



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

SYKH390-O-2023-VÅR1-FLOWassign

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	22-05-2023 14:00 CEST	<b>Termin:</b>	2023 VÅR1
<b>Sluttdato:</b>	01-06-2023 14:00 CEST	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave		
<b>Flowkode:</b>	203 SYKH390 1 O 2023 VÅR1		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	211
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	7631
----------------------	------

**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>	3
<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



# BACHELOROPPGAVE

Forebygging av underernæring hos hjemmeboende personer med demens

Prevention of malnutrition for persons with dementia living at home

**Kandidatnummer: 211**

Bachelor i sykepleie, Haugesund

Fakultet for helse- og omsorgsvitenskap

Innleveringsdato: 01.06.23

Antall ord: 7631

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.

<b>Abstrakt</b>	<b>Høgskolen på Vestlandet, Haugesund</b> <b>Dato: 01.06.23</b>
<p><b>Tittel:</b> Forebygging av underernæring hos hjemmeboende pasienter med demens.</p> <p><b>Bakgrunn:</b> Personer med demens som bor hjemme lider ofte av underernæring. Enkelte undersøkelser viser at halvparten lider av underernæring eller er i ernæringsmessig risiko. Livskvaliteten svekkes ved underernæring og kan ha en rekke negative konsekvenser for helsen. Forskning viser at hjemmeboende pasienter med demens ikke får den ernæringsmessige oppfølgingen de har krav på.</p> <p><b>Problemstilling:</b> Hvordan kan sykepleiere forebygge underernæring hos hjemmeboende pasienter med demenslidelse?</p> <p><b>Hensikt:</b> Hensikten med oppgaven er å belyse hvordan sykepleiere kan forebygge at hjemmeboende personer utvikler underernæring. Jeg ønsker å bidra til kunnskapsutvikling rundt temaet.</p> <p><b>Metode:</b> Metoden er litteraturstudie og er basert på forskning, pensumlitteratur og annen relevant faglitteratur. Oppgaven inneholder kvalitative og kvantitative studier.</p> <p><b>Resultater:</b> Resultatene som kommer frem i studiene viser at det er svikt i rutiner hos ledelse og helsepersonell når det gjelder systematisk kartlegging og oppfølging av ernæringsmessig status hos hjemmeboende personer med demens. Studiene viser også at det kreves kompetanseheving blant helsepersonell og at personsentrert omsorg i hjemmet bør tilrettelegges bedre.</p> <p><b>Konklusjon:</b> Hjemmesykepleien trenger bedre rutiner for å observere, kartlegge og følge opp ernæringsstatusen til personer med demens. Det er lederne og sykepleierne som sammen er ansvarlige for at de skriftlige prosedyrene sikrer pasientens ernæringsbehov og at disse jevnlig følges opp. Det må rettes mer oppmerksomhet på kartlegging av ernæringsstatus og rutineene må forbedres. Sykepleierne må vie mer tid til ernæringsarbeidet slik at den praktiske oppfølgingen står i tråd med retningslinjene som foreligger. Betydningen av å ha en personsentrert tilnærming i ernæringsarbeidet står sentralt i forskningen og anses som kjernen i sykepleiernes praksis.</p>	

<b>Abstract</b>	<b>Høgskolen på Vestlandet, Haugesund</b> <b>Date: 01.06.23</b>
<p><b>Title:</b> Prevention of malnutrition for persons with dementia living at home</p> <p><b>Background:</b> People with dementia living at home often suffer from malnutrition. Certain surveys show that half of them suffer from malnutrition or are at nutritional risk. The quality of life is impaired by malnutrition and can have several negative consequences for our health. Research shows that patients living at home with dementia often not receive the nutritional care they are entitled to.</p> <p><b>Thesis question:</b> How can nurses prevent malnutrition in patients living at home with dementia?</p> <p><b>Purpose:</b> The purpose of this bachelor thesis is to shed light on how nurses can prevent people living at home with dementia from developing malnutrition. The assignment also has the intention to spread good knowledge about the topic to patients and the health service.</p> <p><b>Method:</b> The method used in this thesis is a literature study. It is based on research, curriculum literature and other relevant literature. The thesis contains qualitative and quantitative studies.</p> <p><b>Results:</b> The results that emerge in the studies show that there is a failure in the routines of management and healthcare personnel when it comes to systematic mapping and follow-up of the nutritional status of people living at home with dementia. The studies also show that there is a need for increased competence among healthcare personnel and that person-centered care in the home should be better organized.</p> <p><b>Conclusion:</b> Home nursing needs better routines to observe, map and follow up the nutritional status of people with dementia. It is the managers and nurses who are jointly responsible for ensuring that the written procedures ensure the patient's nutritional needs and that these are regularly followed up. More attention must be paid to mapping the nutritional status and the routines must be improved. The nurses must devote more time to nutrition work so that the practical follow-up is in line with the existing guidelines. The importance of having a person-centered approach in nutrition work is central to the research and is considered the core of the nurses' practice.</p>	

## Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Introduksjon</b> .....	<b>6</b>
1.1 Innledning .....	6
1.2 Bakgrunn for valg av tema .....	6
1.3 Teoretisk perspektiv.....	7
1.4 Teoretisk forankring.....	8
1.4.1 Demens .....	8
1.4.2 Kartlegging av ernæringsstatus for å forebygge underernæring .....	8
1.4.3 Sykepleierens rolle i møte med personer med demens i hjemmesykepleien.....	8
1.4.4 Sentrale lover .....	9
1.5 Avgrensning av problemstilling.....	10
<b>2.0 Metode</b> .....	<b>11</b>
2.1 Definisjon av metode .....	11
2.2 Litteraturstudie som metode .....	11
2.3 Metodekritikk.....	12
2.4 Søkeprosess.....	12
2.4.1 Litteratursøk.....	12
2.4.2 Tabell 1 - PICO-Skjema .....	13
2.4.3 Tabell 2 - Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	13
2.4.4 Artikkelsøk.....	13
2.4.5 Kildekritikk.....	15
2.5 Forskningsetikk .....	16
<b>3.0 Analyse</b> .....	<b>17</b>
3.1 Tabell 3 - oversikt over analyserte artikler .....	18
3.2 Tabell 4 - oversikt over hoved- og underkategorier.....	21
<b>4.0 Resultater</b>	
4.1 Manglende rutiner for ernæringskartlegging i hjemmesykepleien .....	22
4.2 Kompetanseheving.....	22
4.3 Personsentrert omsorg i hjemmesykepleien.....	23
<b>5.0 Drøfting</b> .....	<b>24</b>
5.1 Ernæringsmessige utfordringer i hjemmesykepleien.....	24
5.2 Kompetanseheving blant sykepleierne om ernæringsmessige forhold .....	27
5.2.1 Praktisk oppfølging og tiltak .....	28
5.3 Tilrettelegging av individuell omsorg i praksis .....	29
<b>6.0 Konklusjon</b> .....	<b>32</b>
<b>7.0 Litteraturliste</b> .....	<b>33</b>

<b>8.0 Vedlegg</b> .....	<b>37</b>
8.1 Vedlegg 1: Søkehistorikk Cinahl.....	37
8.2 Vedlegg 2: Søkehistorikk Sykepleien.no.....	37
8.3 Vedlegg 3: Søkehistorikk Medline.....	37
8.4 Vedlegg 4: Søkehistorikk i SveMed+ .....	38
8.5 Vedlegg 5: Sjekkliste for vurdering av en oversiktsartikkel .....	39
8.6 Vedlegg 6: Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie .....	40
8.7 Vedlegg 7: Sjekkliste for vurdering av en kvantitativ studie.....	42
8.8 Vedlegg 8: Mini Nutritional Assessment Skjema (MNA) .....	43

## 1.0 Introduksjon

### 1.1 Innledning

I denne oppgaven ønsker jeg å sette søkelys på temaet underernæring hos hjemmeboende pasienter med demens. Det er ulike ernæringsutfordringer som gjør at denne pasientgruppen kan være særlig utsatt for under- og/eller feilernæring. Med ernæringsutfordringer menes redusert evne til å lage mat og handle mat, redusert evne til å spise eller å huske på at man skal spise, svelgeproblemer, redusert appetitt og sult følelse eller rett å slett at pasienten har fraværende evne til å gjenkjenne mat som matvare (Helsedirektoratet, 2022). Det er om lag 101 000 personer i Norge som lever med demens per dags dato, og innen år 2050 forventes det en fordobling av dette tallet (Folkehelseinstituttet, 2021). 40% av personer over 70 år som mottar hjemmetjenester har demenslidelse (Folkehelseinstituttet, 2021). Hjemmeboende personer med demens kan ha problemer med spiseatferd og forstyrret appetitt. De kan glemme å spise og drikke som gjør at de risikerer å bli underernærte (Kirkevold et.al, 2021, s. 435). Livskvaliteten svekkes ved underernæring og det kan ha flere negative konsekvenser for helsen. Det er viktig å forebygge underernæring tidligst mulig, fordi det kan være vanskelig å reversere når det først har oppstått. For hjemmeboende pasienter med demens er det sykepleieren sitt ansvar å kartlegge pasientens ernæringsstatus. Derfor er det viktig at sykepleiere har kunnskap om utfordringene rundt denne sykdommen.

### 1.2 Bakgrunn for valg av tema

Jeg arbeider i hjemmesykepleien og har derfor valgt å skrive om demens. Dette er et tema som interesserer meg og en sykdom jeg stadig møter i min jobb. Jeg har fattet en særskilt interesse for geriatrisk sykepleie og god omsorg til de eldre pasientene. En sentral rolle man har som sykepleier når man arbeider med personer med demens lidelse er å bevare personens integritet og dens opplevelse av å være et verdifullt menneske, til tross for at man har en alvorlig sykdom. Likevel opplever jeg stadig at denne pasientgruppen ikke blir fulgt godt nok opp på grunn av manglende kunnskap og svikt i rutiner.



### 1.3 Teoretisk perspektiv

Professoren Tom Kitwood var den første som brukte begrepet «personsentrert» i tilknytning til personer med demens og han la et teoretisk grunnlag for den praktiske demensomsorgen vi utøver i dag. Kitwood la stor vekt på kommunikasjon og relasjoner i utøvingen av sykepleie. På slutten av 1900-tallet kom ideene om at omsorgen burde bygge på psykologiske tilnærminger (Røsvik & Mjørud, 2013, s. 10). Dette gjorde at utøvingen av sykepleie til denne pasientgruppen ble mer målrettet og hadde en høyere kvalitet enn tidligere. Menneskerettighetene sto sentralt i omsorgen og en skulle ikke lengre ha en fraværende tilnærming til personer med demens (Røsvik & Mjørud, 2013, s. 10-11).

