

10058 Mina Jenssveen
10007 Synne Amelia Kyrдалen

Hvordan kan sykepleieren forebygge underernæring hos eldre som mottar hjemmebaserte tjenester?

Bacheloroppgave i sykepleie, deltid

Veileder: Wenche Bergseth Bogsti

Mai 2023

10058 Mina Jenssveen
10007 Synne Amelia Kyrдалen

Hvordan kan sykepleieren forebygge underernæring hos eldre som mottar hjemmebaserte tjenester?

Bacheloroppgave i sykepleie, deltid
Veileder: Wenche Bergseth Bogsti
Mai 2023

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap



Kunnskap for en bedre verden

SAMMENDRAG

Tittel:	«Hvordan kan sykepleieren forebygge underernæring hos eldre som mottar hjemmebaserte tjenester?»	Dato: 16. mai
Forfattere:	Mina Jenssveen Synne Amelia Kyrдалen	
Veileder:	Wenche Bergseth Bogsti	
Stikkord/nøkkel ord:	Hjemmetjeneste, underernæring, forebygging, kartlegging, eldre	
Antall sider: 25 Ord: 10 409	Antall vedlegg: 0	
<p>Bakgrunn: Mange eldre hjemmeboende er i risiko for å utvikle underernæring. Det er dermed viktig at sykepleieren har kunnskap om hva underernæring er, samt tiltak som kan iverksettes for å forebygge dette. Det er videre viktig at sykepleieren har kunnskap om kartleggingsverktøy og eventuelle risikofaktorer for utvikling av underernæring.</p> <p>Hensikt: Hensikten er å få økt kunnskap til å kunne opprettholde en god ernæringsstatus hos eldre hjemmeboende, og dermed drive forebyggende arbeid når det gjelder underernæring hos pasientgruppen.</p> <p>Metode: Metoden er en litteraturstudie. Litteratursøket ble utført i databasene CINAHL, PubMed og MedLine. Det ble valgt ut og analysert seks relevante forskningsartikler for å kunne besvare problemstillingen, i tillegg til faglitteratur og annen relevant litteratur.</p> <p>Resultat: Det er flere risikofaktorer som kan bidra til utvikling av underernæring. Dette er blant annet alder, behov for måltidsbistand, komorbiditet og dysfagi. MNA, BMI og serum-albumin er kartleggingsverktøy sykepleieren kan benytte seg av for å oppdage underernæring og risikoen for det. I tillegg kan en individuell ernæringsplan, inkludert måltidssammensetning og samarbeid med ernæringsfysiolog, hjelpe sykepleieren i det forebyggende arbeidet.</p> <p>Konklusjon: Sykepleieren kan jobbe forebyggende mot underernæring hos den eldre hjemmeboende pasienten, med god kunnskap om risikofaktorer. Dette kan være alder, økt bistand til måltider, handling, ensomme måltider, komorbiditet og dysfagi. For å forebygge dette, er det viktig at sykepleieren vektlegger ulike prinsipper gjennom sykepleieprosessen, slik som brukermedvirkning, etiske prinsipper og tverrfaglig samarbeid. Det er viktig med jevnlig oppfølging med ernæringskartlegging. Iverksetting av individuell ernæringsplan er aktuelt, herunder næringsrik kost, kortere nattfaste, måltider jevnt fordelt gjennom døgnet. God informasjon til pasienten er av betydning.</p>		

Abstract

Title:	«How can nurses prevent malnutrition in elderly with home-based care?»	Date: 16th of May
Authors:	Mina Jenssveen Synne Amelia Kyrдалen	
Supervisor	Wenche Bergseth Bogsti	
Keywords:	Home-based care, malnutrition, prevention, screening, elderly	
Number of pages: 25 Words: 10 409	Number of appendix: 0	
<p>Background: Many home-living elderly people are at risk of developing malnutrition. It is therefore important that nurses have knowledge about malnutrition and what measures can be taken to prevent it. It is also important that nurses have knowledge about mapping tools and risk factors associated with the development of malnutrition.</p> <p>Aim: The aim of this study is to increase knowledge about how to maintain a good nutritional status and how to prevent malnutrition among home-living, elderly patients.</p> <p>Method: The method is a literature review. The research was conducted through the databases CINAHL, PubMed and MedLine. Six relevant research articles were selected and analysed to help answer the research question. Academic and other relevant literature was also used to better understand the research area.</p> <p>Results: There are several contributing risk factors to the development of malnutrition, such as age, meal assistance, comorbidity and dysphagia. MNA, BMI and plasma-albumin are mapping tools nurses can use to detect malnutrition and associated risks. A personalised nutrition plan is key, which includes nutritional foods and collaboration with nutritionist.</p> <p>Conclusion: Nurses can work in preventative ways against malnutrition amongst home-living, elderly patients. Nurses must understand the risk factors associated with malnutrition, such as age, meal assistance, grocery shopping, lonely meals, comorbidity and dysphagia. It is important that the nurse emphasises various factors throughout the nursing process, including user participation, ethical principles and interdisciplinary collaboration. Regular nutritional screening is important. A personalised nutrition plan is key, including a nutritious diet, shorter night fasting and regular meals. It is necessary to keep the patient informed about how to maintain a healthy diet.</p>		

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	4
2. Bakgrunn.....	4
3. Metode.....	9
3.1. Litteratursøk	9
3.2. Metodekritikk	11
3.3. Analyse.....	12
4. Resultatpresentasjon.....	13
4.1. Bacheloroppgavens sammenfattede resultat	18
5. Drøfting.....	19
5.1. Hvordan kan sykepleieren bruke kunnskap om ernæringskartlegging for å forebygge underernæring?.....	19
5.2. Hvordan kan sykepleieren bruke kunnskap om risikofaktorer for å forebygge underernæring?.....	20
5.3. Hvordan kan sykepleieren bruke individuell ernæringsplan for å forebygge underernæring?.....	25
6. Konklusjon	28
Litteraturliste.....	29

1. Innledning

Til vår bacheloroppgave har vi valgt tema og problemstilling med hovedfokus på ernæring. Ernæring er et av menneskets grunnleggende behov (Mathisen, 2016), og et tilstrekkelig næringsinntak er derfor viktig for overlevelse. Altså er dette et viktig tema innenfor sykepleiens fagfelt. Vi har erfart at uansett hvilke sykepleietiltak som iverksettes ved sykdom, vil ikke disse ha en tilstrekkelig effekt på pasienten dersom han eller hun ikke får i seg nok næring. Ernæringsarbeid kan være både helsefremmende og sykdomsforebyggende (Jacobsen og Bye, 2016). Vi vil derfor si at god ernæring kan bidra til økt tilfriskning, og dårlig ernæring kan dermed gjøre det motsatte - gi økt risiko for sykdom. Vi ønsker å ha fokus på pasientens ernæring og ernæringsstatus over tid, og dermed hvordan sykepleieren kan følge opp den hjemmeboende pasienten for å forebygge underernæring. Dette er grunnlaget for vårt valg av tema og problemstilling. I denne oppgaven vil vi fokusere på den eldre pasienten, med unntak av pasienter som er i terminal fase. I oppgaven vektlegges kun peroral ernæring.

2. Bakgrunn

Ifølge Statistisk Sentralbyrå (2019) viser statistikken at bare 2 av 10 brukere av hjemmebaserte tjenester ble risikovurdert for underernæring i 2018. Videre skriver SSB at de som har fått kartlagt risiko for underernæring i hjemmet, sjeldnere får utarbeidet ernæringsplan enn de som oppholder seg på en institusjon. Blant de hjemmeboende som var i risiko for underernæring i 2018, fikk litt over halvparten av disse utarbeidet en ernæringsplan, mens det i institusjoner var 7 av 10 som fikk utarbeidet en slik plan (Statistisk Sentralbyrå, 2019). Fra 2020 viser Helsedirektoratet (2022a) til at 1 av 5 ble risikovurdert, og 36 % av disse var i risikozonen for underernæring. Dette er til tross for at behovet for hjemmebaserte tjenester gjennom kommunen har økt betydelig i vekst (Hanssen, 2018).

Mehre (2009) definerer hjemmebaserte tjenester som tjenester som gis til alle hjemmeboende, uavhengig av diagnose, funksjonssvikt og alder, og det kommer fram i Helse- og omsorgstjenestelovens § 3-1 (2011) at dette er lovpålagt. Denne loven viser til at alle som oppholder seg innenfor kommunens grenser har krav på nødvendige helse- og omsorgstjenester, herunder i hjemmet. Det er kommunen som har plikt til å organisere en ordning for hjemmebaserte tjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Etter Pasient- og brukerrettighetslovens § 4A, skal man yte nødvendig somatisk helsehjelp til de uten samtykkekompetanse eller de som motsetter seg helsehjelp dersom det er snakk om fare for liv og helse (Statsforvalteren, 2022). Etikken i dette kan diskuteres dersom det er en eldre pasient som ser seg sliten og lei på livet. Jf. Pasient- og brukerrettighetslovens § 4A-3 (1999) skal det ved en slik vurdering legges vekt på pasientens grad av motstand, og om pasienten i nær framtid kan få tilbakeført sin samtykkekompetanse.

Blant de hjemmeboende som mottar hjemmebaserte tjenester er det mange eldre pasienter, og det er de denne oppgaven tar utgangspunkt i. Ranhoff (2018) skriver at mennesker mellom 65 og 70 år regnes som unge eldre, og at mennesker mellom 75 og 80 år regnes

som gamle. Nofima (2022) definerer derimot den eldre pasienten som et menneske over 67 år, altså den normale pensjonsalderen ut fra norsk statistikk, og den gamle som et menneske over 75 år. I samme artikkel fra Nofima (2022) står det at de over 85 år er å regne som meget gamle. Alder kan altså defineres på ulike måter ut fra hvor man tar opplysningene fra, og i denne oppgaven tas det utgangspunkt i at den eldre defineres som pasienten over 65 år.

Flere eldre pasienter er i risiko for underernæring. For at det skal arbeides forebyggende mot underernæring hos den eldre pasienten, er det viktig og nødvendig å ha kunnskap om hva underernæring defineres som. Underernæring som begrep defineres av Nasjonalt råd for ernæring (2017) som en ernærings situasjon der mangel på energi, protein og/eller andre næringsstoffer forårsaker en målbar ugunstig effekt på kroppssammensetning, funksjon og kliniske utfall. Et supplement for å støtte opp under denne definisjonen finnes også på NDLA sin nettside under fagartikkelen om underernæring (Haugan, 2022).

Det finnes flere risikofaktorer for at den eldre pasienten utvikler underernæring. Når man blir eldre, svinner muskelmassen og muskelstyrken (Felleskatalogen, 2020). En hjemmeboende, eldre pasient med lite styrke kan for eksempel ha problemer med å lage eller anskaffe regelmessige måltider. Hvis man da skal anta at pasienten har hjemmebaserte tjenester vil det si at han eller hun da kun får tilgang til mat ved besøkene, med mindre pasienten har pårørende som kan bidra. Dermed er dette å anse som en åpenbar risikofaktor for underernæring, hvis det går lang tid mellom hvert besøk fra hjemmetjenesten eller pårørende. Andre risikofaktorer kan blant annet være somatisk sykdom, ensomhet og tannproblemer (Brodtkorb, 2018). Når pasienten blir eldre, vil han eller hun også være i risiko for å få nedsatt luktesans og reduserte smaksløker, noe som igjen kan medføre at pasienten opplever nedsatt matlyst (Brodtkorb, 2018). Egne erfaringer gjennom praksis og arbeid innen helsevesenet, har vist at underernærte pasienter ofte har lite motivasjon for å gå opp igjen i vekt, og derfor er det viktig med god sykepleie som oppdager risiko for underernæring tidlig. Tidlig oppdagelse påstås her at er en sentral del av sykepleieutøvelsen.

