

Dennis Aron Holland Ålgårdstad

# Forekomst av underernæring hos eldre på sykehjem og forebyggende tiltak

Bacheloroppgave i Bachelor i sykepleie

Veileder: Merete Furnes

Juni 2019



Dennis Aron Holland Ålgårdstad

# Forekomst av underernæring hos eldre på sykehjem og forebyggende tiltak

Bacheloroppgave i Bachelor i sykepleie  
Veileder: Merete Furnes  
Juni 2019

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik





## SAMMENDRAG

<b>Tittel:</b>	Forekomst av underernæring hos eldre på sykehjem og forebyggende tiltak	<b>Dato:</b> 15.05.19
<hr/> <hr/>		
<b>Deltaker(e)/</b>	Dennis Aron Holland Ålgårdstad	
<hr/> <hr/>		
<b>Veileder(e):</b>	Merete Furnes	
<hr/> <hr/>		
<b>Stikkord/nøkk elord (3-5 stk)</b>	Underernæring, eldre, forebyggelse, sykepleier	
<b>Antall sider/ord:</b>	<b>Antall vedlegg:</b>	
40/8060		
<b>Kort beskrivelse av master/bacheloroppgaven:</b>		
<b>Bakgrunn:</b> Underernæring er høyt forekommende hos eldre på sykehjem. Det er behov for at sykepleierne har oppdatert kunnskap om hvordan underernæring kan forebygges.		
<b>Hensikt:</b> Hensikten med denne studien var å belyse forekomsten av underernæring hos eldre på sykehjem fra et sykepleier perspektiv, samt forebyggende tiltak.		
<b>Metode:</b> Denne litteraturstudien er bygget på vitenskapelige artikler og annen litteratur som ble ansett relevant for å besvare problemstillingen. Strukturerte søk ble gjort i databaser som SweMed+, Google scholar, Medline og PubMed.		
<b>Resultat:</b> Resultater viser at det er høy forekomst av underernæring på sykehjem blant eldre pasienter. Manglende kunnskap, retningslinjer og rutiner viser til å være noe av årsaken til den høye forekomsten. Tilpassing av ernærings behov til den enkelte pasient blir vanskelig når man ikke oppdager ernæringsbehovet. Ved å ta i bruk screening-verktøy kan kartlegging av ernæringsbehov og underernæring bli gjort på en effektiv og trygg måte.		
<b>Konklusjon:</b> Sykepleiere må bli tilbudt bedre undervisning/kursing i ernæring, underernæring og måter å kartlegge ernæringsbehovet til den individuelle pasienten.		

## ABSTRACT

<b>Title:</b>	Occurrence of malnutrition in the elderly population at nursing homes and preventive measures	<b>Date:</b> 15.05.19
<b>Participants/</b>	Dennis Aron Holland Ålgårdstad	
<b>Supervisor(s)</b>	Merete Furnes	
<b>Keywords (3-5)</b>	Malnutrition, elderly, prevention, nurse	
<b>Number of pages/words:</b> 40/8060	<b>Number of appendix:</b>	
<b>Short description of the bachelor thesis:</b>		
<p><b>Background:</b> Malnutrition in the elderly population in nursing homes has shown high prevalence rates. There is a need for updated knowledge about malnutrition, how to treat and prevent it for nurses.</p> <p><b>Aim:</b> The aim of this study was to investigate the prevalence rates of malnutrition in the elderly population in nursing homes from a nurse perspective, as well as preventive measures.</p> <p><b>Method:</b> This literature review is based on scientific studies and articles, to answer the aim of the study. Different structured searches in databased was used to find relevant literature. Databased used were, SweMed+, Google Scholar, Medline and PubMed.</p> <p><b>Results:</b> Results from the structured literature research showed that there is a high incidence of malnutrition in nursing homes among elderly patients. Lack of knowledge, guidelines and routines, indicates that this is some of the reasons for the high prevalence rates. Adapting nutritional needs to the individual patient becomes difficult when one does not discover the nutritional need. By using screening tools, mapping of nutritional needs and malnutrition can be done in an efficient and safe manner.</p> <p><b>Conclusion:</b> Nurses must be offered better education / training in nutrition, malnutrition and ways to identify the nutritional needs of the individual patient.</p>		

# Innholdsfortegnelse:

<b>Sammendrag.....</b>	<b>1</b>
<b>Abstract.....</b>	<b>2</b>
<b>1.0 Innledning.....</b>	<b>4-6.</b>
1.1 Introduksjon.....	4-5.
1.2 Sykepleiefaglig relevans.....	5-6.
<b>2.0 Bakgrunn.....</b>	<b>7-13.</b>
2.1 Tidligere forskning.....	7-9.
2.2 Relevant Teori.....	9-11.
2.3 Begrepsavklaring.....	12-13.
2.4 Hensikt.....	13.
2.5 Problemstilling.....	13.
<b>3.0 Metode.....</b>	<b>14-17.</b>
3.1 Litteraturstudie som metode.....	14-15.
3.2 Kvantitativ og kvalitativ forskning.....	15.
3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	16.
3.4 Søkedokument skjema.....	17.
<b>4.0 Resultat.....</b>	<b>18-26.</b>
4.1 Framstilling av artikler i litteraturmatrise.....	18.
4.1.1 Artikkel 1.....	18.
4.1.2 Artikkel 2.....	19-20.
4.1.3 Artikkel 3.....	20-21.
4.1.4 Artikkel 4.....	21-22.
4.1.5 Artikkel 5.....	22-23.
4.1.6 Artikkel 6.....	24-25.
4.1.7 Artikkel 7.....	25-26.
<b>5.0 Drøfting.....</b>	<b>27-33.</b>
5.1 Aldring.....	27-28.
5.2 Betydning av underernæring.....	28-29.
5.3 Forebyggende tiltak.....	29-31.
5.4 Behov for kunnskap.....	31-32.
5.5 Resultat av litteratursøk og drøfting.....	32-33.
5.6 Kritisk vurdering og overveielser.....	33-33.
<b>6.0 Konklusjon.....</b>	<b>33-33.</b>
<b>Litteraturliste.....</b>	<b>34-39.</b>

## 1.0 Innledning

I dette avsnittet vil det bli gitt en introduksjon til valg av tema for oppgaven, og sykepleiefaglig relevans vil bli beskrevet kort.

### 1.1 Introduksjon

Pasientsikkerhetsprogrammet anslår at hver tredje pasient på sykehjem er underernært eller i risiko for underernæring (Pasientsikkerhetsprogrammet.no, 2019). Tall fra studier viser at cirka 1/3 av alle over 70 år er eller risikerer å bli underernærte. Når eldre legges inn på et sykehus eller aldersinstitusjon eller har behov for pleie og omsorg i sitt eget hjem, er kostholdet og ernæringstilstanden en viktig del av vurderingen (Sortland, 2011).

Cirka 5% av hjemmeboende eldre, hver fjerde sykehusinnlagte geriatriske pasient og omtrent halvparten av beboere i eldreboliger og pleiehjem menes å være underernærte (Hessov 2011). Studie fra 2015 gjort av Eide og kolleger støtter oppunder Hessov`s funn fra 2011 og viser til at 45% av eldre pasienter innlagt på et Norsk sykehus var underernært (Eide *et al.* 2015). Studier har undersøkt tanken om at noe av grunnen til denne høye prosenten av underernæring kan være på grunn av manglende kunnskap, dokumentasjon og retningslinjer. Videre forskning innenfor dette området viste til at sykepleiere ved sykehus og sykehjem hadde få retningslinjer og rutiner angående ernæring og dokumentasjon av ernæring (Eide *et al.* 2016).

Studien fra 2016 (Eide *et al.* 2016) støttes oppunder av eldre forskning og viser til at det enda er et stort behov for å belyse underernæring problematikk ved institusjoner.

De siste årene har underernæring i institusjoner vært i fokus i flere nasjonale studier, noen av studiene har funnet mangelfulle rutiner og det har vært en økning i pasienter som innlegges med synlige tegn på underernæring (Bostrøm, Yddal og Eliassen, 2012).

Eldre mottar et bredt tilbud av tjenester fra kommunen, eller når de er innlagt på sykehjem og ulike studier har vist at tilpasset ernæring og væskebehandling ofte blir ned prioritert (Mowe *et al.* 2006). En omfattende studie fra 2003 viser til at sykepleiertjenesten i sykehjem og i hjemmesykepleien i Norge har tjenestetilbud som er noe utilstrekkelig hvor en av dem som var belyst var ernæring (Hofseth og Nordvoll, 2003).



At ernæring og væskebehandling blir ned prioritert kan ha alvorlige konsekvenser, det er assosiert med økt fallrisiko, sykkelighet, dødelighet, redusert livskvalitet og depresjon (Bostrøm, Yddal og Eliassen, 2012). God oppfølging av ernæringsstatus er derfor et viktig tema. I denne oppgaven er det fokus på underernæring og ikke feilernæring, det er viktig å skille mellom disse to begrepene. Feilernæring er en ernæringstilstand som forekommer med et feil sammensatt kosthold, for høyt eller lavt inntak av bestemte næringsstoffer. Basert på tidligere forskning er hovedfokuset underernæring, dette fordi det har en sentral rolle for den eldre pasient gruppen og en sykepleier kan ha en stor påvirkning i forbindelse med forebygging og redusering av underernæring. I denne litteraturstudien vil eldre pasienter være pasienter som er eldre enn 65 år (Grini, 2018), dette grunnet tidligere forskning og at World health organization (WHO) definerer individer over 65 år som eldre, og gammel når man passerer 80år (Bostrøm, Yddal og Eliassen, 2012).