Personsentrert omsorg for personer med demens har som mål å bevare personverdet deres til tross for et progredierende sykdomsbilde (Røsvik & Mjørud, 2013, s. 12). Denne typen omsorg kan forstås som individuell omsorg og er en forutsetning at personer med demens skal verdsettes og at deres rettigheter skal ivaretas. Personer med demens skal behandles som enkeltindivider som har en bakgrunn og personlighet (Røsvik & Mjørud, 2013, s. 12). I følge Kitwood (1999) har atferden til denne pasientgruppen grunnlag i mellommenneskelige relasjoner og at all atferd har mening. Han mener også at helsepersonell som ønsker å utøve personsentrert omsorg må prioritere å verdsette livskvaliteten hos personer med demens (Røsvik & Mjørud, 2013, s. 12).

I dag anses demens som en sykdom man kan leve med og ikke en sykdomsprosess som bare skal håndteres (Røsvik & Mjørud, 2013, s. 14). Sykepleiere har i dag større kjennskap til sykdomsbildet til disse pasientene og kan omstille utøvingen av omsorgen der etter. Det å arbeide med demens ses i dag på som en kreativ og dynamisk prosess (Røsvik & Mjørud, 2013, s. 14). Målet i demensomsorgen er å bevare personverdet og god kunnskap om kommunikasjon og relasjonsbygging står sentralt i dagens sykepleie (Røsvik & Mjørud, 2013, s. 14-15). Selv om teorien er relativt gammel, mener jeg at den er like sentral i dagens utøvelse av sykepleie til personer med demens.

## 1.4 Teoretisk forankring

### 1.4.1 Demens

Begrepet demens brukes i denne oppgaven som et samlingsnavn på de ulike sykdommene som medfører kognitiv svikt. Disse demenssykdommene har til felles at hjerneceller skades og dør i et unormalt stort omfang (Skovdahl, 2021, s. 419). Personer med demens får stadig mer og mer funksjonsbortfall etter hvert som sykdommen utvikler seg (Skovdahl, 2021, s. 419). I Norge brukes det internasjonale kvalifikasjonssystemet ICD-10 ved diagnostisering av demenssykdom (International Classification of Diseases and Related Health Problems i 10. versjon; Skovdahl, 2021, s. 421). Særlig etter 75-års alderen kan man se at personer med demens preges av nedsatt tempo, langsommere informasjonsbearbeiding, langsommere innlæring og forlenget reaksjonstid (Rokstad, 2020, s. 24).

### 1.4.2 Kartlegging av ernæringsstatus for å forebygge underernæring

«Underernæring kan defineres som en vedvarende tilstand der personens inntak av energi og/eller essensielle næringsstoffer ikke dekker vedkommendes behov» (Aagard, 2016, s. 214). Forstyrret appetitt og spiseatferd er et betydelig problem hos eldre hjemmeboende personer som har demens fordi de kan glemme å spise, ha mistet sult-følelsen og/eller forståelsen for at en må få i seg næring (Skovdahl, 2021, s. 435). Eldre personer er også særlig utsatt for dehydrering på grunn av redusert evne til å kjenne tørst (Tangvik & Dierkes, 2020, s.181). Mini Nutritional Assessment (MNA) er det kartleggingsverktøyet som er mest brukt for å vurdere ernæringsmessig status blant eldre pasienter (Kirkevold, 2021, s. 305). Kartleggingsverktøyet er internasjonalt og brukes i flere land enn Norge. Dersom skjemaet som er fremstilt i «vedlegg 8» viser at pasienten er i ernæringsmessig risiko, vil det neste steget være å gjennomføre en individuell kartlegging. Sykepleier må vurdere alvorlighetsgraden av underernæringen og identifisere årsakene som ligger til grunn for vekttapet (Kirkevold, 2021, s. 305).

### 1.4.3 Sykepleierens rolle i møte med personer med demens i hjemmesykepleien

Kommunehelsetjenesten er grunnpilaren i helsetjenesten og er førstelinjetjenesten for befolkningen (Kristoffersen et al, 2016, s. 207). All sykepleie som utføres i pasientens hjem kalles for hjemmesykepleie. Som sykepleier skal du ivareta respekten for menneskets liv og

verdighet, og retten til å ikke bli krenket står sentralt i utøvelsen av sykepleie (Kristoffersen et al., 2016, s. 17). Målet for kommunale tjenester i hjemmet er at pasientene skal mestre hverdagen slik at de skal kunne bo hjemme så lenge som mulig (Birkeland & Flovik, 2018, s. 15). Hjemmesykepleiens primære oppgave er å ivareta pasientens grunnleggende behov og tar utgangspunkt i pasientens og pårørendes ønsker (Birkeland & Flovik, 2018, s. 34). Utøvelsen av sykepleie i pasientens hjem skal være forsvarlig og omsorgsfull slik at pasientens verdighet ikke svekkes. Sykepleiere skal vise omsorg ovenfor den hjelpetrequende pasienten og grunnlaget for all sykepleie er å ivareta respekten for menneskets liv (Kristoffersen et al., 2016, s. 17).

Siden demens er en progredierende sykdom betyr det at man må kontinuerlig vurdere hvilket omsorgsbehov pasienten har. Helsepersonell trenger god kunnskap om demens for å sikre at pasientene får et verdig liv med best mulig livskvalitet (Engedal, 2020, s. 81-83). Sykepleiere skal kunne tilpasse hjelpen og skal kontinuerlig vurdere hva den enkelte pasienten trenger hjelp til. En skal også legge til rette for at omgivelsene rundt pasienten er gunstige for den enkeltes behov slik at en kan fremme menneskets verdighet (Kristoffersen et al., 2016, s. 26). For personer med demens er det særlig viktig at sykepleieren klarer å tilpasse utøvelsen av sykepleie til den enkelte og gjøre helsehjelpen mer personsentrert. Personer med demens krever at sykepleieren tar seg tid, har god kommunikasjon og relasjon i sin utøvelse av sykepleie (Rokstad, 2021, s. 33). Det finnes nasjonale retningslinjer for å forebygge underernæring, og disse skal sykepleier ha kjennskap til. Helsedirektoratet har innført fire tiltak; risikovurdering, kartlegging, individuell ernæringsplan, dokumentasjon og overføring av informasjon, for å forebygge underernæring i norsk helsetjeneste (Tangvik & Dierkes, 2020, s.182-186).

#### 1.4.4 Sentrale lover

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) sier noe om hvilke rettigheter som pasienter har ovenfor helse- og omsorgstjenesten og den påpeker at alle har rett til øyeblikkelig og nødvendig helsehjelp fra kommunen. Helsepersonelloven (1999) har som formål å sikre god kvalitet av helse- og omsorgstjenester til pasienten. I helsepersonelloven (1999, § 4) stilles det krav til helsepersonellens forsvarlighet, altså selve yrkesutøvelsen. Det sies i loven at helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner og det stilles krav til

forsvarlig utøvelse. Helsepersonellovens kapittel 3 stiller krav til organisering av virksomheten og hvordan ledelsen tilrettelegger for sine arbeidstakere. Lovens § 16 sier at «virksomheter som utøver helse- og omsorgstjenester, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter» (Hpl, 1999, § 16).

### 1.5 Avgrensing av problemstilling

Oppgaven skal avgrenses til hjemmeboende eldre mennesker med demenslidelse. Med eldre mennesker menes personer som er over 65 år og tar for seg både kvinner og menn. Jeg tar utgangspunkt i at pasientene har vedtak om hjemmesykepleie. Oppgaven vil ikke ta hensyn til om personer bor alene eller sammen med ektefelle. Lovdata definerer begrepet *pasient* som «en person som mottar helsehjelp fra helse- og omsorgstjenester» (pasient- og brukerretighetsloven, 1999) og i oppgaven skal begrepet brukes deretter.

Hvordan kan sykepleiere forebygge underernæring hos hjemmeboende pasienter med demenslidelse?

## 2.0 Metode

### 2.1 Definisjon av metode

Metoden forteller oss noe om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Begrunnelsen for å velge én bestemt metode er at vi mener at akkurat den metoden egner seg best til å belyse problemstillingen på best mulig måte. Ifølge Tranøy (1986) henger begrepene vitenskap og metode tett sammen. Det å være metodisk i en vitenskapelig forstand er å bruke og overholde høy intellektuell standard når en argumenterer innenfor et emne (Dalland, 2017, s. 51).

### 2.2 Litteraturstudie som metode

Bacheloroppgaven er en litteraturstudie. En litteraturstudie er en studie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder. Å systematisere innebærer å samle inn litteratur, gå kritisk gjennom den og til slutt å sammenfatte det hele. (Thidemann, 2015, s. 79). En litteraturstudie kan forklares som en metode der man tar utgangspunkt i allerede eksisterende forskningslitteratur for å belyse en problemstilling (Grønseth & Jerpseth, 2019, s. 80).

For å få en korrekt besvarelse på problemstillingen vil litteraturstudien min basere seg på de forskningsartiklene jeg har valgt, i tillegg til pensumlitteratur og selvvalgt litteratur. Forskingen jeg har valgt å bruke baserer seg på både kvalitative og kvantitative data når de har innhentet informasjon. Den naturvitenskapelige, forklarende kunnskapstradisjonen benytter kvantitativ metodetilnærming. Disse dataene er målbare enheter som gir oss eksakt faktakunnskap (Thidemann, 2015, s. 77). Målet med kvantitativ metode er å finne ut hvor vanlig fenomener er, hvor hyppig de forekommer, hvordan de fordeler seg og hvordan de varierer (Pettersen, 2019, s. 148). De kvantitative metodene har den fordelen at de gir data i form av målbare enheter (Dalland, 2017, s. 52). Den humanvitenskapelige, forstående kunnskapstradisjonen benytter kvalitativ metodetilnærming (Thidemann, 2015, s. 78). Denne metoden handler om å undersøke hvilke mening hendelser og situasjoner har for personene som opplever dem slik at vi skal kunne tolke og forstå andre personers opplevelser og erfaringer knyttet til ulike fenomener (Pettersen, 2019, s. 149). Hensikten

med kvalitative data er å oppnå dybdekunnskap om det vi undersøker fordi en får så mange opplysninger fra få undersøkelsesenheter (Thidemann, 2015, s. 78).

## 2.3 Metodekritikk

Metodekritikk betyr at man er kritisk til metoden som er valgt ved å vurdere nyttigheten av valgene en har brukt for å besvare problemstillingen. Når en har gjennomført en undersøkelse må en drøfte metodespørsmålet på nytt (Dalland, 2017, s.54-55). Jeg må ta høyde for at jeg kan ha oversett artikler som er relevante for problemstillingen, fordi dette er første gang jeg skriver en litteraturstudie. Dette er også første gang jeg gjør en egen søkeprosess i et så stort omfang. Det kan derfor hende at jeg har oversett søkeord som kunne gitt meg bedre resultater for å komme frem til relevante artikler for min oppgave. Jeg mener selv at jeg har kommet frem til seks relevante artikler som svarer på min problemstilling. Noen av artiklene jeg har valgt å bruke er skrevet på engelsk som gjør at jeg kan ha feiltolket informasjonen eller misforstått enkelte setninger.

