	2	2	1	