Etterkrigsperioden bar med seg økte og store fødselskull, dette resulterer nå i at antall eldre i samfunnet kommer til å øke stabilt de neste årene. I 2011 ble det gjort tiltak for innføring av nasjonale retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring hos eldre (Bostrøm, Yddal, Eliassen, 2012). Hensikten med prosjektet ledet av Bjørnstad (2011) var å kvalitetssikre ernæringsrutinene for forebygging av ernærings relaterte helseproblemer, dette hos eldre på institusjon og hjemmeboende (Bostrøm, Yddal og Eliassen, 2012). Med den økende eldre befolkningen vi ser i dag er det viktig med et godt samarbeid mellom flere fag grupper og fagpersoner, det er derfor tenkelig at sykepleierens rolle vil endres i takt med eldrebølgen og kunnskap/undervisning må muligens legge til rette for dette.

## **1.2 Sykepleiefaglig relevans**

Eldre rammes særlig av sykdom, funksjonssvikt og nedsatt generell helse, det er derfor nødvendig at sykepleiere har bred kunnskap om hvordan ernæring spiller en rolle i aldringsprosessen og konsekvensene av underernæring på psykisk og fysisk helse.

Ved et sykehjem har sykepleieren ansvar for blant annet å iverksette tiltak og sikre god ernæring, det er derfor viktig å ha godt fokus på ernæring ved sykehjem (Kuven og Giske, 2017).

Fokus på ernæring er et viktig og sentralt tema innenfor sykepleien, økt kunnskap om ernæring av syke er et helsefremmende sykepleiefokus. På et sykehjem er det ofte

sykepleierne som observerer hva pasienter spiser, vekt økning eller nedgang og tilrettelegger standardkost etter dette for å forebygge underernæring og fremme god livskvalitet. Det er sykepleieren som har ansvar for å registrere hva pasienten spiser og drikker og har medansvar for å vurdere om pasientens ernæringsinntak er tilstrekkelig (Sortland, 2011).

Det er også sykepleieren som blant annet legger til rette og følger opp tilstrekkelig ved å for eksempel tilby ønskekost, skaffer nøyaktig oversikt over pasientens ernæringsproblemer og påser at disse er ajourført, sørger for ro og god tid til å spise (Sortland, 2011). Allerede i 1960 (Mørland, 1997) tok Virginia Henderson opp at fokuset til sykepleierne må være å følge opp pasienter tilstrekkelig. Nyere forskning viser at kunnskapen til sykepleierne muligens ikke er tilstrekkelig i forhold til underernæring, det kan derfor være viktig å ha i bakhodet de grunnprinsippene som Virginia Henderson belyste på 1960-tallet. (Mørland, 1997)

Kuven og Giske (2017) fant at sykepleierne som jobbet på sykehjem opplevde ernæringsarbeid krevende. Pasienter som ikke ville spise eller gikk ned i vekt ble beskrevet som veldig utfordrende. I studien kom det også frem at begrenset kunnskap om ernæring og manglende dokumentasjon gjorde ernæringsarbeid vanskeligere enn det nødvendigvis trenger å være (Kuven og Giske 2017).

I 2017 var det cirka 42 000 personer som var 67 år eller eldre registrert på institusjoner i Norge. 8 av 10 beboere på sykehjem har omfattende bistandsbehov (Ramm, 2013) og det er derfor viktig at sykepleiere har bred kunnskap i behandling av eldre pasienter.

## 2.0 Bakgrunn

### 2.1 Tidligere forskning

Underernæring i sykehjem har vært et aktuelt tema innenfor forskning utover flere år, hvor det har vært et stort fokus på belyse temaet og forbedre ernæringsstatus hos pasienter.

Det er en viktig oppgave å følge opp og vurdere ernæringsbehovet til eldre i sykehjem, undersøkelser belyst tidligere i oppgaven har vist til å avdekke en mangelfull ivaretagelse og dokumentasjon av ernæringsmessige forhold (Bostrøm, Yddal og Eliassen, 2012).

Forskningen viser at tilgjengelighet av kvalitet sikrede rutiner og kompetanse har en reduksjon på andel underernærte eller bremser ned ytterligere vekttap (Mowe *et al.* 2006). En rekke eldre studier har i de siste ti-årene belyst dokumentert forekomst av underernæring i ulike institusjoner, ved at dette enda har forekomst i dag viser til at videre forskning kan være nødvendig. (Beck *et al.* 2005; Elia og Stratton 2000; Mowe *et al.* 2006; Stratton *et al.* 2003). Det er også blitt gjort en norsk studie av sykepleietjenesten i sykehjem og hjemmesykepleie som viste ernæring som et av de tjenestetilbudene sykepleierne vurderer som ikke godt nok. Studier gjort av dansker viser at utilsiktet vekttap og undervekt er et problem blant hjemmeboende eldre og eldre i sykehjem, og rundt 1/3 av eldre har Kroppsmasseindeks (KMI) tilsvarende undervektig (Beck *et al.* 2005; Hylstrup *et al.* 2002).

Eide *et al.* (2016) beskriver oppsiktsvekkende resultater fra sin studie, kun få sykepleiere rapporterte at de hadde hørt om ernærings screening verktøy og/eller de nasjonale retningslinjene om forebygging og behandling av underernæring. Studien tok for seg sykepleiere som jobbet på sykehus i Norge, men det er en mulighet for at manglende kunnskap om retningslinjer og screening verktøy forekommer i flere institusjoner.

Et tiltak som fremheves som viktig er kompetanseheving hos de ansatte som har vist til en økt energiinntak hos pasienter (Olsson *et al.* 1998; Perry 1997; Kondrup *et al.* 2002). Ytterligere studier viser viktigheten med kompetanse, prioriteringer, ressursrammer og holdninger til ernæring og mat er en avgjørende faktor for å sikre god ernæringsstatus hos beboere i sykehjem og mottakere av hjemmebaserte tjenester (Mowe *et al.* 2006). Det å øke kunnskapsnivået har gjennom litteratursøket blitt belyst i stor grad, en studie fra 2016, fant at flere av sykepleierne hadde manglende kunnskap om ernæring og dokumentasjon om ernæring ved sykehus (Eide *et al.* 2016). Pasienter på sykehjem eller som mottar tjenester fra hjemmetjenesten har også vært i fokus i ulike studier. En studie publisert i 2014 viste stor

forekomst av underernæring hos pasienter på sykehjem eller som mottok tjenester fra hjemmetjenesten, totalt 532 pasienter deltok i studien, resultatene viste at 50% av pasientene hadde en BMI på under det som er anbefalt, og 30% var underernært (Landmark, Gran and Grov, 2014). Basert på funnene av høy forekomst av underernæring hos eldre pasienter og manglende kunnskap og dokumentasjon, er det viktig å belyse dette temaet.

Akutt sykdom eller alderdom fører ofte til tap av appetitt, dette kan videre føre til underernæring. Det er en tilstand som oppstår når et menneskes inntak av mat og drikke over tid ikke er tilfredsstillende i forhold til kroppens behov for energi og/eller næringsstoffer. Underernæring kan føre til vekttap, muskeltap og mangel på vitaminer og mineraler blir resultatet når protein- og fettreservene i kroppen bremser ned. Ved underernæring øker risikoen for dødelighet, sykdom og komplikasjoner til sykdom. Ved sykdom, så er det flere sykdommer som direkte eller indirekte bidrar til underernæring da behovet for næringsstoffer øker, i tillegg til nedsatt appetitt og reduksjon av næringsopptak i tarmen. Får man ikke tilført kroppen energi og protein kan et friskt menneske i utgangspunktet dø i løpet av rundt 60 døgn hvis menneske har fått i seg vann (Bjørneboe & Tonstad, 2018). For eldre på sykehjem er det viktig at en sykepleier forstår konsekvensene av underernæring, har gode retningslinjer å følge og dokumenterer næringsinntaket. Dette kan forebygge underernæring, bedre livskvalitet og redusere komorbiditet.

Litteratursøket har vist til at forebyggende arbeid kan deles opp i tre kategorier og beskrives ut fra hvor mange og hvem tiltakene retter seg mot.

- 1) Universell forebygging – Tiltak som inkluderer alle. En konsentrert innsats for å fremme en positiv utvikling med mål om å maksimere beskyttelse hos alle. Sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeidet kan være en del av det universelle forebyggende arbeidet. Universell forebygging av underernæring kan være sykdomsforebyggende hos eldre og resten av befolkningen.
- 2) Selektiv forebygging – Tiltak som inkluderer risikogrupper i befolkningen. Selektiv forebygging har flere hovedmål, et av dem er å hindre negativ utvikling i grupper som har en antatt høy eksponering for en eller flere risikofaktorer. Selektiv forebygging av underernæring på sykehjem, er viktig for å forebygge komorbiditet og bedre livskvalitet

- 3) Indikativ forebygging – Intervensjoner som inkluderer personer som har indikatorer til utvikling av sykdom/lidelse, men hvor lidelsen ikke er oppfylt som en diagnostisk kriterium (Helsedirektoratet, 2019).

Ved å føre ernærings logg og ha god dokumentasjon, kan utviklingen av underernæring oppheves og reverseres.

En sykepleier kan bistå med forebyggende arbeid på sykehjem på flere måter, blant annet lage forebyggende planer som fokuserer på ernæring, undervise andre ansatte på sykehjemmet, samt pasientene om ernæring og fremme et sunt fokus på kosthold. Som flere studier har vist er det viktig med gode dokumentasjoner, følge nasjonale retningslinjer fra Helsedirektoratet (2019) og forebygge underernæring.