## 2.4 Søkeprosess

### 2.4.1 Litteratursøk

Det finnes mye god litteratur rettet mot demens, underernæring, hjemmesykepleie, forebygging, risiko og sykepleierens funksjon i pensumet for sykepleien. Jeg har brukt kvalitetssikre databaser som høyskolen har for å finne relevant litteratur. Helsebiblioteket, Helsedirektoratet, Lovdata og Sykepleien.no er brukt for innhenting av relevant informasjon. Enkelte bøker som er brukt finnes det flere utgaver av. Det var vanskelig å få tak i de nyeste utgavene av samtlige bøker og i disse tilfellene måtte jeg bruke eldre utgaver. Jeg var dog oppmerksom på at det ikke var kommet ny og revolusjonerende informasjon om emnet når jeg benyttet meg av eldre utgaver.

Ifølge Thidemann (2015) kan man benytte seg av PICO-skjema for å operasjonalisere problemstillingen slik at den blir presis og dermed gjør det enklere å mer oversiktlig når man skal søke etter forskningsartikler. Hver av bokstavene i PICO betegner bestemte elementer (Thidemann, 2015, s. 86).

## 2.4.2 Tabell 1 - PICO-Skjema

P: Patient/problem (Hvem/Hvilke)	I: Intervention (Hva)	C: Comparison (Alternativer)	O: Outcomes (Resultater)
Hvilken type pasient eller populasjon dreier det seg om?	Hvilke tiltak handler det om?	Ønsker du å sammenligne flere typer tiltak?	Hvilke endepunkter er du interessert i?
Hjemmeboende pasienter med demenslidelse	Underernæring, kompetanseheving, rutiner, personsentrert omsorg	Ikke aktuelt	Ivaretagelse av grunnleggende behov for pasientgruppen og kompetanseheving blant sykepleierne

## 2.4.3 Tabell 2 - Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Kriterier	Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<b>Problem</b>	Artikler som omhandler hjemmeboende pasienter med demens og som har utfordringer med ernæringsstatus. Hvordan helsepersonell kan bidra til forebygging, hvilke faktorer som gjør at pasientene er i ernæringsmessig risiko og hvilke tiltak som må iverksettes for en bedre praksis.	Artikler som omhandler pasienter i sykehjem eller sykehus. Artikler hvor pasienter ikke mottar hjelp fra helsepersonell, men har pårørende som tar seg av dem. Artikler som omhandler andre sykdommer enn demens, som for eksempel lett kognitiv svikt osv.
<b>Metode</b>	Artikler som følger IMRaD-struktur.	Artikler som ikke følger et strengt forskningsdesign.
<b>Språk</b>	Norsk og engelsk.	Alle andre språk enn norsk og engelsk.
<b>Publikasjonstype</b>	Artikler som er fagfelle vurdert og publisert i tidsskrift.	Artikler som ikke er fagfelle vurderte.

## 2.4.4 Artikkelsøk

For å komme frem til de artiklene som er valgt har jeg brukt databasene Cinahl, Medline, SveMed+ og sykepleien.no. I disse databasene finner man vitenskapelige artikler som er

kvalitetssjekket av eksperter innenfor sykepleie og helse. Jeg har søkt etter artikler som belyser risiko for underernæring ved demens og hvilket ansvar sykepleiere har for å følge opp disse pasientene. Jeg har avgrenset søkene mine til å ikke være mer enn ti år gamle slik at jeg skulle finne ny og oppdatert forskning. Likevel måtte jeg bruke en eldre artikkel som var fra 2011 fordi jeg ville få frem hvordan pasientene selv forteller om sine opplevelser om ernæringsmessige utfordringer ved demens. De fem andre artiklene har tidsbegrensning fra 2013-2023 og jeg har forsøkt å bruke de nyeste artiklene som belyser problemstillingen min på best mulig måte. I tillegg til å tids-avgrense søket har jeg valgt engelsk språklige artikler. Jeg har brukt AND mellom søkeordene for å avgrense søket ytterligere dersom det har kommet for mange resultater ved første søk. I vedlegg 1 «søkehistorikk artikler» viser jeg hvilke artikler jeg har hentet fra forskjellige databaser og hvilke avgrensninger jeg har brukt.

I databasen Cinhal søkte jeg med søkeordene *dementia* AND *nutrition* som resulterte i 214 treff. Jeg syntes dette var i overkant mange artikler å lese gjennom. Jeg avgrenset søket til 2013-2023, fagfelleurdert (peer-review) og satte språk til engelsk. Da endte jeg opp med å få 21 resultater, noe som er overkommelig. Dette søket resulterte i at jeg fant artikkelen til Mole et al. (2018).

Jeg ønsket å finne en norsk artikkel som kunne belyse problemstillingen min og søkte derfor i sykepleien.no sin forskningsdatabase. Her brukte jeg søkeordene *ernæring + hjemmeboende* og fikk et treff på 14 resultater. Jeg valgte å bruke artikkelen til Meyer et al. (2017).

I Medline startet jeg mitt første søk med søkeordene *nutritional status* AND *dementia* som gav meg 427 treff. Siden jeg fikk så mange treff valgte jeg å avgrense søket til 2020-2023 og at artiklene skulle vær engelske, dermed fikk jeg 57 treff. Av disse valgte jeg å bruke artikkelen til Ciliz et al. (2023). Jeg gjorde ett nytt søk i Medline hvor jeg bruke søkeordene *dementia* AND *malnutrition* og ende opp med 169 treff. Jeg satte en limit på søket til år 2023, engelsk og full text og fikk et treff på 2 artikler. Jeg endte opp med å ikke bruke noen av disse. Videre brukte jeg søkeordet *eating* og kombinerte søkeordene *dementia* AND *eating* og fikk et treff på 115 resultater. Dette søket førte meg til artikkelen til Johansson et al. (2011). Artikkelen er eldre enn ti år, men jeg valgte å ta den med fordi den har relevans for min oppgave og for å belyse min problemstilling på best mulig måte.



For å finne skandinaviske artikler bruke jeg databasen Svemed+. Her brukte jeg søkeordene *demens* AND *underernæring* og avgrenset søket til å kun fagfellevurdert forskning. Da fikk jeg 1 resultat som var artikkelen til Rognstad et al. (2013). Dette var helt på kanten til tidsbegrensningen min, men artikkelen var aktuell for min problemstilling. Videre gjorde jeg ett nytt søk i samme database og brukte søkeordene *hjemmesykepleien* AND *ernæring* og fikk 1 treff som var artikkelen til Aagaard & Grøndahl (2017).

#### 2.4.5 Kildekritikk

Kildekritikk handler om å være kritisk i vurderingen av den forskningen som er tatt i bruk for å belyse problemstillingen. Kildesøking er den første delen vi gjør som handler om å finne litteraturen som skal benyttes. Videre skal en gjøre rede for den litteraturen som er anvendt i oppgaven. For at oppgavens troverdighet og faglighet skal stå sterkt avhenger det av at kildegrunnet er godt beskrevet og begrunnet (Dalland & Trygstad, 2017, s.152). Hensikten med kildekritikk er at leseren skal forstå gyldigheten til litteraturen i forhold til problemstillingen. Det er meningen at kildekritikken skal hjelpe deg i å vurdere hvor godt litteraturen du har funnet egner seg for å belyse problemstillingen (Dalland & Trygstad, 2017, s. 158).

IMRaD-strukturen beskriver (I) hovedhensikten med studien, (M) oppsummering av metoden som er benyttet, (R) beskriver resultatene som er funnet i studien og (D) tar for seg en evaluering eller diskusjon av resultatene. Til slutt beskrives konklusjonene av studien (Thidemann, 2015, s. 30). IMRaD passer særlig godt til vitenskapelige artikler og oppgaver basert på kvantitative undersøkelser og kan brukes som en mal å gå etter når en gjennomgår artikler (Pettersen, 2019 s. 121). I oppgaven min har jeg brukt artikler som følger denne strukturen fordi dette gir en god oversikt når en leser gjennom forskningen. For å kvalitetssikre artiklene mine har jeg fulgt sjekklister fra Helsebiblioteket og disse viser til i vedlegg 5 – 7.

## 2.5 Forskningsetikk

Det å være etisk i forskningen handler om å ivareta personvernet å sikre at forskningsobjektene ikke skal påføres ubehag eller skade. Enkeltpersonens integritet og velferd skal ikke belastes i målet om å vinne ny kunnskap. Etikken skal hjelpe forskeren i å ta fornuftige vurderinger som inkluderer alle sider av forskningen, alt fra planlegging og valg av problemstilling til hvilke metoder som skal brukes. I tillegg må forskeren vurdere om resultatene kan tenkes anvendt og rapporteres (Dalland, 2017, s. 236). I de artiklene jeg har valgt å bruke i oppgaven er personvernet overholdt ved at intervjuobjektene er anonymiserte og artiklene er fagfellevurderte.

Akademisk redelighet betyr å gi leseren del i de refleksjonene du har gjort deg om valg av litteratur og hva de ulike kildene har bidratt med i din oppgave. Plagiat betyr at en utgir andres arbeid som om det er ditt eget og anses som akademisk uredelig. Dersom kildene en oppgir ikke er redelige, vil feilene føres videre i nye arbeider (Dalland, 2017, s.164). I en litteraturstudie vil det derfor være etisk korrekt å arbeide selvstendig og ikke stjele fra tidligere oppgaver. Likevel er det lov å hente inspirasjon fra andre, men dersom man velger å bruke andres arbeid må man alltid kreditere dem.

### 3.0 Analyse

I analysen skal man finne ut hva materialet har å fortelle og vi søker etter meningen i materialet vi har gjennomgått (Dalland, 2017, s. 87). Når du analyserer en tekst gransker du den for å forstå hva den forteller og dermed kan du tolke hva materialet har å fortelle (Thidemann, 2015, s. 92). Som en del av analyseprosessen har jeg lest kritisk gjennom artiklene flere ganger, da det ifølge Thidemann er viktig for å en ordentlig forståelse av hva artiklene handler om. Jeg har delt opp artiklene hver for seg for å finne ut av hva som medvirker til å belyse forskjellige områder av problemstillingen. Videre kan en da dele artiklene inn i hovedkategorier og underkategorier.