For å utøve sykepleie, trenger sykepleieren å vite noe om sentral sykepleieteori. En viktig sykepleieteoretiker var Virginia Henderson (født i USA i 1897), og hun satte standarden for moderne sykepleie slik vi kjenner den i dag (Dzubak, 2021, avsnitt 2). På slutten av 1930-tallet var Henderson en av flere redaktører som jobbet med å lage en ny versjon av læreboken «*The principles and practice of nursing*» (Mathisen, 2016). Mens hun satt i dette redaktørskapet oppfordret hun sine medredaktører til å beskrive hva praktisk sykepleie gikk ut på. Sammen med sine medredaktører svarte hun på spørsmålet på denne måten: «Sykepleie er en tjeneste til enkeltmennesket, en tjeneste som skal hjelpe vedkommende til å bedre eller opprettholde helsetilstanden, eller, om dette ikke er mulig, til å slippe smerter og ubehag som tilstanden gir» (Mathisen, 2016, s. 125). En annen definisjon på hva sykepleie er, beskrives gjennom tidsskriftet Sykepleien som: «en helhetlig tilnærming med mål om å hjelpe pasienten til å oppnå, opprettholde eller gjenopprette det pasienten selv opplever er best mulig helse og velvære» (Strandås, 2019, avsnitt 5). Disse definisjonene viser at tjenestebildet skal tilpasses behovene til den

individuelle pasienten. For å individualisere sykepleien til den enkelte pasienten, må sykepleieren ha kunnskap om hvilke behov pasienten har, gjennom forståelse av de grunnleggende behovene (Mathisen, 2016) og sykepleieprosessen. Mathisen (2016) skriver at Henderson listet opp 14 grunnleggende behov, og ett av disse behovene er ernæring.

For å tilfredsstille pasientens ernæringsmessige behov og andre områder innen sykepleie brukes sykepleieprosessen, som òg blir kalt beslutningsprosessen. Denne prosessen er ifølge Rotegård, Solhaug og Grov (2016) en problemløsningsmodell som er dynamisk og systematisk. Hensikten med denne prosessen er å kunne støtte sykepleiere i å arbeide målrettet, metodisk og systematisk, i tillegg til å bidra til en sykepleie som er individualisert og av god kvalitet (Rotegård, Solhaug og Grov, 2016). En annen beskrivelse av sykepleieprosessen legges fram slik: «Sykepleieprosessen er en stilisert beskrivelse av sykepleierens problemløsende arbeidsmetode for å kartlegge pasientens helsetilstand, identifisere pasientens sykepleierelevante helseproblemer og deretter planlegge og løse dem» (Kirkevold, 2022, avsnitt 1). Prosessen består av fem faser, disse er datasamling, diagnostisering, planlegging, implementering/sykepleietiltak og evaluering (Rotegård, Solhaug og Grov, 2016). Videre skriver Rotegård, Solhaug og Grov at dette er en prosess som også kan brukes i andre yrker der problemløsning står sentralt.

I sykepleieprosessens datasamling, er kartlegging sentralt. For at sykepleieren skal kunne kartlegge pasientens ernæringsstatus, er det flere kartleggingsverktøy som benyttes. To av de mest aktuelle verktøyene i denne oppgaven er MNA (mini nutritional assessment) og utregning av BMI (body mass index). Jacobsen og Bye (2016) skriver at MNA er anbefalt å bruke i vurdering av ernæringsstatus hos de over 65 år. Denne typen screening består av to deler, der del 1 innebærer spørsmål til pasienten, og del 2 innebærer vurderinger av helsesituasjonen, antropometriske målinger, ernæringsvurdering, boforhold og pasientens egen vurdering av helse (Jacobsen og Bye, 2016). Videre skriver Jacobsen og Bye at de som er i risiko for underernæring har en MNA-score på 17-23,5 poeng, og score på under 17 vil indikere at pasienten allerede er underernært.

Ved utfylling av MNA-skjemaet, trengs pasientens BMI. BMI er en beregning av forholdet mellom høyde og vekt (Jacobsen og Bye, 2016), og er et verktøy som vi har sett er mye brukt for å beregne over- eller undervekt. I Norge kan man også bruke betegnelsen KMI (kroppsmasseindeks), men videre i denne oppgaven brukes BMI som betegnelse. Jacobsen og Bye (2016) viser til regnestykket for utregning av BMI på denne måten: $BMI = m/h^2$. For eldre (over 65 år) beregnes normal BMI som 24-27, og undervekt regnes som BMI under 24 (Jacobsen og Bye, 2016). MNA og BMI er altså verktøy sykepleieren kan benytte seg av for å forebygge underernæring i sykepleieutøvelsen.

Gjennom utøvelse av sykepleie og sykepleieprosessen, er det også nødvendig å ha et godt etisk grunnlag. De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere bygger på sykepleiens grunnlag, som beskrives av Norsk Sykepleierforbund (2019, avsnitt 1) som: «grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet, sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene». Sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer består ifølge NSF (2019) av 6 punkter:

1. Sykepleieren og profesjonen
2. Sykepleieren og pasienten
3. Sykepleieren og pårørende
4. Sykepleieren og medarbeidere
5. Sykepleieren og arbeidsstedet
6. Sykepleieren og samfunnet

Disse retningslinjene skal altså brukes innen alle sykepleierens arbeidsområder, inkludert sykdomsforebygging. Her står blant annet brukermedvirkning sentralt.

Brukermedvirkning beskrives av Molven (2016) som et prinsipp som er både etisk og faglig, og som «innebærer en rettslig forpliktelse til å involvere pasientene i prosesser før beslutninger skal tas, og å involvere dem i beslutningene, herunder valg som må foretas» (s. 88). Det henvises også i lovverket til at det er pålagt å gi pasienten brukermedvirkning (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). I det helsefaglige arbeidet betyr dette i prinsipp at sykepleiere, leger og annet helsepersonell aktivt skal involvere pasientene slik at de kan lande på gode faglige beslutninger og valg (Molven, 2016).

Et annet begrep som også omhandler medvirkning, er empowerment. Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer begrepet «empowerment» som en prosess der personer oppnår større kontroll over beslutninger og handlinger som påvirker deres liv (Helsedirektoratet, 2018). Vågan og Olsson (1.avsnitt, 2018) henviser til en annen definisjon på empowerment fra WHO (1998) og her blir det beskrevet som «en prosess som setter folk i stand til økt kontroll over faktorer som påvirker deres helse». Det er vanskelig å finne et begrep for empowerment på norsk, og det har tidligere blitt forsøkt med myndiggjøring, egenmakt og medvirkning, men disse begrepene blir ifølge Tveiten (2018) for lite omfattende.

Ifølge ordboken til Aldring og helse defineres forebygging som å gjøre noe for å redusere faren for at noe uønsket skal skje (Aldring og helse, 2022). Forebyggende arbeid tar da med andre ord sikte på å utvikle tiltak for å redusere risikoen for sykdom, skader og dødelighet (Skjetne, 2020). Det finnes tre typer forebyggende tiltak beskrevet i fagartikkelen til Skjetne (2020):

1. Primærforebyggende tiltak
2. Sekundærforebyggende tiltak
3. Tertiærforebyggende tiltak

Primærforebygging skal bidra til at pasienten skal unngå sykdom og skade, er frisk og har god helseatferd (St.meld. 47 (2008-2009)), og tiltakene har dermed som mål å forhindre helsesvikt hos friske og sykdomsutsatte mennesker (Skjetne, 2020). Skjetne skriver at målgruppen består av hele befolkningen eller grupper av befolkningen, men de samme tiltakene gjelder alle. Videre hevder Skjetne at sekundærforebyggende tiltak handler om å kartlegge mennesker som har tidlige symptomer på sykdom, og iverksette tiltak for å stoppe den videre utviklingen av sykdommen det måtte gjelde. I St.meld. 47 (2008-2009)

står det at sekundærforebygging skal bidra til at pasienten holder seg frisk, og ikke får tilbakefall til sykdom. Sekundærforebygging kan altså være tiltak som er rettet mot å forebygge videreutvikling eller tilbakefall til sykdom eller livssituasjon (St.meld. 47 (2008-2009)). Avslutningsvis har tertiærforebyggende tiltak som mål å forebygge forverring av sykdom, unngå kroniske tilstander og opprettholde funksjonsevnen hos den syke (Skjetne, 2020). Dette støttes i St.meld. 47 (2008-2009). Ut fra denne teorien vil oppgaven i all hovedsak omhandle primær- og sekundærforebygging.

I tillegg til forebyggende arbeid er også helsefremmende arbeid en viktig del av sykepleierens arbeidsområde. Det å forebygge underernæring kan påstås å være en del av det helsefremmende arbeidet, da helsefremmende arbeid ifølge Braut (2022) er tiltak som tar sikte på å bedre livskvalitet, trivsel og muligheter til å mestre de utfordringer og belastninger mennesker utsettes for, samt å redusere sannsynligheten for utvikling av risikofaktorer for sykdom. Mittelmark *et al* (2018) gjengir Verdens helseorganisasjons definisjon av helsefremmende arbeid: «Helsefremmende arbeid er den prosess som gjør den enkelte og samfunnet i stand til å bedre bevare sin helse» (s. 17). Begrepene forebygging og helsefremming er altså ganske nær hverandre i betydning, men likevel ikke helt identiske. Mittelmark *et al* (2018) skriver at sykdomsforebygging handler mer om å forebygge spesifikke sykdommer, for eksempel gjennom livsstilsendringer, mens helsefremming på sin side, handler i mindre grad om spesifikke sykdommer og mer om en generell sunn livsstil og hvordan samfunnet kan legge til rette for det.

Forebyggende og helsefremmende arbeid kommer som nevnt også fram i St.meld. 47 (2008-2009). Stortingsmeldingen omtales som samhandlingsreformen, og tar blant annet sikte på at det store og hele fokuset helse- og omsorgstjenestene skal ha, er på forebyggende og helsefremmende arbeid (Meld. St. 47 (2008-2009)). Det kommer fram at dette innebærer å oppdage sykdom tidlig, understøtte pasientens evne til egenmestring, tidlig intervensjon, med mer. Samhandlingsreformen trekker også frem at tidlig avdekking av eventuell funksjonssvikt vil kunne sette i gang tiltak som tidlig rehabilitering, som igjen vil øke mestring og funksjonsnivået til pasientene. Dette vil i praksis bety at pasientene som får oppdaget problemområder tidlig vil kunne få tidligere hjelp og dermed klare seg lenger hjemme – noe som kan anses som forebyggende og helsefremmende arbeid. Meldingen trekker også fram at det forebyggende arbeidet skulle styrkes, herunder kompetansebygging ved blant annet ernæring (St.meld. 47 (2008-2009)).

For å arbeide forebyggende mot underernæring i hjemmetjenesten, er det av betydning at sykepleieren skaper en god relasjon til pasienten og eventuelle pårørende som er involvert i pasientens liv og sosiale hverdag. Heyn (2016) skriver at for å bygge gode relasjoner, er det viktig å bruke kommunikasjon til å vise interesse for pasienten og eventuelle pårørende, og vise at man har kjennskap til pasienten fra tidligere møter eller journaler. Heyn (2016) definerer kommunikasjon som “en prosess der et budskap som inneholder informasjon, blir overført eller formidlet, og har blitt beskrevet som en gjensidig prosess der meldinger blir sendt og mottatt, enten verbalt eller nonverbalt” (s. 364). Gjennom dette er det viktig å tilpasse seg den man snakker med, både med tanke på tempo, kroppsstilling og språkbruk (Heyn, 2016).