Flere studier har undersøkt hva som kan være årsaken til den høye forekomsten av underernæring hos eldre, funn fra disse ulike studiene påpeker at en av årsakene kan være sviktende kompetanse blant helsepersonell (Evju og Lindgren, 2017). En annen årsak som også er blitt godt belyst i studier kan være manglende kunnskap om eldre pasienters ernæringsbehov og ressursmangel (Forde, *et al.* 2006), men manglende kompetanse og kunnskap er muligens ikke de eneste årsakene til den høye forekomsten av underernæring hos eldre (Evju og Lindgren, 2017).

## **2.2 Relevant Teori**

### *Sykdomslære:*

Underernæring har blitt vist av ulike studier til å være høyt forekommende hos eldre, en studie fra 2009 viste til at opp til 60% av pasienter på sykehjem er underernærte (Guttormsen, 2009). Nyere studier viser ikke til tall som er like høye som funnene i 2009, men at mellom 45-50% av pasienter ved sykehjem og sykehus er underernærte (Landmark, Gran og Grov, 2014; Eide, *et al.* 2016). Det å bo på et sykehjem kan være sosialt og ved å ha fokus på gode måltider kan det føre til et sosialt samhold, dette kan ha positiv effekt på ernæringsstatus, fysisk og psykisk helse. Det å aldres er en normal prosess for mennesker. Aldring forårsaker endringer i kroppssammensetning, organ funksjoner og tilstrekkelig energiinntak.

Underernæring er ofte funnet til å være relatert til kroniske lidelser, akutfasereaktanter og tocilizumab, og psykisk helse (Saka, *et al.* 2010).

Underernæring defineres som en ernærings situasjon der mangel på energi, protein og/eller andre næringsstoffer forårsaker «en målbar ugunstig effekt på kroppssammensetning og – funksjon, samt klinisk resultat» (Guttormsen, 2009). Kunnskap om ernæring kan være et viktig punkt for sykepleiere og universiteter å ta hensyn til med tanke på hvordan utdanningen fokuserer på ernæring, men også hvordan videre kursing og gode rutiner kan ha en påvirkning på hvordan en sykepleier ser på ernæring.

Hverdagen på sykehjem består mye av organisering rundt stell og måltider, for noen av pasientene er måltidene lyspunktene i løpet av dagen, måltidene innebærer ikke bare å få i seg næring, men er viktig for sosiale faktorer, mental helse, felleskap, trivsel og glede (Kuven og Giske, 2016). Det er på sykehjem i Norge vanlig med fellesmåltider og mye av litteraturen rundt ernæring fokuserer mest på næringen og retningslinjer for å opprettholde en sunn og næringsrik livsstil, men det er også viktig med en miljømessig tilnærming (Melheim, 2009). Studier har vist og underbygd viktigheten med det sosiale aspektet med måltider, for å forebygge underernæring hos pasienter på sykehjem er det viktig at sykepleierne har kunnskap om dette (Melheim, 2009). Virginia Henderson fremmer det at det er sykepleieren som har et spesielt ansvar for å opprettholde ikke bare at pasienten får i seg mat og drikke, men også et helsefremmende miljø rundt pasienten ved måltider og ellers (Harmer og Henderson, 1939, Kirkevold, 1998). Det å spise er en fysiologisk primitiv handling, det å skape gode spise situasjoner bistår til å ivareta pasientens helse og trivsel, dette kan føre til økt matlyst og med felles måltider er det enklere for sykepleiere å observere flere pasienter på samme tid (Kuven og Giske, 2016).

### **Maslow's Behovspyramide:**

Maslow's behovspyramide er en modell utviklet av den amerikanske psykologien Abraham Maslow (McLeod, 2007). Maslow utviklet modellen som skal belyse menneskelig motivasjon og behov, teorien ble først fullt forklart og belyst i 1954 i boken *Motivasjon og personlighet* (Arlow, 1955). Behovspyramiden bygger oppunder det at personer er motivert til å oppfylle basis behov før men går videre til andre og mer avanserte behov (Cherry, 2017).

Maslow's behovspyramide er fremstilt som en pyramide med 5 nivåer (Cherry, 2017), de to nederste nivåene er grunnleggende behov som består av fysiologiske og trygghets behov (McLeod, 2018).

- Det første nivået er Fysiologiske behov, handler om grunnleggende behov som drikke, mat, søvn osv. Om disse behovene ikke er oppfylte kan ikke et menneske kropp funksjonere optimalt, Maslow selv mente at dette behovet var det viktigste og at alle andre behov er sekundære til dette.
- Det andre nivået sikkerhets behov handler om sikkerhet og trygghet, eksempler på dette er lover, frihet fra å frykte og stabilitet.

Når de psykologiske og sikkerhets behov er oppfylt progresser man til de neste nivåene, nivå tre og fire er psykologiske behov, bestående av tilhørighet og anerkjennelse.

- Det tredje nivået består av sosiale behov, eksempler på dette er vennskap, tillit, få gi kjærlighet og oppleve kjærlighet, og føle tilhørighet til en familie eller gruppe
- Det fjerde nivået ble delt inn i to ulike kategorier av Maslow:
  - 1) selvfølelse, verdighet, mestring og uavhengighets.
  - 2) ønsket om respekt fra andre, status og ha et godt omdømme. Respekt fra andre og rykte er spesielt viktig for ungdom og ungevoksene og gir ofte utrykk i selvtillit.

Øverst på pyramiden finner man det femte nivået, selvrealisering.

- Selvrealiserings bygger på ideen om å kunne oppnå sitt fulle potensiale, søke personlig vekst og utvikling. Maslow mener det er ønsket om å bli alt man er i stand til å bli (McLeod, 2018).

I sin helhet kan pyramidens nivåer deles inn i mangelbehov og vekstbehov, de tre nederste nivåene er kategorisert i mangelbehov og de to øverste nivåene er vekstbehov (McLeod, 2018). Mangelbehov oppstår når man mangler noe, disse manglene er viktige drivkrefter som er pågående prosesser frem til behovet er oppfylt. Mangelbehovene må være oppfylt for at et individ skal gå videre for å møte de to høyere nivåene av vekstbehov. For å få dekket mangelbehovene må man starte på bunnen av pyramiden, først må de fysiologiske behovene oppfylles før man kan gå videre til de psykologiske. Den største hovedforskjellen mellom mangelbehov og vekstbehov nivåene er at mangelbehovene kan dekket og oppfylles, mens vekstbehovene ikke kan dekket men eller utvikles.

## **2.3 Begrepsavklaring**

### **Sykehjem**

Sykehjem blir definert som en helseinstitusjon som tilbyr mennesker et heldøgns opphold, behandling og pleie som et sykehus ikke nødvendigvis trenger å ta ansvar for, men hvor det er et behov av en viss mengde helsefaglig ekspertise som ikke kan gis tilstrekkelig eller er forsvarlig å yte i personens eget hjem. Sykehjem er underlagt kommunehelsetjenesten (Braut, 2018). Tall fra SSB 2017 viser at 91 089 sysselsatte sykepleiere jobber i helse og sosialtjenester, selv om det er flere ulike roller på et sykehjem spiller sykepleieren en viktig rolle. En sykepleier har daglig kontakt med pasientene på sykehjemmet, de hjelper med å opprettholde best mulig livskvalitet og er et bindeledd mellom pasient, leger, familier, fysioterapeuter og andre instanser (Nsf.no, 2019).

### **Rolle**

Totalsummen av normer og forventninger som er koblet til bestemte oppgaver, stillinger eller grupper i samfunnet er hva en rolle kan defineres som. En rollekonflikt kan oppstå når rolleinnhaveren opplever motstridene krav og forventninger fra omverdenen (Skirbekk, 2018). På et sykehjem finnes det mange ulike roller og samarbeid mellom flere faggrupper og fagpersoner. En av rollene ved et sykehjem er sykehjemslegen som har det overordnede ansvaret for bla. medisinsk utredning, mens sykepleierne har ansvar for å iverksette tiltak og opprettholde best mulig livskvalitet (Kuven og Giske, 2017). Samarbeid mellom lege, sykepleier, hjelpepleier og øvrige ansatte er en viktig faktor i alt arbeid i sykehjem. Faglig forsvarlig behandling er avhengig av kompetanse, oppfølging og samarbeid mellom alle rollene ved sykehjemmet.

### **Kartleggingsverktøy/Screeningverktøy**

Helsebiblioteket (2019) forklarer at begrepet kartleggingsverktøy blir brukt i retningslinjene i stedet for screeningverktøy. Screening blir brukt i all hovedsak om undersøkelser i større befolkningsgrupper.

For å sikre innhenting av informasjon som er relevant så brukes det systematiserte spørreskjemaer som et hjelpemiddel, disse spørreskjemaene er hva vi kaller et kartleggingsverktøy.



## **Validitet**

Validitet, gyldighet er i hvilken grad man ut fra resultatene fra en studie eller forsøk/forskning kan trekke gyldige slutninger basert på det studien eller forskningen har produsert (Dahlum, 2019)

## **Reliabilitet**

Reliabilitet brukes om konsistens eller stabiliteten i målinger. Om man tester samme ting flere ganger burde resultatene ha samsvar (Svartdal, 2019).