Forfatteren Evans (2002) brukte en analysemodell som består av fire faser for sikre en grundig analyse av forskningsmateriale. Første fase handler om å samle det materialet som skal tolkes i analysen (Evans, 2002, s. 25). Når jeg utførte mine litteratursøk brukte jeg relevante søkeord som skulle belyse min problemstilling, samtidig som jeg brukte inklusjons- og eksklusjonskriterier som er vist i tabell 2. Gjennom denne søkeprosessen endte jeg opp med de seks artiklene som er vist i tabell 3. Andre fase handler om å forstå materialet som en har valgt ut ved å lese gjennom det flere ganger ifølge Evans (2002). Ved å lese gjennom artiklene flere ganger klarer man å forstå helheten i forskningen og videre analyserer man på detaljnivå (Evans, 2002, s.25). Den tredje fasen i analysemodellen til Evans handler om å identifisere hovedkategoriene som går igjen i forskningen. Slik kan en kartlegge de viktigste funnene og sortere disse til underkategorier som tilhører hvert tema (Evans, 2002, s. 25). I min analyse av artiklene har jeg trukket frem hensikten og hovedfunnene i hver artikkel for å klare å sortere hvordan de belyser forskjellige områder av problemstillingen. Jeg har brukt fargekoder for å fremheve hvilke artikler som omhandler de forskjellige temaene som problemstillingen skal ta opp. Slik kan man se likheter og ulikheter i forskningen og videre filtrere ut hva som er viktig å fremstille i diskusjonen. Jeg har markert artiklene som tar for seg mangelfulle rutiner med blå farge, artiklene som tar for seg kompetanseheving med grønn farge og artiklene som omhandler personsentrert omsorg med rød farge. Dette er for å lettere kunne trekke frem hovedpunktene i forskningen og for å ikke gå glipp av viktig data.

## 3.1 Tabell 3 - oversikt over analyserte artikler

<b>Artikkel 1</b>	
<b>Tittel</b>	The nutritional care of people living with dementia at home: A scoping review.
<b>Forfattere</b>	Mole, Kent, Abbott, Wood & Hickson
<b>Årstall</b>	2017
<b>Perspektiv</b>	Sykepleieperspektiv
<b>Hensikt</b>	For å identifisere eventuelle hull i forskningen som finnes om ernæringsmessig omsorg for hjemmeboende personer med demens tar denne studien for seg tilgjengelig forskning på hva som er kjent om ernærings omsorg for denne pasientgruppen.
<b>Metode</b>	Systematisk oversiktsartikkel
<b>Funn</b>	Studien viser at hjemmeboende personer med demens har økt risiko for underernæring. Den viser også at der er mangel på studier som undersøker hvordan ernæringsmessig omsorg for hjemmeboende med demens kan forbedres, og hvilken rolle helsepersonell har når en skal forbedre tiltak.
<b>Artikkel 2</b>	
<b>Tittel</b>	Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens
<b>Forfattere</b>	Rognstad, Brekke, Holm, Linberg & Lühr
<b>Årstall</b>	2013
<b>Perspektiv</b>	Sykepleieperspektiv
<b>Hensikt</b>	Studien kartlegger og belyser ernæringsstatusen til eldre hjemmeboende pasienter med demens og kognitiv svikt som har hjemmetjenesten som tjenesteleverandør.
<b>Metode</b>	Kvalitativ metode
<b>Funn</b>	Studien viser at hjemmeboende pasienter med kognitiv svikt er underernærte eller er i ernæringsmessig risiko. Det å være kvinne og ha problemer med matinntaket ser ut til å ha en klar sammenheng med underernæring. Videre viser studien at pasienter som utfører matinnkjøp på egenhånd har en lavere sannsynlighet for å være underernært enn de som får hjelp til matinnkjøp. Funn fra studien viser at personer med demens kan glemme å sette matvarene inn i kjøleskapet eller glemme å kaste utgått mat.
<b>Artikkel 3</b>	

<b>Tittel</b>	Eating difficulties and relationship with nutritional status among patients with dementia
<b>Forfattere</b>	Ciliz, Tulek, Hanagasi, Bilgic & Gurvit
<b>Årstall</b>	2023
<b>Perspektiv</b>	Sykepleieperspektiv
<b>Hensikt</b>	Studiens hensikt var å kartlegge spisevanskene som pasienter med demens står ovenfor og for å evaluere sammenhengen mellom spisevansker og underernæring for denne pasientgruppen.
<b>Metode</b>	Kvantitativ metode
<b>Funn</b>	Pasientene med demens hadde økt vanskeligheter med å mate seg selv og 30% av deltakerne av demensgruppen var ikke i stand til å spise uten assistanse. Det ble funnet sammenhenger mellom spisevansker og alder, sykdomsvarighet, kognitive og funksjonelle funksjoner hos pasientene. Det er viktig å bemerke seg at pasientene med demens hadde likt utgangspunkt som kontrollørene når det gjaldt tannstatus, svelgproblematikk og tyggevasker. I denne sammenligningsstudien ble det avklart at pasienter med demens har større og flere problemer knyttet til å spise på egenhånd enn kontrollgruppen. I tillegg ble det avdekket at evnen til å klare å spise på egenhånd har stor sammenheng med ernæringsstatus.
<b>Artikkel 4</b>	
<b>Tittel</b>	Vurdering av ernæringsstatus – et sykepleiefaglig ansvar i hjemmetjenesten
<b>Forfattere</b>	Meyer, Velken & Jensen
<b>Årstall</b>	2017
<b>Perspektiv</b>	Sykepleieperspektiv
<b>Hensikt</b>	Målet med denne studien var å utforske hvordan hjemmesykepleierne ivaretar den faglige ernæringspraksisen iht. Nasjonale faglige retningslinjer som ligger til grunn for forebygging og behandling av underernæring.
<b>Metode</b>	Kvalitativ metode
<b>Funn</b>	Det kommer frem av studien at kommunen og hjemmesykepleiens ledelse må rette mer oppmerksomhet på hjemmeboende personer med demens og at det trengs bedre rutiner for utførelse av systematisk ernæringskartlegging. Det viser av studien at sykepleierne er klar over pasientens selvbestemmelse og ser på den hjemlige arenaen som et privat rom. Dette gjør at det er utfordrende å følge opp hva pasientene får i seg av

	mat og drikke. Funn i studien viser at hjemmesykepleierne har begrensede muligheter for å følge opp og for å gjennomføre nøyaktig registrering av mat- og drikkeinntak i løpet av døgnet.
<b>Artikkel 5</b>	
<b>Tittel</b>	Routines in the community nursing services for assessing nutritional status
<b>Forfattere</b>	Aagaard & Grøndahl
<b>Årstall</b>	2017
<b>Perspektiv</b>	Sykepleieperspektiv
<b>Hensikt</b>	Hensikten med denne studien var å vise hvilke rutiner lederne og helsepersonell i hjemmesykepleien bruker for når de skal vurdere pasientens ernæringsstatus.
<b>Metode</b>	Kvantitativ metode
<b>Funn</b>	For at hjemmesykepleien skal kunne vurdere ernæringsstatus i kommunene bør det utarbeides skiftelige prosedyrer som helsepersonell skal forholde seg til. Retningslinjene finnes, men disse må belyses i enda større grad. 67 prosent av lederne og 37 prosent av helsepersonellet oppgav at de kjente til Helsedirektoratets retningslinjer. Studien finner også mangler i opplæringen av helsepersonell og at dette bør være et prioritert område. Så mange som 80 prosent av lederne og 69 prosent av helsepersonellet oppgav at nye brukere ikke ble veid i hjemmetjenesten som en del av kartleggingen for nye pasienter.
<b>Artikkel 6</b>	
<b>Tittel</b>	Managing mealtime tasks: told by persons with dementia
<b>Forfattere</b>	Johansson, Christensson & Sidenvall
<b>Årstall</b>	2011
<b>Perspektiv</b>	Pasientperspektiv
<b>Hensikt</b>	Forskerne ville fange opp hvordan personer med demens selv opplever problemene som er knyttet til måltider.
<b>Metode</b>	Kvalitativ metode
<b>Funn</b>	Pasientene beskriver at de ønsker å være selvstendige og var villige til å endre måten en gjennomfører måltider på. Videre ser uavhengighet ut til å være relatert til å fremstå som kompetent og ha kontroll over situasjonen. Tapet av hukommelse blir ikke sett på som et handicap, men det er tydelig at det påvirker situasjonen. De fleste får hjelp av pårørende til å handle mat

	og får støtte i matlagings situasjoner. Det å sitte alene å spise gir ikke økt appetitt, men informantene sier at dette også er en vanesak.
--	---

### 3.2 Tabell 4 - oversikt over hoved- og underkategorier

Hovedkategorier	Underkategorier
Mangelfulle rutiner	<ul style="list-style-type: none"><li>- Svikt på systemnivå</li><li>- Iverksetting av tiltak</li></ul>
Kompetanseheving	<ul style="list-style-type: none"><li>- Identifisering av risiko</li><li>- Risikofaktorer</li></ul>
Persontrent omsorg i praksis	<ul style="list-style-type: none"><li>- Individuell omsorg i hjemmet</li><li>- Regelmessig evaluering</li><li>- Uavhengighet og selvstendighet</li></ul>

I den siste og fjerde fasen skal hovedkategoriene og underkategoriene settes sammen til en helhet som skal besvare problemstillingen (Evans, 2002, s.25). Resultatet gjenspeiler de ulike temaene som er presentert i tabell 4.

## 4.0 Resultater

### 4.1 Manglende rutiner for ernæringskartlegging i hjemmesykepleien

I forskningen vises det at hjemmeboende pasienter med demens ikke får den oppfølgingen de har krav på fra hjemmesykepleien. Det er svikt i rutinene som starter i ledelsen på systemnivå og videreføres ut i pleien av helsepersonell. Mole et. al (2017) avdekker i sin studie at regelmessig overvåkning av ernæringsstatusen til denne pasientgruppen er fraværende. Det kommer frem i studien til Meyer et. al (2017) at hjemmesykepleien ikke ivaretar den faglige ernæringspraksisen som pasientene har krav på og at organisasjonen trenger bedre rutiner for å kunne utføre god ernæringskartlegging på den hjemlige arenaen. Artikkelen viser at sykepleierne ikke har gode nok rutiner for vurdering av ernæringsstatus, selv om de har god kjennskap til pasientene. Meyer et. al (2017) presiserer at ledelsens forståelse av problemet og villigheten til å gjøre en endring er viktig når systematisk kartlegging skal implementeres. Aagard & Grøndahl (2017) tar også for seg problemene kommunehelsetjenesten har når det gjelder oppfølging av pasientenes ernæringsmessige status. Retningslinjene som skal følges av helsepersonell finnes, men de må belyses i større grad mener Aagard & Grøndahl (2017).

Vurderingen av ernæringsstatus er et sykepleiefaglig ansvar. Ut ifra studien til Meyer et. al (2017) gav sykepleierne uttrykk for at kjennskap til pasientene er viktig når en skal utføre praktisk arbeid i hjemmet. Videre forteller sykepleierne at det er utfordrende å vurdere nøyaktig mat- og drikkeinntak i løpet av døgnet. Grunnen til dette var at sykepleierne mente at tidspress og kartleggingssystemer som ikke var tilrettelagt for den hjemlige arenaen gjør at det oppstår en svikt i rutinene fra sykepleiernes side. Det vises i forskningen at sykepleierne selv mener de har begrensede muligheter for å følge opp pasientens ernæringsstatus og dette gjør at rutinene svikter når gjennomføringen av kartleggingen skal foretas.