Hensikten med oppgaven er å få økt kunnskap til å kunne opprettholde en god ernæringsstatus hos eldre hjemmeboende, og dermed drive forebyggende arbeid når det gjelder underernæring hos pasientgruppen.

I denne oppgaven vektlegges hvilke risikofaktorer som kan bidra til at pasienten blir underernært, og hvilke tiltak som kan iverksettes. Ut fra denne teorien har problemstillingen blitt: «Hvordan kan sykepleieren forebygge underernæring hos eldre som mottar hjemmebaserte tjenester?».

3. Metode

I denne oppgaven er det litteraturstudie som benyttes som metode. I den litterære oppgaven, hentes informasjon fra allerede eksisterende forskning, fagkunnskap og teori (Dalland, 2021). Dette støttes av Thidemann (2020) som skriver at i litteraturstudien benyttes kunnskap fra skriftlige kilder. Videre skriver Thidemann at litteraturstudien skal gi leseren en forståelse av problemområdet, med oppdatert kunnskap. I litteraturstudien skal det foretas analyse av utvalgte studier som er innenfor oppgavens valgte fagområde og problemstilling, og litteraturen som er samlet inn skal kritisk gjennomgås, og til slutt sammenfattes (Thidemann, 2020).

3.1.Litteratursøk

I denne oppgaven er det databasene Cinahl, Medline og Pubmed som har blitt brukt. Videre er søkeordene som har blitt benyttet for å oppnå resultater som kan bidra til å besvare problemstillingen, vist i tabellen nedenfor. Tallene i tabellen beskriver antall artikler som resultater.

Søkeord	Nutritional status (S1)	Aged (S2)	Home health care (S3)	Scandinavia (S4)	S1 + S2 + S3 + S4 (S5)
Medline	52,795	3,431,721	50,513	219,009	10
Pubmed	97,804	5,925,393	133,137	221,804	49
Cinahl	18,080	941,924	44,971	80,567	7

For å finne disse søkeordene ble PICO-skjema (helsebiblioteket, 2021) og “Mesh på norsk” brukt. PICO-skjemaet ble også benyttet til å formulere problemstillingen. I løpet av søkeprosessen ble det forsøkt å bruke søkeordene “primary prevention” og “prevention”, men det ga få eller ingen resultater. Derfor ble disse søkeordene ekskludert. Videre ble

“Scandinavia” benyttet som søkeord, for å finne artikler fra land som har ganske lik kultur som Norge, og dermed relevante resultater. I Medline ble dette søkeordet omgjort til “Scandinavian and Nordic countries”, og “Home Health Care” ble “Home Care Services”.

Søkeordene ga som forventet flere resultater enn antallet som skulle brukes i oppgaven. Derfor ble det ved utvelgelse av artikler vurdert kvaliteten på artiklene, slik at man stod igjen med de artiklene man anså som best egnet til oppgaven. Videre ble blant annet artiklenes relevans vurdert, utfra sjekklister og inklusjons- og eksklusjonskriterier.

Dallands (2021) eksempler på kriterier man kan bruke ved litteratursøk ble benyttet:

- Skandinaviske eller engelskspråklige artikler
- Forskningens situasjon er i Europa, spesielt Norden
- Forskningsartiklene skal være anerkjente
- Artiklene skal være relevante for problemstillingen

Under utvelgelse av artiklene ble det også tatt utgangspunkt i disse spørsmålene fra Helsebiblioteket (2016, avsnitt 1):

«Har artikkelen en klart formulert problemstilling?

Er designet velegnet for å svare på problemstillingen?

Dersom du svarer «nei» på ett av disse, bør du allerede vurdere å legge fra deg artikkelen.

De neste spørsmålene du bør stille deg:

- Kan du stole på resultatene?
- Hva er resultatene?
- Kan resultatene brukes i min praksis?»

Eksklusjons- og inklusjonskriterier som ble brukt er:

Eksklusjonskriterier

- Pasientgruppen er yngre enn 65 år
- Pasienter som allerede er underernært
- Noen av pasientene bor på sykehjem eller er innlagt på sykehus
- Artiklene er ikke vitenskapelig
- Ikke fagfellevurdert
- Annet språk enn engelsk eller nordisk språk
- Utenfor Skandinavia
- Eldre enn 20 år
- Artikkelen omhandler spesielle eller spesifikke diagnoser

Inklusjonskriterier

- Pasientgruppen er eldre, over 65 år
- Stor vekt på pasienter som er i risiko for underernæring, herunder kan noen pasienter som allerede er underernært inkluderes

- Alle pasientene er hjemmeboende
- Vitenskapelige artikler
- Fagfellevurdert
- Språkene skal være engelsk eller av nordisk opphav
- Skandinavisk
- Artiklene skal være yngre enn 20 år gamle

Thideman (2020) skriver at tidsskrifter som publiserer vitenskapelige artikler, som oftest pålegger forskerne å bruke IMRaD-struktur. Videre står det at det dog finnes noen unntak, da noen tillater at kvalitative studier avviker fra denne strukturen. Dette har blitt hensyntatt under utvelgelsen.

Under videre utvelgelse av artikler ble TONE-prinsippet, altså troverdighet, objektivitet, nøyaktighet og egnethet benyttet (NTNU, u.å.).

1. Ved troverdighet har det blitt lagt vekt på tidsskriftets bruk av fagfellevurderinger.
2. Videre har det blitt sett på artiklenes språk og innhold, med tanke på hvor objektive de er.
3. Ved nøyaktighet har det blitt sett på artikkelens omfang av pasienter, hvordan er metoden beskrevet?
4. Ved egnethet har artikkelens innhold blitt satt opp mot denne oppgavens problemstilling og hensikt, med hensyn til om den kan bidra til å besvare disse. Her har også inklusjons- og eksklusjonskriteriene blitt vektlagt.

En av de valgte artiklene omfatter klinisk ernæringsfysiolog, og denne blir brukt med grunnlag i at sykepleieren kan benytte funnene fra artikkelen, og se hvordan tverrfaglig samarbeid kan være en ressurs. Noen av studiene er opp mot 20 år gamle, men er likevel relevante for å besvare oppgavens problemstilling. I tillegg overgår de ikke inklusjonskriteriet på 20 år. To av artiklene (artikkel 1 og 2) ser ut til å være basert på samme studie, men har forskjellig fokus og dermed forskjellige resultater.

3.2. Metodekritikk

Verdt å nevne er at dersom det hadde vært lengre tid til å gjennomføre oppgaven, kunne det blitt et annet utfall av resultatene. Dette gjelder også dersom andre søkeord eller inklusjons- og eksklusjonskriterier hadde blitt benyttet. Videre er de artiklene som ble valgt ut fra søket kun kvantitative studier, og dette kan ha bidratt til at noe kan ha blitt forbigått. Dersom kvalitative studier hadde blitt inkludert, kunne oppgavens resultat hatt mer fokus på den individuelle pasientens egne opplevelser. Ved å ha benyttet kvantitative studier, gir denne oppgaven en grunnleggende forståelse av problemstillingen. Ved eventuelle videre studier innenfor dette temaet, kan det anbefales å også inkludere kvalitative studier for å gå mer i dybden av problemet.

I oppgaven kommer kognitive faktorer fram som en risikofaktor. Enkelte av oppgavens benyttede artikler har utelukket pasienter med utpreget kognitiv svikt, og derfor er ikke denne faktoren vektlagt like mye som den kunne blitt ved bruk av andre artikler.

3.3. Analyse

Ved analyse av resultatene fra artiklene som ble valgt, ble det vektlagt hva som kan bidra til å besvare problemstillingen. Man har ofte en antakelse, en forhåpning eller en forventning til hvilke resultater man får, og det er viktig å legge vekk disse antakelsene og samtidig akseptere at man tok feil dersom resultatene ikke stemte overens med dem (Dalland, 2021).

Etter inspirasjon fra Thidemann (2020) ble Aveyards analysemodell benyttet for å analysere resultatene. Utfra denne modellen, ble først de forskjellige temaene identifisert ved å sette artiklenes resultater i tabell, og dermed samle de forskjellige resultatene under forskjellige tema. Ved å gjøre dette fikk vi faktorer som kan bidra til utvikling av underernæring, eventuelle kartleggingsskjemaer som kan brukes og individuell plan som tema. Videre ble temaene vurdert ved å se likheter og forskjeller, og deretter sammenhenger mellom temaene. Ved å vektlegge Aveyards analysemodell, har det gjennom arbeidet med oppgaven vært åpent for å endre disse temaene underveis, med tanke på om det skulle være hensiktsmessig å reformulere dem. Ved utforming av oppgavens sammenfattede resultat og i drøftingen, blir kategoriene og symptomene som i størst grad gjentas på tvers av artiklene vektlagt. Hvilke temaer og faktorer dette var, ble lett å se etter utformingen av tabeller. Videre er Dalland (2021) og Thidemann (2020) videre blitt brukt som kilder til fremgangsmåten i bacheloroppgaven.

I resultatkapitlet er oppgavens seks vitenskapelige artikler plassert i tabell.

4. Resultatpresentasjon

Artikler	Artikkel 1	Artikkel 2	Artikkel 3
Kilder	Soini, H., Routasalo, P., Lauri, S. (2006) Nutrition in patients receiving home care in Finland: tackling the multifactorial problem, <i>Journal of gerontological nursing</i> , 32 (4), 12-7. Doi - 10.3928/00989134-20060401-04	Soini, H., Routasalo, P., Lagström, H. (2004) Characteristics of the Mini-Nutritional Assessment in elderly home-care patients, <i>European Journal of Clinical Nutrition</i> , 58(1), 64-70. Doi - 10.1038/sj.ejcn.1601748	Saletti, A. <i>et al</i> (2005) Nutritional status and a 3-year follow-up in elderly receiving support at home, <i>Gerontology</i> , 51 (3), 192-198. Doi - 10.1159/000083993
Hensikt	Vurdere den ernæringsmessige tilstanden til eldre hjemmeboende som får hjemmebaserte tjenester, identifisere ernæringsmessige problemer pasientene i studien opplever og undersøke pleierens rolle	Samle informasjon om ernæringsstatusen til hjemmeboende pasienter ved å bruke MNA, og å se de typiske resultatene for denne pasientgruppen. Undersøke hvilke tjenester pasientene mottar og spise- og fordøyelsesbesvær, for deretter å se dette i sammenheng med MNA	Vurdere ernæringsstatusen, samt måltidsmønstre, måltidsrelaterte problemer hos eldre hjemmeboende (over 65) som får kommunale tjenester. Videre så forskerne på pasientenes dødelighet etter tre år, relatert til ernæringsstatusen.
Metode	Deltakere: Originalt 272 deltakere, 178 av disse leverte skriftlig samtykke og gjennomgikk studien. Alle var 75 år eller over. Pasienter med kognitiv svekkelse ble ekskludert. Skjemaer: MNA-screening, informasjon om hvilke tjenester pasienten mottar, informasjon om levekår, informasjon om matvaner, informasjon om spise- og fordøyelsesvansker Målinger:	Deltakere: 272 deltakere fra tre distriktskommuner i Sør-Finland. 178 leverte skriftlig samtykke og gjennomgikk studien. Pasienter med kognitiv svekkelse ble ekskludert. Skjemaer: MNA-screening, utarbeidede spørreskjemaer som omfattet hvilke tjenester pasienten mottar, informasjon om levekår, informasjon om matvaner, informasjon om spise- og fordøyelsesbesvær Målinger:	Deltakere: 353 deltakere fra fem distriktskommuner i Sverige. Aldersspennet var 82 år +/- 7 år. Skjemaer: MNA-screening, utarbeidede skjemaer, intervjuer Målinger: BMI, MAC (mid-arm circumference), CC (calf circumference), Katz ADL

	Høyde og vekt (her kan BMI regnes ut), MAC (mid-arm circumference), CC (calf circumference)	BMI, MAC (mid-arm circumference), CC (calf circumference)	
Forskningsetisk vurdering	Godkjent av helsedirektøren innen primærhelsetjenesten i Finland	Godkjent av helsedirektøren innen primærhelsetjenesten i Finland	Godkjent av den regionale forskningsetiske komiteen ved Karolinska Institutet i Stockholm
Resultater	<ul style="list-style-type: none"> - Menn spiste mer egg, kjøtt, fisk, fjærfe. Kvinner: frukt <p>Risiko for underernæring:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lavere BMI ved høyere alder - Daglige hjemmetjenester, samt hjemlevering av måltider - Lavere BMI ved å dele måltidet de fikk i flere måltider - De som trengte hjelp med handling og matlaging hadde lavere MNA og BMI - Største risikofaktorer: hjelp til handling og dysfagi – økte risikoen x3 <p><i>Symptomer:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Forstoppelse - Munntørrehet - Fordøyelsesbesvær - Dysfagi, munntørrehet (ga lavere MNA enn andre symptomer) 	<p>Risiko for underernæring:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lavere BMI ved høyere alder - Sammenheng mellom å avslå mat, og selvopplevd ernæringsstatus - Størst sammenheng mellom BMI og CC (omkrets rundt leggen), BMI og MAC (omkrets rundt overarmen) og CC og MAC <p><i>Score 0 på MNA:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mer enn tre medikamenter iltiden - Psykisk stress - Selvoppfattet dårligere helsetilstand eller ikke i stand til å svare - Hud - Selvoppfattelse av underernæring - Vekttap - Dårlig inntak av frukt og grønt - Appetitt 	<p>Risiko for underernæring:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lavere BMI ved høyere alder - Ofte dårlig appetitt, økt behov for hjelp til handling, mer hjelp til mattilberedning - Flere problemer med dysfagi, appetitt, tenner, munntørrehet og syn - Større andel delte måltidet fra hjemlevering over flere måltider - Sjeldnere tilstrekkelig lunsjmåltid - Komorbiditet, malignitet - Ofte deprimert enn de som var godt ernært - Jo lavere MNA, jo lavere ADL - Hukommelsestap vanskeliggjorde pasientens beskrivelse av vektforandringer <p>Oppfølging av ernæring:</p> <p>MNA og ADL ble dårligere over tid</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Diare - Jo flere symptomer, jo lavere MNA 	<p><i>Hyppigste mat- og fordøyelses-relaterte problemer:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Forstoppelse, fordøyelsesbesvær - Dysfagi, munntørrhet - Diare - Jo flere problemer jo lavere MNA 	
--	--	---	--

<i>Artikler</i>	Artikkel 4	Artikkel 5	Artikkel 6
<i>Kilder</i>	<p>Pölonen, S. <i>et al</i> (2017) Individually tailored dietary counseling among old home care clients – effects on nutritional status, <i>the journal of nutrition, health and aging</i>, 21 (5), s. 567-572. Doi- 10.1007/s12603-016-0815-x</p>	<p>Berggren, E. <i>et al</i> (2020) Symptom burden in patients with home care who are at risk for malnutrition: a cross-sectional study, <i>journal of palliative care</i>, 35, s. 103-109. Doi - 10.1177/0825859719887240</p>	<p>Johansson, L. <i>et al</i> (2009) Who will become malnourished? A prospective study of factors associated with malnutrition in older persons living at home, <i>the journal of nutrition, health and aging</i>, 13 (10), s. 855-861. Tilgjengelig fra: https://link.springer.com/article/10.1007/s12603-009-0242-3 (hentet: 31/3-2023)</p>
<i>Hensikt</i>	<p>Vurdere effekten av individuelle veiledninger om ernæringsstatus blant pasienter som mottar hjemmebaserte tjenester og er eldre enn 75 år</p>	<p>Å dele eldre pasienter som mottar hjemmebaserte tjenester inn i de som er i risiko for underernæring og de som ikke er i denne risikoen, og dermed kunne sammenligne symptomer i de to gruppene</p>	<p>Beskrive ernæringsstatusen til eldre hjemmeboende pasienter, og undersøke faktorer som er viktig for ernæringsstatusen. Studien hadde også en hensikt om å beskrive eventuelle sammenhenger mellom ernæringsstatus og helsereelatert livskvalitet.</p>

<p><i>Metode</i></p>	<p>Deltakere:</p> <p>Over 75 år, 127 i intervensjonsgruppen, 100 i kontrollgruppen</p> <p>Skjemaer:</p> <p>MNA, ADL og IADL, utarbeidede spørreskjemaer, MMSE (mini mental state examination)</p> <p>Målinger:</p> <p>BMI, plasma-albumin</p> <p>Deltakerne hadde eller var i risiko for PEM (protein-energi-underskudd)</p> <p>Deltakerne hadde MNA score <24 og plasmaalbumin <35 g/L</p>	<p>Deltakere:</p> <p>48 sykepleiere og 121 pasienter i Stockholm</p> <p>Skjemaer:</p> <p>MNA, ESAS (edmonton symptom assessment system), FAACT (functional assessment of anorexia/cachexia therapy) og PG-SGA (Patient-Generated Subjective Global Assessment Short Form), utarbeidet undersøkelse om pasientenes bakgrunnsopplysninger</p> <p>Gruppen som omtales som de i risiko for underernæring omfatter også pasienter som allerede er underernærte.</p>	<p>Deltakere:</p> <p>Studien er basert på data fra en tidligere studie. Data ble innhentet tre ganger over fire år. Tvillingstudie. Etter de fire årene var det igjen totalt 258 deltakere.</p> <p>Skjemaer:</p> <p>MNA, MMSE, NHP (Nottingham Health Profile), ADL, spørreskjema om fysiske, psykiske og sosiale forhold</p>
<p><i>Forskning setisk vurdering</i></p>	<p>Godkjent av: Research Ethics Committee of the Northern Savo Hospital District</p> <p>Underskrifter fra alle deltakere</p> <p>Utpreget kognitiv svikt: underskrift fra pårørende</p>	<p>Godkjent av: Regional etisk forskningskomite i Stockholm</p> <p>Underskrifter fra alle deltakere</p> <p>Utlevert skriftlig informasjon til sykepleiere og pasienter</p>	<p>Godkjent av: Swedish Ethical Review Authority</p> <p>Artikkelen er basert på en annen studie: "Aging in women and men: a longitudinal study of gender differences in health behaviour and health among elderly", som er godkjent av Swedish Ethical Review Authority</p>

<p><i>Resultater</i></p>	<p>Intervensjonsgruppen:</p> <p>70,9 % kvinner</p> <p>Endringer i MNA: + 2,3</p> <p>Endringer i plasma-albumin: 1,6 g/L</p> <p>Kontrollgruppen:</p> <p>70 % kvinner</p> <p>Negative endringer i MNA og plasma-albumin</p> <p>Ikke forskjell i endringer i BMI</p> <p>Tiltak i intervensjonsgruppen:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Informasjon om vekt, høyde og måltidsrutiner, pasientens anamnese, appetitt og maten de likte -Utarbeidet individuell plan av ernæringsfysiolog i samarbeid med sykepleier og pasient -Utilstrekkelig energi- eller proteininntak eller vekttap: øke matinntaket med energitett kost, antall måltider og mellommåltider som er energi-, protein- og næringstette. -Lavt energinivå: flere små måltider, øke bruk av planteoljer og margarin 	<p>Risiko for underernæring:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Lavere BMI -22 % hadde fått ernæringstilskudd per os -Dårligere appetitt, mer slitne og mer angst -Spiste mat i små mengder, møtte ikke kroppens behov -Syntes maten smakte dårligere -Bekymret over hvor tynne de så ut -Familie og venner presset dem til å spise mer -En stor andel mistet vekt over tid, høyere symptombyrde (ESAS – symptomer som smerter, depresjon, angst, tretthet, appetitt, livskvalitet, åndenød og kvalme), lavere aktivitetsnivå 	<p>Risiko for underernæring:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Lavere BMI -Lavere MMSE, rapporterte oftere at hukommelsen påvirker ADL -Helserelaterte faktorer og funksjonelle betingelser hadde påvirkning -Hjemlevering av måltider hadde størst innvirkning på om pasienten var i risiko - behovet økte over tid -MMSE-scoren ble dårligere over tid (i motsetning til de som ikke var i risiko) -Redusert livskvalitet (følelsmessig, energi, smerter og mobilitet) over tid -Scorte dårligere på smerter og sosial isolering i NHP enn de som ikke var i risiko -Det var ikke forskjeller i MNA, MMSE og BMI mellom kvinner og menn - men gjennom tre måneder var det større vekttap hos kvinner enn menn -Høyere bruk av hjemleverte måltider -Lik risiko mellom menn og kvinner for å komme i risiko -Menn: økt risiko ved høyere bruk av hjemleverte måltider, kognitiv svekkelse, samt oppfattelse av at helsen er dårligere enn for fire år siden -Kvinner: økt risiko ved høyere bruk av hjemleverte måltider, flere sykehusinnleggelses over to
--------------------------	--	---	---

	<p>-Mangel på protein: meieriprodukter som melk, ost, kvarg, yoghurt, kefir, cottage cheese, to varme måltider om dagen</p> <p>-Næringsdrikker dersom vansker med å endre kostholdet</p> <p>-Oppfordring av vitamin D-tilskudd</p> <p>-Råd om handling, matlaging og appetitt</p> <p>-To besøk av ernæringsfysiolog – ett i starten av studien, ett etter seks-måneders oppfølging</p>		<p>måneder, samt at de rapporterte at hukommelsestap påvirket ADL negativt</p>
--	--	--	--

4.1. Bacheloroppgavens sammenfattede resultat

Etter analyse av oppgavens resultater, er det kommet fram til et sammenfattet resultat. På tvers av resultatene fremkommer det at det er flere risikofaktorer som kan bidra til at pasienten blir underernært, altså kan resultatene gi sykepleieren et bilde av hvem som blir underernært. Disse risikofaktorene kan ha utspring både i fysiske og psykiske faktorer. I disse faktorene inngår også pasientens hjelpebehov og kognitive tilstand. Faktorene som hyppigst går igjen på tvers av resultatene, er alder, bistand og tilrettelegging av måltider (inkludert hjemleverte måltider og handling), komorbiditet og dysfagi. Videre viser resultatene at sykepleieren kan bruke flere kartleggingsverktøy for å oppdage underernæring og risiko for underernæring, og avslutningsvis viser de at en individuell ernæringsplan kan hjelpe sykepleieren i det forebyggende arbeidet.

Kategori 1 - ernæringskartlegging (inkluderer resultatene BMI, MNA og plasma-albumin)

Kategori 2 - risikofaktorer (inkluderer resultatene alder, bistand og tilrettelegging av måltider, komorbiditet og dysfagi)

Kategori 3 - individuell ernæringsplan (inkluderer resultatene samarbeid med ernæringsfysiolog og måltidssammensetning)

5. Drøfting

Denne oppgavens sammenfattede resultat vil i denne delen drøftes opp mot relevant teori, i tillegg til fag- og forskningsbasert kunnskap. Avslutningsvis vil det kort drøftes hvordan litteraturstudiens resultater kan nyttiggjøres i videre fag- og tjenesteutvikling.

5.1. Hvordan kan sykepleieren bruke kunnskap om ernæringskartlegging for å forebygge underernæring?

Som en del av datasamlingen i sykepleieprosessen, er ernæringskartlegging sentralt i forebygging av underernæring. Alle artiklene brukt i denne oppgaven, benyttet MNA-skjemaet. Egne erfaringer fra arbeid og praksis i hjemmetjenesten, har vist at det er forskjeller mellom kommunene i forhold til hvor nøye ernæringskartlegging med MNA blir fulgt opp. Brodtkorb (2018) henviser til retningslinjer fra Helsedirektoratet (2009), hvor det står at pasienter som er brukere av hjemmetjenesten skal risikovurderes ved nye vedtak av tjenester og deretter følge et individuelt opplegg. Til tross for dette har egne erfaringer vist at ernæringskartlegging med MNA ofte er noe som det ikke legges særlig vekt på, og som gjerne blir forskjøvet til et senere tidspunkt eller blir unngått. Gjennom egne erfaringer, er det også blitt sett at det ved utføring av MNA-screening oppdages at pasienten ikke har blitt veid tidligere. Det gjør at det blir vanskelig å få gjennomført kartleggingen, da en viktig del av denne er vektnedgang de siste tre månedene. Dette gjenspeiler Statistisk sentralbyrå (2019) og Helsedirektoratet (2022a) sine tall på at det er få som blir risikovurdert, noe som står i kontrast med Brodtkorbs (2018) nevnte retningslinjer fra Helsedirektoratet (2009). Her kan det altså foreslås at alle pasienter burde veies ved innkomst til hjemmetjenesten, og at dette blir fulgt opp jevnlig, uansett hvordan pasientens ernæringsstatus er. Helsedirektoratet (2016) skriver at veiing burde foretas månedlig i hjemmetjenesten. Det kan dog argumenteres med at ansatte ofte har lite tid i hjemmetjenesten, og dersom det blir satt av mer tid til veiing, må noe annet nedprioriteres. På den ene siden trenger ikke dette ta lang tid hos alle pasientene, men på den andre siden, er det mange pasienter som trenger bistand i forflytning. Disse kan også ha vanskeligheter med å stå uten å holde seg i noe, noe som kan bidra til at sykepleieren må bruke ekstra tid hos pasienten. Med tanke på tid og ressurser kan det likevel være mest hensiktsmessig å veie pasienten for å kunne følge opp ernæringsstatusen underveis, da det vil kreve mer ressurser å iverksette tiltak og behandle en allerede underernært pasient, enn å arbeide forebyggende. Med dette grunnlaget, anbefales det også her at MNA-skjemaet blir fylt ut med jevne mellomrom, slik at en eventuell fare for underernæring kan oppdages tidlig.

En måling som blir brukt i MNA-skjemaet og som blir brukt i flere av oppgavens artikler, er utregning av BMI. Denne typen måling viste seg ofte å være lavere hos risikogruppen enn hos de med god ernæringsstatus. Brodtkorb (2018) påstår at det er mulig at BMI er den viktigste målingen for å vurdere pasientens ernæringsstatus, men at den er lite nøyaktig. Dette kan begrunnes med at Jacobsen og Bye (2016) skriver at ved måling av BMI må kroppssammensetningen vurderes, med tanke på muskelmasse og væskeansamlinger. Melheim og Sandvoll (2017) skriver at hos pasienter som har en fremoverlent

kroppsholdning eller er sengeliggende, kan det være vanskelig å utføre de nødvendige målingene for å regne ut BMI, men at det finnes alternative løsninger. Utrekning av BMI er altså på den ene siden et viktig verktøy i vurdering av pasientens ernæringsstatus (Jacobsen og Bye, 2016), men på den andre siden er det likevel viktig å ha i mente at utregningen ikke tar hensyn til pasientens muskelmasse eller væskeansamlinger.

I tillegg til disse målingene, ble det i Pölönen *et al* (2017) brukt serum-albumin som en måling til å si noe om ernæringsstatusen. Artikkelen inkluderte da de pasientene med PEM (MNA <24 og plasma-albumin <35 g/L) og de som var utsatt for PEM. Jacobsen og Bye (2016) skriver at albuminverdien kan si noe om næringsinntaket i løpet av de siste 2-3 månedene, og at ved alvorlig underernæring er verdiene under 22 g/L. Imidlertid skriver de at det tar lang tid før verdiene går tilbake til normalt etter tilstrekkelig næringsinntak, og de mener ut fra det at det kan være vanskelig å måle bedring i ernæringsstatusen. På den andre siden har Pölönen *et al* (2017) målt en forbedring i pasientenes albuminverdier etter deres intervensjon. Dette kan vise at plasma-albumin på den ene siden kan være vanskelig å vurdere med tanke på dens lange normalisering etter intervensjon, men den kan likevel gi et resultat av bedring ved riktig bruk. Selv om analysering av blodprøvesvar vil være et legeansvar, vil det være viktig for sykepleieren å vite noe om dette, slik at det kan hensyntas i sykepleieutøvelsen. Altså, når sykepleieren ser at blodprøvesvaret er for lavt, burde hun tilrettelegge måltidens sammensetning for å bidra til å normalisere blodprøvesvaret. Måltidens sammensetning blir videre drøftet senere i oppgaven, som en del av sykepleieprosessens sykepleietiltak.

Det finnes også andre screeningsverktøy sykepleieren kan benytte seg av (Thoresen, 2019), men her vil det ikke gås nærmere inn på disse.

Etter denne datasamlingen, har sykepleieren videre mulighet til å utføre diagnostiserings-, planleggings- og tiltaksfasen, basert på kartleggingens resultater. De nevnte typene kartlegging kan sykepleieren videre bruke i sykepleieprosessens evalueringsfase, ved å ta nye målinger for å evaluere effekten av iverksatte tiltak.

5.2. Hvordan kan sykepleieren bruke kunnskap om risikofaktorer for å forebygge underernæring?

I denne oppgavens sammenfattede resultat, fremkommer det blant annet at risikofaktorer for underernæring både kan ha utspring i fysiske, psykiske og kognitive forhold. Kunnskap om disse forholdene kan sykepleieren bruke til å oppdage underernæring tidlig, og med det kunne arbeide forebyggende.

Et sterkt resultat som ble funnet i analysen, var økende risiko ved høy alder (Soini, Routasalo og Lagström, 2004; Saletti *et al*, 2005; Soini, Routasalo og Lauri, 2006). Denne risikofaktoren viser at når sykepleieren skal på et vurderingsbesøk hos en ny pasient som defineres som eldre, burde det bli gjort datasamling i forhold til pasientens ernæring med en gang. På denne måten kan eventuelle sykepleietiltak iverksettes tidlig. Her er det da aktuelt å starte kartlegging ut fra MNA og BMI, som tidligere nevnt.

Under oppgavens resultat fremkommer også hjemleverte måltider (Soini, Routasalo og Lauri, 2006; Johansson *et al*, 2009) og hjelp med matlaging og handling (Saletti *et al*, 2005; Soini, Routasalo og Lauri, 2006) – altså økt behov for tilrettelegging av mat og måltider, som risikofaktorer. Dette er til tross for at disse er tiltak som blir iverksatt nettopp for å forebygge underernæring (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021). Det viser at sykepleieren på den ene siden burde sette i gang gode sykepleietiltak hos pasienten som har behov for tilrettelegging av mat og måltider. På den andre siden, må sykepleieprosessens evalueringsfase samtidig benyttes kontinuerlig, for å vurdere effekten av sykepleietiltakene. Det kan også være slik at denne hjelpen fremkommer som en risikofaktor fordi at de som får bistand til dette i utgangspunktet er i fare for underernæring. Videre kan denne typen hjelp bidra til å frata pasienten egne evner til å utføre dagligdage gjøremål som de fortsatt er i stand til å utføre, dersom alt blir gjennomført for dem.

En andel av de underernærte i artiklene (Saletti *et al*, 2005; Soini, Routasalo og Lauri, 2006) delte det hjemleverte måltidet i flere mindre måltider, og i Berggren *et al* (2020) fremkommer det at de oftere spiste små mengder. Dette viser at sykepleieren må observere den eldre pasienten som får bistand til matlaging, med tanke på hvor store måltider han spiser og eventuelt om han liker maten han får. Erfaringer fra arbeid i hjemmetjenesten har vist at enkelte pasienter ikke synes maten de får levert hjem smaker godt, og at de ofte må spise alene. Dette kan vise til at type mat og ensomme måltider kan bidra til at økt bistand til tilrettelegging av mat og måltider er en risikofaktor, noe som støttes av Fermann og Næss (2018) sin påstand om at ensomme måltider sjelden fremmer matlysten hos pasienter med allerede dårlig appetitt. Helse- og omsorgsdepartementet (2021) skriver at sosialt samvær under måltidene kan bidra til at pasienten spiser bedre, og at det er viktig at pasienten skal kunne velge hvilken mat han eller hun får. For å forebygge at hjelp til mat og måltider bidrar til ensomme måltider, burde altså sykepleieren tilrettelegge for at pasientene ikke må spise alene.

Meld. St. 15 (2017-2018) henviser til at hjemmetjenesten kan arrangere det slik at de ansatte deltar i måltider sammen med pasientene. Imidlertid er det lite sannsynlig at sykepleierne har tid til å delta i måltider med alle pasientene som har behov for det. Da kan et annet alternativ være å tilrettelegge for tilbud hvor pasientene kan spise sammen. På omsorgssentre er det ofte egen kafe hvor pasientene kan samles til måltider, og for pasienter som ikke bor på omsorgssentre er det gjerne tilrettelagt for dagsenter. Da er det altså av betydning at sykepleieren fanger opp de pasientene som kan ha god nytte av et slikt fellesskap, slik at sykepleieren kan informere og henvise pasienten til slike ordninger.

Det må likevel tas høyde for at ikke alle er like. Enkelte pasienter kan være av den mer introverte typen, og egne erfaringer har vist at disse pasientene like gjerne vil spise alene. Som nevnt skriver Strandås (2019) at sykepleie handler om at sykepleieren skal bistå pasienten til å ha en helse og velvære han selv opplever som best mulig. Dersom pasienten opplever det best å spise alene, burde derfor sykepleieren godta dette. Her er det altså viktig at sykepleieren vektlegger pasientens brukermedvirkning. Ved sykepleie til disse

pasientene, kan da et forslag være å informere pasienten om alternativene, slik at pasienten alltid har mulighet til å benytte seg av dem.

I de valgte artiklene fremkommer ikke ensomhet som faktor som et spesifikt resultat, men depresjon (Saletti *et al*, 2005; Berggren *et al*, 2020) og dårlig livskvalitet over tid (Johansson *et al*, 2009; Berggren *et al*, 2020) kommer fram i flere artikler både som eget resultat og via vurderingsskjemaet ESAS. Likevel er det allmenn kjent at ensomhet kan medføre depresjon og dårlig livskvalitet - eller motsatt. Her er det altså viktig at sykepleieren samler data om pasientens livskvalitet, og om pasienten eventuelt har en depresjon. Kvaal (2018) skriver at det her er viktig å skape en god relasjon til pasienten, som nevnt i bakgrunnskapittelet, og at kartleggingsverktøy som Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale og Geriatric Depression Scale er gode verktøy som brukes i Norge. Videre burde fastlegen informeres om dette, slik at diagnosen kan behandles, og dermed utelukke en faktor som kan påvirke pasientens ernæringsmessige risiko.

Når det videre gjelder måltidssituasjonen, står det i Helse- og omsorgsdepartementets rapport (2021) at i tillegg til den fysiologiske funksjonen, er mat og måltider viktig for den psykiske, kulturelle og sosiale funksjonen. I rapporten står det i tillegg at spisemiljøet, altså hvor hyggelig det er i rommet, kan ha en effekt på hvor mye pasienten spiser. Altså burde sykepleieren legge til rette for at det er hyggelig i rommet der den hjemmeboende pasienten spiser. Dette kan imidlertid være utfordrende, da situasjonen foregår i pasientens eget hjem, og det er begrenset hvor mye sykepleieren kan endre hjemme hos pasienten. Et forslag kan være at sykepleieren har god kommunikasjon med pårørende, og eventuelt etter samtykke fra pasienten, kan henvise til praktisk bistand. Dette er dog en tjeneste pasienten må betale for, og det er ikke sikkert alle ønsker å bruke penger på dette.

Berggren *et al* (2020) beskriver at pasientene i deres studie blant annet syntes maten smakte dårligere. Dette kan ha utspring både i nedsatt smaks- og luktesans som en naturlig følge av aldringsprosessen (Brodtkorb, 2018), eller at pasienten som tidligere nevnt får levert mat han ikke synes smaker godt. Begge deler kan likevel vise til at det er viktig at sykepleieren legger til rette for at pasienten kan bidra til å bestemme hva han skal spise. Meld. St. 15 (2017-2018) omtaler “det gode måltidet”, og poengterer at dette må tilpasses individets ønsker og behov, med tanke på matens utseende, lukt og smak.

Dersom pasientene får mulighet til å medvirke til hvilken mat som skal tilberedes, vil de trolig spise mer. Jf. Pasient- og Brukerrettighetslovens § 3-1 første ledd (1999), har pasienten “rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester”. Ergo er det lovpålagt at pasienten skal få ta del i hvilke matvarer og måltider som skal tilberedes, med bakgrunn i at måltidshjelp er helsetjenester. Det kommer også fram i Meld.St. 15 (2017-2018) at pasientene burde få ivareta sine personlige vaner og tradisjoner relatert til mat og måltider, herunder valg av meny og tidspunkter. Imidlertid er det helsepersonellet som avgjør hva som er faglig forsvarlig (Molven, 2019) og dette kan skape et dilemma dersom pasienten kun ønsker seg måltider som er lite næringsrike og ikke dekker kroppens behov for de ulike næringsstoffene. På den ene siden vil kanskje pasienten få i seg flere kalorier dersom han får velge matvarer selv og eksempelvis bare vil spise søtsaker, men på

den andre siden vil han da gå glipp av mange viktige næringsstoffer som proteiner, mineraler og vitaminer. Informasjon og veiledning kan bidra til empowerment, og pasienten vil få et mer faglig grunnlag for valg av matvarer. Dette støttes av Helse- og omsorgsdepartementet (2021) hvor det står at Helsedirektoratet skal bli bedt om å utarbeide råd om kosthold som er spesielt utviklet for eldre, med bakgrunn i viktigheten av økt kunnskap hos pasient og pårørende. En slik tilrettelegging hvor pasienten får medvirke til matvarer og ytre sine ønsker, kan altså redusere pasientens opplevelse av at maten smaker dårlig og dermed risikoen for underernæring. Denne tilretteleggingen vil også kunne redusere det at økt bistand til matlaging og måltider er en risikofaktor.

I tillegg til dette kommer komorbiditet (Saletti *et al*, 2005) fram som risikofaktorer (herunder inkluderes resultatene polyfarmasi (Soini, Routasalo og Lagström, 2004) og redusert helse og funksjon (Johansson *et al*, 2009)). Soini, Routasalo og Lauri (2006) trekker fram at jo flere fysiske problemer som kan gi risiko for underernæring, jo lavere var MNA-scoren. I studien til Saletti *et al* (2005) kommer det fram at de som var komorbide hadde en median MNA-score på 22. Som nevnt i bakgrunnskapittelet tilsvarer en score på 17-23,5 risiko for underernæring. Multimorbide og skrøpelige pasienter mister ofte matlysten, da det er allmenn kjent at sykелighet gir redusert matlyst. Som nevnt i bakgrunnskapittelet, kan det altså drøftes hvorvidt det er etisk riktig å presse på pasienten mat, dersom han er eldre, multimorbid og ser seg sliten av livet.

Dette trekker tilbake begrepet brukermedvirkning. Dersom pasienten er gammel og multimorbid, og ikke ønsker livsforlengende behandling, skal han ikke få velge selv? Gjennom en holistisk tilnærming og de yrkesetiske retningslinjene kan sykepleieren benytte de fire prinsippers etikk i slike situasjoner (Brinchmann, 2017). Brinchmann skriver at prinsippet om autonomi handler om å respektere pasientens beslutninger, velgjørenhet handler om å gjøre andre godt og videre nevnes prinsippet "ikke skade". Disse prinsippene kan i enkelte situasjoner stå i kontrast til hverandre. Her kan viktigheten av god informasjon til pasienten trekkes inn igjen, som som nevnt fremkommer i rapporten til Helse- og omsorgsdepartementet (2021), slik at pasienten har et best mulig grunnlag for å ta autonome avgjørelser. På den ene siden vil det sannsynligvis skade pasienten somatisk om han spiser lite og lite næringsrikt, men på den andre siden kan det gjøre han godt å slippe å presse i seg mat når han uansett er komorbid og venter på livets slutt. Det kan da tenkes at det kan føles godt for pasienten å bare spise det han har lyst på, selv om det ikke nødvendigvis er næringsrikt.

Den komorbide pasienten kan ofte bruke mange forskjellige medikamenter. Polyfarmasi trekkes fram i Soini, Routasalo og Lagström (2004). Dette ble lagt frem som et av spørsmålene som ga score 0 under MNA-kartleggingen, og det er derfor mulig at dette er et resultat som fremkommer i flere av artiklene, uten at de har gått like detaljert inn på spørsmålene til MNA. Ranhoff og Engh (2018) hevder at ved polyfarmasi kan faren for bivirkninger øke, og at bivirkninger kan forsterke plager som munntørrhet og obstipasjon, kvalme, brekninger og diaré. I artiklene til Soini, Routasalo og Lauri (2006) og Soini, Routasalo og Lagström (2004) kommer forstoppelse og diare fram som risikofaktorer hos hjemmeboende, og munntørrhet kommer i tillegg til disse artiklene fram i Saletti *et al*

(2005). Videre gir det mening at kvalme og brekninger kan medføre et redusert inntak. Berggren *et al* (2020) har brukt ESAS-skjema, hvor blant annet kvalme er et symptom i skjemaet. Ut fra dette kan det altså tenkes at polyfarmasi kan bidra til økt risiko for underernæring. Her kan hjemmesykepleieren bidra med å kontakte lege, for å få en gjennomgang av pasientens medisiner. Imidlertid er det ikke sikkert legen kan seponere flere av pasientens medikamenter, da pasienten har behov for disse, og da kan det være viktig å ha kunnskap om tiltak som sykepleieren kan iverksette.

Det er altså viktig at sykepleieren vet om disse faktorene, slik at pasientene får vurdert sin ernæringsmessige tilstand på et tidlig stadium. Fermann og Næss (2018) hevder at det er viktig å observere hvor mye av maten pasienten spiser, og at pasienter med dysfagi og nedsatt appetitt er i spesiell risiko for å bli underernærte. Dysfagi som risikofaktor kommer også fram av analysen av artiklene i resultatdelen. Denne faktoren trekkes fram av Soini, Routasalo og Lägström (2004), Saletti *et al* (2005) og Soini, Routasalo og Lauri (2006). Brodtkorb (2018) skriver at dysfagi blant annet kan ses ved nevrologiske sykdommer, hjerneslag, Parkinsons sykdom og langt utviklet demens. Dette viser at sykepleieren ved å benytte sykepleieprosessens datasamling burde observere denne pasientgruppens evne til å tygge og svelge. Ut fra dette kan sykepleieren videre bruke diagnostiserings- og planleggingsfasen, slik at det kan iverksettes sykepleietiltak som kan bidra til at pasienten likevel får i seg tilstrekkelig med næring. Brodtkorb (2018) skriver videre at matens konsistens skal tilpasses pasientens behov, enten det må moses eller tilsettes fortykningsmidler. Dette kan derimot oppleves appetittsenkende, og maten skal ikke konsistenstilpasses mer enn det som er nødvendig (Helsedirektoratet, 2022b). Altså kan matens konsistens tilpasses slik at det blir lettere for pasienten å svelge den, men imidlertid kan slik mat være lite fristende, og det kan medføre at pasienten spiser mindre.

Til tross for at konsistenstilpasset mat kan oppleves appetittsenkende, henviser Meld.St 15 (2017-2018) til et prosjekt Sandnes kommune har deltatt i som viser et positivt resultat. I stortingsmeldingen står det at faren for å sette noe i halsen ble redusert, og deltakerne opplevde derfor måltidene som mindre utrygge. Videre kommer det fram i stortingsmeldingen at deltakerne i større grad klarte å spise ved egen hjelp, og at konsistenstilpasningen kunne medføre økt inntak av næring hos pasientene.

Studien til Johansson *et al* (2009) viser at de med kognitiv svekkelse var utsatt for å utvikle underernæring. Videre trekkes hukommelsestap fram i Saletti *et al* (2005) som risikofaktor. Pasienter med kognitiv svikt har vanskeligheter med tankeprosessen (Skovdahl og Berentsen, 2018), og eldre pasienter med kognitiv svikt eller hukommelsestap kan derfor trolig være i fare å glemme å spise. Videre kan forståelsen for viktigheten av god og riktig ernæring, trolig bli redusert. Imidlertid må det også her tas høyde for at det er individuelle forskjeller, da egne erfaringer har vist at enkelte eldre pasienter med kognitiv svikt og hukommelsestap glemmer at de har spist, og spiser gjerne flere middagsmåltider gjennom dagen. Ut fra dette anbefales det her tett oppfølging og kartlegging hos den eldre hjemmeboende med kognitiv svikt.

5.3.Hvordan kan sykepleieren bruke individuell ernæringsplan for å forebygge underernæring?

I Pölönen *et al* (2017) fremmes individuell plan og rådgivning som tiltak, og videre vil det dermed tas utgangspunkt i denne artikkelen i tillegg til relevant faglitteratur.

En individuell ernæringsplan skal ifølge Helsedirektoratet (2016) inneholde dokumentasjon om ernæringsstatus, matinntak, behov, målrettede tiltak og tidspunkt for når evalueringen ble igangsatt. For å utarbeide en individuell plan, er det altså av betydning at sykepleieren først foretar en datasamling som en del av sykepleieprosessen.

I Pölönen *et al* (2017) ble det samlet inn data om vekt, høyde, måltidsrutiner, anamnese, appetitt og hvilke matvarer pasienten foretrekker. Ved innhenting av informasjon om vekt og høyde, kan sykepleieren få et bilde av pasientens BMI, og dermed noe informasjon om ernæringsstatusen. I tillegg til dette, kan høyde og vekt også gi sykepleieren og ernæringsfysiologen et bilde av pasientens ernæringsmessige behov. Det resterende av informasjonen som ble innhentet, kan på den ene siden bidra til at planen kan tilpasses pasientens liv og rutiner. På den andre siden blir det også aktuelt at pasientens tidligere rutiner må endres, for at det skal bli bedring i pasientens ernæringsstatus. Basert på denne datasamlingen, ble det i Pölönen *et al* (2017) utarbeidet en individuell plan gjennom samarbeid mellom sykepleier, pasient og ernæringsfysiolog.

Her er det viktig at planen blir godt dokumentert, slik at alle de ansatte vet hva de skal gjøre. Imidlertid kan det ikke tas utgangspunkt i at alle forstår planen og viktigheten av den, da det ofte er mange ufaglærte i hjemmetjenesten. Her er et forslag at sykepleieren bruker sin undervisende funksjon, og tar ansvar for at assistentene får nødvendig opplæring. Dette kan for eksempel gjøres gjennom undervisning på arbeidsplassen, eller via obligatoriske nettkurs.