## **2.4 Hensikt**

Hensikten med dette litteraturstudie er å samle relevant informasjon fra artikler om underernæring i sykehjem og en sykepleiers rolle, samt tiltak som kan iverksettes for å forebygge underernæring. Ved å belyse temaet som er aktuelt, så kan det sikre bedre rutiner og forebyggelse av underernæring. Sykepleiere har en sentral rolle hos pasienten på sykehjem ved å både opplyse pasienten om viktigheten med ernæring og utføre tiltakene som er mulig å gjennomføre. Ved å belyse, fremme kunnskap og komme med forebyggende tiltak for underernæring av pasienter ved sykehjem, bistår det i en ny forståelse av måltiders betydning og oppfølging. Kunnskap om underernæring vil være aktuelt innen flere pasientgrupper og instutisjoner, og på grunn av dette bli nyttig for sykepleiere i ulike arenaer.

## **2.5 Problemstilling**

Underernæring i sykehjem – Hvordan kan en sykepleier tilrettelegge mot underernæring hos eldre på sykehjem.

## 3.0 Metode

### 3.1 Litteraturstudie som metode

Denne oppgaven er gjennomført som en litteraturstudie. Et litteraturstudie er en type anmeldelse av ulike artikler innen for et gitt emne eller problemområde, der man kritisk og systematisk gransker litteraturen. Beskrevet av Polit og Beck (2014) er en litteraturstudie en kritisk oppsummering av forskning på et bestemt område. Litteraturstudie i denne oppgaven er en kvalitativ studie, som er en ikke eksperimental studie, men heller fokuserer på å svare på en problemstilling ved å oppsummere eksisterende forskning. Pautasso (2013) publiserte en artikkel i 2013 som beskriver 10 enkle regler for å skrive en litteraturstudie.

1. Definer et tema og publikummet.
2. Søk og omsøk litteraturen.
3. Ta notater mens du leser.
4. Velg en type granskning du ønsker å skrive.
5. Hold granskningen fokusert, men gjør den av bred interesse.
6. Hver kritisk og konsekvent.
7. Finn en logisk struktur.
8. Få tilbakemeldinger og utnytt dem.
9. Inkluder din egen relevant forskning, men hver objektiv.
10. Hver oppdatert, men ikke glem eldre studier.

Pautasso (2013) fokuserer først på at det er viktig å definere et tema og hvem man skriver for, så beveger man seg videre til å søke på litteratur. Det å være kritisk til litteraturen, til temaet, være objektiv og være konsekvent gjennom litteraturstudien er viktig og noe det skal bli holdt fokus på i denne oppgaven.

Hensikten er å gi publikum mer kunnskap om det området oppgaven handler om og må derfor finne artikler som gir tilstrekkelige svar på problemstillingen. Det er begrenset med kilder som kan brukes og derfor vil det være nødvendig å finne innholdsrike og gode artikler som kan gi et godt svar, samtidig vil ikke resultatet være tilfredsstillende nok grunnet begrensingen. Det er viktig å finne gode artikler som er tidsrelevante, for teorier kan dette ofte være noe vanskelig da teorier ofte er noe eldre for å ha god validitet og reliabilitet på studiene og at de er publisert et relevant sted fra gode kilder (Pautasso, 2013).

Det kommer til å bli brukt flere ulike databaser for å finne artikler og begrepsbelysninger, i forhold til begrepsbelysninger ble SNL/SML og SSB brukt til dette litteraturstudiet. For å finne hovedlitteraturen til oppgaven, ble Google Scholar, Svemed+, Medline og PubMed brukt. Her ble det fokusert på å søke etter enkelt ord, og eventuelt kombinere dem med AND for å avgrense og skape variasjon i søkene. Funksjoner som «Related Articles/ Find Similar» kommer også til å bli brukt når en artikkel eller studie er et eksemplar på en god artikkel og viser til å kunne bidra til oppgaven for å finne liknende artikler eller studier. For å finne de relevante artiklene og studiene vil først abstraktet bli lest, om funnet relevant vil metode, introduksjon og resultat bli lest før resten av oppgaven.

Når litteratur søk ble gjort for å finne artikler var fokuset på å finne primær kilder. Polit og Beck (2014) definerer en primær kilde innenfor forskning som den originale beskrivelsen av en studie der forskeren har skrevet artikkelen samt utført studien. Den andre type kilde man har er sekundær kilder, dette er en beskrivelse av en studie/artikkel der personen som har skrevet artikkelen ikke har gjort studien. Grunnet mye forskning på underernæring hos eldre er gransknings studier mye brukt, da disse studiene gir en omfattende oppsummering av forskning i løpet av flere ti-år.

Alle søkeord ble brukt flere ganger og i de ulike søke motorene. Søkedokument skjema under viser noen av søkende, artiklene funnet og disse artiklene er brukt i oppgaven. Ved bruk av PubMed ble funksjonen «Related Articles» brukt.

### **3.2 Kvantitativ og kvalitativ forskning**

I denne litteraturstudien ble det både brukt kvantitativ og kvalitativ forskning. Forskning som fokuserte på holdninger og kunnskap ble gjort via fokusgrupper og klassifiseres derfor som kvantitative undersøkelser. De andre artiklene som brukte spørreskjemaer av ulike helsepersonell er kvalitative forskningsprosjekter.

### 3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

<b>Inklusjonskriterier</b>	<b>Eksklusjonskriterier</b>
<i>Pasienter på sykehjem</i>	<i>Pasienter under 65 år</i>
<i>Norsk eller engelsk språk</i>	<i>Økonomisk belastning</i>
<i>Underernæring på verdensbasis</i>	<i>Feilernæring</i>
<i>Studier utført etter 2008 i drøfting</i>	<i>Private helsetjenester</i>
<i>Sykepleier perspektiv</i>	

Ved å gjennomføre et utdypende litteratursøk ble det belyst mange ulike studier som kunne vært inkludert eller ekskludert, men basert på problemstillingen som vil være knyttet til norsk helsepersonell ble det valgt ulike inklusjons- og eksklusjons retningslinjer. Ekskluderings for inkluderte artikler ble presentert for å belyse problemstillingen og hensikten med studien, mens ekskluderings vilkår ble gjort på basis av at disse ikke kom til å fremme det denne litteraturstudien ønsket å belyse, selv om disse hadde relevante funn. De inkluderte artiklene ble tatt med i litteraturstudien for å presentere nyere forskning som mulig kan belyse problemstillingen i et annet lys, internasjonale europeiske studier ble tatt med for å belyse Europa rådets retningslinjer for underernæring. Studier som ble ekskludert ble ekskludert på basis av at aldersgruppen ikke var innenfor målgruppen for denne studien, eldre studier har belyst underernæring i lengre tid, men det var viktig å fokusere på nyere forskning for å belyse at underernæring fortsatt er tilstedeværende hos eldre på sykehjem.

### 3.4 Søkedomumentskjema

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Artikler Inkludert
1. Malnutirtion	PubMed		14 0926			
2. Elderly		1 and 2	34 436	3	2	1
3. Other syndromes		1 and 2 and 3.	556	2	1	1
1. Screening verktøy.	Google Scholar		2960	3	1	1
2. Underernæring		1 and 2.	264	2	2	0
3. Sykehjem		1 and 2 and 3.	149	4	5	1
4. Malnutrition			1.120 000			
5. Elderly		4 and 5	214 000	2	2	1
6. Knowledge nursing staff.		6 and 4.	60 500	3	2	1
1. Malnutrition.	Medline		2652			
2. in nursing homes.		1 and 2.	2958	2	1	
3. Nurse knowledge		1 and 2 and 3.	11 965	4	2	1

## 4.0 Resultat

### 4.1 Framstilling av artikler i litteraturmatrise

#### 4.1.1 Artikkel 1:

<b>Referanse (Forfatter(e), publiserings år, tittel, tidsskrift, sidetall, DOI, land).</b>	Saka, <i>et al.</i> (2010) Malnutrition in the elderly and its relationship with other geriatric syndromes. <i>Clinical nutrition</i> , 29(6), pp.745-748.
<b>Hensikt</b>	Hensikten med studien var å evaluere ernæringsstatus hos eldre og undersøke forholdet med andre genetiske syndromer og laboratorium parametere.
<b>Metode</b>	Det ble brukt en kryss-seksjonal populasjonsstudie, 413 eldre pasienter ble evaluert med Mini Nutritional Assessment (MNA) testen, samt ulike spørreskjema som undersøkte kognitivt, diettinntak, livsstil vurdering og selvvurdering. Laboratoriums prøver ble tatt av alle deltakere.
<b>Resultat</b>	Dårlig ernæringsstatus ble funnet i 44% av pasientene. Laboratoriums prøver avslørte at flere kroniske sykdommer og geriatiske syndromer var knyttet til underernæring.
<b>Relevans for litteraturstudien/ Kildekritikk</b>	Resultatene av denne studien viser til hvor viktig det er å ha fokus på underernæring i behandling av eldre og belyser ulike konsekvenser av underernæring
<b>Etiske overveielser</b>	Pasienter ga samtykke for studien, og den etiske komiteen til Istanbul Universitet godkjente denne studien.