### 4.2 Kompetanseheving

Rognstad et al. (2013) viser i sin studie at det er helt avgjørende at helsepersonell og pårørende er kjent med risikofaktorer for underernæring. Tiltak må iverksettes på et tidlig stadium for å forhindre at pasientene blir underernærte eller kommer i faresonen for



underernæring. Artikkelen belyser at underernæring er svært utbredt hos denne pasientgruppen og det er viktig at helsepersonell har rutiner for å innhente data relatert til ernæringsstatus hos denne sårbare gruppen. Studien forteller også at helsepersonell må vite hvordan man anvender data på riktig måte slik at en kan iverksette nødvendige tiltak. Mole et al. (2017) viser i likhet med Rognstad et al. (2013) at helsepersonell må kartlegge pasientens risiko for underernæring på et tidlig tidspunkt for å kunne iverksette de nødvendige tiltakene for å forhindre underernæring. Kartlegging av pasientens ernæringsstatus er viktig for å kunne identifisere risiko for underernæring og det er viktig at helsepersonell kjenner til retningslinjene som ligger til grunn for en god ernæringspraksis.

#### 4.3 Personsentrert omsorg i hjemmesykepleien

Det fremkommer av alle seks artiklene at det er enighet om at individuell omsorg for denne pasientgruppen må ivaretas. Det kommer frem av studien til Ciliz et. al (2023) at et av de vanligste problemene for pasienter med demens er å kunne spise på egenhånd og at de trenger veiledning for å kunne gjennomføre måltidet. Pasientene trenger hjelp til å spise og det er hjemmesykepleien sitt ansvar å legge til rette for at pasientene skal kunne få i seg tilstrekkelig med næring. Dersom den individuelle omsorgen svikter vil pasientene utvikle underernæring. Johansson et. al (2011) gir oss et innblikk i hvordan pasientene selv mestrer tapet av hukommelse, og den viser hvordan personer med demens selv oppfatte problemene knyttet til måltider. Studien bekrefter at pasientene ønsker å være selvstendige og vise uavhengighet. Forskningen til Meyer et. al (2017) viser at sykepleierne ønsker at pasientene skal bevare sin autonomi og at selvbestemmelsesretten henger høyt hos helsepersonellet. Likevel mener sykepleierne at de ofte står mellom spenningsfeltet mellom ivaretagelse av selvbestemmelsen til den hjemmeboende pasienten og de nasjonale retningslinjene som de er pålagt å følge. I tillegg mener også helsepersonell at tidspresset i hjemmesykepleien ofte står i veien for utøvelse av god nok personsentrert omsorg i praksis.

## 5.0 Drøfting

I denne delen av oppgaven vil jeg diskutere resultatene i forhold til teori og egne erfaringer. Ifølge Thidemann (2015) er hensikten med drøftingskapitlet å diskutere hvordan resultatene svarer på problemstillingen. Jeg vil se på hvordan resultatene forholder seg til teorien og forskningen som er inkludert i oppgaven (Thidemann, 2015, s. 108).

### 5.1 Ernæringsmessige utfordringer i hjemmesykepleien

Om lag halvparten av de som deltok i studien til Rognstad et al. (2013) var underernærte eller sto i fare for å utvikle underernæring. Videre viser studien til Ciliz et al. (2023) at hjemmeboende pasienter med demens har store utfordringer med å klare å spise på egenhånd, noe som åpenbart kan føre til underernæring. Videre kan vi se i forskningen til Mole et. al (2017) at hjemmeboende pasienter med demens har økt risiko for underernæring. Beviselig kan vi se at underernæring er svært utbredt blant hjemmeboende pasienter med demens lidelse. Det kan være vanskelig for hjemmesykepleien å følge tett opp pasientenes ernæringstiltak av forskjellige årsaker. Meyer et al. (2017) avdekker i sin forskning at sykepleierne har praktiske utfordringer i kartlegging og vurdering av ernæringsstatus. Sykepleierne forteller at flere av pasientene mangler egen vekt og at hjemmesykepleien ikke har gått til innkjøp av egen vekt. En annen utfordring er å få målt pasientens høyde fordi pasientene ikke klarer å rette seg helt ut på grunn av fysiske utfordringer (Meyer et al., 2017). Disse utfordringene er også noe studien til Aagard & Grøndahl (2017) tar for seg. Forskningen påpeker at helsepersonell ikke vet at det er vanlig å veie pasientene ved registrering. Det vil si at pasientene skal veies når de registreres i hjemmesykepleien og videre skal pasientene veies minst en gang i måneden (Aagard & Grøndahl, 2017). For det første er veiing et av de viktigste målingene vi har for å kunne avdekke og vurdere en persons ernæringstilstand. For det andre viser dette at det er en klar svikt i rutine dersom pasientene ikke blir veid regelmessig. Dersom det ikke er kjent at veiing av pasienter er en rutineprosedyre i kommunene kan dette tyde på at pasientene ikke får den oppfølgingen de har krav på.

I helsepersonelloven (1999) § 16 stilles det krav til at ledelsen skal organisere virksomheten slik at helsepersonellet kan utøve helsehjelp som er faglig forsvarlig. Helsedirektoratet

konstaterer i sine nasjonale faglige retningslinjer at «virksomheter som utfører helse- og omsorgstjenester til personer med demens, skal sørge for at de ansatte har den opplæring, videreutdanning og etterutdanning som er påkrevd» (Helsedirektoratet, 2019).

Retningslinjene som ligger til grunn er for å sikre at personer med demens skal få den hjelpen de har krav på, men også for å sikre at den enkelte har riktig kompetanse til å utføre faglig forsvarlig pleie. Når man arbeider i hjemmesykepleien medfører man ikke direkte skade på pasienter slik som i kirurgiske avdelinger på et sykehus, likevel finnes det utfordringer i måten helsehjelpen blir gitt på (Birkeland & Flovik, 2018, s. 29-30). Meyer et al. (2017) påpeker hvordan hjemmesykepleien må rette mer oppmerksomhet mot å utvikle bedre rutiner for systematisk ernæringskartlegging. Artikkelen konkluderer med at hjemmesykepleien trenger bedre rutiner for å kartlegge ernæringsstatusen til personer med demens. Det er sykepleieres ansvar å etablere skriftlige prosedyrer som skal sikre at hjemmeboende pasienter får i seg tilstrekkelig med næring, variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat (Birkeland & Flovik, 2018, s. 31). Utfordringer ved at pasientene bor i eget hjem gjør at det er vanskelig for hjemmesykepleien å ha kontroll over hva pasientene spiser og drikker i løpet av et døgn og det kreves derfor en spesiell oppfølging fra sykepleierne. Det må utarbeides prosedyrer som skal kvalitetssikre at pasientene får i seg sitt nødvendige inntak av mat og drikke. Dette kommer frem i forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (2003, § 1), som sier at det skal etableres prosedyrer som skal sikre at pasientene får «ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel». Artikkelen til Aagaard & Grøndahl (2017) underbygger forskriften og sier at det må utarbeides bedre prosedyrer som helsepersonell skal forholde seg til. Retningslinjene for prosedyrene finnes, men lederne må legge til rette for at de må videreutvikles. Prosedyrene bør tilpasses bedre den hjemlige arenaen og det må gis bedre opplæring til helsepersonell i de prosedyrene som allerede finnes.

Det øverste ansvaret for å tilse at virksomheten drives etter faglige, etiske og lovpålagte føringer ligger hos lederen (Rokstad, 2020, s. 61). Det er lederne som er ansvarlige for at det finnes rutiner for kompetanseutvikling, for evaluering av tjenestene som virksomheten tilbyr og at kvaliteten på tjenestene er tilstrekkelige. Det skal også legges til rette for et systematisk forbedringsarbeid (Rokstad, 2020, s. 61). I studien som er utørt av Aagaard &

Grøndahl (2017) belyses hvilke rutiner ledere og helsepersonell følger for å kvalitetssikre ernæringsstatusen til eldre hjemmeboende pasienter. Videre kan det diskuteres i at dersom pasientene ikke blir veid, vil det heller ikke bli målt BMI. Vekt og høyde er de to verdiene som brukes til å beregne pasientens BMI, som er et annet mål som kan indikere pasientens ernæringsstatus. Mangelen på veierutiner kan derfor medvirke til at BMI-verdien ikke kan beregnes. Bevissthet om viktigheten av veiing er avgjørende for å sikre at de nasjonale faglige retningslinjene for forebygging og behandling av underernæring følges. Aagard & Grøndahl (2017) skriver også at i underkant av halvparten av kommunene har rutiner for screening og evaluering av ernæringstilstanden til brukerne av samfunnssykepleien. Enda færre har dokumentert dette i skriftlige prosedyrer. Dette gir oss en indikator på at de retningslinjene som ligger til grunn for utførelse av ernæringsmessig kartlegging ikke følges i kommunene og at screeningsverktøyene som finnes er lite brukt. Det er ledernes oppgave å sørge for at helsepersonell får tilstrekkelig opplæring i å anvende kartleggingsverktøy. Likevel har du som sykepleier et ansvar for å selv sette deg inn i rutinene som gjelder på din arbeidsplass. Sykepleiere har også et ansvar overfor pasientenes grunnleggende behov og det er viktig at det blir lagt mer vekt på ernæringskartlegging som et sentralt område i sykepleien. Dette gjelder både for innsamling av relevante data, men også videre i dokumentasjonen fremover.

Meyer et al. (2017) tar også opp tidsrammen hjemmesykepleien har som en utfordring for å kunne utføre god nok ernæringskartlegging. Studien ser på hvordan sykepleierne bruker sin tilgjengelige tid og hvordan de prioriterer oppgaver. Stor arbeidsbelastning for sykepleierne gjør at de sykeste blir prioritert først, noe som også er rett i en helsefaglig sammenheng (Meyer et al. 2017). Likevel er det viktig de ansatte har fokus på ernæring fordi det forebyggende arbeidet er en sentral del av sykepleie i hjemmet. Det skal vies tid til det forebyggende arbeidet (Birkeland & Flovik, 2018, s. 48). Underernærte og personer som står i fare for underernæring som mottar kommunale helsetjenester skal få en målrettet ernæringsbehandling. Det skal utarbeides en plan for pasienten og en skal dokumentere ernæringsstatus, ernæringsbehov, matinntak og målrettede tiltak i pasientjournal (Birkeland & Flovik, 2018, s. 135). Sykepleierne har et selvstendig ansvar for å observere, vurdere og iverksette tiltak ut ifra de observasjonene som er nevnt ovenfor. For at sykepleierne skal kunne forebygge underernæring hos hjemmeboende pasienter med demenslidelse må

lederne legge til rette for at rutinene for gjennomføring av faglig forsvarlig pleie ligger til grunn. Virksomheten må sikre at personer med demens får den hjelpen og oppfølgingen de har krav på og helsepersonellet må selv ta ansvar for å utføre de tjenestene som virksomheten tilbyr.