Videre brukte Pölönen *et al* (2017) samarbeid med klinisk ernæringsfysiolog og individuell rådgivning i sin studie, og deres intervensjon hadde god effekt i pasientgruppen. I Meld.St. 15 (2017-2018) står det at tverrfaglig samarbeid er viktig for å opprettholde en god mat- og ernæringsomsorg. Her kan da blant annet en klinisk ernæringsfysiolog være til god hjelp for sykepleieren. Dette henvises det også til i rapporten til Helse- og omsorgsdepartementet (2021), hvor det står at det skal gjennomføres et utviklingsprogram for ernæringsfysiologer i kommunen. Gjennom et slikt tverrfaglig samarbeid, kan altså ernæringsfysiologen bistå sykepleieren ved å beskrive tiltakene som kan iverksettes, og som inngår i den individuelle planen. På den andre siden er det likevel sykepleieren som er innom pasienten daglig, og som vil observere næringsinntaket og dermed evaluerer de iverksatte tiltakene. Derfor kan det være aktuelt at sykepleieren og ernæringsfysiologen skal kommunisere godt fortløpende, slik at de kan bruke hverandres kunnskaper.

Sykepleietiltak som ble iverksatt i artikkelen til Pölönen *et al* (2017), og som kan være en del av den individuelle planen og veiledningen, var blant annet energitett kost. Energitett

kost kan inngå i den individuelle planen med bakgrunn i at Helsedirektoratet (2016) skriver at den skal være basert på pasientens behov. Jacobsen og Bye (2016) skriver at for å øke fettinntaket, burde pasienten spise mer fete meieriprodukter, som fløte, ost og melk. Det er likevel viktig at pasienten får den maten han ønsker og synes smaker godt, som tidligere forklart. Da kan det være aktuelt å tilsette fløte og helmelk i matvarer som grøt og supper som pasienten liker, slik at dette berikes. Likevel sier det seg ikke selv at maten får god smak etter tilsetningen, og det anbefales at sykepleieren setter seg inn i hvilke tilsetninger den enkelte pasienten foretrekker. Pölönen *et al* (2017) trekker også fram at pasienten burde spise mer proteinrike meieriprodukter, dersom han har lav plasma-albumin. Videre skriver Pölönen *et al* at proteinrike meieriprodukter kan være ost, melk, yoghurt, cottage cheese og kefir. Likevel må det igjen tas hensyn til hva pasienten liker, og andre proteinrike matvarer er for eksempel egg, og yoghurten skyr. Imidlertid har skyr et lavt fettinnhold, og egner seg dermed dårlig til de som skal opp i vekt. Altså kan sykepleieren tilføre pasienten både mer fett og proteiner ved å tilsette fete meieriprodukter i maten. For å tilsette mer energi, trekker Pölönen *et al* (2017) også fram at man kan tilsette oljer og margarin.

Når det blir gitt energitett kost, kan sykepleieren også gi pasienten næringsdrikker. I Pölönen *et al* (2017) står det at næringsdrikker (Nutricia, Nutridrink Protein) ble gitt til de som ikke klarte å få i seg nok næring gjennom vanlige matvarer. Denne næringsdrikken inneholder også proteiner, som navnet tilsier. Å handle inn og gi pasienten næringsdrikke, vil altså være en del av sykepleieprosessen ved at det er et sykepleietiltak som iverksettes for å oppnå god ernæringsstatus. Jacobsen og Bye (2016) skriver at dersom pasienten skal få næringsdrikker, burde sykepleieren gi dette etter måltid, da næringsdrikker er et supplement og ikke skal erstatte annen mat. Dette viser altså at sykepleieren burde kontrollere at pasienten får i seg vanlig mat i tillegg til næringsdrikken, og helst før denne. Imidlertid har det gjennom egne erfaringer blitt sett at dette kan være vanskelig å gjennomføre hos enkelte hjemmeboende pasienter, da de stort sett har mulighet til å styre inntaket gjennom dagen selv. Enkelte pasienter har da ønsket å erstatte vanlig mat med næringsdrikker, da de synes dette er enklere og ikke har lyst på vanlig mat. Dette trekker igjen inn viktigheten av at pasienten får råd og veiledning, slik at pasienten kan ta bedre kunnskapsbaserte valg. Til tross for at det i Pölönen *et al* (2017) og Jacobsen og Bye (2016) fremstår som at næringsdrikkene kun er et supplement til vanlig kost, skriver Nutricia (u.å.) selv på egne nettsider at Nutridrink Protein kan brukes som eneste næringskilde. En mulighet til denne motsetningen, er at det er anbefalt å ha et variert kosthold, og at drikken ikke nødvendigvis inneholder alle næringsstoffer mennesket trenger for å ha et sykdomsforebyggende kosthold. Ved gjennomgang av næringsdrikkens innholdsliste, fremkommer det blant annet at den ikke inneholder omega 3. Altså kan det antas at Nutridrink på den ene siden kan brukes som eneste kilde til næring i en periode, men på den andre siden burde pasienten i tillegg få i seg normal kost for at kosten skal kunne bidra til sykdomsforebygging. Dermed burde sykepleieren informere pasienten godt om bruken av næringsdrikke som supplement.

På Nutricia (u.å.) sine nettsider står det at Nutridrink Protein har tilsatt D-vitamin. I Pölönen *et al* (2017) ble det anbefalt å bruke tilskudd av D-vitamin hos de som trengte det, og dette støttes av Jacobsen og Bye (2016), som skriver at eldre mennesker er i risiko for å få vitamin-D-mangel, og anbefales å ta tilskudd. Ved å ha kunnskap om dette, burde sykepleieren videre veilede pasienten når det kommer til innkjøp av mat. Til de pasientene som spiser hjemme, burde det da kjøpes inn for eksempel fet fisk. På den ene siden er et alternativ i tillegg til dette å kjøpe inn lettmeik som har tilsatt D-vitaminer, men på den andre siden har denne melken lavt fettinnhold. Denne melken egner seg altså dårlig til de som skal opp i vekt. Her burde sykepleieren ved innkjøp av melk ta hensyn til om pasienten trenger fetere melkeprodukter, og eventuelt vurdere å velge bort denne melken. Dermed må det kjøpes inn andre matvarer med høyt vitamin-D-innhold. Videre kan det her igjen trekkes inn nødvendigheten av tverrfaglig samarbeid, med tanke på de pasientene som får noen av dagens måltider på dagsenter eller omsorgsboliger, eller får ferdige måltider levert hjem. Meld.St. 15 (2017-2018) trekker frem viktigheten av at kjøkkenet skal ha gode rutiner for tilberedning og servering av mat. For å få til disse rutinene, er det da viktig at sykepleieren er i kontakt med kjøkkenet og informerer om hvilke næringsstoffer pasienten eventuelt har behov for. Dette gjelder dog alle mulige næringsstoffer, og ikke bare vitamin-D. Når det gjelder vitamin-D som kosttilskudd, er dette et legeansvar å ordinere.

For å øke pasientens inntak av de forskjellige nødvendige næringsstoffene, er det også aktuelt at flere måltider i løpet av dagen inngår i pasientens individuelle ernæringsplan. Dette trekkes fram som et forslag i Pölönen *et al* (2017). Ifølge Meld.St. 15 (2017-2018) burde pasientene få tilbud om fire måltider jevnt utover dagen, i tillegg til noen mellommåltider. Nattfasten burde ikke overstige 11 timer (Meld.St. 15 (2017-2018)). Imidlertid kan dette være vanskelig å gjennomføre i hjemmet, da det ikke vil være mulig å følge opp alle de hjemmeboende med faste tider til måltidene gjennom døgnet. Dette begrunnes med den geografiske avstanden mellom brukerne, og at noen pasienter har andre helsetilstander som tilsier at de må prioriteres først. Her kan da et forslag, som også framkommer i Pölönen *et al* (2017), være å informere pasientene godt om viktigheten av den jevne måltidsfordelingen. Eventuelt kan sykepleieren bistå pasientene som kommer seg til kjøleskapet selv, med å smøre opp måltider på forhånd, slik at de står klare i kjøleskapet. Vi har erfart at det kan ha god effekt å bruke kjølebager hos pasienter som ikke er i stand til å hente mat i kjøleskapet. Sett fra erfaring gjennom arbeid i hjemmetjenesten, opplever flere pasienter det mindre problematisk å skulle innta et måltid hvis sykepleieren ved for eksempel morgenbesøk har gjort i stand lunsj som står klart i kjøleskapet, og frokostmåltidet ved kveldsbesøket. Imidlertid er det likevel andre pasienter som sier at de ikke synes maten smaker godt dersom den har blitt istandgjort en stund før måltidet inntas. Det sistnevnte kan altså skape et dilemma for sykepleieren, dersom det ikke lar seg gjennomføre å komme til pasienten til de tidspunktene måltidene burde inntas.

Denne oppgavens resultater kan bidra til fag- og tjenesteutvikling, men da må tiltak impliseres i praksis. For å få iverksatt dette, kan det være nødvendig at det på arbeidsplassen er åpenhet for å endre rutiner, og at det eventuelt gjennomføres kurs for

pleiemedarbeidere, som utgjør en stor andel av de ansatte i flere kommuners hjemmetjenester. Det påstås her at ved å benytte seg av kunnskapen som fremkommer i denne oppgaven, vil den eldre populasjonen oppleve bedre sykepleie, og dermed en mulig forlenget levetid med bedre helse. På den ene siden er det altså viktig at sykepleieren setter seg inn i kunnskapen denne oppgaven presenterer for at oppgaven skal kunne bidra til fag- og tjenesteutvikling. Imidlertid, er det da nødvendig å innføre noen endringer på arbeidsplassen for at oppgavens foreslåtte tiltak skal iverksettes.

6. Konklusjon

Hensikten med oppgaven er som nevnt å få økt kunnskap til å kunne opprettholde en god ernæringsstatus hos eldre hjemmeboende, og dermed drive forebyggende arbeid når det gjelder underernæring hos pasientgruppen. I denne oppgaven vektlegges hvilke risikofaktorer som kan bidra til at pasienten blir underernært og hvilke tiltak som kan iverksettes. Oppgavens problemstilling er: «Hvordan kan sykepleieren forebygge underernæring hos eldre som mottar hjemmebaserte tjenester?».

Denne oppgaven har vist at hjemmesykepleieren trenger god kunnskap om risikofaktorer for underernæring for å arbeide forebyggende. Eksempler på risikofaktorer er alder, økt bistand til måltider og handling, ensomme måltider, dårlig livskvalitet, nedsatt smak, komorbiditet og dysfagi. Fra relevant faglitteratur, lovverk og Stortingsmeldinger, har det i denne oppgaven kommet fram til at for å forebygge underernæring ved disse risikofaktorene, er det nødvendig å vektlegge brukermedvirkning, etiske prinsipper, tilrettelegging for sosiale måltider hos de som ønsker det, og god informasjon til pasienten. Ved jevnlig ernæringskartlegging og veiing månedlig hos alle eldre pasienter som mottar hjemmebaserte tjenester, uavhengig av ernæringsstatus, kan en eventuell risiko oppdages på et tidlig stadium. Aktuelle verktøy for ernæringskartlegging kan være BMI, MNA og måling av plasma-albumin.

Ernæringskartlegging og identifisering av risikofaktorer vil bidra til at tiltak og intervensjoner kan iverksettes på et tidligere tidspunkt. Her vil utforming av en individuell ernæringsplan basert på pasientens behov og egne ønsker være vesentlig. Tverrfaglig samarbeid er av betydning. Tiltak som bør være en del av den individuelle planen, er eksempelvis å berike kosten med næring, nattfaste under elleve timer og måltider jevnt fordelt gjennom døgnet. God informasjon til pasienten er nødvendig.

