

Agnethe Kongsrud-Lie  
Nina Hasle Alund

## Sykepleie ved underernæring hos hjemmeboende pasienter med Multippel sklerose

Hvordan kan sykepleier forebygge  
underernæring hos hjemmeboende pasienter  
med Multippel sklerose?

Bacheloroppgave i sykepleie  
Veileder: Bente Hammes  
Mai 2019



## SAMMENDRAG

Tittel:	Sykepleie ved underernæring hos hjemmeboende pasienter med <u>Multipel sklerose</u>	Dato: 16.05.2019
Deltaker(e)/	<u>Agnethe Kongsrud-Lie</u> <u>Nina Hasle Alund</u>	
Veileder(e):	<u>Bente Hammes</u>	
Stikkord/nøkkel ord (3-5 stk)	<u>Multipel sklerose, underernæring, dysfagi, hjemmesykepleie</u>	
Antall sider/ord: 37/9309	Antall vedlegg: 1	Publiseringsavtale inngått: Ja
<p><b>Bakgrunn:</b> Underernæring er ikke uvanlig hos hjemmeboende pasienter med MS. Underernæring kan føre til økt risiko for sykdom, komplikasjoner, tap av muskelmasse og redusert muskelkraft. Mange pasienter med MS opplever dysfagi og er i en stor risiko for underernæring. Alle pasienter som mottar hjemmesykepleie skal få vurdert ernæringsstatus for å identifisere, forebygge og behandle underernæring.</p> <p><b>Hensikt:</b> I denne litteraturstudien vil vi undersøke hvordan sykepleiere kan identifisere, forebygge og behandle underernæring hos hjemmeboende pasienter med MS. Vi ønsker å øke kunnskaper og kompetanse blant sykepleiere ved å presentere tiltak som har vist seg hensiktsmessig i det forebyggende arbeidet ved underernæring og dysfagi</p> <p><b>Metode:</b> Dette er en litteraturstudie hvor det er brukt kvalitative studier, kvantitative studier og relevant faglitteratur. Det ble gjennomført strukturerte søk i databasene Cinahl, Medline og PubMed. Det er gjort tematisk analyse av resultatene i artiklene, som videre er drøftet på bakgrunn av temaene.</p> <p><b>Resultat:</b> Studiene viser at det er lite fokus på forebygging av underernæring og har kommet frem til hensiktsmessig tiltak. Resultatene viser at det er mangler på regelmessig veiing, vurdering av ernæringsstatus og kunnskaper om ernæring i hjemmesykepleien. Det er viktig med økt kunnskap og kompetanse samt gode retningslinjer og rutiner for å kunne gjøre en god vurdering. Det kommer frem at dysfagi er vanlig ved MS og kan være en risikofaktor ved underernæring. En utfordring i det forebyggende arbeidet ved underernæring er tidsrammen som er satt i hjemmesykepleien</p> <p><b>Konklusjon:</b> Sykepleier må ha kunnskaper og kompetanse for å utnytte sine ressurser til å yte best mulig helsehjelp til tross for den satte tidsrammen. Vurdering av ernæringsstatus er viktig for å identifisere, forebygge og behandle underernæring hos hjemmeboende pasienter med MS.</p>		

## ABSTRACT

Title:	Nursing care and malnutrition in home based patients with Multiple sclerosis	Date: 16.05.2019
Participants/	Agnethe Kongsrud-Lie Nina Hasle Alund	
Supervisor(s)	Bente Hamnes	
Keywords (3-5)	Multiple sclerosis, malnutrition, dysphagia, home nursing	
Number of pages/words:	37/9309	Number of appendix: 1
	Availability: open	
<p><b>Background:</b> Malnutrition is not uncommon in home based patients with MS. Malnutrition can lead to an increased risk of disease, complications, loss of muscle mass and reduced muscle power. Many patients with MS experience dysphagia and have a higher risk of malnutrition. All patients receiving home nursing should be considered for nutritional status to identify, prevent and treat malnutrition.</p> <p><b>Purpose:</b> In this literature study, we will examine how nurses can identify, prevent and treat malnutrition in home-based patients with MS. We want to increase knowledge and expertise among nurses by presenting nursing-actions which has proved to be appropriate in preventive work with malnutrition and dysphagia.</p> <p><b>Method:</b> This is a literature study based on qualitative study, quantitative study and relevant academic literature. A systematic search was conducted using the databases Cinahl, Medline and PubMed. Results from the articles were analyzed thematically and discussed further in the lights of the topics.</p> <p><b>Result:</b> The studies shows a limited focus on the prevention of malnutrition and comes up with appropriate nursing-actions. The results show lack of regular weighing, evaluation of nutritional status and knowledge about nutrition in home nursing. It is important with increased knowledge and expertise as well as good guidelines and routines in order to make a good evaluation. Dyphagia is common in MS and can be a risk factor in malnutrition. The lack of time is a challenge in the preventive work of malnutrition.</p> <p><b>Conclusion:</b> Nurses must have the knowledge and skills to exploit their resources to provide the best possible health care despite the time frame. Evaluation of nutritional status is important for identifying, preventing and treating malnutrition in home-based patients with MS.</p>		

# Innholdsfortegnelse

<b>1 Innledning</b> .....	<b>5</b>
1.1 Introduksjon.....	5
1.2 Sykepleiefaglig relevans.....	5
<b>2 Bakgrunn</b> .....	<b>6</b>
2.1 Hva er MS?.....	6
2.2 Sykepleie i hjemmet.....	7
2.2.1 Sykepleierens ansvarsområde.....	7
2.2.2 Ernæring i hjemmet.....	8
2.3 Underernæring.....	8
2.3.1 Underernæring ved MS.....	10
2.3.2 Dysfagi ved MS.....	10
2.3.3 Mini Nutritional Assessment.....	11
2.4 Hensikt.....	11
2.5 Avgrensning av oppgaven.....	11
2.6 Problemstilling.....	12
<b>3 Metode</b> .....	<b>13</b>
3.1 Litteraturstudie som metode.....	13
3.2 Kvalitative og kvantitative studier.....	13
3.3 Søkestrategi.....	13
3.4 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	14
3.5 Dokumentasjon av søk.....	14
3.6 Analyse av resultatet.....	16
<b>4 Resultater</b> .....	<b>17</b>
4.1 Artikkelpresentasjon.....	17
4.2 Tematisk oppsummering av resultater.....	19
4.2.1 Sykepleierens kunnskaper og veiledende funksjon.....	19
4.2.2 Vurdering av ernæringsstatus i hjemmesykepleien.....	20
4.2.3 Sykepleietiltak ved underernæring hos pasienter med MS.....	21
4.2.4 Sykepleietiltak ved dysfagi hos pasienter med MS.....	21
<b>5 Drøfting</b> .....	<b>23</b>
5.1 Sykepleierens kunnskaper og veiledende funksjon.....	23
5.2 Vurdering av ernæringsstatus.....	24

5.3	Underernæring hos pasienter med MS .....	26
5.4	Dysfagi hos pasienter med MS .....	28
5.5	Kildekritikk og metodediskusjon.....	30
5.6	Forskningsetiske overveielser.....	31
<b>6</b>	<b>Konklusjon.....</b>	<b>32</b>
<b>7</b>	<b>Litteraturliste .....</b>	<b>33</b>
<b>8</b>	<b>Vedlegg 1 MNA .....</b>	<b>37</b>

Tabell 1	Inklusjons- og eksklusjonskriterier
Tabell 2	Dokumentasjon av søk
Tabell 3	Artikkelpresentasjon

# 1 INNLEDNING

---

## 1.1 INTRODUKSJON

Multipel sklerose (heretter MS) er en autoimmun og kronisk inflammatorisk sykdom som angriper sentralnervesystemet. Årsaken til sykdommen er ukjent, men en tenker at arvelige faktorer spiller inn og at D-vitaminmangel og virusinfeksjoner er utløsende faktorer til sykdommen. Sykdommen byr på flere utfordringer knyttet til grunnleggende behov, hvor en ser at ernæring er et gjentakende problem (Bertelsen, 2016; Espeset et al. 2016). Sykepleiere er de som jobber nærmest pasienten, og det gir gode muligheter for vurdering og observasjon av ernæringsbehovet (Jacobsen og Bye, 2016). Det vil derfor være viktig at sykepleiere er bevisste i sine handlinger for å redusere risikoen for feil- og/eller underernæring (Stubberud, Kondrup og Almås, 2016).

MS er en kompleks sykdom som krever god tilrettelegging, oppfølging og samarbeid (Espeset et al. 2016). Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) har som formål å legge til rette for forebygging og behandling av sykdom, skade og lidelse. En skal også sikre at den enkelte får muligheten til å bo selvstendig med en meningsfull tilværelse. Videre skriver Helsepersonelloven (1999) at helsepersonell skal utøve praksis i samsvar med kravene til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som forventes ut fra kvalifikasjoner, karakter og situasjon.

## 1.2 SYKEPLEIEFAGLIG RELEVANS

Sykepleie til pasienter med MS må være individualisert og avhenger av sykdommens omfang. I ernæringsarbeidet skal sykepleier utøve sin forebyggende, behandlende og veiledende funksjon (Jacobsen og Bye, 2016). Sykepleier må vurdere og velge tiltak ut ifra tilgjengelige ressurser, pasientens aktuelle problem, ønsker og behov. Det er også viktig å ta hensyn til pasientens totalsituasjon i vurderingen. Tiltakene skal være målrettet, bevisste og basert på erfaring og kunnskap (Dahl og Skaug, 2011). Virginia Henderson hevder at sykepleier er ansvarlig for å tilrettelegge slik at pasienten klarer å spise og drikke tilstrekkelig. I tillegg kreves god samhandling mellom de ulike profesjonene for å ivareta pasientens ernæringsbehov (Jacobsen og Bye, 2016).

## 2 BAKGRUNN

---

### 2.1 HVA ER MS?

Ved MS angriper kroppens immunsystem myelinet, som fungerer som en isolasjon rundt nervebanene. Avhengig av sykdommens alvorlighetsgrad fører ødeleggelsen til at nervesignaler går langsommere, stivner eller blokkeres helt (Bertelsen, 2016). Det er ingen kurativ behandling ved MS og behandlingen som gis avhenger av hvilke symptomer pasienten har (Espeset, et al. 2016). Ifølge Berg-Hansen (2018) er det omkring 12000 personer i Norge med MS og det diagnostiseres årlig mellom 500-550 personer. Sykdommen forekommer hyppigst hos kvinner og debuterer oftest i 20-40 årsalderen.

MS deles inn i tre hovedtyper; Relapserende-remitterende MS (heretter RRMS), sekundær progressiv MS (heretter SPMS) og primær progressiv MS (heretter PPMS) (Bertelsen, 2016; MS-forbundet, 2017).