#### 4.1.2 Artikkel 2:

<b>Referanse (Forfatter(e), publiserings år, tittel, tidsskrift, sidetall, DOI, land).</b>	Bing-Jonsson <i>et al.</i> (2016). Sufficient competence in community elderly care? Results from a competence measurement of nursing staff. <i>BMC nursing</i> , 15(1), p.5.
<b>Hensikt</b>	Hensikten med denne studien var å undersøke om sykepleiere ved sykehjem hadde nok kompetanse i møtet med underernæring hos eldre pasienter.
<b>Metode</b>	Dette var en kryssseksjonal spørreskjema som ble gitt til 1016 sykepleiere og pleieassistenter ved sykehjem. Spørreskjema som ble brukt var «Nursing Older People Competence Evaluation Tool»
<b>Resultat</b>	Resultatene av studien viser til at klare roller ved sykehjem er viktig å ha fokus på når man tenker på best mulig pleie av pasienter. Resultatene fra «Nursing Older People Competence Evaluation Tool» viser at sykepleiere ved sykehjem føler at rollene er diffuse og at de har dårlig standarder for å belyse underernæring hos den enkelte pasienten. En årsak til den relativt lave innflytelsen av utdanning og opplæring på kompetanse kan være de ulike rollene som sykepleiere har i sykehjem. Klarere rolle beskrivelser for alle grupper av helsepersonell er anbefalt, samt generell kompetanseutvikling i medisinsk pleie omsorg.

<b>Relevans for litteraturstudien/ Kildekritikk</b>	Resultatene fra denne studien viser til ulike årsaker til forekomst av underernæring ved sykehjem.
<b>Etiske overveielser</b>	Ikke gjort synlig i artikkelen.

#### 4.1.3 Artikkel 3

<b>Referanse (Forfatter(e), publiserings år, tittel, tidsskrift, sidetall, DOI, land).</b>	Taylor, C., 2018. Malnutrition: causes, consequences and solutions. <i>Journal of Community Nursing</i> , 32(6).
<b>Hensikt</b>	Denne artikkelen belyser underernæring karusellen, hvor underernæring fører til dårlig helse som deretter øker risikoen for underernæring ytterligere. Det diskuteres behov for balansert kosthold for å opprettholde en tilstrekkelig ernæringsmessig status. Artikkelen markerer hvilke sykdomstilstander som sannsynligvis vil forårsake ytterligere problemer med ernærings status. Foreslåtte løsninger er også gitt for å behandle mulig dårlig næringsinntak.
<b>Metode</b>	Artikkelen er basert på en litteraturstudie, der relevante artikler har blitt evaluert og diskutert for å skape artikkelen.
<b>Resultat</b>	Resultatene fra studien viser til at underernæring kan lede til andre kroniske sykdommer og psykiske plager. Foreslåtte løsninger er også



	gitt for å behandle mulig dårlig næringsinntak.
<b>Relevans for litteraturstudien/ Kildekritikk</b>	Denne studien fokuserer på alder-relatert underernæring, ernærings screenings og tiltak som kan bidra til behandling av underernæring og opprettholdelse av god ernæring.
<b>Etiske overveielser</b>	Ikke synliggjort i artikkelen.

#### 4.1.4 Artikkel 4

<b>Referanse (Forfatter(e), publiserings år, tittel, tidsskrift, sidetall, DOI, land).</b>	Gjerlaug, <i>et al.</i> (2016) Verktøy ved screening av risiko for underernæring hos eldre. <i>Sykepleie forskning</i> , 11(2), pp.148-156.
<b>Hensikt</b>	Denne studiens hensikt var å belyse de ulike screening verktøyene som blir brukt for å synliggjøre underernæring hos eldre som mottar tjenester fra staten, og finne ut av hvilke screening verktøy som egner seg til dette. Dette ved å se nærmere på hva tidligere forskning sier om reliabilitet, validitet og anvendbarhet om de ulike screening verktøyene.
<b>Metode</b>	Denne studien er basert på et systematisk litteraturstudie fra ulike databaser. Søkene ble gjennomført i 2014. Håndøk ble også gjennomført.
<b>Resultat</b>	Basert på denne studien ble det funnet 4 ulike screening verktøy, som kunne virke valide ovenfor ulike pasientgrupper. Men

	studien viste også at ikke alle screening verktøy er tilpasset de ulike pasient gruppene og deres tilstedeværelse.
<b>Relevans for litteraturstudien/ Kildekritikk</b>	Denne studien viser til at det kan være mange ulike screening verktøy som man kan bruke for å synliggjøre underernærings risiko hos eldre, men studien undertrykker viktigheten med et skille mellom eldre på langtidsinstitusjoner og eldre som mottar hjemmesykepleietjeneste. Enda så er mer forskning viktig for å avdekke hvordan en sykepleier kan best tilrettelegge for å forebygge underernæring og best tilrettelegge god ernæring hos eldre på sykehjem.
<b>Etiske overveielser</b>	Ikke synligjort i artikkelen.

#### 4.1.5 Artikkel 5

<b>Referanse (Forfatter(e), publiserings år, tittel, tidsskrift, sidetall, DOI, land).</b>	Diekmann <i>et al.</i> (2013). Screening for malnutrition among nursing home residents—a comparative analysis of the Mini Nutritional Assessment, the Nutritional Risk Screening, and the Malnutrition Universal Screening Tool. <i>The journal of nutrition, health &amp; aging</i> , 17(4), 326-331.
<b>Hensikt</b>	Hensikten med denne studien var å sammenligne tre ulike screening-verktøy for

	<p>underernæring, «Mini Nutritional Assessment» (MNA), «Nutritional Risk Screening 2002» (NRS), og «Malnutrition Universal Screening Tool» (MUST).          Studiens hensikt var å sammenligne MNA, NRS og MUST i forhold til kategorisering</p>
<b>Metode</b>	<p>MNA, NRS og MUST ble utført på 200 innbyggere fra to kommunale sykehjem i Tyskland. Oppfølgingsdata om infeksjon, sykehusinnleggelse og dødelighet ble samlet etter seks måneder og igjen etter tolv måneder.</p>
<b>Resultat</b>	<p>Evalueringen av ernæringsstatus i sykehjemsbeboere av MNA, NRS og MUST viser betydelige forskjeller mellom de ulike screening-verktøyene. MNA-elementene gjenspeiler særpregene i sykehjemmet, mens MUST omhandler mer akutt sykdom. MNA viser til å være det verktøyet som er mest hensiktsmessige ved sykehjem.</p>
<b>Relevans for litteraturstudien/ Kildekritikk</b>	<p>Denne studien belyser hvordan de ulike screening-verktøyene brukt for å belyse ernæringsstatus kan variere seg i mellom. Dette er viktig for å kunne gi best mulig behandling og for å sikre at det verktøyet man bruker er det som er mest relevant for undersøkelsen.</p>
<b>Etiske overveielser</b>	<p>Ikke synliggjort i artikkelen.</p>

#### 4.1.6 Artikkel 6

<b>Referanse (Forfatter(e), publiserings år, tittel, tidsskrift, sidetall, DOI, land).</b>	Bauer, et al., (2015). Knowledge and attitudes of nursing staff towards malnutrition care in nursing homes: a multicentre cross-sectional study. The journal of nutrition, health & aging, 19(7), pp.734-740
<b>Hensikt</b>	Hensikten med studien var å undersøke kunnskap og holdningene til sykepleiere som jobbet ved sykehjem i forhold til ernæring.
<b>Metode</b>	Denne studien var en multisenterstudie som fulgte et tverrsnitts design. Alle Østeriske sykehjem med mer enn 50 sengeplasser ble invitert til å delta i studien. Totalt var det 66 sykehjem som deltok, alle registrerte sykepleiere og hjelpepleiere ble spurt om å kunne delta, totalt deltok 1152 sykepleiere/hjelpepleiere. Det ble brukt to ulike spørreskjema; kunnskap ble målt via: Knowledge of Malnutrition-Geriatric (KoM-G). Holdninger ble målt via: Staff Attitudes to Nutritional Nursing Care Geriatric (SANN-G) scale).
<b>Resultat</b>	I gjennomsnitt svarte 60.6% rett på KoM-G spørsmålene. Spørsmålet som av flest ble besvart riktig på omhandlet de faktorene som positivt påvirker oralt inntak av ernæring (87,2%), mens spørsmålene som omhandlet de ulike yrkene som er involvert i underernæring svarte flest feil på (26,1%).

	Kun 39.2% av deltakerne hadde en positiv holdning til ernæring.
<b>Relevans for litteraturstudien/ Kildekritikk</b>	Denne studien belyser mangel på kunnskap og holdninger til ansatte ved sykehjem. Den identifiserte spesifikke kunnskapsunderskudd og områder med negative holdninger hos sykepleiere som gjør det mulig for nye retningslinjer.
<b>Etiske overveielser</b>	Etisk godkjenning ble gitt av Medical University av Gaz's etisk komite. Alle deltakere gav skriftlig samtykke.

#### 4.1.7 Artikkel 7

<b>Referanse (Forfatter(e), publiserings år, tittel, tidsskrift, sidetall, DOI, land).</b>	Eglseer, <i>et al.</i> (2018). Use of an electronic malnutrition screening tool in a hospital setting: effects on knowledge, attitudes and perceived practices of healthcare staff. <i>British Journal of Nutrition</i> , 120(2), pp.150-157.
<b>Hensikt</b>	Hensikten og målet med denne studien var å etablere effektiviteten til elektriske ernærings-screening verktøy med tanke på kunnskap, holdninger og praksis, hos helsepersonell (sykepleier, leger, hjelpepleiere).
<b>Metode</b>	Dette var en kontrollert studie som brukte pre-test-post-test design for å undersøke kunnskap, holdninger og praksis, av helsepersonell i forhold til underernæring. Studien var utført ved to sykehus i

	<p>Østeriket. Pre-test studien ble gjort for å skape en baseline, etter 1 måned med det elektroniske underernæring screening verktøyet ble holdningene, kunnskaper og praksis målt på nytt, dette via et spørreskjema.</p>
<b>Resultat</b>	<p>Resultatet fra studien viste at ved bruk av et gyldig og pålitelig underernærings-screening verktøy forbedret kunnskap, holdninger og praksis seg hos helsepersonell.</p>
<b>Relevans for litteraturstudien/ Kildekritikk</b>	<p>Denne studien viser at kunnskap om underernæring, screening-verktøy og holdninger til det enda trenger å forberedes. Resultatene viser også at ved å bruke et lett tilgjengelig screening-verktøy, blir helsepersonell mer oppmerksom på underernæring.</p>
<b>Etiske overveielser</b>	<p>Den lokale etisk komiteen godkjente studien, alle deltakerne gav skriftlig samtykke.</p>

## 5.0 Drøfting

Under denne seksjonen vil oppgavens problemstilling bli drøftet ut fra forskjellige synsvinkler, med dette menes de ulike teoriene og kildene som har blitt lagt frem i teori delen av litteraturstudien.