Med dette kan sykepleieren forebygge underernæring hos den eldre hjemmeboende pasienten.

Litteraturliste

Aldring og helse (2022) *Forebygge*. Tilgjengelig fra:

<https://www.aldringoghelse.no/ordbok/forebygge/> (Hentet: 18. desember 2022)

Berggren, E. *et al* (2020) Symptom burden in patients with home care who are at risk for malnutrition: a cross-sectional study, *journal of palliative care*, 35, 103-109. doi - 10.1177/0825859719887240

Braut, G., S. (2022) *Helsefremmende arbeid*. Tilgjengelig fra:

https://sml.snl.no/helsefremmende_arbeid (Hentet: 27. desember 2022)

Brinchmann, B., S. (2017) De fire prinsippers etikk, i Brinchmann, B., S. (red) *Etikk i sykepleien*. 4. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 81-95.

Brodtkorb, K. (2018) Ernæring, mat og måltider, i Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A., H. (red) *Geriatrisk sykepleie - god omsorg til den gamle pasienten*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 301-322.

Dalland, O. (2021) *Metode og oppgaveskriving*. 7. utg. Oslo: Gyldendal

Dzubak, J. (2021) *Profiles in nursing, Virginia A. Henderson (1897-1996), Wrote the Book on Modern Nursing*. Tilgjengelig fra: [virginia-a-henderson-1897-1996-wrote-the-book-on-modern-nursing](https://www.vanderbilt.edu/nursing/virginia-a-henderson-1897-1996-wrote-the-book-on-modern-nursing) (Hentet: 27. desember 2022)

Felleskatalogen (2020) *Behov for ernæring hos voksne*. Tilgjengelig fra:

<https://www.felleskatalogen.no/medisin/sykdom/ernering-voksne> (Hentet: 12. januar 2023)

Fermann og Næss (2018) Sykepleie til eldre i hjemmesykepleien, i Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhof, A. H. (red.) *Geriatrisk sykepleie*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 238-260.

Hanssen, J.I. (2018) Kommunal sosialpolitikk, i Stamsø, M.A. (red.) *Velferdsstaten i endring*. 3. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, s. 144-163

Haugan, V. (2022) *Underernæring*. Tilgjengelig fra:

<https://ndla.no/nb/subject:1:1b7155ae-9670-4972-b438-fd1375875ac1/topic:0c3949a8-710d-40a2-b160-0e19ac2d639e/topic:079e6873-c662-449a-a681-c8add11b3d87/resource:fab4ec63-82a3-4012-bb0d-fc2e92e6cbd9> (Hentet: 27. desember 2022)

Helsebiblioteket (2016) *Sjekklistor*. Tilgjengelig fra:

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/4.kritisk-vurdering/4.1-sjekklistor> (Hentet: 3. januar 2023)

Helsebiblioteket (2021) *Kunnskapsbasert praksis*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#> (hentet: 14. mai 2023)

Helsedirektoratet (2009) *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*. Oslo: Helsedirektoratet

Helsedirektoratet (2016) *Ernæring, kosthold og måltider i helse- og omsorgstjenesten*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/ernaering-kosthold-og-maltider-i-helse-og-omsorgstjenesten> (Hentet: 5. april 2023)

Helsedirektoratet (2018) *Ledere må legge til rette for myndiggjorte pasienter og brukere*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/myndiggjorte-pasienter-brukere-fagpersoner-og-team/ledere-ma-legge-til-rette-for-myndiggjorte-pasienter-og-brukere> (Hentet: 28. desember 2022)

Helsedirektoratet (2022a) *Om underernæring*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/underernaering/om-underernaering#sykehjemoghjemmetjenester> (Hentet: 5. april 2023)

Helsedirektoratet (2022b) *Kosthold ved dysfagi*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/kosthold-ved-diagnoser-og-sykdomstilstander/rad-om-kosthold-ved-ulike-diagnoser-og-sykdomstilstander/kosthold-ved-dysfagi-tygge-og-svelgevansker#9a13513b-dbcd-4723-b16b-206a4176d238-praktisk> (Hentet: 12. april 2023)

Helse- og omsorgsdepartementet (2021) *God og riktig mat hele livet*. (Regjeringen – rapport 4/2021) Oslo: Regjeringen. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/god-og-riktig-mat-hele-livet/id2849251/?ch=1#id0005> (Hentet: 7. april 2023)

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse%20og%20omsorg> (Hentet: 20. desember 2022)

Heyn, L. (2016) Kommunikasjon - menneskets grunnleggende behov for å forstå og å bli forstått, i Grov, E., K. og Holter, I., M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, s. 363-394.

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 Akademisk, s. 619-667.

Johansson, L. *et al* (2009) Who will become malnourished? A prospective study of factors associated with malnutrition in older persons living at home, *the journal of nutrition*,

- health and aging*, 13 (10), s. 855-861. Tilgjengelig fra:
<https://link.springer.com/article/10.1007/s12603-009-0242-3> (hentet: 31/3-2023)
- Kirkevold, M. (2022) *Sykepleieprosessen*. Tilgjengelig fra:
<https://sml.snl.no/sykepleieprosessen> (Hentet: 27. desember 2022)
- Kvaal, K. (2018) Angst og depresjon, i Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A. H. (red.) *Geriatrisk sykepleie*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s.438-449.
- Mathisen, J. (2016) Hva er sykepleie? i Grov, E., K. og Holter, I., M. (red) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, s. 119-140.
- Mehre, K. (2009) Hjemmebaserte tjenester organisert etter arbeidslagsmodell, *Sykepleien Forskning*, 91(3), 36-39. DOI - 10.4220/sykepleiens.2003.0007
- Meld. St. 15 (2017-2018) (2018) *Leve hele livet - en kvalitetsreform for eldre*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra:
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/?ch=1>
(Hentet: 14. april 2023)
- Melheim, B. G., Sandvoll, A. M. (2017) Nutritional screening in home-based nursing care can be improved, *Sykepleien forskning*, 12 (64708), s. 1-15. DOI - 10.4220/Sykepleienf.2017.64708
- Mittelmark, M.B., *et al.* (2018) Helsefremmende arbeid - ideologier og begreper, i Gammersvik, Å. og Larsen, T.,B. (red.) *Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis*. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget
- Molven, O. (2016) Pasienters og brukeres rettigheter og plikter, i Grov, E. K. og Holter, I. M. (red) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, s. 70-102.
- Molven, O. (2019) *Helse og jus*. 9. utg. Oslo: Gyldendal
- Nasjonalt råd for ernæring (2017) *Sykdomsrelatert underernæring - utfordringer, muligheter og anbefalinger*. (IS-061). Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra:
https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/sykdomsrelatert-underernaering/Sykdomsrelatert%20underernæring.pdf/_/attachment/inline/f9c7442d-2c5c-46b1-9a81-70b487278d5b:d679eaf00223e27618b8ac4ab62f9f1fed2875f/Sykdomsrelatert%20undere rnæring.pdf (Hentet: 18. desember 2022)
- Nofima (2022) *Alder og aldring*. Tilgjengelig fra: <https://nofima.no/fakta/alder-og-aldring/>
(Hentet: 27. desember 2022)
- Norsk Sykepleierforbund (2019) *Yrkesetiske retningslinjer*. Tilgjengelig fra:
<https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer> (Hentet: 27. desember 2022)

NTNU (u.å.) *Velge ut kilder*. Tilgjengelig fra: <https://i.ntnu.no/oppgaveskriving/velge-kilder> (Hentet: 2. januar 2023)

Nutricia (u.å.) *Nutridrink protein*. Tilgjengelig fra: <https://helsepersonell.nutricia.no/vare-produkter/nutridrink/nutridrink-protein/> (Hentet: 27. april 2023)

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (Hentet: 12. januar 2023)

Pölonen, S. *et al* (2017) Individually tailored dietary counseling among old home care clients – effects on nutritional status, *the journal of nutrition, health and aging*, 21 (5), 567-572. Doi - [10.1007/s12603-016-0815-x](https://doi.org/10.1007/s12603-016-0815-x)

Ranhoff, A. H. (2018) Den gamle pasienten, i Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A. H. (red.) *Geriatrisk sykepleie*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 79-90

Ranhoff, A. H., Engh, E. (2018) Eldre og legemidler, i Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A. H. (red.) *Geriatrisk sykepleie*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 184-195

Rotegård, A., K., Solhaug, M. og Grov, E. K. (2016) Sykepleierens arbeids- og beslutningsprosess, i Grov, E., K. og Holter, I. M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, s. 144-268

Saletti, A. *et al* (2005) Nutritional status and a 3-year follow-up in elderly receiving support at home, *Gerontology*, 51 (3), 192-198. Doi - 10.1159/000083993

Skjetne, I. (2020) *Forebyggende arbeid*. Tilgjengelig fra: <https://ndla.no/nb/subject:1:1b7155ae-9670-4972-b438-fd1375875ac1/topic:1:baadf378-9a45-422f-a80f-154e203d2bc2/topic:1:2705dab9-344d-4473-bbdf-3538f9fedfe0/resource:1:20744> (Hentet: 27. desember 2022)

Skovdahl, K., Berentsen, V., D. (2018) Kognitiv svikt og demens, i Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A., H. (red.) *Geriatrisk sykepleie*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 409-434

Soini, H., Routasalo, P., Lagström, H. (2004) Characteristics of the Mini-Nutritional Assessment in elderly home-care patients, *European Journal of Clinical Nutrition*, 58(1), 64-70. Doi - [10.1038/sj.ejcn.1601748](https://doi.org/10.1038/sj.ejcn.1601748)

Soini, H., Routasalo, P., Lauri, S. (2006) Nutrition in patients receiving home care in Finland: tackling the multifactorial problem, *Journal of gerontological nursing*, 32 (4), 12-7. Doi - 10.3928/00989134-20060401-04

Statistisk sentralbyrå (2019) *Brukere av hjemmetjenester får dårligere ernæringsoppfølging enn beboere på sykehjem*. Tilgjengelig fra:

<https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/brukere-av-hjemmetjenester-far-darligere-ernaeringsoppfolging-enn-beboere-pa-sykehjem> (Hentet: 3. april 2023)

Statsforvalteren (2022) *Tvang*. Tilgjengelig fra:

<https://www.statsforvalteren.no/portal/helse-omsorg-og-sosialtjenester/tvang/> (Hentet: 28. desember 2022)

St. Meld. 47 (2008-2009) (2009) *Samhandlingsreformen*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig

fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf> (Hentet: 15. april 2023)

Store Medisinske Leksikon (2021) *Ernæringsstatus*. Tilgjengelig fra:

<https://sml.snl.no/ernaeringsstatus> (Hentet: 27. desember 2022)

Strandås, M. (2019) *Hva er sykepleie, og hva burde det være?* Tilgjengelig fra:

<https://sykepleien.no/sykepleien/2019/04/hva-er-sykepleie-og-hva-burde-det-vaere> (Hentet: 18. desember 2022)

Thidemann, I. (2020) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Thoresen, L. (2019) Næringsbehov ved sykdom, i Ørn, S., Mjell, J. og Bach-Gansmo, E. (red.) *Sykdom og behandling*. 2. utg. Oslo: Gyldendal

Tveiten, S. (2018) Empowerment og veiledning, i Gammersvik, Å. og Larsen, T., B. (red.) *Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis*. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget, s. 237-256.

Vågan, A. og Olsson, A., B., S. (2018) *Empowerment - egenmobilisering*. Tilgjengelig fra:

<https://mestring.no/hva-er-laering-og-mestring/sentrale-begreper/egenkraftmobilisering/> (Hentet: 18. desember 2022)

WHO (1998). *Health promotion glossary*. Genevë.