1. RRMS er hovedgruppen og forekommer hos 80-90% av pasientene. Typiske kjennetegn er akutt debut av symptomer som kan vare i få dager til måneder. Symptomene forsvinner helt eller delvis, men en ser oftest en liten forverring av tilstanden.
2. SPMS er en kronisk progredierende fase. 40-60% av pasientene med RRMS vil etter 10-20 år gå over i denne fasen. Det kjennetegnes ved færre angrep og en gradvis økende funksjonsnedsettelse
3. PPMS forekommer hos 10-20 % og kjennetegnes ved en jevn progresjon av symptomer. Det kan være lengre perioder ved uendret sykdomsforløp. Langtidsprognosen er ofte dårligere hos PPMS enn ved RRMS.

(Bertelsen, 2016; MS-forbundet, 2017)

Symptomene ved MS varierer fra pasient til pasient og avhenger av hvor i sentralnervesystemet inflammasjonen befinner seg. Vanlige symptomer er spasmer, synsforstyrrelser, nedsatt muskelkraft, koordinasjonsforstyrrelser, endring i eliminasjon, balanseforstyrrelser, dysfagi og talevansker. Dysfagi kan føre til underernæring på grunn av pasientens svelgevansker. Pasienter med MS kan i tillegg ha ikke-motoriske forstyrrelser, som fatigue, depresjon, angst og redusert evne til å planlegge og løse sammensatte problemer. Fatigue er en opplevelse av tretthet, utmattelse og nedstemthet (Espeset, et al. 2016).



Sykdommen fører ofte til fatigue som kan gi begrensninger i pasientens evne til å ivareta grunnleggende behov. En utfordring ved MS er at sykdommen debuterer tidlig i livet og det skjer en gradvis forverring av tilstanden (Espeset, et al. 2016). Fysisk aktivitet anbefales da det kan forbedre muskelfunksjonen, kondisjonen og forflytningsevnen. Aktiviteten må tilpasses etter sykdommens stadier og det er viktig å oppmuntre til en balanse mellom hvile og aktivitet, for å unngå fatigue (Baixinho et al. 2016; Espeset, et al. 2016).

## **2.2 SYKEPLEIE I HJEMMET**

Sykepleie i hjemmet utøves i skjæringspunktet mellom hverdagen i hjemmet og offentlig tjenesteyting. I hjemmesykepleien fokuseres det ikke på en gitt pasientgruppe, men på alle pasienter i alle livsfaser. Målet med hjemmesykepleie er å unngå kostbare institusjonsopphold og oppfylle pasientens eget ønske om å bo hjemme lengst mulig (Birkeland og Flovik, 2018). I følge pasient- og brukerrettighetsloven (1999) har alle pasienter rett til å medvirke ved gjennomføringen av helse- og omsorgstjenester. Tjenestene som utføres skal så langt det er mulig utformes i samsvar med pasienten (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Helsepersonell i hjemmebaserte tjenester står ovenfor en utfordring knyttet til tidsrammen som er gitt. Det krever tid for å kunne gi god individualisert omsorg. Tidspresset er en utfordring som både pasienter og helsepersonell kan oppleve som vanskelig (Fjørtoft, 2016 s. 164).

Pasienter som mottar hjemmesykepleie er i en sårbar situasjon hvor de er avhengig av hjelp. Helsepersonellens menneskesyn viser seg i måten en møter denne sårbarheten på. I de yrkesetiske retningslinjene utgitt av NSF (2018) står det at sykepleieren skal ivareta pasientens verdighet og integritet. Det handler om å respektere og bevare pasientens individualitet og identitet, herunder retten til helhetlig sykepleie, brukermedvirkning og retten til å ikke bli krenket (Fjørtoft, 2016 s. 133-134; NSF, 2018).

### **2.2.1 Sykepleiers ansvarsområde**

Sykepleieren har ifølge yrkesetiske retningslinjer (NSF, 2018) et ansvar for praksis som fremmer helse og forebygger sykdom. I det forebyggende arbeidet er et av hovedelementene å hindre at pasienten skades av helsehjelpen som mottas eller ikke ytes. Dette kommer også frem i Helsepersonelloven (1999), som har krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp.

Sykepleiere har en veiledende funksjon som innebærer å informere, undervise og veilede. Det skal skape trygghet og mestring av sykdom og behandling. Sykepleiere skal gi tilstrekkelig og tilpasset informasjon for å fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige valg. Kunnskaper er grunnlaget for god sykepleie. Det er sykepleierens ansvar å holde seg faglig oppdatert for å øke kunnskapsnivå og kvaliteten på tjenestene (Nortvedt og Grønseth, 2010). I pasient- og brukerrettighetsloven (1999) står det at pasienter har en lovfestet rett til informasjon. Dermed kan ikke sykepleiere velge bort denne oppgaven grunnet begrenset tid (Nortvedt og Grønseth, 2010).

### **2.2.2 Ernæring i hjemmet**

I Birkeland og Flovik (2018) kommer det frem at alle pasienter ved oppstart av tjenester i hjemmet skal få vurdert sin ernæringsstatus. En må få oversikt over pasientens tannstatus, tyggeeivne, svelgevansker, appetitt og evnen til å spise selv. Ved normal ernæringsstatus, skal det gjøres månedlig vurdering. Hos underernærte pasienter og pasienter i ernæringsmessig risiko, skal det opprettes en målrettet ernæringsplan. I ernæringsarbeid har sykepleiere ansvar for å observere, vurdere og iverksette tiltak. Pasientens egne ønsker, behov, matvaner og døgnrutiner må tas hensyn til i utarbeiding av ernæringsplanen. På denne måten kan sykepleiere ivareta pasientens autonomi. Brinchmann (2016) skriver at autonomi handler om retten til informasjon og ta selvstendige valg.

## **2.3 UNDERERNÆRING**

Pasientens ernæringsbehov og ernæringstilstand påvirkes av sykdom, funksjonssvikt og medisinsk behandling. Det kan føre til problemer med tilstrekkelig næring, tap av næringsstoffer og forandring i kroppens normale metabolisme (Stubberud, Kondrup og Almås, 2016). Underernæring er en tilstand der kroppens behov for energi og næringsstoffer ikke blir tilfredsstillt. Tilstanden fører til økt risiko for sykdom, komplikasjoner og dødelighet. Det er en rekke sykdommer som kan føre til underernæring ved at de gir redusert appetitt, redusert næringsopptak og et større behov for næringsstoffer (Bjørnebo og Tonstad, 2018). Underernæring har en rekke negative konsekvenser for pasienten. Tap av muskelmasse og redusert muskelkraft vil kunne påvirke respirasjon og sirkulasjon ved at hjerte- og lungefunksjon svekkes. Lite næringsstoffer vil også påvirke mage-tarm funksjonen. Absorpsjon av næringsstoffer blir dårligere og tarmslimhinnen blir lettere gjennomtrengelig for bakterier som kan gi diaré og infeksjoner. Immunforsvaret påvirkes ved at det produseres

mindre hvite blodceller, som gjør pasienten mer mottakelig for gjentatte infeksjoner (Jacobsen og Bye, 2016).

Å forebygge underernæring er viktig arbeid som sykepleier. Det er viktig å vurdere ernæringsstatus for å bekrefte eller avkrefte om pasienten er i ferd med å utvikle underernæring. Ernæringsstatus er et resultat av inntak, forbruk og tap av næringsstoffer (Jacobsen og Bye, 2016). Målet for ernæring hos pasienter med sykdom og/eller funksjonssvikt er å forebygge tap av celledmasse, sikre hurtig gjenoppbygging av tapt vev, gi optimale muligheter for at krefter og livskvalitet gjenvinnes og størst mulig sjanse for helbredelse (Stubberud, Kondrup og Almås, 2016).

Helsedirektoratet (2018) har laget en veiledningstrapp som inneholder sju trinn. Det er en modell for prioritering av ernæringstiltak hos pasienter som er underernærte.

Ernæringstiltakene som skal benyttes bør vurderes i en prioritert rekkefølge. Det første trinnet handler om å se på underliggende faktorer, som sykdom, symptomer og behandling. De fire neste trinnene innebærer at pasienten skal innta næring per os. Her er tiltakene næringsdrikker, mattilbud, berikning av måltider og måltidsmiljø. De siste to trinnene innebærer alternativ behandling som gis enten enteralt eller parenteralt (Helsedirektoratet, 2018). Enteral betyr «i tarmen» og enteral ernæring kan gis via PEG eller sonde. Om nødvendig, kan det erstatte normalt inntak av mat og drikke, men det anbefales som et supplement til næring per os. Parenteral ernæring skjer utenom mage-tarm kanalen, intravenøst, og skal benyttes dersom enteral ernæring gir store komplikasjoner for pasienten (Stubberud, Kondrup og Almås, 2016).

Ved forebygging av underernæring er det viktig å ha kunnskaper om et sunt kosthold.

Helsedirektoratet (2016) har kommet frem til 12 punkter for hva et sunt kosthold er, som kan være nyttig å benytte seg av i ernæringsarbeidet;

1. Variert kosthold med rikelig grønnsaker, frukt, bær og grove kornprodukter.
2. God balanse mellom inntak og forbruk av energi
3. Minst fem porsjoner frukt og grønt hver dag
4. Spise grove kornprodukter hver dag
5. Spis fisk til middag to til tre ganger i uken
6. Velg magert kjøtt og magre kjøttprodukter
7. Velg magre meieriprodukter
8. Bruk matoljer, flytende margarin og myk margarin fremfor hard margarin og smør.

9. Velg matvarer med redusert saltinnhold
10. Unngå mat og drikke med høyt sukkerinnhold
11. Bruk vann som tørstedrikk
12. 30 minutter fysisk aktivitet hver dag

(Helsedirektoratet, 2016)

### **2.3.1 Underernæring ved MS**

Pasienter med MS kan være underernært av flere grunner og mange har behov for hjelp for å få i seg tilstrekkelig næring (Jacobsen og Bye, 2016). Sykepleieren må tilrettelegge for at pasienten kan drikke og spise selv så langt det lar seg gjøre. Sykepleierens ferdigheter og kompetanse er svært viktig for ivaretagelse av pasientens behov for ernæring. Det er viktig med kunnskaper om pasientens ernæringsbehov, konsekvenser av feil- og underernæring og ferdigheter ved administrering av ernæring (Stubberud, Kondrup og Almås, 2016).

Espeset et al. (2016) skriver at noen pasienter med MS ikke klarer å tilberede maten selv og andre har nedsatt appetitt. Videre skriver de at det kan være slitsomt å tygge og svelge maten om musklene i munnen og svelget er angrepet. Hvis pasienten er rammet av intensjonstremor, kan det hjelpe å bruke tyngre bestikk, spesialkopp med lokk og tallerken med høyere kant for å opprettholde pasientens evne til å spise selv. I Jacobsen og Bye (2016) kommer det frem at guiding er et hjelpemiddel som kan benyttes. Dette kan gjøres ved at en fører pasientens hånd til glasset og hjelper til med å holde det. Guiding er en måte å inkludere pasienten på, slik at en bevarer selvstendigheten og ikke blir passiv i måltidsituasjoner (Jacobsen og Bye, 2016).