### 5.1 Aldring

Det å aldres er en normal prosess for mennesker. Aldring forårsaker endringer i kroppssammensetning, organ funksjoner og tilstrekkelig energiinntak. Underernæring er ofte funnet til å være relatert til kroniske lidelser, akuttfasereaktanter og tocilizumab, og psykisk helse (Saka *et al.* 2010).

Som vist til tidligere i oppgaven i Maslows behovspyramide er det viktig at de underliggende nivåene blir tilfredsstilt før man kan bevege seg videre opp i pyramiden (Cherry, 2017). På den andre siden har man tilbaketrekningsteorien som kan vise til at det å bevege seg opp på behovspyramiden ikke er i fokus hos eldre. Den største motsetningen til tilbaketrekningsteorien er aktivitetsteorien. På den ene siden har man tilbaketrekningsteorien som først ble presentert i 1961 (Cumming *et al.*, 1960; Achenbaum, 2009), denne teorien fokuserer på at vellykket aldring kommer i form av aksept av og forsoning med tap og død. Denne teorien kan forklare det aspektet at flere eldre ønsker å være mindre sosiale, de trekker seg tilbake fra tidligere hobbyer og samfunnet. Når den først var publisert fikk den massiv kritikk for å være endimensjonal, at mennesker er sosiale vesener og at det alltid vil være individuelle og kulturelle forskjeller, men ikke at god aldring kommer av å trekke seg tilbake. Til forskjell fra tilbaketrekningsteorien mener aktivitetsteorien at aktivitet, sosialt samvær og engasjement var nødvendig og viktig for en vellykket alderdom (Daatland og Solem, 2000). Selv om aktivitetsteorien kan på overflaten virke som en mer positiv teori til en vellykket aldring enn tilbaketrekningsteorien, er denne teorien også blitt kritisert for å være endimensjonal med at eldre ofte kan ha nedsatt helse og energi, men fortsatt være aktive, bare mer tilbaketrukket enn tidligere (Achenbaum, 2009). I 2017 publiserte vitenskap og fornuft en strukturell teori for aldring bestående av syv regler (Galtung, 2017). Disse syv reglene tar for seg både aktivitetsteorien, tilbaketrekningsteorien og flere av behovene på Maslows behovspyramide:

- Regel nr. 1: Hold kropp og sinn aktive, som kan knyttes til aktivitetsteorien,
- Regel nr. 4: Trekk sammen sirkelen du lever i, kan knyttes til tilbaketrekningsteorien

- Regel nr. 6: Lev i virkeligheten og i virtuelle liv, som kan knyttes Maslows tredje og fjerde nivå på pyramiden. (Galtung, 2017)

Dette kan vise til at en strukturell teori, som omhandler det sosiale, aktive, måltider, alene tid, kan være det rette veien til en god alderdom.

## **5.2 Betydning av underernæring**

Utvikling av underernæring hos pasienter på sykehjem kan være et resultat av en sammensetning av ulike faktorer og ikke kun knyttet til mat. Psykiske, psykososiale og sosiale endringer hos eldre kan medføre at eldre mister matlysten samt kroppsmasse. Fysiologiske endringer som endringer i lukt, hørsel og smak, og nedsatt kognitiv funksjonsevne kan videre bistå til underernæring. Underernæring fører til økt risiko for sykdom. Underernæring er vanlig i den eldre befolkning, men er ofte ikke anerkjent eller i fokus for helsepersonell som jobber ved sykehus eller sykehjem (Zhang et al., 2017).

### ***Psykiske og fysiske komplikasjoner***

Det er mange uheldige konsekvenser av underernæring i den eldre befolkningen, underernæring kan føre til økt risiko for depresjon, forverret fysisk tilstand og endring i mentale funksjoner (Taylor, 2018). De psykiske og fysiske konsekvensene av underernæring kan gi redusert livskvalitet, nedsatt infeksjonsmotstand og økt dødelighet. Studier viser til at fysiske konsekvenser av underernæring er blant annet dårligere blodsirkulasjon, utvikling av benskjørhet, økt infeksjonsfare og tap av muskelmasse (Taylor, 2018). Psykiske konsekvenser av underernæring har vist depresjon, apati, spiseforstyrrelser, og følelsen av å være konstant trøtt og sliten. Taylor (2018) viser til at underernæring kan ha en effekt på hjernen og at dette kan resultere i apati og depresjon, samt selvforsømmelse. Det er viktig at en sykepleier eller annet helsepersonell ved sykehjem forstår hvordan ernæring påvirker pasientens fysiske og psykiske helse. Om man observerer at en pasient har økt nedsatt humor, ofte infeksjoner og er konstant trøtt, kan det være viktig å screene denne pasienten for underernæring, da det kan være grunnen til de andre symptomene.

### ***Helsepersonell***

Fra en sykepleiers perspektiv er det viktig at pasienter blir best mulig ivaretatt (Henderson, 1986). Ved et sykehjem er ernæringsarbeid et samarbeid mellom flere ulike faggrupper, en studie fra 2016, viser til tre ulike faggrupper ved sykehjem; registrerte sykepleiere, assistent pleiere og assistenter (Bing-Jonsson *et al.* 2016). De ulike rollene ved sykehjem går ofte om



hverandre viser studien til, men ved hjelp av «Nursing Older People - Competence Evaluation Tool» viser studien fra 2016 til at registrerte sykepleiere er mer kompetente enn assistent pleiere og assistenter (Bing-Jonsson *et al.* 2016). Resultater fra studien viste på den andre siden at assistent pleiere hadde høyere score på «enklere prosedyrer», dette viser til at registrerte sykepleiere har andre roller som ofte ikke omhandler enklere prosedyrer, men heller mer komplekst arbeid som blant annet kartlegging, og samhandling med sykehjemslege, og andre fagpersoner (Bing-Jonsson *et al.* 2016). Ved å belyse de ulike gruppene ved sykehjem slik som gjort av Bing-Jonsson og kolleger (2016) belyser det at registrerte sykepleiere ofte har fler og mer komplekse oppgaver enn andre faggrupper ved sykehjem, selv om studien også belyste at det er flere assistenter og pleie assistenter enn sykepleiere ved sykehjem. Flere studier belyst i denne oppgaven har fokusert på sykepleieres roller og ansvar med tanke på ernæring hos eldre, men Bing-Jonsson og kolleger (2016) belyser viktigheten av at andre faggrupper ved sykehjem har kunnskap om underernæring og ernæring hos eldre, slik at ansvaret kan fordeles mellom de ulike faggruppene og fagpersonene som arbeider ved et sykehjem.

### **5.3 Forebyggende tiltak**

#### *Screening verktøy:*

I 2012 ga Helsedirektoratet ut heftet Kosthåndboken – veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten. Kosthåndboken, ble sist endret i 2016 og har som hovedmål å sikre god kvalitet i ernærings samarbeid innenfor helse -og omsorgstjenesten (Findalen og Arsky, 2012). Denne håndboken legger stor vekt på kartlegging, oppfølging og tverrfaglig samarbeid, men for sykepleiere på sykehjem er tidsspørsmål alltid en faktor.

Det finnes flere ulike screening verktøy som kan benyttes av helsepersonell til å undersøke ernæringsmessig risiko hos eldre pasienter. Helsedirektoratet anbefaler blant annet at helsepersonell tar i bruk Mini Nutritional Assessment (MNA) eller Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) for å screene eldre personers ernæringsmessig risiko (Gjerlaug *et al.* 2016). Disse anbefalingene støttes av The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN), som gode redskaper for å screene ernæringsstatus til pasienter på sykehjem (Diekmann *et al.* 2013). Helsedirektoratet anbefaler også andre screening metoder som kan brukes, men de fleste av screening verktøyene er utviklet for sykehus, noe som kan tilsa at de ikke vil være reliabelt og valid på sykehjem (Gjerlaug *et al.* 2016).

En studie fra 2016 viser til at MUST ikke tar i betraktning funksjonelle, psykologiske og kognitive parametere som kan være viktige risikofaktorer for underernæring for pasienter på sykehjem, men har heller et større fokus på akutt sykdoms relatert underernæring (Donini *et al.* 2016). På den andre siden kan MUST være et viktig verktøy om pasienter blir akutt syke eller ved akutt sykdom ved overflytting til sykehjem.