## 5.2 Kompetanseheving blant sykepleierne om ernæringsmessige forhold

I forskningen til Meyer et al. (2017) kommer det frem at det må rettes mer oppmerksomhet på kartlegging av ernæringsstatus til eldre hjemmeboende med demens. Dette er sykepleiernes ansvar og pasientenes rettighet. I hjemmesykepleien trenger vi bedre rutiner for å utføre systematiske kartlegginger. Kravene om hva som skal bli gjort foreligger, men forskning viser at utførelsen fra hjemmesykepleiens side ofte mangler. Både Meyer et al. (2017) og Aagaard & Grøndahl (2017) viser gjennom sine artikler at det trengs en forbedring av hjemmesykepleiens rutiner for kartlegging av ernæringsstatus blant eldre hjemmeboende med demenslidelse. For å kartlegge ernæringsstatusen til personer med demens er det vanlig å bruke instrumentet Mini Nutritional Assessment som forkortes MNA (se vedlegg 8). Rognstad et al. (2013) sier at screeningen er et nyttig instrument for å identifisere underernæring hos eldre hjemmeboende personer. Screening verktøyet er det mest valide, og er det skjemaet som er mest brukt når en skal kartlegge ernæringsstatusen til eldre. MNA-skjemaet består av to deler som inneholder en rekke spørsmål som er knyttet til underernæring. Rognstad et al. (2013) mener at MNA-skjema er enkelt å bruke og klarer å innhente den informasjonen en sykepleier trenger for å kunne kartlegge ernæringsstatus. I artikkelen til Mole et al. (2017) kan vi se at MNA-screening blir brukt i mesteparten av studien som artikkelen tar for seg. Det begrunnes også her at skjemaet gir god kartlegging og informasjon over pasientenes ernæringsstatus. Ciliz et al. (2023) støtter også bruken av skjemaet og sier at det er anbefalt av European Society for Clinical Nutrition and Metabolism. Forskningen viser oss at MNA-skjemaet er godt validert blant helsepersonell, men at det kan være vanskelig å bruke det på den hjemlige arenaen. Dette er fordi selve skjemaet ikke er tilpasset den hjemlige arenaen, men tilpasset for å være multifunksjonelt for helsevesenet. Som nevnt viser forskning at det ikke er noe galt i de instrumentene som finnes for å kunne utføre god kartlegging av ernæringsstatus, men at utfordringene ligger i hvordan vi skal anvende dem. Aagaard & Gøndal (2017) underbygger dette ved å hevde at

retningslinjene for utførelsen finnes, men de bør offentliggjøres bedre. Kommunene må utarbeide skriftlige prosedyrer for å vurdere ernæringsmessig status. De peker også på at dersom verktøyene blir tilpasset den hjemlige arenaen vil sykepleierne enklere kunne anvende det bedre og mer effektivt i praksis.

Meyer et al. (2017) tar for seg om sykepleierne har kunnskap til de faglige retningslinjene som ligger til grunn for vurdering av ernæringsmessig risiko. Det er en felles enighet blant sykepleierne at de faglige retningslinjene som finnes i dag preges av tung akademisk tekst og er fjernt fra språket vi bruker i hverdagen. Retningslinjene sies også å være vanskelige å anvende i klinisk praksis. Dette gjør at sykepleierne utvikler en negativ holdning til systematisk ernæringskartlegging (Meyer et al., 2017). De tradisjonelle verdiene og normene som gjør seg gjeldende i virksomheten og hvordan disse verdiene legger føringer på organiseringen av arbeidet som utføres er noe vi kaller for *pleiekultur* (Rokstad, 2020, s. 62). Rokstad (2020) forklarer at pleiekulturen i en virksomhet kan ses på hvordan pleierne kjenner seg forpliktet til interne rutiner og påvirkes i liten grad av ytre faglige retningslinjer. Med andre ord kan vi si at pleierne kan utviklet felles uskrevne regler for hvordan praksisen skal fungere og er en konsekvens av at det kan være vanskelig å endre på rutiner som allerede er innarbeidet. Meyer et al. (2017) viser i sin studie at 80% av kommunene ikke foretar systematisk risikovurdering innen ernæringsområder. Dette beviser at det trengs et kompetanseløft blant sykepleierne for å kunne forebygge underernæring for personer med demens. Holdningen til demensomsorg må ifølge Rokstad (2020) oppjusteres og hun stiller høye krav til ferdigheter fra sykepleierne som arbeider med denne pasientgruppen. Faglig ledelse og den enkelte medarbeider må øke bevisstheten om hva demensomsorg innebærer (Rokstad, 2020, s. 62).

### 5.2.1 Praktisk oppfølging og tiltak

For å kunne forebygge underernæring er det essensielt at sykepleiere kartlegger innkjøp, hvordan maten tilberedes, borddekking, spising, appetitt og evnen pasienten har til å rydde opp etter seg (Birkeland & Flovik, 2018, s. 141). Flere av studiene avdekker at kartleggingsarbeidet som skal være gjort i forkant ikke er tilstrekkelig slik at tiltakene og behovet for hjelp ikke samsvarer. For at sykepleierne skal kunne utføre systematisk kartlegging av ernæringsstatus og oppfølging av den enkelte pasient kreves det at ansvaret

ligger hos én eller noen få ansatte som har kontakt med pasienten over lengre tid.

Sykepleierne som er ansvarlige for pasienten må ha den kompetansen som er nødvendig for å kunne ivareta pasientens ernæringsbehov. Konkrete observasjoner og tiltak som sykepleier skal kunne ha kunnskap om vil ifølge Birkeland og Flovik (2018) være å foreta jevnlig vurderinger av ernæringsstatus med screening og vektkontroll. Sykepleierne må også hele tiden observere pasientens sykdomstilstand og kartlegge pasientens symptomer slik at en kan iverksette tiltak ut ifra behov. Ved å kartlegge pasienten jevnlig vil en kunne sikre at vedtak og tiltak gjenspeiler pasientens behov for hjelp (Birkeland og Flovik, 2018, s. 141-142).

### 5.3 Tilrettelegging av individuell omsorg i praksis

Betydningen av å ha en personsentrert tilnærming til pasienter med demens kommer frem i forskningen til Meyer et al. (2017) og ses på som kjernen i sykepleiernes praksis. Forskningen til Meyer et al. (2017) tar for seg kompleksiteten i hjemmesykepleiernes ernæringspraksis. Den ser på pasientens opplevelse av egen livssituasjon og personlige utfordringer, og hvordan sykepleieren oppfatter dette. Her dreier personsentrert omsorg seg om hvordan sykepleieren kan legge til rette måltidene i samarbeid med pasienten i eget hjem. I forskningen til Johansson et al. (2011) vises det at personer med demens selv mener at det å spise alene ikke er det foretrukne valget, men at det blir en vanesak etter hvert. Ciliz et al. (2023) avdekker i sin artikkel at personer med demens som spiser alene har økt risiko for utvikling av underernæring grunnet spisevansker og at de trenger hjelp til å spise. Ifølge Rokstad (2020) handler ikke måltider bare om å kunne dekke pasientenes ernæringsbehov. For personer med demens handler også måltider om selve miljøbehandlingen og er en unik mulighet for å kombinere mat med sosialt fellesskap og sansestimulering (Rokstad, 2020, s. 172). Et viktig element i personsentrert omsorg er å etablere et sosialt miljø for å dekke personens psykologiske behov (Røsvik & Mjørud, 2013, s. 62). Kitwood (1999) mener at man har en utvidet forståelse av demens dersom man som sykepleier klarer å se sammenhengen mellom personens livshistorie, personlighet, helse, kognitive svikt og sosiale relasjoner (Rokstad, 2021, s. 86).

Forskningen til Meyer et al. (2017) ser videre på ernæringsarbeidet i den hjemlige arenaen hvor trygghet, intimitet, privatliv og kontroll beskriver hjemmet til pasienten. Studien viser at

autonomiprinsippet henger svært høyt hos sykepleierne og det var viktig for dem å bevare den hjemmeboende sin selvstendighet. Det å være selvstendige er også noe pasientene selv mener er viktig (Johansson et al. 2011). Forklaringen på hvorfor personer med demens ønsker å fremstå som selvstendige og uavhengige i eget hjem mener Johansson et al. (2011) er fordi de ønsker å vise at de klarer å bo hjemme til tross for tap av hukommelse. Videre avdekket studien at uavhengighet ser ut til å være forbundet med å vise seg som komponent, og pasientene ønsker å vise at de mestrer eget liv. Johansson et al. (2011) viser i sin forskning at personer med demens er opptatt av å bekrefte sin identitet med å uttrykke selvstendighet. Ifølge Rokstad (2021) er en viktig oppgave i demensomsorgen å bidra til å opprettholde den personlige identiteten fordi alle personer ønsker å føle en tilknytning til seg selv. I sammenheng med studien til Mole et al. (2017) kan vi også se at personer med demens synes det er viktig å vise sin uavhengighet. Dette viser at personer med demens ønsker at helsepersonell bekrefter deres identitet. Identitet handler om å vite hvem du er, men når minnene viskes bort er det de personene som er rundt den demente som gir vedkommende identitet (Røsvik & Mjørud, 2013, s. 72). Tilrettelegging av omgivelsene er en viktig strategi for at personer med demens skal kunne mestre sin hverdag (Rokstad, 2020, s. 140). Sykepleiere må tilrettelegge for at personer med demens klarer å mestre hverdagen og slik kan en bekrefte personens selvstendighet og identitet slik at personen med demens føler seg validert. Validering er når sykepleiere klarer å anerkjenne en annen persons følelser og emosjonelle tilstand (Røsvik & Mjørud, 2013, s. 115). Det å kunne yte personsentrert omsorg for personer med demens er ikke en enkel oppgave, og det kreves faglig kompetanse for å opprettholde praksisen (Røsvik & Mjørud, 2013, s. 94). I hjemmesykepleien bør det etableres systemer som skal utvikle personalets kompetanse innenfor personsentrert omsorg slik at kompetansenivået til de ansatte heves (Røsvik & Mjørud, 2013, s. 94).

Det er viktig at sykepleierne klarer å nå kravene om systematiske observasjoner samtittid som en viser respekt i det private rom. Personer med demens skal behandles med respekt og høflighet slik at personen føler seg som et verdifullt menneske (Røsvik & Mjørud, 2013, s. 113). Birkeland & Flovik (2018) mener at utfordringen i ernæringsarbeidet er å ivareta pasientens selvstendighet og samtidig klare å identifisere vekttap. Sykepleiere må tilstrebe å legge til rette for at pasientene skal opprettholde sin selvstendighet og identitet samtidig som en klarer å kartlegge personens ernæringsbehov (Rokstad, 2020, s.173). For personer



med demens er det viktig å opprettholde uavhengighet og derfor uttrykker de kanskje ikke vanskelighetene de har med måltidene. I frykt for å miste uavhengigheten kan personer med demens fremstille seg selv mer selvhjulpne enn de egentlig er påpeker forskningen til Ciliz et al. (2017). Viktigheten av å være selvstendige kommer også frem i studien til Johansson et. al (2011). Uavhengighet ser ut til å være relatert med å ha kontroll over situasjonen slik at en fremstår som mer kompetent. Personer med demens ønsker å fremstå mer uavhengige enn det de egentlig er, og flere pasienter sier at tapet av hukommelse ikke anses som et handicap. Det å kunne håndtere måltidsituasjoner på egenhånd gjør at personer med demens fremstår som mer selvstendige. Studien til Johansson et al. (2011) vektlegger hvor viktig det er at sykepleiere er klar over at personer med demens som fortsatt bor hjemme vedsetter selvstendighet og uavhengighet. Behovet for støtte i måltidsituasjoner eksisterer, men sykepleiere må huske på at personer med demens ofte kan frykte at helsepersonell skal oppfatte at de ikke klarer å ta vare på seg selv. Det er mange som ønsker å bo hjemme så lenge som mulig og vil derfor bevise ovenfor helsepersonell at de klarer seg bedre enn de faktisk gjør. I slike situasjoner må sykepleiere ha god kunnskap om personer med demens og hvordan en skal utøve god sykepleie til disse pasientene. I løpet av de siste ti årene har personsentrert omsorg vært den foretrukne tilnærmingen for utøvelse av god omsorg til personer med demens (Rokstad, 2021, s.30). Personsentrert omsorg handler i all hovedsak om å respektere og validere mennesker med demens (Røsvik & Mjørud, 2013, s. 20-21). Pasientene skal møtes som et fullverdig menneske gjennom hele sykdomsforløpet. Videre skal helsepersonell yte en individuelt tilpasset omsorg for personen med demens og tiltakene skal tilpasses ettersom pasientens sykdomsbilde endres (Røsvik & Mjørud, 2013, s. 36-37). I utøvelsen av sykepleie er det viktig å sette seg inn i pasientens livshistorie slik at en kan forstå de opplevelsene som en person med demens har (Rokstad, 2021, s. 36). I praksis er det svært krevende å yte personsentrert omsorg som virkelig er individuell, fordi det er fort gjort at personer med demens ikke vies nok tid i det private rom Meyer et al. (2017). Behovene til personer med demens endres også over tid fordi sykdommen er progressiv. (Røsvik & Mjørud, 2013, s. 40). Siden sykdomsbildet til personer med demens er i stadig endring er det viktig at det finnes prosedyrer som kvalitets sikrer at personene faktisk får dekket sine aktuelle behov. Professoren Dawn Brooker mener at det bør være etablerte rutiner for at det er mulig å endre prosedyrer og omsorgsplaner raskt siden demens sykdom er progressiv og gir en ustabil helsetilstand (Røsvik & Mjørud, 2013, s. 42).

## 6.0 Konklusjon

For å forebygge underernæring hos hjemmeboende pasienter med demenslidelse må man kartlegge ernæringsmessig status så tidlig som mulig, slik at man kan iverksette nødvendige tiltak. I hjemmesykepleien er det utfordringer knyttet til oppfølging av pasientens ernæringsstatus. Det må rettes mer oppmerksomhet mot å utvikle bedre rutiner for systematisk ernæringskartlegging på systemnivå. Ledelsen spiller en stor rolle i dette arbeidet og det er ledelsen som kan legge føringene videre til individnivå. Det fremstår av forskningen at sykepleierne selv vet hva som kreves av dem og hvilke faglige retningslinjer som ligger til grunn, men at utfordringene ligger i at retningslinjene bør utarbeides til en nyere praksis og tilpasses bedre til den hjemlige arenaen. Personsentrert tilnærming til pasienter med demens ser ut til å være den foretrukne måten å arbeide på i den hjemlige arenaen. Det er viktig at det vies nok tid til å kunne utføre en individuell omsorg til denne pasientgruppen slik at en kan forebygge ernæringsmessig risiko. Dersom det ikke blir gjort endringer i hvordan hjemmesykepleien prioriterer sine oppgaver, og ledelsen ikke tar ernæringsarbeidet på alvor vil de samme utfordringene trolig fortsette i tiden fremover. Jeg håper det vil bli større fokus på personsentrert omsorg og viktigheten av ernæringsarbeid i hjemmesykepleien, slik at denne pasientgruppen ikke blir oversett og får den hjelpen de har krav på.

## 7.0 Litteraturliste

Aagaard, Heidi. 2016. «Væske og ernæring». I *Grunnleggende Sykepleie – Grunnleggende behov*, redigert av Gro Hjelmeland Grimsbø (red.), 191-242. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Aagaard, H. & Grøndahl, V., A. (2017). Routines in the community nursing services for assessing nutritional status. *Sykepleien forskning*. 2017;12(61219).

[10.4220/Sykepleienf.2017.61219](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.61219)

Birkeland, A. & Flovik, A. M. (2018). *Sykepleie i hjemmet*. (3.utg). Cappelen Damm.

Brooker, D. (2007). Personsentrert demensomsorg. Veien til bedre tjenester. (Røsvik, J. & Mjørud, M., Overs.). 2013. (Opprinnelig utgitt 2007).

Ciliz, O., Tulek, Z., Hanagasi, H., Bilgic, B., Gurvit, I. H. (2023). Eating difficulties and relationship with nutritional status among patients with dementia.. *Journal of Nursing Research*, , 31(1), e260. <https://dx.doi.org/10.1097/jnr.0000000000000538>

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal Akademisk.

Engedal, K. (2020). Demenssyndrom og medisinsk oppfølging. Husebø, B. S & Flo, E. (Red.), *Eldreboen: diagnoser og behandling*. (s.74-84). Fagbokforlaget.

Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research; Interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20(2), s. 22-26. Hentet 12. mai 2023 fra <https://www.ajan.com.au/archive/Vol20/Vol20.2-4.pdf>

Folkehelseinstituttet. (2021, 23. februar). *Demens*. Fhi.no

<https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>

Grønseth, R. & Jerpseth, H. (2019). *Bacheloroppgaven i sykepleie: Praktiske råd i skriveprosessen*. Fagbokforlaget.

Helsedirektoratet. (2022, 14.mars). *Vurdering av risiko for underernæring. Alle pasienter skal vurderes for risiko for underernæring ved innleggelse i helse- og omsorgsinstitusjon og ved oppstart av helse- og omsorgstjenester, og deretter etter en gitt frekvens, eller et annet faglig begrunnet individuelt opplegg*. Helsedirektoratet.no

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-og-behandling-av-underernaering/vurdering-av-risiko-for-underernaering#alle-pasienter-skal-vurderes-for-risiko-for-underernaering-ved-innleggelse-i-helse-og-omsorgsinstitusjon-og-ved-oppstart-av-helse-og-omsorgstjenester-og-deretter-etter-en-gitt-frekvens-eller-etter-et-annet-faglig-begrunnet-individuelt-opplegg>

Helsedirektoratet. (2022, 03.mai). *Ernæring og oral helse ved demens. Kommunen skal vurdere risiko for under- og feilernæring hos mottakere av helse- og omsorgstjenester, herunder personer med demens*. Helsedirektoratet.no

<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-praktisk>

Helsedirektoratet. (2019, 27. november). *Krav til kompetanse. Virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester til personer med demens skal ha et system for opplæring, videreutdanning og etterutdanning av ansatte*. Helsedirektoratet.no

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/krav-til-kompetanse#virksomheter-som-yter-helse-og-omsorgstjenester-til-personer-med-demens-skal-ha-et-system-for-opplaering-videreutdanning-og-etterutdanning-av-ansatte>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

- Johansson, L., Christensson, L., Sidenvall, B. (2011). Managing mealtime tasks: told by persons with dementia.. *Journal of Clinical Nursing*, , 20(17-18), 2552-62.  
<https://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03811.x>
- Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (2021). *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (3.utg). Gyldendal Nosk Forlag.
- Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F., Skaug, E-A. & Grimsbø, G. H. (2016). *Grunnleggende sykepleie: Grunnleggende behov*. (3.utg). Gyldendal Akademisk.
- Kunnskapsbasert praksis. (2021, 17. september). I *Helsebiblioteket*.  
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no>
- Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene (2003). Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (FOR-2003-06-27-792). Lovdata.  
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>
- Meyer, S. E., Velken, R. & Jensen, L. H. (2017). *Vurdering av ernæringsstatus – et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien*. *Sykepleien forskning*. 2017;12(61797).  
[10.4220/Sykepleienf.2017.61797](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.61797)
- Mole, L., Kent, B., Abbott, R., Wood, C., & Hickson, M. (2018). The nutritional care of people living with dementia at home: A scoping review. *Health & Social Care in the Community*, 26(4), e485–e496. <https://doi.org/10.1111/hsc.12540>
- 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>

Pettersen, R. C. (2019). *Oppgaveskrivingens ABC. Veileder og førstehjelp for bachelorstudenter*. (2.utg). Universitetsforlaget.

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

Rokstad, A. M. M. (2021). *Se hvem jeg er! Personsentrert omsorg ved demens*. (2.utg). Universitetsforlaget.

Rokstad, A. M. & Smebye, K. L (red.). (2020). *Personer med demens. Møte og samhandling*. (2.utg). Cappelen Damm akademisk.

Skovdahl, Kirsti. 2021. «Kognitiv svikt og demens». I *Geriatrisk Sykepleie – God omsorg til den eldre pasienten*, redigert av Anette Hylene Ranhoff (red.), 416-441. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Tangvik, R. J. & Dierkes, J. (2020). *Kosthold og ernæring*. Husebø, B. S & Flo, E. (Red.), *Eldreboen: diagnoser og behandling*. (s.179-189). Fagbokforlaget.

Thidemann, I. J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleie-studenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Universitetsforlaget.

## 8.0 Vedlegg

### 8.1 Vedlegg 1: Søkehistorikk Cinahl

Database/ Dato	Søkeord	Resultater	Avgrensning	Antall funn	Artikler inkludert
Cinahl 30.03.23	Dementia AND nutrition	214	2013-2023 Fagfelleverdert Engelskspråklig	21	Mole et al. (2018)

### 8.2 Vedlegg 2: Søkehistorikk Sykepleien.no

Database/ Dato	Søkeord	Resultater	Avgrensning	Antall funn	Artikler inkludert
Sykepleien 30.03.23	Ernæring + hjemmeboe nde	14	2013-2023 Fagfelleverdert forskning	14	Meyer et al. (2017)

### 8.3 Vedlegg 3: Søkehistorikk Medline

<b>Søk i Medline (Ovid)</b>				
<b>12.04.23</b>				
<b>Nummer</b>	<b>Søkeord</b>	<b>Avgrensning</b>	<b>Antall treff</b>	<b>Inkluderte artikler</b>
<b>S1</b>	Nutritional status		53440	
<b>S2</b>	Dementia		201944	
<b>S3</b>	S1 AND S2		427	
<b>S4</b>	S1 AND S2	2020-2023 Engelsk språklig	57	Ciliz et al. (2023)

<b>S5</b>	Exp «Feeding and Eating Disorders»		35854	
<b>S6</b>	S2 AND S5		162	
<b>Søk i Medline (Ovid)</b>				
<b>13.04.23</b>				
<b>Nummer</b>	<b>Søkeord</b>	<b>Avgrensing</b>	<b>Antall treff</b>	<b>Inkluderte artikler</b>
<b>S1</b>	Dementia/		60920	
<b>S2</b>	Malnutrition/		18840	
<b>S3</b>	S1 AND S2		169	
<b>S4</b>	Limit S3	2020-2023 Engelsk språklig Full text	2	
<b>S5</b>	Eating/		59057	
<b>S6</b>	S1 AND S5		115	Johansson et al. (2011)

## 8.4 Vedlegg 4: Søkehistorikk i SveMed+

<b>Søk i SveMed+</b>				
<b>12.04.23</b>				
<b>Nummer</b>	<b>Søkeord</b>	<b>Avgrensing</b>	<b>Antall treff</b>	<b>Inkluderte artikler</b>
<b>S1</b>	Demens	Peer reviewed	791	



<b>S2</b>	Underernæring	Peer reviewed	18	
<b>S3</b>	S1 AND S2		1	Rognstad et al. (2013)
<b>S4</b>	Hjemmeboende		40	
<b>Søk i SveMed+</b>				
<b>13.04.23</b>				
<b>Nummer</b>	<b>Søkeord</b>	<b>Avgrensing</b>	<b>Antall treff</b>	<b>Inkluderte artikler</b>
<b>S1</b>	Hjemmesykepleien		30	
<b>S2</b>	Ernæring		93	
<b>S3</b>	S1 AND S2		1	Aagaard & Grøndahl (2017)

### 8.5 Vedlegg 5: Sjekkliste for vurdering av en oversiktsartikkel

**Kritisk vurdering av:** «The nutritional care of people living with dementia at home: A scoping review» (Mole et al. 2017).

#### Del A: Kan du stole på resultatene?

1. Er formålet med oversikten klart formulert?

Ja –  Nei –  Uklart

2. Søkte forfatterne etter relevante typer studier?

Ja –  Nei –  Uklart

3. Er det sannsynlig at alle viktige og relevante studier ble funnet?

Ja –  Nei –  Uklart

4. Ble kvaliteten på de inkluderte studiene tilstrekkelig vurdert?

Ja –  Nei –  Uklart

5. Hvis resultater fra de inkluderte studiene er slått sammen statistisk i en metaanalyse, var dette fornuftig og forsvarlig?

Ja –  Nei –  Uklart

Basert på svarene dine på punkt 1–5 over, mener du at resultatene fra denne oversikten er til å stole på?

Ja –  Nei –  Uklart

### Del B: Hva forteller resultatene?

6. Hva er resultatene?

- Hovedkonklusjonen vises godt i oversikten og resultatene er fremstilt på en oversiktlig måte.

7. Hvor presise er resultatene?

- Resultatene er til å stole på

### Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

8. Kan resultatene overføres til praksis?

Ja –  Nei –  Uklart

9. Ble alle viktige utfallsmål vurdert?

Ja –  Nei –  Uklart

10. Veier fordelene opp for ulemper og kostnader?

Ja –  Nei –  Uklart

Hentet fra : («Kunnskapsbasert praksis,» 2021).

### 8.6 Vedlegg 6: Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

**Kritisk vurdering av:** «Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens»

(Rognstad et al. 2013), «Vurdering av ernæringsstatus – et sykepleiefaglig ansvar i hjemmetjenesten» (Meyer et al. 2017) & «Managing mealtime tasks: told by persons with dementia» (Johansson et al. 2011).

### Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja –  Nei –  Uklart

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

Ja –  Nei –  Uklart

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

Ja –  Nei –  Uklart

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

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

Ja –  Nei –  Uklart

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

Ja –  Nei –  Uklart

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja –  Nei –  Uklart

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

Ja –  Nei –  Uklart

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

Ja –  Nei –  Uklart

### Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

Ja –  Nei –  Uklart

### Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

**Kommentar:** Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen. Forskerne har diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse. Forskerne vurderer funnene opp mot dagens praksis og avdekker behov for at ny forskning må videreføres.

Hentet fra : («Kunnskapsbasert praksis,» 2021).

### 8.7 Vedlegg 7: Sjekkliste for vurdering av en kvantitativ studie

**Kritisk vurdering av:** «Eating difficulties and relationship with nutritional status among patients with dementia» (Ciliz et al. 2023) & «Routines in the community nursing services for assessing nutritional status» (Aagaard & Grøndahl, 2017).

- **Er problemstillingen klart formulert?** Ja.
- **Er befolkningen (populasjonen) som utvalget er tatt fra, klart definert?** Ja.
- **Ble utvalget inkludert i studien på en tilfredsstillende måte?** Ja.
- **Ble det redegjort for om respondentene skiller seg fra de som ikke har respondert?** Ja.
- **Er svarprosenten høy nok?** Ja.
- **Bruker studien målemetoder som er pålitelige for det som skal måles?** Ja.
- **Er datainnsamlingen standardisert?** Ja (spørreskjema anvendt).
- **Er dataanalysen standardisert?** Ja (ble anvendt statistikk, frekvenstabeller, og kalkulering av gjennomsnittsverdi og standardavvik).
- **Hva forteller resultatene?**
  - Artikkel 3: 100 deltakere deltok i studien. 84% hadde en mild form av demens. 64% hadde Alzheimer. Alle deltakerne ble matet oralt. 30 % av deltakerne hadde problemer med å anvende bestikk og tallerken. 56% var motvillige til å spise.
  - Artikkel 5: 485 deltakere totalt som svarte på spørreskjemaet. 273 var ledere, noe som ga en svarprosent på 59, og 212 var helsepersonell, tilsvarende en svarprosent på 74. 88% av lederne og 80% av helsepersonell ønsket å forbedre kunnskapen om ernæring.
- **Kan det overføres til praksis?** Ja. Ledelsen og helsepersonell kan bli flinkere på jevnlig kartlegging av ernæringsmessig status for hjemmeboende personer med demens. Begge artiklene viser at funnene kan overføres til praksis.

Hentet fra : («Kunnskapsbasert praksis,» 2021).

## 8.8 Vedlegg 8: Mini Nutritional Assessment Skjema (MNA)

## Mini Nutritional Assessment MNA<sup>®</sup>

Etternavn:	Fornavn:	Kjønn:	Dato:
Alder:	Vekt, kg:	Heyde, cm:	ID-nummer:

Besvar undersøkelsen ved å fylle inn de riktige poengsifferene. Bruk tallene fra hvert enkelt spørsmål og summer. Hvis oppnådd sum er 11 eller mindre på vurdering del I, fortsett med vurderingen del II for å komme fram til en gradering av ernæringsstilstanden.

### Vurdering, del I

**A** Har matinntaket gått ned i løpet av de 3 siste månedene pga nedsatt appetitt, fordøyelsesproblemer, vanskeligheter med å tygge eller svelge?  
0 = alvorlig nedsatt appetitt  
1 = moderat nedsatt appetitt  
2 = ikke nedsatt appetitt

**B** Vekttap i løpet av de 3 siste månedene  
0 = vekttap over 3 kg  
1 = vet ikke  
2 = vekttap mellom 1 og 3 kg  
3 = ikke vekttap

**C** Mobilitet  
0 = seneliggende/sitter i stol  
1 = i stand til å gå ut av seng/stol, men går ikke ute  
2 = går ute

**D** Har opplevd psykologisk stress eller akutt sykdom i løpet av de 3 siste månedene  
0 = ja    2 = nei

**E** Neuropsykologiske lidelser  
0 = alvorlig demens eller depresjon  
1 = mild demens  
2 = ingen psykologiske lidelser

**F** Kroppsmasseindeks (KMI) (vekt kg) / (høyde x høyde)  
0 = KMI mindre enn 19  
1 = KMI 19 til mindre enn 21  
2 = KMI 21 til mindre enn 23  
3 = KMI 23 eller større

**Undersøkelsesspoengsum vurdering, del I** (sumtotal maks. 14 poeng)

12 poeng eller mer: Normal - ikke i faresonen - ikke nødvendig å gjennomføre vurderingen, del II  
11 poeng eller mindre: mulig underernæring - fullfør vurderingen, del II

**J** Hvor mange fullstendige måltider spiser pasienten pr dag?  
0 = 1 måltid  
1 = 2 måltider  
2 = 3 måltider

**K** Utvalgte markører for proteininntak

- Minst en porsjon melkeprodukter (melk, ost, yoghurt) pr dag    ja  nei
- To eller flere porsjoner beigfrukter eller egg pr uke    ja  nei
- Kjøtt, fisk eller kylling/kalkun hver dag    ja  nei

0.0 = hvis 0 eller 1 ja  
0.5 = hvis 2 ja  
1.0 = hvis 3 ja   

**L** Spiser to eller flere porsjoner frukt eller grønnsaker pr dag?  
1 = ja    0 = nei

**M** Hvor mye væske (vann, juice, kaffe, te, melk...) inntas pr dag?  
0.0 = mindre enn 3 kopper  
0.5 = 3 til 5 kopper  
1.0 = mer enn 5 kopper   

**N** Matinntak  
0 = ikke i stand til å spise uten hjelp  
1 = spiser selv med noe vanskeligheter  
2 = spiser selv uten vanskeligheter

**O** Eget syn på ernæringsmessig status  
0 = ser på seg selv som underernært  
1 = er usikker på ernæringsmessig tilstand  
2 = ser ikke på seg selv som underernært

**P** Hvordan vurderer pasienten sin egen helsetilstand sammenlignet med mennesker på samme alder?  
0.0 = ikke like bra  
0.5 = vet ikke  
1.0 = like bra  
2.0 = bedre   

**Q** Overarmens omkrets (OO) i cm  
0.0 = OO mindre enn 21 cm  
0.5 = OO 21 til 22 cm  
1.0 = OO mer enn 22 cm   

**R** Leggomkrets (LO) i cm  
0 = LO mindre en 31 cm  
1 = LO 31cm eller større

**Vurdering, del II** (maks. 16 poeng)

**Undersøkelsesspoengsum, vurdering, del I**

**Totalvurdering, del I + del II** (maks. 30 poeng)

**Gradering av underernæringsstilstand**

17 til 23.5 poeng  i fare for underernæring  
Mindre enn 17 poeng  underernært

Ref. Velaz B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA<sup>®</sup> - Its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2006;10:456-463.  
Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Velaz B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Farm Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Geront 2001;56A-M366-377.  
Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA)<sup>®</sup> Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.  
© Nestlé, 1994, Revision 2006, N67200 12/99 10M  
For more information : www.mna-elderly.com

Hentet fra: (Helsebiblioteket, 2014).