### **2.3.2 Dysfagi ved MS**

I løpet av livet vil rundt 40 % av pasientene med MS oppleve problemer med å spise og svelge (Førde u.å.). Dette er en tilstand som kalles dysfagi. Dysfagi gir vansker med å svelge mat og drikke fordi de peristaltiske bølgene i svelget ikke fungerer optimalt (Stubberud, Kondrup og Almås, 2016) Det er mange symptomer ved dysfagi; gjentatte luftveisinfeksjoner, hoste, spisevegring, kvelningsfølelser og unormalt vekttap. Dette gjør at pasienter med dysfagi er i en stor risikogruppe for underernæring (Vital ernæring, 2016).

Vital ernæring (2016) skriver at behandlingen ved dysfagi består av tre deler; justering av spisemønsteret, forbedring av musklens bevegelse og koordinering og veiledning ved valg av konsistens på mat og drikke. Payne (2001) skriver at enteral ernæring kan redusere risikoen for aspirasjonspneumoni, trykksår og minimere tretthet i forbindelse med måltider hos pasienter med dysfagi. Videre kommer det frem at enteral ernæring i utgangspunktet ikke skal

være en erstatning for ernæring per os. Det skal fungere som et supplement for å oppnå tilstrekkelig ernæring.

### **2.3.3 Mini Nutritional Assessment**

Mini Nutritional Assessment (heretter MNA), er et vurderingsverktøy for identifisering av underernæring (Vedlegg 1). Skjemaet er enkelt å bruke og består av 18 spørsmål som dreier seg om antropometriske målinger, matinntak, appetitt, helse, akutt sykdom, psykologisk stress, demenssykdom og evne til mobilitet og fysisk funksjon. Pasienten får en score fra 0-30 poeng, der 17 poeng eller lavere indikerer underernæring. 17-23,5 poeng indikerer risiko for underernæring og 24 eller mer poeng indikerer normal ernæringsstatus (Birkeland og Flovik, 2018).

## **2.4 HENSIKT**

I denne litteraturstudien vil vi undersøke hvordan sykepleiere kan identifisere, forebygge og behandle underernæring hos hjemmeboende pasienter med MS. Vi ønsker å bruke litteraturstudien til å øke kunnskaper og kompetanse blant sykepleiere. Dette vil vi gjøre ved å presentere alternative tiltak som har vist seg hensiktsmessig i det forebyggende arbeidet ved underernæring og dysfagi hos pasienter med MS.

## **2.5 AVGRENSING AV OPPGAVEN**

På grunn av oppgavens omfang, har vi valgt å se bort ifra de ulike hovedtypene av MS og kun brukt MS som en fellesbetegnelse. Videre har vi avgrenset funnene i artiklene. Studien til Baixinho et al. (2016) har kommet frem til funksjonalitetsmønstre ved ulike grunnleggende behov hos pasienter med MS. Vi har valgt å kun bruke resultater knyttet til ernæringsbehovet. Studiene til Lahmann, Tannen og Suhr (2015) og Aagaard og Grøndahl (2017) har brukt ulike screeningsverktøy og viser forskjell på resultatet avhengig av hvilket verktøy en bruker. Siden MNA er felles i begge artiklene, har vi valgt å gå ut ifra resultatene knyttet til MNA. Studien til Alali, Ballard og Bogaardt (2018) er kvantitativ og viser kun forekomst og påvirkning av dysfagi hos pasienter med MS i form av tall. Det gjør det vanskelig å bruke artikkelen i drøftedelen annet enn å støtte med resultatene i studien. Vi valgte allikevel å ta den med i litteraturstudien for å vise utbredelsen av problemet og dens påvirkning hos pasienter med MS. Payne (2001) og Baixinho et al. (2016) anbefaler enteral ernæring i form av sonde eller

PEG. På grunn av oppgavens omfang, har vi valgt å kun skrive om PEG videre i litteraturstudien.

## **2.6 PROBLEMSTILLING**

Hvordan kan sykepleier forebygge underernæring hos hjemmeboende pasienter med Multippel sklerose?

## **3 METODE**

---

### **3.1 LITTERATURSTUDIE SOM METODE**

Aveyard (2014) skriver at en litteraturstudie er en omfattende studie hvor en tolker litteratur knyttet til et bestemt tema. Ved å utføre litteraturstudie skal en finne en problemstilling som skal besvares ved å søke etter og systematisk analysere relevant litteratur. Informasjon fra de ulike kildene skal settes opp mot hverandre for å skape en ny innsikt til temaet. Videre skal dette drøftes og legges frem som en helhet i litteraturstudien (Aveyard, 2014 s. 2).

I følge Aveyard (2014) er det fire punkter som skal danne strukturen i en litteraturstudie. Først må en ha en problemstilling som presenteres i introduksjonen. Videre i metoddelen skal søkestrategi, metode for analysering og vurdering av søkene presenteres. Resultatet av søkene skal videre presenteres med et kritisk blikk. Til slutt skal resultatene drøftes og forslag til tiltak legges frem. Oppbyggingen i denne litteraturstudien har tatt utgangspunkt i disse fire punktene (Aveyard, 2014 s.3).

### **3.2 KVALITATIVE OG KVANTITATIVE STUDIER**

Kvantitativ metode er en forskningsmetode som inkluderer tall i innsamlingen av data og/eller benytter seg av eksperimentelle metoder. Studien inkluderer mange deltakere og det er ofte ingen kontakt mellom deltakerne og forskeren (Aveyard, 2014 s. 49). Kvalitativ metode baseres ikke på tall, men har datainnsamling basert på deltakernes mening og erfaring. Her blir dybdeintervju, observasjon, feltarbeid og dokumentanalyse av deltakerne brukt for å samle informasjon. Deltakerne i kvalitative studier blir ikke tilfeldig valgt i motsetning ved kvantitative studier (Aveyard, 2014 s.60).

I denne litteraturstudien vil vi benytte oss av kvantitative og kvalitative studier. Grunnen til at vi ønsker å bruke kvantitativ studie er for å få en oversikt over hvor utbredt problemet er. Ved å bruke kvalitative studier belyser vi den subjektive opplevelsen pasienter og helsepersonellet har.

### **3.3 SØKESTRATEGI**

Databasene som er benyttet i denne litteraturstudien er CINAHL, MedLine og PubMed. Søkeordene vi har brukt: Activities of daily living (ADL), Body weight, Deglutition disorder,

Diet, Dysphagia, Eating, Healthcare, Home care service, Malnutrition, Multiple Sclerosis, Nursing, Nursing care, Nursing interventions, Nutrition, Nutritional status, Quality of life, Swallowing disorders, Undernourishment, Undernutrition og Underweight. Vi forsøkte å bruke «prevent» og «prevention» i søkene, men dette ga ingen relevante artikler.

### 3.4 INKLUSJONS- OG EKSKLUSJONSKRITERIER

Tabell 1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Nordisk- eller engelskspråklig	Deltakere under 18 år
Pasienter med MS	Pårørende
Relevans til primærhelsetjenesten	Artikler eldre enn 15 år
Vitenskapelige artikler	Deltakere som ikke er samtykkekompetente
Følger IMRaD-struktur	
Ernæring hos pasienter i hjemmet	

### 3.5 DOKUMENTASJON AV SØK

Tabell 2 Dokumentasjon av søk

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff	Valgte artikler
1. Multiple sclerosis 2. Deglutition disorder 3. Quality of life	MedLine	1 AND 2	6	Alali, D., Ballard, K. og Bogaardt, H. (2018) The frequency of dysphagia and its impact on adults with multiple sclerosis based on patient-reported questionnaires, <i>Multiple Sclerosis and Related Disorders</i> , 25, s. 227-231. doi: 10.1016/j.msard.2018.08.003



1. Multiple sclerosis 2. Nursing care 3. Activities of daily living (ADL)	CINAHL	1 AND 2 AND 3	7	Baixinho, C.L. et al. (2016) Nursing interventions promoting functionality among adults with multiple sclerosis: interfrative review, <i>Journal of nursing</i> , s. 838-847. doi: 10.5205/reuol.6884-59404-2-SM-1.1002sup201619
1. Multiple sclerosis 2. Deglutition disorder 3. Nutrition	CINAHL	1 AND 2 AND 3	5	Payne, A. (2001) Nutrition and diet in the clinical management of multiple sclerosis, <i>journal of Human Nutrition and Dietetics</i> , 14(5) s. 349-357. doi: 10.1046/j.1365-277X.2001.00308.x
1. Multiple sclerosis 2. Nursing 3. Eating	PubMed	1 AND 2 AND 3	9	Plow, M. og Finlayson, M. (2012) A Qualitative Study of Nutritional Behaviors in Adults With Multiple Sclerosis, <i>Journal of neuroscience nursing</i> , 44(6) s. 337-350. doi: 10.1097/JNN.0b013e3182682f9b
1. Diet 2. Nursing care 3. Dysphagia 4. Swallowing disorders 5. Deglutition disorders	CINAHL	1 AND 2 AND 3 OR 4 OR 5	21	Garcia, J.M. et al. (2010) Quality of care issues for dysphagia: modifications involving oral fluids, <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 19 s. 1618-1624. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03009.x
1. Malnutrition 2. Home care service 3. Nursing 4. Underweight	PubMed	1 AND 2 AND 3	7	Lahmann, N.A., Tannen, A. og Suhr, R. (2015) Underweight and malnutrition in home care: A multicenter study, <i>Clinical Nutrition</i> , 35(5) s. 1140-1146. doi: 10.1016/j.clnu.2015.09.008
1. Malnutrition 2. Undernutrition 3. Undernourishment 4. Nursing interventions 5. Nursing care 6. Nutritional status 7. Body weight	CINAHL	1 OR 2 OR 3 AND 4 OR 5 AND 6 AND 7	18	Aagaard, H. og Grøndahl, V.A. (2017) Routines in the community nursing services for assessing nutritional status, <i>Sykepleien</i> , 12(61219) doi:10.4220/Sykepleienf.2017.61219

For at søkingen skal være effektiv og gi relevante resultater, er det nødvendig med en god søkestrategi (Thidemann, 2015 s. 87). For å finne frem til artiklene har vi spisset søkene slik at det gir minst mulig treff. Deretter leste vi alle overskriftene og sammendragene for å se om de hadde relevans for problemstillingen. Her ble noen artikler valgt bort fordi de ikke fulgte inklusjonskriteriene eller ikke var relevant for litteraturstudien. Artiklene vi har valgt har stor relevans til problemstillingen og følger to eller flere inklusjonskriterier.