Når man skal bruke screening som tiltak for å kunne forebygge underernæring er det viktig at disse screeningene er effektive og brukervennlige. MNA ble utviklet for nesten 20 år siden, og besto da av 18 spørsmål, men har siden da blitt kuttet ned til kun 6 spørsmål. En tysk studie viste også at MNA har best prediksjons verdi (Diekmann *et al.* 2013). Diekmann *et al.* (2013) konkluderte med at MNA reflekterer de særegenhetene som finnes ved et sykehjem, dette er det mest passende i en sykehjems setting. En av grunnen til dette som vises til i en italiensk studie fra 2016 viser til at MNA har en stor begrensning med at den tar 10-15 minutter å administrere og består av 18 spørsmål i to deler (Donini *et al.* 2016). Den reviderte Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA-SF), har gjennom studier vist god validitet og relabilitet som en måte å screene ernærings risiko. Body Mass Index (BMI) har i den reviderte versjonen blitt byttet ut med Calf Circumference (CC) (Kaiser *et al.*, 2009). På grunn av flere ulike studier som har undersøkt validiteten og reabiliteten til MNA-SF, burde den vurderes som et screening verktøy som kan brukes av sykepleiere på sykehjem. Bilde under til venstre viser til den originale MNA og bildet til høyre viser til MNA-SF (Vellas B, *et al.* 2006)

(Hentet fra: Vellas B, *et al.* 2006)

På den ene siden kan det være nyttig for helsepersonell å få tak i BMI av en pasient, spesielt om underernæring er synlig, men om det ikke finnes bekymring til underernæring og som en standard kan MNA-SF bli brukt.

Fra en sykepleiers perspektiv er det viktig og vite om de ulike screeningene man kan bruke for å best mulig kunne tilpasse screening verktøyene til de ulike pasient gruppene. Innenfor helseyrke er det viktig at de ulike faggruppene holder seg oppdatert på retningslinjer og forskning for å kunne gi pasienter best mulig pleie på en effektiv måte.

Helsedirektoratet (2019, kapittel 1.1, God ernæringspraksis) presiserer at beboere på sykehjem skal veies månedlig og at de skal få dekket sitt grunnleggende ernæringsbehov. Nasjonale retningslinjer viser til at alle pasienter skal vurderes for ernæringsmessig risiko innen ett døgn eller en uke etter innkomst til sykehjem (Helsedirektoratet, 2019). Dette skal igjen gjøres en gang i uken eller månedlig basert på pasientens ernæringsstatus og er ofte en del av arbeidsoppgaven til sykepleierne ansatt i sykehjem.

Helsedirektoratet (2019) foreslår to standardkost for bruk i institusjon og hjemmetjenester, nøkkelråkost og energi- og næringsstett kost. Valg av kost avhenger av ernæringsstatus, matlyst, underernæring og observasjoner gjort av ansatte ved institusjoner eller i hjemmetjenester.

## **5.4 Behov for kunnskap**

Internasjonale og nasjonale retningslinjer viser til hvordan man best kan bruke ulike screening verktøy for å forstå ernærings status og med dette utøve best mulig behandling av underernæring (Bauer *et al.* 2015). Selv om internasjonale og nasjonale retningslinjer finnes har flere studier vist til manglende kunnskap om retningslinjene, som leder til dårlig anerkjennelse av underernæring og risikofaktorene knyttet til det (Bauer *et al.* 2015). I 2009 konstaterte Europarådet at helsepersonell ved sykehjem trengte mer kunnskap, kursing og undervisning om underernæring, ernæring og best mulig behandling. Mangel på kunnskap, mangel på interesse og negative holdninger mot ernæring er i følge rapporten fra Europarådet i 2009 de vanligste barrierene for tilstrekkelig ernæringspraksis ved sykehjem (Bauer *et al.* 2015). Studier som undersøker manglende kunnskap og holdninger mot ernæring for sykepleiere er sjeldne, men det finnes noen studier som har undersøkt dette. De ulike studiene som er gjort innenfor dette området har vist til at ernæringsmessige screening verktøy, og

næringsstoffer og mat-krav hos eldre beboere var ukjent for store deler av sykepleiere som deltok i studiene (Bauer *et al.* 2015). På sykehjem er det ofte en sykepleiers rolle i samhandling med sykehjemslegen å tilby tilstrekkelig næring til pasientene, det er derfor ekstremt viktig at sykepleieren har god kunnskap og holdning mot ernæring, dette for å kunne tilby best mulig pleie.

En studie fra 2018 (Eglsner *et al.* 2018) belyste at ved å bruke et enkelt computerbasert screening-verktøy for underernæring ble holdninger og kunnskap forbedret hos helsepersonell (sykepleiere, pleieassistenter og leger). Selv om computerbasert screening-verktøy for underernæring først og fremst har vært undersøkt ved sykehus viser resultatene til at det fint kan overføres til sykehjem. Kunnskap, holdninger og praksis er viktig for at helsepersonell skal kunne yte best mulig praksis i forhold til ernæringsstatus til pasienter på sykehjem. Viktigheten er betydelig for helsepersonell i forhold til å vite hvilke roller de skal ha og hvem som skal gjøre underernærings-screenings av pasienter og hvem som har ansvar for at pasienten skal opprettholde god ernærings status. Det er derfor bekymringsverdig at Bauer og kolleger fant at kun 26% av helsepersonell ved sykehjem i Østerrike var klar over de ulike yrkene involvert i behandling av underernæring og hvem som skulle håndtere ernæringsmessige problematikk som oppsto ved sykehjemmet. For en sykepleier som jobber ved et sykehus eller sykehjem er det viktig å ha en klar forståelse av de ulike rollene og hva som inngår i de, flere studier belyser at det er mest naturlig at det er en sykepleier rolle å screene for underernæring, holde fokus på ernæring i det daglige og kontakte de rette instansene og fagpersonene ved frykt for eller ved underernæring (Bauer *et al.* 2015)

## **5.5 Resultat av litteratursøk og drøfting**

Resultatene for denne studien viser til at det er flere ulike faktorer som kan påvirke den høye forekomsten av underernæring blant eldre på sykehjem. Resultater belyser at med alder så endres kroppen, og at matgleden kan forsvinne grunnet fysiologiske endringer (nedsatt luktesans, hørsel og smakssanser), andre faktorer som er sterkt belyst er manglende kunnskap og verktøy for å oppdage og behandle underernæring. De fleste studiene har fokusert på retningslinjer, manglende kunnskap hos helsepersonell angående kartlegging av ernæringsstatus. Resultatene belyste også at sykepleieren selv følte de manglet kunnskap og ferdigheter for å identifisere og behandle underernærte eldre pasienter. Kunnskapsmanglene som har kommet frem i denne studien er risikofaktorer, konsekvenser av underernæring,

hvem som har ansvaret for å opprettholde god ernæring og hvordan kartleggings verktøy som er tilgjengelig.

## **5.6 Kritisk vurdering og overveielser**

Alle hovedartikler brukt i denne litteraturstudien ble kritisk evaluert i forhold til retningslinjer fra Folkehelseinstituttet (2014). På bakgrunn av at flere av studiene er skrevet på engelsk bør det tas med i betraktning at de ulike kvalitative og kvantitative metodene kanskje ikke kan overføres til den norske befolkning på sykehjem eller sykepleiere utdannet i Norge. Det er viktig for helsepersonell innenfor Europa rådet å ha sammensatte retningslinjer, men det kan i visse tilfeller vise seg at disse retningslinjene ikke er lette å følge. Det er derfor ulike norske studier har blitt brukt i denne oppgaven for å veie oppunder Europa rådets retningslinjer.

## **6.0 Konklusjon**

Denne litteraturstudien belyser forekomsten av underernæring i den eldre befolkningen på sykehjem, og hvordan forekomsten kan være relatert til mangel på kunnskap hos helsepersonell og forvirring omkring hvem som skal undersøke pasientens ernæringsstatus. Denne studien viser til at det foreligger lite kunnskap om screening og kartleggings verktøy blant helsepersonell ved sykehjem, dette inkluderer sykepleiere. De nasjonale retningslinjene som er utviklet viser til at det er verktøy som lett kan brukes for å kartlegge ernæringsstatus, men lite omtale om retningslinjene og de ulike verktøyene gjør at det enda er manglende kunnskap om dem. Resultatene fra denne studien viser til at det er avgrenset kunnskap om ernæring blant sykepleiere ved sykehjem og sykehus. Disse barrierene om kunnskap, retningslinjer og rollefordeling kan bidra til at pasienter ved sykehjem viser høye tall for underernæring. Denne oppgaven har belyst at det er rom for forbedring, nye retningslinjer og klare roller når eldre pasienter er på sykehjem og man frykter underernæring.

## Litteraturliste:

- Achenbaum, W.A., 2009. A metahistorical perspective on theories of aging. *Handbook of Theories of Aging*. New York: Springer.
- Arlow, Jacob, A. "Motivation and Personality: By AH Maslow. New York: Harper & Brothers, 1954. 411 pp." *Psychoanalytic Quarterly* 24 (1955): 447-448.
- Bassett, L. A. (2016). The constitutionality of solitary confinement: insights from Maslow's hierarchy of needs. *Health Matrix*, 26, 403.
- Bjørneboe, Gunn-Elin & Tonstad, Serena. (2018, 22. november). Underernæring. I Store medisinske leksikon. Hentet 4. mars 2019 fra <https://sml.snl.no/underern%C3%A6ring>.
- Bostrøm, Ellinor Bakke Yddal og Erlend Eliassen (2012) Matglede i sykehjem og hjemmetjenester- Fra nasjonale retningslinjer til god ernæringspraksis i kommunen. Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester, Vestfold.
- Braut, Geir Sverre. (2018, 4. desember). Sykehjem. I Store medisinske leksikon. Hentet 4. mars 2019 fra <https://sml.snl.no/sykehjem>.
- Cherry, Kendra. "Maslow's Hierarchy of Needs." Dursun, A.(2011). Dede Korkut Hikâyelerinde Halk Hukuku. *Electronic Turkish Studies* 6.4 (2017).
- Dahlum, S. (2019). *validitet – Store norske leksikon*. [online] Store norske leksikon. Available at: <https://snl.no/validitet> [Accessed 13 May 2019]
- Diekmann, R., Winning, K., Uter, W., Kaiser, M. J., Sieber, C. C., Volkert, D., & Bauer, J. M. (2013). Screening for malnutrition among nursing home residents—a comparative analysis of the Mini Nutritional Assessment, the Nutritional Risk Screening, and the Malnutrition Universal Screening Tool. *The journal of nutrition, health & aging*, 17(4), 326-331.
- Donini, L.M., Poggiogalle, E., Molfino, A., Rosano, A., Lenzi, A., Fanelli, F.R. og Muscaritoli, M., 2016. Mini-nutritional assessment, malnutrition universal screening tool, and nutrition risk screening tool for the nutritional evaluation of older nursing home residents. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17(10), pp.959-e11.