### **3.6 ANALYSE AV RESULTATET**

Vi har valgt å bruke tematisk analyse i vår litteraturstudie. Det er ifølge Aveyard (2014) en god metode å bruke i en bacheloroppgave. Ved tematisk analyse oppsummeres innholdet i studiene med et kritisk blikk. Videre identifiseres temaene i de ulike studiene. Disse temaene skal være knyttet til problemstillingen. Med denne analysemetoden vil vi velge ut sykepleietiltak som viser seg å være forebyggende mot underernæring hos pasienter med MS. Vi vil presentere sykepleietiltakene tematisk og bruke disse videre i drøftedelen (Aveyard, 2014 s. 137-140).

## 4 RESULTATER

### 4.1 ARTIKKELPRESENTASJON

Tabell 3 Artikkelpresentasjon

<b>NR 1 Referanse</b>	Alali, D., Ballard, K. og Bogaardt, H. (2018) The frequency of dysphagia and its impact on adults with multiple sclerosis based on patient-reported questionnaires, <i>Multiple Sclerosis and Related Disorders</i> , 25, s. 227-231. doi: 10.1016/j.msard.2018.08.003
<b>Hensikt</b>	Hensikten med studien er å se omfanget av dysfagi hos voksne pasienter med MS. Studien ser på ulike symptomer som tyder på dysfagi og hvordan dette påvirker pasientens livskvalitet.
<b>Metode</b>	Dette er en kvantitativ studie. 103 voksne med MS ga sittsamtykket til å delta i studien. Pasienter med andre nevrologiske forhold ble ekskludert fra studien. Data ble samlet på en poliklinikk i Australia ved hjelp av pasientrapporterte spørreskjemaer. Det ble brukt to forskjellige skjemaer; ett skjema for å identifisere risikoen for dysfagi og et skjema for dysfagiens innvirkning på livskvaliteten. Alle deltakerne var i stand til å fullføre spørreskjemaene selvstendig.
<b>Resultat</b>	38% av deltakerne rapporterte å ha svelgeproblemer. Etter utspørring rapporterte 66% av deltakerne plage av hoste under eller etter inntak av mat og drikke. 47% av deltakerne har hostet ut mat og drikke når det ble sittende fast i halsen. 63% rapporterte følelsen av mat som ble sittende fast i halsen etter måltid. 60 % av deltakerne med dysfagi rapporterte at det er en stor forstyrrelse i deres liv. Omkring 50 % opplevde frustrasjon, depresjon og irritasjon rundt deres svelgeproblemer. Disse følelsene kan føre til spisevegring og redusert spisebehov, da pasienten er redd for kvelning ved inntak av mat og drikke.
<b>Nr 2 Referanse</b>	Baixinho, C.L. et al. (2016) Nursing interventions promoting functionality among adults with multiple sclerosis: integrative review, <i>Journal of nursing</i> , s. 838-847. doi: 10.5205/reuol.6884-59404-2-SM-1.1002sup201619
<b>Hensikt</b>	Hensikten med studien er å identifisere tiltak som påvirker funksjonen blant voksne med MS.
<b>Metode</b>	Dette er en kvalitativ studie. Det er en integrativ gjennomgang gjort mellom 2009-2014 i forskjellige databaser, hvor de har stilt spørsmålet; «Hvilke sykepleietiltak fremmer funksjonsnivå blant voksne med MS under innleggelse i sykehus?». Studien har brukt 21 primærkilder.
<b>Resultat</b>	Overvåkning av appetitt, matinntak og væskeinntak er viktig for god vurdering av ernæringsstatus. Studien anbefaler seks måltider om dagen og 1,5 L væske, rikelig inntak av vitaminer og redusert inntak av animalske fettsyrer. Hvis pasienten er plaget av dysfagi, anbefaler studien å heve hjertebrettet til 70 grader, eller at pasienten sitter under måltider. Videre anbefaler de drikker med fortykningsmiddel, små mengder mat i munnen og at de svelger maten før neste bit. Ved tilfeller ved alvorlig dysfagi, kan det være hensiktsmessig å legge inn sonde eller PEG, for å sikre tilstrekkelig ernæring.
<b>Nr 3 Referanse</b>	Plow, M. og Finlayson, M. (2012) A Qualitative Study of Nutritional Behaviors in Adults With Multiple Sclerosis, <i>Journal of neuroscience nursing</i> , 44(6) s. 337-350. doi: 10.1097/JNN.0b013e3182682f9b

<b>Hensikt</b>	Hensikten med studien er å undersøke hvordan personer med MS takler nedsatt funksjonsevne knyttet til ernæringsmessig atferd, som matlaging og dagligvarehandling.
<b>Metode</b>	Dette er en kvalitativ studie. Femten personer med MS ble spurt om å delta i studien, hvor åtte gjennomførte. Personene hadde en gjennomsnittsalder på 47 år. Deltakerne gjennomførte et 45-minutters langt intervju om kostvaner, matforberedelser, handling av mat og restaurantbesøk. Intervjuene ble tatt opp og transkribert ordrett.
<b>Resultat</b>	Det første resultatet fokuserte på at det var for mye arbeid knyttet til sunt kosthold. Deltakerne rapporterte vanskeligheter med å forberede måltider og komme til matbutikk. Videre rapporterte de om avhengigheten av andre i forbindelse med måltider. Mobilitetsproblemer og andre symptomer påvirket evnen til å handle, tilberede måltider og spise selvstendig. Få deltakere rapporterte å få tilstrekkelig veiledning og informasjon fra helsepersonell. Studien får frem at sykepleiere har en stor rolle med å vurdere pasientenes ernæringsstatus grunnet deres hyppige kontakt med pasientene.
<b>Nr 4 Referanse</b>	Garcia, J.M. et al. (2010) Quality of care issues for dysphagia: modifications involving oral fluids, <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 19 s. 1618-1624. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03009.x
<b>Hensikt</b>	Denne studien undersøkte helsepersonellens bruk av fortykningsmiddel i drikker hos pasienter med dysfagi.
<b>Metode</b>	Dette er en kvantitativ studie hvor 42 helsepersonell deltok. All testing ble utført på deltakerens arbeidssted. Deltakerne brukte seks prøver bestående av juice som ble blandet med fortykningsmiddel. Tre av prøvene skulle være nektarlignende konsistens og de tre andre honninglignende konsistens. Viskositetsmålinger ble brukt både i laboratoriet og i det naturlige arbeidsmiljøet.
<b>Resultat</b>	Studien kom frem til at en høy prosentandel av fortykkede prøver utført av helsepersonell ikke samsvarte med lignende produkt utarbeidet i laboratoriemiljø. Dette gjaldt omkring halvparten av deltakerne. Resultatet viser at et betydelig antall pasienter serveres modifiserte væsker som er for tykke eller for tynne. Det kommer frem at helsepersonell generelt blander for tykke væsker som kan føre til forandret smak og teksturegenskaper. Det kan muligens øke risikoen for ytterligere medisinske komplikasjoner. Nektarlignende væsker er lettere å få ut av luftveiene kontra honninglignende væsker.
<b>Nr 5 Referanse</b>	Lahmann, N.A., Tannen, A. og Suhr, R. (2015) Underweight and malnutrition in home care: A multicenter study, <i>Clinical Nutrition</i> , 35(5) s. 1140-1146. doi: 10.1016/j.clnu.2015.09.008
<b>Hensikt</b>	Hensikten med studien er å gi representative tall om forekomsten av underernæring hos hjemmeboende pasienter. Studien skal i tillegg finne risikofaktorer og belyse sykepleietiltak.
<b>Metode</b>	Dette er en kvantitativ studie. 878 tilfeldig utvalgte deltakere i Tyskland deltok i studien. Alle deltakerne var over 18 år og ga muntlig samtykke.
<b>Resultat</b>	Uavhengig av valgt screeningsverktøy var prevalensraten for alvorlig underernæring mellom 5-7%, mens 9-10% ble ansett som undervektige. Hos 57,3 % av alle som hadde høy risiko for underernæring ble det utført regelmessig veiing. Mindre enn 2 % av alle som var underernærte mottok energiberiket mat. Studien skriver om at sykepleiere i hjemmebaserte tjenester står ovenfor problemer med den satte tidsrammen. Bistand i matsituasjoner er

	en tidkrevende prosess og tar omkring 35-40 minutter avhengig av pasientens bistandsbehov.
<b>Nr 6</b>	Aagaard, H. og Grøndahl, V.A. (2017) Routines in the community nursing services for assessing nutritional status, <i>Sykepleien</i> , 12(61219) doi:10.4220/Sykepleienf.2017.61219
<b>Hensikt</b>	Hensikten med studien er å beskrive hvilke rutiner ledere og helsepersonell i hjemmesykepleien benytter for å vurdere pasientens ernæringsstatus
<b>Metode</b>	Dette er en kvantitativ studie som er utført i Norge. Studien besto av to delstudier, en studie blant ledere av hjemmesykepleien og en studie blant helsepersonell i hjemmesykepleien. Det ble samlet inn data ved hjelp av spørreskjema, hvor 273 ledere og 212 helsepersonell besvarte spørreskjemaet.
<b>Resultat</b>	88% av lederne og 80% av helsepersonellet ønsket mer kunnskap om ernæringsarbeid. Lederne vurderte kunnskap, tid og ressurser som de største utfordringene knyttet til vurdering og oppfølging av ernæringsstatus. Helsepersonellet svarte at tid var den største utfordringen, etterfulgt av kunnskap og ressurser. Det kom frem at mangel på tid, dokumentasjon og opplysninger gjorde det vanskelig å vurdere ernæringsstatus. 80% av lederne og 69% av helsepersonell svarte at det ikke var vanlig å veie pasienten ved oppstart av hjemmesykepleie og kun 1 av 3 svarte at hjemmesykepleien har skriftlige prosedyrer. Studie brukte to kartleggingsverktøy for vurdering av ernæringsstatus, MNA og NUFFE-NO.
<b>Nr 7 Referanse</b>	Payne, A. (2001) Nutrition and diet in the clinical management of multiple sclerosis, <i>Journal of Human Nutrition and Dietetics</i> , 14(5) s. 349-357. doi: 10.1046/j.1365-277X.2001.00308.x
<b>Hensikt</b>	Hensikten er å gi en praktisk oversikt over kostholdselementer ved MS. Artikkelen legger vekt på identifisering og forebygging av faktorer som påvirker ernæringsstatus hos pasienter med MS.
<b>Metode</b>	Artikkelen er en gjennomgang av flere studier som er publisert tidligere og kommet med sykepleietiltak knyttet til underernæring hos pasienter med MS.
<b>Resultat</b>	Artikkelen har kommet frem til at underernæring ikke er uvanlig hos pasienter med MS. Symptomer som muskelsvekkelse og fatigue, kognitive vansker, dysfagi og bivirkninger av legemidler kan bidra til redusert ernæringsstatus. Artikkelen har kommet med tiltak knyttet til underernæring hos pasienter med MS; små hyppige måltider, berikning, fete meieriprodukter, proteinpulver og vitamintilskudd. Ved dysfagi anbefales det fortykningsmiddel i drikke. Hvis pasienten ikke får i seg tilstrekkelig ernæring per os, anbefales PEG.

## 4.2 TEMATISK OPPSUMMERING AV RESULTATER

### 4.2.1 Sykepleierens kunnskaper og veiledende funksjon

Plow og Finlayson (2012) fremhever pasientenes subjektive opplevelser knyttet til ernæring. Der kom det frem at det som sykepleier er viktig å ha kunnskaper om utviklingen av MS, symptomer og plager. Videre bemerkes det at det ikke er nok ernæringsfysiologer, som gjør at sykepleier må fylle rollen som ernæringsrådgivere. Baixinho et al. (2016) anbefaler seks daglige måltider og 1,5 liter væske. Kostholdet bør være variert og inneholde alle

næringsstoffer, med et begrenset inntak av animalske fettsyrer. Pasienter bør velge magert kjøtt, som kylling og fisk. Det er viktig at sykepleier har kunnskaper om et sunt kosthold og bruker sin veiledende funksjon for å informere pasienten om det. Dersom pasienten er rammet av dysfagi, skriver studien at sykepleierens veiledende funksjon er å gi informasjon om å unngå mat med små partikler, som ris og pasta (Baixinho et al. 2016).

Sykepleierens veiledende funksjon krever kunnskaper (Nordtvedt og Grønseth, 2010). I studien til Aagaard og Grøndahl (2017) kom det frem at deltakerne mente det var behov for økt kunnskap om ernæring. De fleste ønsket å vite mer om vurdering av ernæringsstatus. Deltakerne mente at økt kunnskap var viktigst for å kunne følge opp og vurdere pasientens ernæringsstatus. Studien skriver at det er lederens ansvar å utarbeide skriftlige prosedyrer og helsepersonellens ansvar å gjennomføre de. Videre kommer det frem at det er viktig som sykepleier å ha kunnskap om den enkelte pasients matvaner, rutiner, ønsker og behov for å iverksette riktig tiltak. Ernæringsarbeid, vurdering og dokumentasjon bør løftes frem som et viktig område for hjemmesykepleien ved innskrivning av pasienter og det videre arbeidet.

#### **4.2.2 Vurdering av ernæringsstatus i hjemmesykepleien**

Lahmann, Tannen og Suhr (2015) og Aagaard og Grøndahl (2017) sine studier legger vekt på bruken av ulike screeningsverktøy for å vurdere ernæringsstatus hos pasienter som mottar hjemmesykepleie. I studien til Plow og Finlayson (2012) kom det frem at sykepleier jobber tettest på pasienten og har dermed en ideell posisjon til å vurdere pasientens ernæringsstatus. Videre oppga 69% av helsepersonell i studien til Aagaard og Grøndahl (2017) at det ikke var vanlig å veie pasienten ved innskrivning i hjemmesykepleien. Dårlig ernæringsstatus er ikke uvanlig hos hjemmeboende pasienter. Studien viser at en årsak til redusert mulighet til vurdering av ernæringsstatus kan være mangel på opplysninger og ufullstendig dokumentasjon. Det kom frem at det er viktig med gode rutiner for å vurdere pasientens ernæringsstatus. En kan sette veiing inn i system, ved å veie pasienter i forbindelse med dusj. Ifølge studien er hensikten med vurdering av ernæringsstatus å oppdage pasienter i ernæringsmessig risiko tidlig, for å iverksette tiltak. Videre har de fokus på at de faglige lederne skal utarbeide skriftlige prosedyrer. På denne måten skal pasientene få tilfredsstilt sine grunnleggende behov, herunder ernæring. Det er helsepersonell som har videre ansvar for gjennomføring og oppfølging av prosedyrene (Aagaard og Grøndahl, 2017).

Lahmann, Tannen og Suhr (2015) skriver at en god vurdering av ernæringsstatus bør inneholde næringsinntak, vekt, vektutvikling, BMI og typiske ernæringsfaktorer. Videre kom det frem at regelmessig vekt ble utført hos 57,3 % av pasienter med høy risiko for

underernæring. Det kom også frem i studien at utilgjengelig og ufullstendig dokumentasjon bidrar til redusert vurdering av ernæringsstatus i hjemmet. Ved at pasienter ikke blir veid regelmessig, er det vanskelig å oppdage de som er i ernæringsmessig risiko. Resultatet kan bli at sykepleier ikke oppdager behovet for ernæringsmessige tiltak tidsnok. Studien har fokus på viktigheten av dokumentasjon, vurdering og evaluering for å forebygge underernæring.

#### **4.2.3 Sykepleietiltak ved underernæring hos pasienter med MS**

Payne (2001) skriver at det er lite informasjon om kosthold hos pasienter med MS, men sier at energiinntaket er lavere hos MS-pasienter enn hos friske. Kostholdet anbefales i tråd med dagens retningslinjer for sunt kosthold. I samråd med andre profesjoner kom artikkelen frem til sykepleietiltak knyttet til underernæring hos pasienter med MS. Tiltakene innebærer små hyppige måltider, berike mat med smør og olje, øke inntaket av vegetabiliske oljer, bruk fete meieriprodukter, bruk av proteinpulver i maten og bruk av multivitamintilskudd.

Lahmann, Tannen og Suhr (2015) sin studie anbefaler kosttilskudd til underernærte pasienter eller de som er i risiko for underernæring. Studien fremhever at det er tidkrevende å bistå pasienter i måltidsituasjoner, som å tilberede mat, gi maten og holde drikke. Hvis den satte tidsrammen blir et problem, skriver de at hjemmesykepleien bør iverksette tiltak som økt bemanning og arbeidsflyt. Videre skriver de at kostliste, regelmessig vekt og ønskekost er sykepleietiltak som er viktig ved underernæring hos hjemmeboende.

#### **4.2.4 Sykepleietiltak ved dysfagi hos pasienter med MS**

I studien til Alali, Ballard og Bogaardt (2018) kom det frem at 38% av voksne med MS rapporterte å ha svelgeproblemer som resulterte i fysiske og sosiale konsekvenser. Deltakerne rapporterte hoste under eller etter spising, mat som satt fast i halsen og slim som de største plagene i måltidsituasjoner. Ved inntak av mat og drikke, kan det aspireres til luftrøret og gi aspirasjonspneumoni. Dette kan også føre til underernæring, da mat og drikke ikke kommer ned i magen. Baixinho et al. (2016) har kommet frem til sykepleietiltak hos MS-pasienter rammet av dysfagi. Studien anbefaler å heve hjertebrettet til 70 grader eller at pasienten skal sitte under måltider. Videre har de fokus på små mengder mat i munnen og at sykepleier ser til at maten er svelget før neste bit. Det kan være hensiktsmessig å bruke fortykningsmiddel i drikke for å unngå aspirasjon til luftveiene. Payne (2001) og Baixinho et al. (2016) viser til bruk av PEG i tilfeller der dysfagien fører til utilstrekkelig ernæring per os. PEG kan forbedre ernæringsstatus, redusere risikoen for aspirasjonspneumoni og minimere tretthet forbundet med måltider. Studiene mener at alternativene ikke skal være en erstatning for måltider per os, men et supplement for tilstrekkelig ernæring.

Garcia et al. (2010) har undersøkt bruk av fortykningsmiddel i drikke hos pasienter med dysfagi. De skriver at fortykningsmiddel i drikke kan være lettere å kontrollere og redusere risikoen for aspirasjon. Studien forsøkte to typer konsistenser, nektarlignende og honninglignende. I studien kom det frem at helsepersonell ofte blander for tykke væsker, som kan øke risikoen for medisinske komplikasjoner. Det viste seg at nektarlignende væsker var lettere å få ut av luftveiene kontra honninglignende væsker. Et flertall av deltakerne benyttet seg ikke av informasjonen på produktet for å bestemme mengde pulver i væsken. Studien konkluderte med at sykepleier må være mer oppmerksom på tykkelsen av væskene for å skape et trygt inntak hos pasienten.



## 5 DRØFTING

---

I analysen av resultatene kom vi frem til fire hovedområder knyttet til det forebyggende arbeidet ved underernæring. Det første området handler om sykepleierens kunnskaper og veiledende funksjon. Det neste går ut på vurdering av ernæringsstatus i hjemmesykepleien. De to siste handler om tiltak knyttet til henholdsvis underernæring og dysfagi hos pasienter med MS.

### 5.1 SYKEPLEIERENS KUNNSKAPER OG VEILEDENDE FUNKSJON

Aagaard og Grøndahl (2017) skriver at sykepleierens kunnskaper er viktig ved forebygging av underernæring hos hjemmeboende pasienter. Videre kom det frem at 88 % av lederne og 80 % av helsepersonellet ønsket seg mer kunnskap om ernæringsarbeid. Lederne ønsket mer kunnskap om hvordan de skal vurdere pasientens ernæringsstatus, energibehov og hvordan en skal gi kostveiledning. Helsepersonellet ønsket seg i hovedsak mer kunnskap om ulike næringsstoffer (Aagaard og Grøndahl, 2017). Sykepleierens kunnskaper har betydning for ivaretagelse av pasientens behov for ernæring og for å forebygge underernæring. Det innebærer kunnskap om ernæringsbehov, konsekvenser av feil- og underernæring, ernæringskomponenter og administrering av ernæring (Stubberud, Kondrup og Almås, 2016). Baixinho et al. (2016) understreker at voksne pasienter med MS uten ernæringsmessig risiko skal følge rådene for et sunt kosthold. Helsedirektoratet (2016) har kommet med en oversikt over 12 punkter for hva et sunt kosthold innebærer. En ser at disse punktene kan være nyttig i det forebyggende arbeidet. Videre kom studien til Baixinho et al. (2016) i tillegg til et sunt kosthold med anbefalinger om et høyt inntak av vitaminer og et redusert inntak av animalske fettsyrer hos pasienter med MS.

Resultatene i studien til Aagaard og Grøndahl (2017) tyder på at det er redusert kunnskap knyttet til ernæring blant helsepersonell og ledere (Aagaard og Grøndahl, 2017). Det er viktig å belyse hvordan mangelfull ernæring gir konsekvenser ovenfor pasientens grunnleggende behov og hvordan det påvirker vitale funksjoner. Mangelfull ernæring gir tap av muskelmasse og redusert muskelkraft. Det kan føre til redusert lungefunksjon, hostekraft og hjertefunksjon. Immunforsvaret kan svekkes, da produksjonen av leukocytter er redusert. Underernærte pasienter blir fortere sliten og har dermed et økt søvnbehov. Absorpsjon av næringsstoffer i tarmen vil bli dårligere og tarmslimhinnen blir lettere gjennomtrengelig for bakterier, som kan forårsake infeksjoner (Jacobsen og Bye, 2016). Det kom frem i studiene til Plow og Finlayson

(2012) og Baixinho et al. (2016) at nedsatt mobilitet, tretthet og redusert muskelkraft også er sentrale symptomer ved sykdommen MS. Espeset et al. (2016) skriver også at nedsatt muskelkraft i armer og bein, endret urinlating og tarmfunksjon og fatigue er gjenkjennbare symptomer hos pasienter med MS og ikke bare pasienter med underernæring. Videre fremhever de at symptomene ved MS varierer fra pasient til pasient og hvor inflammasjonen har angrepet sentralnervesystemet. Det er vanskelig å skille mellom symptomer på MS og underernæring, da symptomene kan utarte seg likt (Espeset et al. 2016). En ser at det er viktig kunnskap hos sykepleier å skille mellom konsekvenser som skyldes underernæring og hva som skyldes sykdommens forløp for å iverksette konkrete tiltak.

Plow og Finlayson (2012) beskriver sykepleierens mulighet til å fylle rollen som ernæringsrådgiver, da det ikke er nok ernæringsfysiologer i forhold til antall pasienter. Få deltakere i studien rapporterte at de fikk tilstrekkelig veiledning og informasjon fra helsepersonell (Plow og Finlayson, 2012). Sykepleierens veiledende funksjon innebærer å informere, undervise og veilede pasienter. En skal fremme trygghet og hjelpe pasienter til forståelse og mestring av sykdommens konsekvenser og behandling (Nortvedt og Grønseth, 2010). Baixinho et al. (2016) mener at sykepleierens veiledende funksjon går ut på å gi råd om et sunt kosthold. Dersom pasienten er rammet av dysfagi, kommer det frem at sykepleier må gi informasjon og veiledning om hvilke matvarer pasienten kan spise og hvilke en bør unngå. Erfaringsmessig ser vi at det er utfordrende for sykepleier i hjemmesykepleien å utøve sin veiledende funksjon grunnet tidsrammen som er gitt. Dette støtter også Aagaard og Grøndahl (2017) sin studie. Her vurderte helsepersonellet at tiden var den største utfordringen, etterfulgt av kunnskaper og ressurser. Lederne på sin side vurderte kunnskap som den største utfordringen, deretter tid og ressurser (Aagaard og Grøndahl, 2017). For å øke kunnskaper og kompetanse har vi i praksis sett at det kan være nyttig med internundervisning, klare retningslinjer og gode rutiner.

## **5.2 VURDERING AV ERNÆRINGSSTATUS**

Alle pasienter i hjemmesykepleien skal vurderes for ernæringsmessig risiko. Målet med vurderingen er at underernærte pasienter og pasienter i risiko, skal identifiseres og gis en målrettet ernæringsbehandling (Birkeland og Flovik, 2018). I studien til Aagaard og Grøndahl (2017) kom det frem at vurdering av ernæringsstatus i hjemmesykepleien kan være utfordrende. Dette kan skyldes mangel på opplysninger og ufullstendig dokumentasjon. Det er viktig å dokumentere pasientens matvaner, rutiner, ønsker og behov for tilstrekkelig vurdering

av ernæringsstatus. I følge Helsepersonelloven (1999) har den som yter helsehjelp plikt til å registrere opplysninger som er relevante og nødvendige for helsehjelpen. Resultatene i studien til Aagaard og Grøndahl (2017) viser mangler på innhenting og dokumentasjon av pasientens matvaner. En kan tenkes at ufullstendig dokumentasjon og mangel på opplysninger kan føre til redusert mulighet til vurdering av ernæringsstatus og dermed øke risikoen for underernæring.

En god kartlegging innebærer måling av høyde, vekt, BMI, eventuelt vekttap, problemer med svelg, munn og tenner, kvalme, smerter og evnen til å spise og drikke (Jacobsen og Bye, 2016). Samtidig kom det frem i studien til Lahmann, Tannen og Suhr (2015) at regelmessig vekt ble utført på kun 57,3 % hos pasienter kategorisert som underernært. I tillegg oppga 69% av helsepersonellet i studien til Aagaard og Grøndahl (2017) at det ikke var vanlig å veie pasienter ved oppstart av hjemmesykepleie. Veieing er et av de viktigste tiltakene for å vurdere pasientens ernæringsstatus. Videre i studien kom det frem at mangel på veieing, skyldes manglende rutiner og prosedyrer. Det kan være nyttig å sette vektmåling i system. Dette ved hjelp av retningslinjer og skriftlige prosedyrer for når og hvordan det skal veies. En måte det kan gjøres på er å veie pasienten i forbindelse med dusj og bruke et screeningsverktøy, som MNA (Aagaard og Grøndahl, 2017; Birkeland og Flovik, 2018). Lahmann, Tannen og Suhr (2015) og Aagaard og Grøndahl (2016) legger vekt på bruk av screeningsverktøy som et hjelpemiddel for å vurdere ernæringsstatus hos hjemmeboende pasienter. Studiene inkluderer screeningsverktøyet MNA. MNA er mest anvendt til eldre mennesker over 65 år. Lahmann, Tannen og Suhr (2015) skriver at noen MNA-elementer som mobilitets- eller nevropsykologiske problemer kan påvirke scoren. En mulig konsekvens kan være at pasienter med MS får feil score uten at en nødvendigvis er i risiko for underernæring. Dette kan gjøre at det iverksettes tiltak som ikke er nødvendig ovenfor pasienten. Hvis en bruker MNA ved vurdering av pasientens ernæringsstatus, er det viktig å være klar over elementene som kan påvirke scoren.

Tidspresset i hjemmesykepleien kan trolig gi utfordringer knyttet til vurdering av ernæringsstatus. Hjemmesykepleien må prioritere tiden hos hver enkelt pasient fordi en har flere å besøke. Mer tid hos en, blir mindre tid hos en annen. Et perspektiv på tid i hjemmesykepleien er langsom tid og rask tid. Pasienter som venter på hjelp venter mye og syntes tiden er langsom. Helsepersonellens arbeidsdag består på sin side av rask tid hvor en skal gjøre mest mulig på kortest mulig tid, også kalt *omsorg etter stoppeklokke*. På bakgrunn

av dette, ser en at vurdering av ernæringsstatus kan bli nedprioritert i hjemmesykepleien fremfor andre oppgaver som stell og legemiddelhåndtering (Fjørtoft, 2016 s. 164-165).

### **5.3 UNDERERNÆRING HOS PASIENTER MED MS**

Payne (2001) skriver at underernæring ikke er uvanlig hos pasienter med MS. Espeset et al. (2016) skriver at pasientene kan være underernært av flere årsaker; en klarer ikke tilberede maten, handle maten, mister lett appetitten og det kan være slitsomt og vondt å tygge og svelge. Deltakerne i studien til Plow og Finlayson (2012) uttrykker også at det er vanskelig å tilberede og handle mat grunnet fatigue og nedsatt mobilitet. I situasjoner der pasienten ikke mestrer å tilberede maten, må hjemmesykepleien bistå. Her er det viktig at pasientens matvaner, døgnrutiner, ønsker og behov blir ivaretatt, for å opprettholde pasientens autonomi (Plow og Finlayson, 2012). På den andre siden kan tidsrammen i hjemmesykepleien være en utfordring. Det vil derfor være viktig at maten er lett tilgjengelig. Å benytte seg av ferdigmat, kan gjøre at pasienten ikke får i seg riktige næringsstoffer, som igjen kan føre til vedvarende underernæring (Aagaard og Grøndal, 2017; Birkeland og Flovik, 2018). Samtidig har de fleste kommuner tilbud om matombringing til hjemmeboende pasienter. Måltidene er tilpasset pasienten; det kan være moset mat, beriket mat og små eller store porsjoner. I tillegg kan pasienten velge bort måltider en ikke ønsker eller liker. Disse måltidene inneholder riktige næringsstoffer og danner et godt grunnlag for at pasienten skal få dekket sitt behov for ernæring. Ved at en benytter seg av matombringing, kan det bli lettere for hjemmesykepleien å holde tidsrammen fordi det er enkelt og lite tidkrevende å tilberede (Nygård, 2017).

I studien til Plow og Finlayson (2012) uttrykte deltakerne at det var vanskelig og slitsomt å håndtere måltidsituasjoner på egenhånd. Dette grunnet sykdommens symptomer som fatigue, nedsatt mobilitet, koordinasjonsforstyrrelser og muskelkraft (Espeset et al. 2016). Noen kan ha behov for hjelpemidler, som tilpasset bestikk, spesialkopp og kant rundt tallerken. Her vil samarbeid med ergoterapeuter være nødvendig for å kartlegge og finne riktige hjelpemidler ut ifra pasientens behov. Andre har behov for bistand under inntak av mat og drikke. Da kan sykepleier forsøke å benytte seg av guiding. Det kan gjøres ved at en fører pasientens hånd til glasset og hjelper med å holde når pasienten drikker. På denne måten kan pasienten inkluderes i måltidsituasjoner. I situasjoner der sykepleier bistår i måltidsituasjoner, er det sykepleierens ansvar å iverksette og følge opp tiltakene (Espeset et al. 2016; Jacobsen og Bye, 2016).

Tidsrammen kan gjøre at sykepleiere benytter seg av guiding i situasjoner det ikke er

nødvendig, da det kan være raskere enn å la pasienten spise selv under observasjon. Det kan føre til at pasienten føler at verdigheten krenkes fordi en ikke lenger opplever selvstendighet i måltidsituasjoner. For å unngå krenkelse er det viktig at sykepleier tilrettelegger slik at pasienten i høyest mulig grad bevarer selvstendighet i måltidsituasjoner (Fjørtoft, 2016 s. 133-134). Lahmann, Tannen og Suhr (2015) viser til at det tar omkring 35-40 minutter å bistå under måltider avhengig av pasientens bistsandsbehov. Hjemmesykepleien står ovenfor utfordringer knyttet til den begrenset tidsrammen som er gitt. Begrenset tid og ressurser til å bistå pasienter i måltidsituasjoner, kan føre til økt sykdom og komplikasjoner ved at pasienten ikke får tilstrekkelig ernæring (Lahmann, Tannen og Suhr, 2015). Da bryter det med det etiske prinsippet om å ikke skade. Som sykepleier skal en beskytte mot dårlig omsorg og behandling som kan være til skade for pasienten (Brinchmann, 2015). Hvis tidsrammen blir et vedvarende problem, må hjemmesykepleien ifølge Lahmann, Tannen og Suhr (2015) iverksette tiltak som økt bemanning og arbeidsflyt. Erfaringsmessig ser vi at dette ikke alltid gjøres i hjemmesykepleien på grunn av ressurser og økonomi. Dette fører til en stadig økende arbeidsmengde for sykepleiere.

Payne (2001) har kommet med flere tiltak knyttet til underernæring hos pasienter med MS. Det er små hyppige måltider, berike mat med smør og oljer, bruk av vegetabiliske oljer, fete meieriprodukter, proteinpulver og vitamintilskudd. Det er sykepleierens veiledende og utøvende funksjon å informere og iverksette tiltak knyttet til underernæring. Jacobsen og Bye (2016) støtter tiltakene til Payne (2001). I tillegg anbefaler de å bruke energitilskudd i form av pulverform eller rene fett- og karbohydrattilskudd som Calogen. Berikning av mat og drikke er trinn nummer fire i ernæringstrappen som Helsedirektoratet (2016) har utgitt. En fordel med å berike maten er at energiinnholdet øker uten at pasienten nødvendigvis trenger å spise mer (Jacobsen og Bye, 2016). På den andre siden skriver Lahmann, Tannen og Suhr (2015) at mindre enn 2% av underernærte pasienter mottok energiberiket mat. Ifølge Garcia et al. (2010) tolker en at det kan skyldes at berikning av mat kan føre til forandret smak og teksturegenskaper. Dette kan gi redusert inntak, som har negativ innvirkning på pasientens ernæringsstatus. Her vil det være viktig å lytte til pasientens ønsker og forsøke å finne beriket mat som pasienten liker.

## 5.4 DYSFAGI HOS PASIENTER MED MS

Om lag 40 % av pasienter med MS vil i løpet av livet oppleve problemer med å svelge; dysfagi (Førde u.å.). Dette bekreftes i studien til Alali, Ballard og Bogaardt (2018) der 38% av deltakerne rapporterte å ha svelgeproblemer i varierende grad. Dysfagi kan gi underernæring, vekttap, pusteproblemer og luftveisinfeksjoner (Førde u.å.). Tiltakene ved dysfagi er tredelt; justering av spisemønsteret, forbedring av musklenes bevegelse og koordinering og veiledning ved valg av mat og drikke (Vital ernæring, 2016).

Alali, Ballard og Bogaardt (2018) skriver at for stort inntak av mat om gangen kan føre til hoste, kvelning og aspirasjon til luftveiene. Det kan resultere i økt måltidsvarighet, redusert spisebehov, spisevegring og aspirasjonspneumoni. Deltakerne var i hovedsak redd for kvelning ved inntak av mat og drikke (Alali, Ballard og Bogaardt, 2018). Sykepleier har plikt til å utøve arbeid i samsvar med krav til faglig forsvarlighet (Helsepersonelloven, 1999). Det er sykepleierens ansvar å sørge for at pasienten spiser små mengder mat om gangen og at tidligere mat er svelget før nytt inntak. I tilfeller der pasienter er selvstendig i måltidsituasjoner er det sykepleierens rolle å veilede om mattyper som kan minske faren for komplikasjoner. Det vil si mat i krem, pudding eller moset konsistens og at en bør unngå mat med små partikler, som ris og pasta (Baixinho et al., 2016; Jacobsen og Bye, 2016). En ser det er viktig å tidlig kartlegge pasientens svelgefunksjon i samsvar med logoped for å finne ut om det er faglig forsvarlig å gi mat per os. Ved akutt forverring, må sykepleier vurdere om det fortsatt er forsvarlig å gi pasienten mat. Hvis sykepleier fortsetter å gi pasienten mat per os når det ikke lenger er forsvarlig, kan maten sette seg fast i halsen. Om pasienten ikke klarer å hoste opp maten selv, vil et viktig tiltak i denne situasjonen være å kunne bruke heimlichgrepet. Ved heimlichgrepet trykker en innover og oppover mot diafragma. Hvis sykepleier ikke har kunnskaper og ferdigheter til å bruke grepet, kan det i verste fall føre til at pasienten dør av kvelning (Espeset et al., 2016).

Payne (2001) anbefaler fortykningsmiddel i væsker ved dysfagi. Drikken kan tilsettes fortykningsmiddel eller pasienten kan få tyktflytende drikke i form av smoothie eller biola. Fordelen ved å benytte seg av fortykningsmiddel er at det blir enklere å kontrollere væsken gjennom svelget. Dette reduserer risikoen for aspirasjon til luftveiene (Jacobsen og Bye, 2016). Garcia et al. (2010) har på sin side undersøkt helsepersonellens evne til å bruke fortykningsmiddel. De kom frem til at helsepersonell ikke blander fortykningsmiddel i væske i samsvar med laboratoriets anbefaling. Resultatet tyder på at et betydelig antall pasienter serveres for tykke eller for tynne væsker. Studien kom frem til at helsepersonell generelt

blander for tykke væsker. For tykke væsker kan øke risikoen for medisinske komplikasjoner i form av aspirasjonspneumoni, fordi det er vanskeligere å få ut av luftveiene. De anbefaler nektarlignende konsistens fremfor honninglignende konsistens. I studien til Payne (2001) og Garcia et al. (2010) kom det frem at fortykkede væsker kan gi ubehagelig konsistens, negativ smak og er lite tilfredsstillende. Dette kan igjen øke risikoen for dehydrering. Som sykepleier er det nødvendig å kommunisere med pasienten i valg av drikker, slik at det kan bli en positiv opplevelse å benytte seg av fortykningsmiddel. I tillegg er det viktig å bruke gitte blandingsforhold på produktene for at væsken ikke skal bli for tykk eller for tynn.

Baixinho et al. (2016) har kommet med tiltak som bedrer musklens bevegelse ved inntak av mat og drikke. De anbefaler å heve hjertebrettet til 70 grader eller at pasienten sitter oppreist under måltider. Jacobsen og Bye (2016) sier også at god sittestilling under måltider er viktig. Sykepleier må observere om pasienten er opplagt, mister fokus eller sovner under måltider. I tilfeller der pasienten sovner under måltider, bør måltidet avsluttes og fortsette når pasienten er mer våken (Jacobsen og Bye, 2016). En kan tenkes at dette skaper utfordringer i hjemmesykepleien med den begrensede tidsrammen. Det er ikke alltid mulig for hjemmesykepleien å komme tilbake senere når pasienten er mer opplagt. Måltidsituasjoner hos pasienter med dysfagi er tidskrevende og krever god planlegging av ressurser og tid. En bør beregne god tid under måltidene for at pasienten skal drikke og spise tilstrekkelig (Lahmann, Tannen og Suhr, 2015; Jacobsen og Bye, 2016).

Bruk av enteral ernæring er trinn nummer seks av sju i ernæringstrappen fra Helsedirektoratet (2016). Ved ufullstendig ernæring per os, anbefaler Payne (2001) og Baixinho et al. (2016) enteral ernæring i form av PEG som et supplement. PEG er med på å bidra til tilstrekkelig ernæring og redusere pasientens utfordringer knyttet til måltider, som fatigue, dysfagi og aspirasjonspneumoni. Begge studiene anbefaler bruk av enteral ernæring ved utilstrekkelig ernæring per os, men ingen går inn på mulige komplikasjoner og tiltak knyttet til dette. I Birkeland og Flovik (2018) står det at en viktig oppgave ved bruk av enteral ernæring er å følge opp og forebygge mulige komplikasjoner. Komplikasjoner kan være kvalme, diare, obstipasjon og aspirasjon til lungene. Det kommer frem at ved oppstart av enteral ernæring er det nødvendig med hyppige tilsyn for å observere og vurdere effekten. Bruk av enteral ernæring i hjemmet byr på andre utfordringer enn i institusjon, da hjemmesykepleien ikke har samme mulighet til kontinuerlig observasjon av pasienten. En ser at det er tidsrammen som gjør at hjemmesykepleien ikke alltid har mulighet til å være kontinuerlig tilstede (Jacobsen og Bye, 2016; Birkeland og Flovik, 2018).

## 5.5 KILDEKRITIKK OG METODEDISKUSJON

Forsberg og Wengstrøm (2008) sier at forskningsartikler ikke bør være eldre enn 10 år for at innholdet skal være oppdatert mot dagens kriterier. Det er lite forskning og litteratur knyttet opp mot problemstillingen, som har gjort at vi valgte å sette artikler eldre enn 15 år som et eksklusjonskriterium. I Payne (2001) sin artikkel var det oppgitt feil årstall i PubMed (2008), men når artikkelen ble åpnet i PDF, kom det frem at den er fra 2001. Vi valgte allikevel å ta med artikkelen, da vi ser den fortsatt har stor klinisk relevans for dagens praksis.

Alle artikler i denne litteraturstudien er publisert i fagfelleverderte tidsskrifter nivå en og to (NSD, 2019). Payne (2001) sin artikkel følger ikke IMRaD-struktur, men er fagfelleverdert på nivå en. Det er en review-artikkel, som er en oversiktsartikkel som sammenfatter tidligere forskning (Søk og skriv, 2017).

Alle artiklene er publisert på engelsk (Payne, 2001; Garcia et al., 2010; Plow og Finlayson, 2012; Lahmann, Tannen og Suhr, 2015; Baixinho et al., 2016; Aagaard og Grøndahl, 2017; Alali, Ballard og Bogaardt, 2018). Aagaard og Grøndahl (2017) sin studie er publisert på engelsk i CINAHL. Forfatterne er norske og vi har funnet originalartikkelen og benyttet oss av denne. I oversettelsesarbeidet på resterende artikler har vi brukt ordbok, men det må tas i betraktning at det kan ha oppstått misforståelser av artiklenes innhold.

Vi syntes å benytte oss av litteraturstudie har vært en god metode å bruke for å finne svar på problemstillingen. I litteraturstudien har vi brukt kvalitative studier for å belyse den subjektive følelsen pasienten og helsepersonellet har og kvantitative studier for å se forekomsten av underernæring og dysfagi i form av tall. Alle artiklene fyller ikke alle inklusjonskriteriene, men de er sett i sammenheng med relevans til problemstillingen og annen litteratur. Lahmann, Tannen og Suhr (2015) og Aagaard og Grøndahl (2017) handler om underernæring i hjemmet og har fokus på kunnskaper og vurdering av ernæringsstatus. Payne (2001), Plow og Finlayson (2012) og Baixinho et al. (2016) handler spesifikt om ernæring knyttet til MS. Garcia et al. (2010) og Alali, Ballard og Boogardt (2018) handler om dysfagi og hvordan det påvirker ernæringsstatusen.



## **5.6 FORSKNINGSETISKE OVERVEIELSER**

Den viktigste normen innenfor forskningsetikk er hensynet til deltakeren. Dette innebærer innhenting av personens samtykke. Deltakerne skal ikke utsettes for skade som følge av forskningen, det er derfor viktig at risiko vurderes før arbeidet starter (Slettebø, 2014). Det er fire av valgte artikler som er godkjent av ulike etiske komiteer (Garcia et al, 2010; Lahmann, Tannen og Suhr, 2015; Aagaard og Grøndahl, 2017; Alali, Ballard og Bogaardt, 2018). Vi ser artiklene til Payne (2001), Plow og Finlayson (2012) og Baixinho et al (2016) som forskningsetiske da deltakerne har gitt sitt samtykke til studiene og ikke blitt skadet under forskningen.

## 6 KONKLUSJON

---

Problemstillingen i denne litteraturstudien er *Hvordan kan sykepleier forebygge underernæring hos hjemmeboende pasienter med multippel sklerose?*

Sykepleier må ha kunnskaper og kompetanse for å utnytte sine ressurser til å yte best mulig helsehjelp til tross for tidsrammen. Vurdering av ernæringsstatus skal utføres hos alle pasienter som mottar hjemmesykepleie. Det er viktig for å identifisere, forebygge og behandle underernæring. Veiling er et av de viktigste tiltakene og en ser det er hensiktsmessig å ha gode rutiner, retningslinjer og skriftlige prosedyrer.

Underernæring er ikke uvanlig hos pasienter med MS. Symptomene ved underernæring og symptomene ved MS har flere likhetstrekk. Det er viktig som sykepleier å skille mellom konsekvenser som skyldes underernæring og hva som skyldes sykdommens forløp. Små hyppige måltider, berikning av mat, proteinpulver, vitamintilskudd, Calogen og fete meieriprodukter er konkrete tiltak som har vist seg hensiktsmessig i forebyggingen av underernæring. Dysfagi forekommer hyppig hos pasienter med MS og kan føre til underernæring, vekttap og luftveisinfeksjoner. Det forebyggende arbeidet ved dysfagi er tredelt; justering av spisemønsteret, forbedring av musklernes bevegelse og koordinering og veiledning ved valg av mat og drikke. Ved bruk av fortykningsmiddel er det viktig å være bevisst på riktig blandingsforhold og valg av drikke i forhold til pasientens ønsker og behov.

Det kommer frem at lite kunnskap og begrenset tid er utfordringer for godt ernæringsarbeid i hjemmesykepleien. En ser ofte at oppgaver knyttet til ernæring blir nedprioritert fremfor andre oppgaver, som stell og legemiddelhåndtering. Som sykepleier er det viktig å være bevisst i sine handlinger og vurderinger for god forebygging av underernæring og dysfagi hos pasienter med MS. Det er viktig å belyse dette temaet for å øke sykepleierens kunnskaper og kompetanse. Dette kan gjøres ved et større fokus på internundervisning, retningslinjer og rutiner. Videre er det hensiktsmessig å ha litteratur lett tilgjengelig i form av korte brosjyrer som et hjelpemiddel i arbeidshverdagen.

## 7 LITTERATURLISTE

---

- Aagaard, H. og Grøndahl, V.A. (2017) Routines in the community nursing services for assessing nutritional status, *Sykepleien*, 12(61219) doi:10.4220/Sykepleienf.2017.61219
- Alali, D., Ballard, K. og Bogaardt, H. (2018) The frequency of dysphagia and its impact on adults with multiple sclerosis based on patient-reported questionnaires, *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 25, s. 227-231. doi: 10.1016/j.msard.2018.08.003
- Aveyard, H. (2014) *Doing a literature review in Health and Social Care – a practical guide*. Utg. 3, Maidenhead: Open University Press
- Baixinho, C.L. et al. (2016) Nursing interventions promoting functionality among adults with multiple sclerosis: interfrative review, *Journal of nursing*, s. 838-847. Doi-  
<http://dx.doi.org/10.5205/reuol.6884-59404-2-SM-1.1002sup201619>
- Berg-Hansen, P. (2018) *Statistikk om MS*. Tilgjengelig fra: <https://www.ms.no/fakta-om-ms/hva-er-ms/statistikk-om-ms> (Hentet: 27.februar 2019).
- Bertelsen, A.K. (2016) Sykdommer i nervesystemet, i Ørn, S. og Bach-Gansmo, E. (red.) *Sykdom og behandling*. 2 utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 322-343.
- Birkeland, A. og Flovik, A.M. (2018) *Sykepleie i hjemmet*. 3 utg. Oslo: Cappelen Damm AS
- Bjørnebo, G.E. og Tonstad, S. (2018) *Underernæring*. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/underern%C3%A6ring> (Hentet: 07.mars 2019).
- Bottino-Bravo, P. og Thomson, J. (2008) When It's a Hard Act to Swallow, *Dysphagia in Home Care*, 26(4) s. 244-250. doi: 10.1097/01.NHH.0000316703.22633.79
- Brinchmann, B.S. (2016) De fire prinsippers etikk, i Brinchmann, B.S. (red) *Etikk i sykepleien*. 4 utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 81-96.
- Dahl, K. og Skaug, E.A. (2011) Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon i sykepleie, i Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. og Skaug, E.A. (red.) *Grunnleggende sykepleie (grunnleggende behov)*. Bind 2, utg 2. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 15-60.
- Espeset, K. et al. (2016) Sykepleie ved nevrologiske sykdommer i Stubberud, D.G., Grønseth, R. og Almås, H. (red.) *Klinisk sykepleie 2* 5. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 269-300.

Fjørtoft, A.K. (2016) *Hjemmesykepleie – ansvar, utfordringer og muligheter*. 3 utg. Bergen: Fagbokforlaget.

Forsberg, C. og Wengstrøm, Y. (2008) *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Bokförlaget Natur och kultur.

Førde, O. (u.å.) *Gir hjelp mot tale- og svelgevansker*. Tilgjengelig fra: <https://www.ms.no/fakta-om-ms/symptomer-paa-ms/gir-hjelp-mot-tale-og-svelgevansker> (Hentet: 27.februar 2019).

Garcia, J.M. et al. (2010) Quality of care issues for dysphagia: modifications involving oral fluids, *Journal of Clinical Nursing*, 19 s. 1618-1624. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03009.x

Helsedirektoratet (2016) *Kostråd fra Helsedirektoratet*. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/kosthold-og-ernering/kostrad-fra-helsedirektoratet> (Hentet: 25. mars 2019).

Helsedirektoratet (2018) *Kosthåndboken – veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/51/Kosthaandboken-IS-1972.pdf> (Hentet: 09.april 2019)

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse%20og%20omsorgstjenesteloven> (Hentet: 07.mars 2019).

Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell m.v.* Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (Hentet: 07.mars 2019).

Jacobsen, E.L. og Bye, A. (2016) Ernæring, i Grov, E.K. og Holter, I.M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 619-673.

Lahmann, N.A., Tannen, A. og Suhr, R. (2015) Underweight and malnutrition in home care: A multicenter study, *Clinical Nutrition*, 35(5) s. 1140-1146. doi: 10.1016/j.clnu.2015.09.008

MS-forbundet (2017) *Typer av MS*. Tilgjengelig fra: <https://www.ms.no/fakta-om-ms/hva-er-ms/typer-av-ms> (Hentet: 27.februar 2019).

Nortvedt, P. og Grønseth, R. (2010) Klinisk sykepleie – funksjon og ansvar, i Almås, H., Stubberud, D.G. og Grønseth, R. (red) *Klinisk sykepleie 1*. 4 utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 17-31.

NSD (2019) *Publiseringskanaler*. Norsk senter for forskningsdata. Tilgjengelig fra: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside> (Hentet: 19. mars 2019).

NSF (2018) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere> (Hentet: 28.mars 2019)

Nygård L.K. (2017) *Matombrining eller matomsorg*. Tilgjengelig fra: <http://www.ntfe.no/i/2017/1/tfe-2017-01b-1069> (Hentet: 25.april 2019)

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrrettigheter*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (Hentet: 20. mars 2019)

Payne, A. (2001) Nutrition and diet in the clinical management of multiple sclerosis, *journal of Human Nutrition and Dietetics*, 14(5) s. 349-357. doi: 10.1046/j.1365-277X.2001.00308.x

Plow, M. og Finlayson, M. (2012) A Qualitative Study of Nutritional Behaviors in Adults With Multiple Sclerosis, *Journal of neuroscience nursing*, 44(6) s. 337-350. doi: 10.1097/JNN.0b013e3182682f9b

Slettebø, Å. (2014) Forskningsetikk, i Brinchmann, B.S. *Etikk i sykepleien*. 3 utg. Oslo: Gyldendal, s. 209-226.

Stubberud, D.G., Kondrup, J. og Almås, H. (2016) Ernæring ved sykdom i Stubberud, D.G., Grønseth, R. og Almås, H. (red.) *Klinisk sykepleie 2* 5. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 18-50.

Søk og skriv (2017) *Kvalitative vurderinger*. Tilgjengelig fra: <https://sokogskriv.no/kildebruk-og-referanser/kildevurdering/kvalitative-vurderinger/> (Hentet: 28. mars 2019)

Thidemann, I.J. (2015) *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter*. 1 utg. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Vedlegg 1: Helsebiblioteket (u.å.) *MNA: Mini nutritional assessment*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/ernaering/verktoy/mna-mini-nutritional-assessment> (Hentet: 02. april 2019)

Vital ernæring (2016) *Dysfagi – dette bør du vite om tygge- og svelgevansker*. Tilgjengelig fra: [http://vitalernaering.no/konsistenstilpasset-mat/dysfagi-dette-bor-du-vite-om-symtomet/?fbclid=IwAR2n93bLlc7WqceDKujXhA0927wILlmJ2dFPANxFCIGmuL\\_i-UT96Ys4ksU](http://vitalernaering.no/konsistenstilpasset-mat/dysfagi-dette-bor-du-vite-om-symtomet/?fbclid=IwAR2n93bLlc7WqceDKujXhA0927wILlmJ2dFPANxFCIGmuL_i-UT96Ys4ksU) (Hentet: 07.mars 2019).

## 8 VEDLEGG 1 MNA

### Mini Nutritional Assessment MNA®

Etternavn: \_\_\_\_\_ Fornavn: \_\_\_\_\_ Kjønn: \_\_\_\_\_ Dato: \_\_\_\_\_  
 Alder: \_\_\_\_\_ Vekt, kg: \_\_\_\_\_ Høyde, 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 ernæringstilstanden.

#### 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 = sengeliggende/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

#### Vurdering, del II

**G Bor i egen bolig (ikke på alders/sykehjem eller sykehus)**

- 1 = ja 0 = nei

**H Bruker mer enn tre typer reseptbelagte medisiner pr dag**

- 0 = ja 1 = nei

**I Trykksår eller hudsår**

- 0 = ja 1 = nei

**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 belgfrukter 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 Leggdomkrets (LO) i cm**

- 0 = LO mindre en 31 cm  
 1 = LO 31cm eller større

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

**Undersøkelsespoengsum, vurdering, del I**

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

#### Gradering av underernæringstilstand

17 til 23.5 poeng  i fare for underernæring

Mindre enn 17 poeng  underernært

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2006;10:456-465.

Rubenstein LZ, Harker JD, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Gerontol 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.

© Nestlé, 1994, Revision 2006. N67200 12/99 10M

For more information : www.mna-elderly.com