Eide HD, Halvorsen K, Almendingen K. Barriers to nutritional care for the undernourished hospitalised older people. *Journal of Clinical Nursing*. 2015;24(5-6): 696-706.

Eide, H.K., Benth, J.Š., Sortland, K., Halvorsen, K. and Almendingen, K., 2015. Prevalence of nutritional risk in the non-demented hospitalised elderly: a cross-sectional study from Norway using stratified sampling. *Journal of Nutritional Science*, 4.

Eldresenteret.no. (2019). *Gerotranscendens - Eldresenteret.no*. [online] Available at: <https://www.eldresenteret.no/gerotranscendens-en-aldringsteori-som-tilbyr-et-alternativt-syn-pa-aldring/> [Accessed 21 Apr. 2019].

Evju, A. S., og Lindgren, S.A., (2017) ernæring hos eldre: Hvorfor svikter ernæringsoppfølgingen, sykepleien.

Fermann, T. & Næss, G. Sykepleie til eldre i hjemmesykepleien. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten*. (S. 238-264.) Oslo: Gyldendal Akademisk.

Findalen, A.M. and Arsky, G.H., 2012. *Kosthåndboken: veileder i ernæringsarbeid i helse-og omsorgstjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet.

Folgerø, Henriette. Betydningen av sykepleierens kunnskaper om aldring og ernæring med tanke på forebygging av underernæring i sykehjem. BS thesis. NTNU, 2018.

Folkehelseinstituttet (2014) Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/tema/brukererfaring/sjekkliste-kvalitativ2014.pdf> (Hentet: 11.05.18)

Forde R, Pedersen R, Nortvedt P, Aasland OG. [Enough resources to the care of the elderly?]. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 2006;126(15): 1913-6.

Galtung, J. (2017). En strukturell teori for aldring - *Helsemagasinet vitenskap og fornuft*. [online] *Helsemagasinet vitenskap og fornuft*. Available at: <https://vof.no/strukturell-teori-aldring/> [Accessed 2 May 2019].

Gjerlaug, A.K., Harviken, G., Uppsata, S. and Bye, A., 2016. Verktøy ved screening av risiko for underernæring hos elder. *Sykepleie forskning*, 11(2), pp.148-156.

Guttormsen AB, Helsedirektoratet Avdeling e. Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. Oslo: Helsedirektoratet, Avdeling ernæring; 2009.

Halvorsen, K., Eide, H.K., Sortland, K. and Almendingen, K., 2016. Documentation and communication of nutritional care for elderly hospitalized patients: perspectives of nurses and undergraduate nurses in hospitals and nursing homes. BMC nursing, 15(1), p.70.

Harmer B, Henderson V. Textbook of the principles and practice of nursing. New York: The Macmillan Company; 1939.

Hauge, S., 1998. An analysis and critique of the theory of gerotranscendence. Vestfold College.

Helsebiblioteket.no. Hentet den 14 mai, 2019. Tilgjengelig fra:  
<https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/rop/6-utredning/6.1-definisjon-av-utredning>

Helsedirektoratet.no, hentet den 4 mars, 2019,  
[https://helsedirektoratet.no/Documents/Publikasjonsvedlegg/Veileder%20for%20frisklivssentraler/Kap%207%20Veileder%20for%20kommunale%20frisklivssentraler\\_IS1896.pdf](https://helsedirektoratet.no/Documents/Publikasjonsvedlegg/Veileder%20for%20frisklivssentraler/Kap%207%20Veileder%20for%20kommunale%20frisklivssentraler_IS1896.pdf)

Helsedirektoratet.no. (2019). Vurdering av pasientens ernæringsstatus, tiltak og oppfølging - Helsedirektoratet. [online] Available at: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/ernaering-kosthold-og-maltider-i-helse-og-omsorgstjenesten/god-ernaeringspraksis/vurdering-av-pasientens-ernaeringsstatus-tiltak-og-oppfolging> [hentet den 11 April 2019].

Henderson, Virginia. "Sykepleiens Grunnprinsipper". s3. 1986

Hessov, Ib. "Klinisk ernæring". Utgave 5. s171

Kaiser, M.J., Bauer, J.M., Ramsch, C., Uter, W., Guigoz, Y., Cederholm, T., Thomas, D.R., Anthony, P., Charlton, K.E., Maggio, M. and Tsai, A.C., 2009. Validation of the Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA®-SF): A practical tool for identification of nutritional status. JNHA-The Journal of Nutrition, Health and Aging, 13(9), p.782.



Kirkevold M. Sykepleieteorier - analyse og evaluering. Oslo: Ad Notam Gyldendal; 1998.

Kuven, B.M. and Giske, T., 2017. Samhandling mellom sykepleier og lege er viktig for ernæringsstilstanden til sykehjemspasienter. Hentet, 25, p.2018.

Landmark, B.T., Gran, S.V. and Grov, E.K., 2014. Ernæringsstatus blant pasienter i sykehjem og i hjemmesykepleien kartlagt ved hjelp av Ernæringsjournalen. Klinisk sygepleje, 28(01), pp.4-14.

Martinsen, Kari, and Jeanne Boge. "Kunnskapshierarkiet i evidensbasert sykepleie." Sykepleien 92.13 (2004): 58-61.

McLeod, S. A. (2018). Maslow's Hierarchy of Needs. Hentet 2.mars 2019 fra [www.simplypsychology.org/maslow.html](http://www.simplypsychology.org/maslow.html)

McLeod, Saul. "Maslow's hierarchy of needs." Simply psychology 1 (2007).

Melheim, B.G., 2009. Pasientopplevelser av måltidsfellesskap i sykehjem. Klinisk sygepleje, 21(02), pp.26-34.

Moseng, Ole Georg. "'... et meget sundt land...". Noen klassiske teorier om fortidas helseforhold og ernæring." Tidsskrift for kulturforskning 12.3-4 (2013).

Mowe M, Bosaeus I, Rasmussen HH, Kondrup J, Unosson M, Rothenberg E, et al. Insufficient nutritional knowledge among health care workers? Clinical Nutrition. 2008;27(2): 196-202.

Mørland, Ingeborg (1997) ICN Sykepleiens Grunnprinsipper.. Tilgjengelig fra: <https://www.nb.no/items/1150919fd82ea2cef27a9726ffdbf081?page=4&searchText=virginia%20henderson> (Hentet:14.05.19)

Nsf.no. (2019). *Lønn - Statistikk - Norsk Sykepleierforbund*. [online] Available at: <https://www.nsf.no/statistikk/artikkelliste/539297> [Hentet 11 April 2019].

Pasientsikkerhetsprogrammet.no. (2019). [online] Available at: <https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om->

oss/innsatsomr%C3%A5der/\_attachment/4181?\_download=false&\_ts=163689b43d5 [Hentet 26 April 2019].

Pautasso, M. (2013). Ten simple rules for writing a literature review.

Polit, D.F. and Beck, C.T., 2009. Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice. Lippincott Williams & Wilkins.

Ramm, J., 2013. Eldres bruk av helse-og omsorgstjenester. Statistisk sentralbyrå, (s 44).

Saka, B., Kaya, O., Ozturk, G.B., Erten, N. and Karan, M.A., 2010. Malnutrition in the elderly and its relationship with other geriatric syndromes. *Clinical nutrition*, 29(6), pp.745-748.

Skirbekk, Sigurd. (2018, 20. februar).Rolle. I Store norske leksikon. Hentet 4. mars 2019 fra <https://snl.no/rolle>.

Sortland, Kjersti. "Ernæring: Mer enn mat og drikke". Utgave 4. s175. 2011.

Sortland, Kjersti. "Ernæring: Mer enn mat og drikke". Utgave 4. s232. 2011.

Sortland, Kjersti. "Ernæring: Mer enn mat og drikke". Utgave 4. s240. 2011.

Statens helsetilsyn. Krevende oppgaver med svak styring: samlerapport fra tilsyn i 2010 med kommunenes sosial- og helsetjenester til eldre. Rapport fra Helsetilsynet (trykt utg.). Oslo 2011.

Svartdal, F. (2019). *reliabilitet – Store norske leksikon*. [online] Store norske leksikon. Available at: <https://snl.no/reliabilitet> [Accessed 13 May 2019]

Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of MNA® - Its History and Challenges. *J Nut Health Aging* 2006; 10: 456-465. Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J. Geront* 2001; 56A: M366-377. Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature – What does it tell us? *J Nutr Health Aging* 2006; 10: 466-487. © Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners © Nestlé, 1994, Revision 2006. N67200 12/99 10M Se mer info på:





