

Iris Jeanette Maria Quam 10092

Hvordan kan sykepleiere forebygge underernæring hos eldre som mottar hjemmetjeneste?

Litteraturbachelor

Bacheloroppgave i Bachelor i sykepleie

Veileder: Marianne Louise Frilund

Juni 2023

Iris Jeanette Maria Quam 10092

Hvordan kan sykepleiere forebygge underernæring hos eldre som mottar hjemmetjeneste?

Litteraturbachelor

Bacheloroppgave i Bachelor i sykepleie
Veileder: Marianne Louise Frilund
Juni 2023

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



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Bakgrunn:

Underernæring er et vanlig problem blant eldre og blir ofte oversett i den daglige praksisen. Tilstanden fører til mange negative konsekvenser og mangel på rutiner, kunnskap og ressurser gjør det mulig for underernæringen å utvikle seg til det negative.

Hensikt:

Hensikten med denne oppgaven var å belyse hvordan sykepleiere som jobber i hjemmetjenesten kan bidra til å forebygge underernæring til eldre hjemmeboende.

Metode:

Oppgaven er en systematisk litteraturstudie, der det er brukt sju forskningsartikler for å belyse problemstillingen.

Resultat:

Funnene i artiklene viser til at i den daglige praksisen er det dårlige rutiner for å kartlegge underernæring, personalet har for lite kunnskap rundt temaet og om bruk av kartleggingsverktøy. Tidspress gjør at ernæringsarbeidet ofte blir oversett og ufulstendig. Brukermedvirkningen er varierende fra praksis til praksis. Paternalistisk holdning er ikke gunstig, men fremming av informasjon og veiledning gir gode resultater.

Konklusjon:

I hjemmetjenesten ser vi at det er lite fokus på kartlegging, tilegning av kunnskap og ressurser. Derfor er det viktig at sykepleierne gir mer oppmerksomhet til kartlegging og støtter opp pasientens medvirkning når en lager tiltak.

Abstract

Background:

Malnutrition is a normal problem amongst the elderly and is often overlooked in the daily practice. The condition leads to many negative consequences and lack of routines, knowledge and resources enables the malnutrition to develop negatively.

Aim:

The purpose of this assignment was to shed light on how nurses in home care can contribute to prevent malnutrition in home-dwelling elderly.

Method:

This assignment is a systematic literature study, where seven research articles have been used to illuminate the issue.

Results:

The findings in the articles show that in daily practice there are poor routines for mapping malnutrition, staff have too little knowledge about the topic and about the use of mapping tools. Time pressure means that nutrition work is often overlooked and incomplete. User involvement varies from practice to practice. A paternalistic attitude is not favourable, but the promotion of information and guidance gives good results.

Conclusion:

In home care we can see that there is little focus on mapping, acquiring knowledge and resources. It is therefore important that the nurses pay more attention to mapping and support the patient's participation when measures are taken.

Forord

Jeg vil gjerne takke min veileder Marianne Louise Frilund for god veiledning og gode tilbakemeldinger gjennom utviklingen av oppgaven min. Jeg vil også gjerne få takke min fantastiske familie som har støttet meg hele veien i studiet og har hatt trua på meg og hjulpet meg gjennom vanskelige perioder. Uten de ville jeg ikke ha kommet meg så langt, tusen takk til dere.

Jeg vil også få takke alle vennene mine både fra før studie, men også de som jeg har tilegnet meg under studie. Dere har gjort læringen lettere og hverdagene morsommere. Gleder meg til livet videre, med dere i det.

Innhold

1	Innledning	11
1.1	Bakgrunn for valg	11
1.2	Studiens Hensikt.....	11
1.3	Problemstilling	11
2	Teori	12
2.1	Eldre og ernæring	12
2.2	Underernæring	12
2.3	Brukermedvirkning.....	13
2.4	Vurdering av ernæringsstatus	13
2.5	Sykepleierens ernæringsoppgaver i hjemmetjenesten	13
2.6	Virginia Henderson	14
3	Metode.....	15
3.1	Beskrivelse av metode	15
3.2	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	15
3.3	Søkehistorikk/Søkestrategi	15
3.4	Vurdering/utvelgelse av artikler	18
3.5	Etiske vurderinger.....	18
3.6	Analyse	18
4	Resultat.....	20
4.1	Sammenfattet presentasjon av resultater i hovedtema.....	23
4.1.1	Selvbestemmelse og selvstendighet.	23
4.1.2	Kompetanse.....	24
4.1.3	Tidspress.....	24
4.1.4	Kartleggingsverktøy	25
5	Diskusjon	26
5.1	Autonomi og pasientdeltagelse.....	26
5.2	Sykepleierens kompetanse og funksjon	27
5.3	Kartleggingsverktøy	28
5.4	Styrker og svakheter med litteraturstudiet	30
5.5	konklusjon	31
	Referanser	32

Antall ord: 7450

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg

Ernæringsproblemer som underernæring er et vanlig problem som en ser hos eldre mennesker (Brodtkorb, 2020). Underernæring blir definert som en tilstand der mangel på energi eller proteiner gir vekttap og redusert muskelmasse. Etter hvert som en blir eldre, øker risikoen for underernæring. Generelt er risikoen for underernæring høyest på sykehuset, deretter sykehjem og til slutt i hjemmetjenesten (Helsedirektoratet, 2022).

Europeiske studier viser at 33% av pasientene i hjemmetjenesten er i risikogruppen for å utvikle underernæring, men ifølge en studie fra Sør-Norge er det 13-22% av pasientene i hjemmetjenesten som er i risikozonen, alt etter hvilke kartleggingsverktøy som blir brukt (Helsedirektoratet, 2022).

Underernæring er en sykdom som kommer med mange negative konsekvenser, blant annet endring av mental status, nedsatt livskvalitet, dårligere infeksjonsmotstand, dårlig sårtilheling, dårlig muskelkraft, langsom mobilisering, økt risiko for trykksår og mye mer (Thorsen et al., 2019, s. 157).

Gjennom studie, praksis og tidligere arbeidserfaring har jeg møtt på mange svake eldre som har vært underernærte eller i alvorlig risiko for å utvikle underernæring. Jeg har sett hvordan ernæring overses og kartleggingen ofte blir utsett, nedprioritert eller ikke utført i hektiske arbeidsdager. Dette er noe av grunnene til hvorfor jeg valgte denne oppgaven. Jeg vil finne ut mer om underernæring. Hva som ligger bak underernæring, hvordan sykepleierne opplever det og hvilke tiltak som en kan gjøre for å bedre ernæringsstatusen.

1.2 Studiens Hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å belyse hvordan sykepleiere i hjemmetjenesten kan bidra til å forebygge underernæring hos hjemmeboende eldre.

1.3 Problemstilling

Følgende problemstilling ble valgt til oppgaven: Hvordan kan sykepleiere forebygge underernæring hos eldre som mottar hjemmetjeneste?

2 Teori

2.1 Eldre og ernæring

Det å ha en god ernæringsstatus hos eldre fører normalt til at funksjonsdyktigheten bevare lengre, noe som har stor betydning for både trivsel og livslyst (Aagaard, 2017, s. 206). Etter hvert som årene går og en blir eldre, vil det også medføre en økt risiko for underernæring og feilernæring. Dette skyldes hovedsakelig fordi energibehovet og omsetningen av energien blir lavere med økende aldre. Når en da har en lavere energiomsetning i kroppen, vil det også føre til et mindre matinntak (Aagaard, 2017, s. 206).

En rekke faktorer kan være med på å redusere matinntaket. Eksempler på dette er dårlig tannstatus, nedsatt tørstefølelse og appetitt, dårlig svelgfunksjon som følge av annen sykdom og avføringsproblemer som obstipasjon. Forstoppelse kan igjen gi dårlig appetitt, lavere matinntak og økt risiko for underernæring (Mortensen, 2019, s. 27).

Normalt sett når den eldre personen er i en stabil fase regner en at energibehovet ligger på 30 Kcal/kg/døgn. Når en blir syk øker energibehovet til ca. 40 Kcal/kg/døgn og en tenker at væskebehovet også øker til 30 – 40 ml/kg/døgn (Brodtkorb, 2020, s. 302).

2.2 Underernæring

Underernæring er et lite synlig problem i samfunnet. Både på sykehjem, sykehus og i hjemmetjenesten kan en finne personer som er underernærte. For samfunnet har dette både stor helsemessig og økonomisk konsekvens. En person kan miste vekten gradvis over tid, og om det ikke er iverksett gode rutiner for å fange dette opp vil en ikke oppdage at personen er underernært før underernæringen er blitt alvorlig. Det er derfor viktig at sykepleier har god kunnskap om hvordan en kan oppdage underernæring, hvordan en kan forebygge dette og hvordan en kan behandle det. En må også ha kunnskap om når en skal henvise videre når det er behov for en mer spesialisert ernæringsbehandlingsplan (Thoresen et al, 2019, s. 156).

Det finnes mange ulike konsekvenser som kan komme av underernæring. Det er alt fra mentale endringer og nedsatt livskvalitet, til økt komplikasjoner, dødelighet eller redusert overlevelse og ikke minst det økonomiske aspektet som følger ved større belastning på helsepersonellet, mer liggetid, og økte kostnader ved eventuelle sykehusopphold (Thoresen et al., 2019, s. 157).

Helsedirektoratet (2022) definerer underernæring slik: «En tilstand der mangel på energi eller protein gir vekttap og redusert muskelmasse som fører til forverret fysisk eller mental funksjon og til dårligere utfall ved sykdom».

2.3 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning innebærer at pasienten er med i bestemmelsesprosessen og legger til rette for at personen kan være mest mulig autonom (Romsland et al., 2018, s. 147). Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven, har pasienten rett til å medvirke på potensielle behandlingsmuligheter. Så langt det er mulig, skal tjenestetilbudet utformes sammen med pasienten og det skal legges stor vekt på hva pasienten mener når det skal utformes et tjenestetilbud etter helse- og omsorgstjenesteloven §§3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8 (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1). Som en del av de yrkesetiske retningslinjene til sykepleiere kommer det frem i punkt 2.6 at sykepleieren skal respektere pasientens rett til å ta egne valg og har muligheten til å frasi seg retten til selvbestemmelse (NSF, 2019). Brukermedvirkning skal være fundamentet i samhandling mellom pasient og helsepersonell. Dette er for å sikre at mål og tiltak bygges på pasientens behov slik de selv opplever disse (Boge, 2020, s. 71).

2.4 Vurdering av ernæringsstatus

Systematiske vurderinger av om pasientens helsetilstand endres og forverres, og om det er behov for behandling for å forebygge dette, er noe som ofte blir oversett av både hjemmetjeneste og fastlege. Dette kan da føre til at eldre hjemmeboende pasienter ikke behandles før tilstanden blir akutt og så alvorlig at det blir nødvendig med sykehusinnleggelse (Næss, 2020, s. 254).

Ved å kartlegge ernæringsstatus får en bekreftet eller avkreftet om pasienten har utviklet eller er i ferd med å utvikle et ernæringsproblem. Kartleggingen danner grunnlaget for å kunne bedre pasientens ernæringsstatus og bør være en godt etablert rutine for dem som arbeider med eldre pasienter. Kroppsmasseindeks (KMI) er et lite nyansert mål, men er likevel den viktigste måten for å kunne vurdere ernæringsstatusen. KMI er et uttrykk som blir brukt om forholdet mellom høyden og vekten til pasienten. En kan måle KMI slik: $KMI = \text{vekt (målt i kg)} / \text{høyde}^2 \text{ (målt i m)}$. Hos eldre bør KMIen ligge høyere enn hos yngre personer og bør ligge på mellom 24 og 28. Dersom KMIen begynner å komme ned under 20, kan en regne pasienten som underernært (Brodtkorb, 2020, s. 304 – 305).

For å kunne kartlegge ernæringsstatusen til brukeren, finnes det mange ulike kartleggingsverktøy. Det er blant annet ernæringsjournalen, MUST, SGA og NRS 2002 og MNA, men i 2022 kom helsedirektoratet med anbefaling om bruk av MST (Malnutrition Screening Tool) som kartleggingsverktøy for å vurdere risiko for underernæring hos voksne i helse- og omsorgstjenesten (Helsedirektoratet, 2022).

2.5 Sykepleierens ernæringsoppgaver i hjemmetjenesten

Når sykdom, svekket helse, alderdom eller livssituasjon gjør at den hjemmeboende trenger hjelp, er hjemmetjenesten et godt tilbud for helsehjelp (Fjørtoft, 2016, s. 17).

Som en del av sykepleierens jobb har de ansvar for å sikre at den hjemmeboende brukeren deres får dekket det grunnleggende behovet for mat og drikke (Aagaard, 2017, s. 221). I hjemmetjenesten anbefales det risikovurdering ved oppstart av tjenesten eller ved jevne, definerte mellomrom. Ernærings tiltak blir da sett i verk og følges opp med

utgangspunkt i resultatene. Deretter skal tiltak som er blitt iverksett etter en sykehusinnleggelse eller av fastlegen, følges opp (Mortensen, 2019, s. 27).

Det å smøre, varme og sette frem mat kan være en del av de tjenestene pasienten får. Ved risiko for underernæring kan berikelse av måltidene og tilbud om mellommåltid være nødvendige tiltak.

Selv om det vanligvis ikke er sykepleieren som følger pasienter i hjemmetjenesten til butikken, så kan de ta seg tid til å veilede pasienten i hvilke matvarer som bør kjøpes, eller de kan veilede eventuelle pårørende. Dersom brukeren selv ikke klarer å dra på butikken eller ikke har noen som kan hjelpe dem med handling, kan sykepleieren prøve å finne ut om det er butikker i nærheten som kan ta imot handlelister og deretter kjøre ut varene til pasienten. Dersom det er snakk om en pasient fra andre land enn Norge er det svært viktig at sykepleieren har kunnskap om hvilke matvarer pasienten normalt spiser. Det er viktig å kjenne til pasientens mattradisjoner og hvilke matvarer som er normalt fra kulturen til pasienten (Aagaard, 2017, s. 215).

En annen viktig oppgave sykepleieren har i ernæringsarbeidet, er å kunne veilede assistenter og hjemmehjelpere i hvordan de sammen med pasienten kan tilberede måltider, eller hvordan de kan lage til maten for de pasientene som ikke er i stand til å gjøre dette selv. Å inkludere brukeren i matlaging, handling og listeskriving kan være viktig for at brukeren skal få en følelse av selvbestemmelse og deltakelse (Aagaard, 2017, s. 215-216).

2.6 Virginia Henderson

Virginia Henderson var en amerikansk sykepleier som utviklet en sykepleieteori som bygger på menneskets grunnleggende behov (Rike, 2016). Ifølge Hendersons definisjon er sykepleierens hensikt og mål å hjelpe enkeltmennesket, sykt eller friskt, til å bli mest mulig selvstendig i forbindelse med gjøremål som er knyttet til ivaretagelsen av de grunnleggende behovene (Kristoffersen, 2017, s. 38). Tyngdepunktet i Hendersons teori handler om sykepleierens ansvar for å ivareta menneskets grunnleggende behov når dets egne ressurser ikke strekker til på grunn av helsesvikt og sykdom (Kristoffersen, 2017, s. 22). Som en del av sykepleieteorien til Henderson, utviklet hun 14 punkter som hun definerer som «grunnleggende sykepleieprinsipper». Disse punktene er knytt til de grunnleggende menneskelige behovene, og utgjør sykepleierens mest sentrale arbeid (Kristoffersen, 2017, s. 38). Om en ser i Hendersons 14 punkter, så sier punkt 2 at det å få spise og drikke tilstrekkelig er et grunnleggende behov (Kristoffersen, 2017, s.39).

For at sykepleieren skal kunne forholde seg til pasientens behov, må en ta utgangspunkt i at behovene både oppleves og ivaretas ulikt fra pasient til pasient. Derfor må sykepleieren ta seg tid til å finne ut hvordan den enkelte pasient opplever sine behov og hvordan disse kan best mulig tilfredsstilles. Dette er helt avgjørende for sykepleieren og Henderson utdyper dette slik:

«... sykepleieren bør identifisere det personen mangler, og tjener som en erstatning for å kunne gjøre ham "komplett", "hel" og "uavhengig", beregnet ut fra hans tilgjengelige fysiske styrker, vilje eller kunnskap for å oppnå god helse» (Kristoffersen, 2017, s. 39).

3 Metode

3.1 Beskrivelse av metode

Metoden forteller oss noe om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. En kan definere metode slik: «En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Dalland, 2019, s. 51).

3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Denne oppgaven skal ta for seg eldre hjemmeboende pasienter som mottar hjemmetjeneste og sykepleierens funksjon i dette arbeidet. Med begrepet eldre er det tenkt personer over 65 år. I oppgaven vil jeg ikke ta for meg forebygging av underernæring hos pasienter med spesifikke sykdommer eller mangelsykdommer. Jeg vil heller ikke ta for meg parenteral ernæring eller sondeernæring.

Når jeg har lett etter forskningsartikler så har kriteriene vært at det skal være en forskningsartikkel og som er fagfellevurdert. Språket har jeg begrenset til Norsk, Svensk, Dansk og Engelsk. Artiklene som også er blitt valgt er utgitt i perioden 2012 – 2023 og studiene skal ha blitt utført i Norge eller i et land som kan sammenlignes med den norske helsetjenesten.

3.3 Søkehistorikk/Søkestrategi

For å finne de relevante forskningsartiklene jeg har valgt har jeg foretatt meg søk i både cinahl, pubmed, svemed+ og gjort et manuelt søk på sykepleien forskning. Som tidligere nevnt så har inklusjonskriteriene mine vært at artiklene skulle være forskningsartikler, fagfellevurdert, utgitt mellom 2012 – 2023, omhandle brukere over 65 år og være skrevet på enten Norsk, Engelsk, Dansk eller Svensk.

I Cinahl gjorde jeg 2 systematiske søk. På det første søket brukte jeg søkeordene "primary care", "older people" og "independent living", samt nøkkelordet "primary health care". Disse ordene kombinerte jeg ved å bruke OR. Videre søkte jeg på "malnutrition" og "prevention" and "control". Videre kombinerte jeg alle søkene ved å bruke AND. For å begrense søket så la jeg inn inklusjonskriteriene mine og fikk da 71 treff. Av disse så ble 11 abstrakter og 5 artikler lest. Deretter ble 2 av artiklene valgt.

Den første artikkelen jeg fant var «Registered nurses' and older people's experience of participation in nutritional care in nursing homes: a descriptive qualitative study» (Sjögren Forss et al., 2018). Denne artikkelen tar for seg sykepleiere på et sykehjem, men likevel valgte jeg den fordi jeg synes den var interessant for problemstilling og den belyser både sykepleieres og pasienters perspektiver på hvordan man møter ernæringsproblematikk i praksis.

Den andre artikkelen jeg fant var «Supporting nutrition in frail older people: a qualitative study exploring views of primary care and community health professionals» (Avgerinou et al., 2020). Denne artikkelen følte jeg var veldig relevant for oppgaven min da den handler om eldre hjemmeboende personer og de utforsker problemer med ernæringspraksisen på et bredt perspektiv, ved å intervjuer ulike yrkesgrupper i primærhelsetjenesten.

På det andre søket mitt på Cinahl brukte jeg søkeordene "Malnutrition", "Home care nurses", "Nutritional care" og "Older adults". Jeg kombinerte disse søkeordene ved å bruke AND. Dette gav meg 2 treff. Deretter ble begge abstractene lest, men bare en av artiklene ble lest og brukt til oppgaven min. Denne artikkelen var «Hospital and home care nurses' experiences regarding nutritional care for older adults to prevent and treat malnutrition: a cross-sectional study» (Ten Cate et al., 2021).

Da jeg gjorde et annet søk inne på svemed+ brukte jeg søkeordene "primary care", "older people" og "independant living", samt nøkkelordet "primary health care". Disse søkeordene kombinerte jeg ved å bruke OR. Deretter søkte jeg på "malnutrition" og kombinerte det med resten av søkeordene ved å bruke AND. For å begrense resultatene mine fikk jeg lagt inn at artiklene måtte være publisert mellom 2012 – 2019 (det var ikke mulig å legge inn til 2023) og at artiklene skulle være fra et fagfelleurdert tidsskrift. Da fikk jeg 9 treff. Av dem så ble 5 abstrakter og 3 artikler lest. Jeg endte opp med 2 artikler.

Den første artikkelen jeg fant var «Verktøy ved screening av risiko for underernæring hos eldre» (Gjerlaug et al., 2016). Denne artikkelen så jeg som aktuelle å bruke da den belyser hvilke kartleggingsverktøy som er best egnet til å bruke både i hjemmesykepleien og på sykehjem.

Den andre artikkelen jeg fant var «Vurdering av ernæringsstatus – et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien» (Meyer et al., 2017). Denne artikkelen er svært relevant for oppgaven da den tar for seg ernæringskartleggingen som blir gjort i hjemmesykepleien som er en del av det forebyggende arbeidet til sykepleieren som igjen er fokusområdet til oppgaven min. Dette er en studie som er blitt gjort her i Norge.

Når jeg gikk inn på pubmed brukte jeg søkeordene "malnutrition", "prevention" og "elderly people". Her fikk jeg også lagt inn begrensningene 2012 – 2023 og språk på Norsk, Svensk, Dansk og Engelsk. Dette gav meg 90 treff og av dem så ble 8 abstrakter og 3 artikler lest. Til slutt ble en av artiklene valgt. Artikkelen jeg stod igjen med var «interventions to prevent and treat malnutrition in older adults to be carried out by nurses: a systematic review» (Ten Cate et al., 2020). Jeg ser på denne artikkelen som relevant for oppgaven min da den ser på ulike forebyggende tiltak mot underernæring og hvordan de kan bli integrert i sykepleierens arbeid.

Til slutt gjorde jeg et manuelt søk inne på sykepleien forskning. Her søkte jeg på en hel setning i stede for enkelte søkeord. Det jeg søkte på var "prevent malnutrition in primary home care". Når det kom til avgrensninger så fikk jeg bare lagt inn at det skulle være en forskningsartikkel og at den skulle være på enten norsk eller engelsk. At den skulle være fagfelleurdert og innenfor tidsperioden 2012 – 2023 måtte jeg se etter selv. Dette gav med totalt 3 treff. 3 abstrakter og 2 artikler ble lest. Til slutt valgte jeg å beholde en av artiklene. Den jeg stod igjen med var «Routines in the community nursing services for assessing nutritional status» (Aagaard & Grøndahl, 2017). Som en del av det forebyggende arbeidet til sykepleieren inngår kartlegging av underernæring. Derfor

valgte jeg å inkludere denne artikkelen. Den tar for seg hvilke rutiner både ledere og annet helsepersonell benytter seg for å vurdere brukerens ernæringsstatus.

Tabell 1. Søkehistorikk

Søkeord	Dato	Database	Evt. avgrensninger	Antall treff	Leste abstracter (antall)	Leste artikler (antall)	Inkluderte artikler (forfatter, årstall)
Prevent malnutrition in primary home care	03.05.23	Manuelt søk på sykepleien forskning	Publiseringstidspunkt: 2012 – 2023 Forskningsartikkel Fagfelleverdert Norsk og engelskspråklig	3	3	2	Aagaard & Grøndahl, 2017
"Primary care" OR "Primary" "health care" OR "Independent living" OR "Older people" AND "Malnutrition" And "Prevention and controle"	26.04.23	Cinahl complete	Publiseringstidspunkt: 2012- 2023 Språk: Norsk, Svensk, Dansk & Engelsk. Forsknings artikkel Fagfelleverdert.	71	11	5	Avgerinou et al., 2020 Forss et al., 2018
"Malnutrition" AND "Home care nurses" AND "Nutritional care" AND "Older adults"	27.04.23	Cinahl Complete	Publiseringstidspunkt: 2012- 2023 Språk: Norsk, Svensk, Dansk & Engelsk. Forsknings artikkel Fagfelleverdert.	2	2	1	Ten Cate et al., 2021
"Primary care" OR "Primary health care" OR "independent living" OR "Older people" AND "Malnutrition"	27.04.23	Svemed+	Publiseringstidspunkt: 2012 – 2019 Fagfelleverdert tidssktift	9	5	3	Gjerlaug et al., 2016 Meyer et al., 2017
"Malnutrition", "Prevention" & "Older people"	27.04.23	Pubmed	Publiseringstidspunkt: 2012- 2023 Språk: Norsk, Svensk, Dansk & Engelsk.	90	8	3	Ten Cate et al., 2020

3.4 Vurdering/utvelgelse av artikler

For kvalitetssikring av artiklene som har blitt valgt til å bli inkludert i oppgaven, er det benyttet Aveyards systematiske tilnærming (Aveyard, 2019, s. 14), samt sjekklister for kvalitetssikring av vitenskapelige artikler fra helsebiblioteket (Helsebiblioteket, 2016). Artiklene som er valgte er også verifisert ut fra kanalregisteret. Dette er et register over vitenskapelige publiseringskanaler som blant annet tidsskrifter, serier og utgivere/ forlag. 3 av artiklene jeg valgte har fått nivå 2 og 4 av artiklene har fått nivå 1. Nivå 1 indikerer at publiseringskanalen utfyller minstekravet for vitenskapelighet, mens nivå 2 er det høyeste og beste kanalen kan skåre (Kanalregisteret, u.å.). Ut fra denne informasjonen har alle 7 forskningsartiklene bestått kvalitetssikringen.

3.5 Etske vurderinger

Som en del av den etiske vurderingen av oppgaven, kan vi se at i fem av artiklene (Meyer et al., 2017, Sjøgren Forss et al., 2018, Ten Cate et al., 2021, Aagaard & Grøndahl, 2017 & Avgerinou et al., 2020) inneholder etisk gjennomgang av studiene deres. Her kommer det frem at artiklene er blitt godkjente av etiske komiteer, de er frivillige, deltakerne har gitt informert samtykke og er anonyme. De to siste studiene (Gjerlaug et al., 2016 & Ten Cate et al., 2020) inneholder ikke etisk gjennomgang. Dette er på grunn av at de er oversiktsstudier som tar for seg andre studier som allerede er gjort.

3.6 Analyse

For å analysere artiklene mine har jeg brukt Aveyards tematiske tilnærming av litteraturen (Aveyard, 2019, s.141-143)

Identifisere tema

Å identifisere temaene i artiklene er første steg i tilnærmingen. En starter med å gå rett til resultatdelen av hver studie og les den om igjen. Temaene du finner er basert på hovedfunnene fra artiklene og når du leser resultatene kan en ofte se at de inneholder mange temaer, men mange av dem er temaer som en kan kombinere med andre artikler. Temaene som en finner skal reflektere tilbake på problemstillingen som en har valgt (Aveyard, 2019, s. 141).

Utvikle temaene

Når en har fått identifisert temaene, skal en slå sammen resultatene fra de artiklene som har samme tema (tema 2). Dette kan en gjøre på ulike måter, noen «klipper og limer» resultatene fra artiklene og legger de sammen i grupper for de ulike temaene, noen liker å legge resultatene inn i regneark og grupperer dem elektronisk og noen liker å bruke fargepenner til å fremheve de ulike temaene (Aveyard, 2019, s. 142).

Diskusjon av styrken på bevisene

Her skal studiene vurderes og man sammenligner bevisene fra de ulike studeiene. Noen av artiklene vil kanskje ha sterkere bevis enn andre, og en bør da fokusere på dette når en skal skive sammenfatningen (Aveyard, 2019, s. 143) (Thidemann, 2019, s.97).

Navngi temaene

Her skal en sette navn på temaene en har funnet (Aveyard, 2019, s. 143) (Thidemann, 2019, s.98).

Tabell 2. Hovedtema og artikkelnummer

Hovedtema	Artikkelnummer
Kartleggingsverktøy	1, 2, 4 & 6
Selvbestemmelse	2 & 3
Tidspress	2, 3 & 6
Kompetanse	2, 3, 4, 5, 6 & 7

4 Resultat

I resultatdelen min skal jeg legge frem de ulike funnene mine fra artiklene innenfor de hovedtemaene som ble identifisert i analysen (se tabell 2). Det legges også frem en artikkelmatrise for hver av artiklene inkludert i studien for å gi en mer oversiktlig oversikt av artiklene.

Tabell 3. Artikkel 1

Referanse	Gjerlaug, A., Harviken, G., Uppsata, S & Bye, A. (2016). Verktøy ved screening av risiko for underernæring hos eldre. <i>Sykepleien forskning</i> . 2016;11(2): 148-156. https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2016.57692
Studiens hensikt/mål	Å identifisere hvilke screeningsverktøy som egner seg best til å identifisere risiko for underernæring blant eldre på langtidsinstitusjoner og eldre som mottar hjemmesykepleie.
Nøkkelord/ Keywords	Elderly, malnutrition, nutritional screening, review & screening tool
Metode	En systematisk litteraturstudie.
Resultat/ Konklusjon	Screeningsverktøyene MNA-SF, SNAQ, SMT og GNRI kom frem som gode verktøy til å identifisere risiko for underernæring, men MST var den som kom ut som den mest egnet både blant langtidspasienter og for de med hjemmetjeneste.
Relevans	Den tek for seg ulike kartleggingsverktøy som hjemmetjenesten kan ta i bruk for å forebygge underernæring.

Tabell 4. Artikkel 2

Referanse	Meyer, S., Velken, R. & Jensen, L. (2017). Vurdering av ernæringsstatus – et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien. <i>Sykepleien forskning</i> . 2017; 12(61797): e-61797. DOI: 10.4220/sykepleienf.2017.61797
Studiens hensikt/mål	Å finne ut hvordan pleiere i hjemmetjenesten tolker og ivaretar faglig forsvarlig ernæringspraksis med tanke på de nasjonale faglige retningslinjene for forebygging av underernæring.
Nøkkelord/ keywords	Ikke angitt.
Metode	En kvalitativ studie med analyse av data fra to prosjektutviklingsprosjekter.
Resultat/ konklusjon	Ernæringsarbeidet er personsentrert, praktisk og tilpasset hjemmearenaen. Pleieren stiller spørsmål om hvorvidt kravene i de faglige retningslinjene tar god nok hensyn til den hjemmebaserte praksisen.
Relevans	Artikkel tar for seg ernæringskartlegging i hjemmetjenesten som er en del av det forebyggende arbeidet og det er en studie som er gjort i Norge og er basert på den norske primærhelsetjenesten.

Tabell 5. Artikkel 3

Referanse	Sjögren Forss, K., Nilsson, J. & Borglin, G. (2018). Registered nurses' and older people's experiences of participation in nutritional care in nursing homes: a descriptive qualitative study. <i>BMC nursing</i> . 17:19. https://doi.org/10.1186/s12912-018-0289-8
Studiens hensikt/mål	Sette lys på pasienter og pleieres erfaringene ved å delta på ernæringsmessig omsorg.
Nøkkelord/keywords	Care, Content analysis, Interviews, Malnutrition, Nursing interventions, Older people, Patients involvement, Registered nurses.
Metode	En deskriptiv kvalitativ studie.
Resultat/konklusjon	Funnene fra artikkelen tyder på at paternalistisk holdninger i tillegg til et asymmetrisk forhold mellom pleier og pasient er fortsatt vanlige trekk ved moderne klinisk praksis for eldre mennesker.
Relevans	Artikkelen tar for seg både pleiere og pasienter perspektiver ved ernæringsarbeidet i praksis.

Tabell 6. Artikkel 4

Referanse	Ten Cate, D., Schoonhoven, L., Huisman-de Waal, G., Schuurmans, MJ. & Ettema, RG. (2021). Hospital and home care nurses' experience and perceptions regarding nutritional care for older adults to prevent and treat malnutrition: a cross-sectional study. <i>Journal of clinical nursing</i> . 2021;30:2079-2092. https://doi.org/10.1111/jocn.15764
Studiens hensikt/mål	Å få innsikt i sykehus- og hjemmesykepleieres erfaringer og oppfatning av ernæringsarbeidet for å best mulig forebygge og behandle underernæring
Nøkkelord/keywords	Cross-sectional study, essential care, experiences and perceptions, hospital and home care nurses, malnutrition, nursing care activities, nutritional care & older adults
Metode	En tverrsnittsdeskriptiv studie
Resultat/konklusjon	De fleste sykehus- og hjemmesykepleierne mente at ernæringsarbeidet for de eldre for å forebygge og behandle underernæring er viktig og ønsket videre trening innenfor dette temaet. Likevel var det mer enn 28 % av sykepleierne som mente på at underernæring var et lite til ingen problem.
Relevans	Artikkelen setter lys på sykehus- og hjemmesykepleieres erfaringer og oppfatning om ernæringsarbeidet og hvor viktig det er.

Tabell 7. Artikkel 5

Referanse	Ten Cate, D., Ettema, RG., Huisman-de Waal, G., Bell, JJ., Verbrugge, R., Schoonhoven, L. & Schuurmans, MJ. (2020). Interventions to prevent and treat malnutrition in older adults to be carried out by nurses: a systematic review. <i>Journal of Clinical Nursing</i> . 2020; 29: 1883-1902. https://doi.org/10.1111/jocn.15153
------------------	---

Studiens hensikt/mål	Å identifisere handlinger som kan forebygge og behandle underernæring blant eldre personer, som kan integreres i sykepleierens arbeid. En skulle også evaluere effekten av disse handlingene på utfall relatert til underernæring
Nøkkelord/keywords	Basic nursing care, fundamental care, malnutrition, nurses, nursing care activities, nutritional care, older adults, oral nutrition & systematic review.
Metode	En systematisk litteraturstudie
Resultat/konklusjon	Fire intervensjoner ble identifisert ut fra de studiene som ble inkludert i artikkelen. Det kommer frem i artikkelen at det ikke er noe skade i å bruke disse intervensjonene, men at en må huske at bevisene er sparsomme og at det derfor er nødvendig med høy-kvalitet forskning for å bygge opp intervensjonene i ernæringsarbeid
Relevans	Sykepleiere kan trygt ta i bruk de fire intervensjonene som kommer frem i artikkelen da de er godt posisjonerte til å lede de essensielle prosessene for ernæringsarbeid blant de eldre.

Tabell 8. Artikkel 6

Referanse	Aagaard, H. & Grøndahl, VA. (2017). Routines in the community nursing services for assessing nutritional status. <i>Sykepleien forskning</i> . 2017; 12 (61219): e- 61219. https://doi.org/10.4220/sykepleief.2017.61219
Studiens hensikt/mål	Beskrive hvilke rutiner ledere og helsepersonell i hjemmesykepleien benytter for å vurdere pasientens ernæringsstatus.
Nøkkelord/keywords	Ikke angitt
Metode	Kvantitativ tverrsnittsundersøkelse
Resultat/konklusjon	67% av lederne og 37% av helsepersonellet var kjent med helsedirektoratets retningslinjer. 1/3 respondanter svarte at hjemmesykepleien har skriftlige prosedyrer for å vurdere ernæringsstatus. 80% av lederne og 69% av helsepersonellet oppgav at det ikke var normalt å veie brukerne ved oppstart av hjemmetjeneste.
Relevans	Artikkelen ser på de rutinene som finns no i praksis og en ser at retningslinjene bør gjøres bedre kjent.

Tabell 9. Artikkel 7

Referanse	Avgerinou, C., Bhanu, C., Walters, K., Croker, H., Tuijt, R., Rea, J., Hopkins, J., Kirby-Barr, M. & Kharicha, K. (2020). Supporting nutrition in frail older people: a qualitative study exploring views of primary care and community health professionals. <i>British Journal of General Practice</i> . https://doi.org/10.3399/bjgp20x707861
Studiens hensikt/mål	Utforske synspunkter til ulike yrkesgrupper i primærhelsetjenesten når det gjelder forebygging og behandling av underernæring blant eldre. Målet var å belyse eventuelle mangler og tiltak for å bedre praksisen i helsetjenesten.

Nøkkelord/ keywords	Community, Frailty, health education malnutrition, older people & primary care.
Metode	Kvalitativ studie
Resultat/ konklusjon	Gjennom intervjuene kom det frem at så lange brukerne ikke var klinisk tydelig underernærte, var det vanskelig å identifisere de som var i risiko for underernæring. Et annet problem som også kom frem var mangel på kunnskap blant helsepersonellet.
Relevans	Artikkelen identifiserer ulike intervensjoner for å forebygge og behandle underernæring.

4.1 Sammenfattet presentasjon av resultater i hovedtema

4.1.1 Selvbestemmelse og selvstendighet.

I studien til Meyer et al., (2017) ble det påpekt at sykepleierne understrekte viktigheten med å ha respekt for den hjemmeboende og at vedkommende skulle få muligheten til å bestemme selv. De la stor vekt på at hjemmet til brukerne var deres private rom og hva de antok som passende adferd i hjemmene deres.

Som et av punktene i ernæringskartlegging så blir en ofte spurt om vekten til pasienten, men i studien til Meyer et al., (2017) la enkelte sykepleierne vekt på at det var upassende å veie pasienten og ga som grunnlag pasientens verdighet og selvbestemmelse.

I Grupperefleksjoner som ble gjort i forhold til studien kom det frem at pasientene selv vegret seg for å bli veid, noe som igjen gjorde til at pleierne unnlot å veie dem. Andre pleiere var mer opptatte av at de ikke ønsket å krenke noen, spesielt ikke den eldre kvinnenens «husmorsstolthet».

«Du forteller ikke en gammel husmor at hun ikke kan ivareta sitt matinntak» (Meyer et al., 2017).

Ut fra resultatene i studien til Sjögren Forss et al., (2018) kom det frem at pasientene følte at de ikke ble noe involverte i ernæringsbehandlingen sin og følte seg oversett/ overkjørt av sykepleierne. Flere av pasientene involverte i studien oppgav at når de ble underernærte kom sykepleierne med næringsdrikker og fortalte at de var nødt til å drikke flere av dem om dagen. De ble ikke tilbudt alternative behandlinger og de fikk heller ikke mulighet til å diskutere behandlingen sin med sykepleierne.

Sykepleierne oppgav selv i studien at pasientdeltagelse ikke var på toppen av agendaen dere og det virket nesten som ikke viktig for sykepleierne å informere brukerne om utfallet av en ernæringskartlegging, handlinger en kan starte med og/ eller noen form for forebyggende tiltak.

Det å involvere pasientene i ernæringsbehandlingen ble oppfattet som en utfordring blant flere av sykepleierne spesielt når pasienten har levd så lenge at de selv ikke ønsker å fortsette å leve og da slutter å spise.

«We try to involve them, but when they are at the point where they refuse to engage completely... They see no future and nothing, and they have lost all interest – then it is difficult. It is really difficult to motivate them and get them to understand why food and eating would make them feel fitter» (Sjögren Forss et al., 2018).

4.1.2 Kompetanse

I studiene til (Meyer et al., 2017, Sjøgren Forss et al., 2018, Ten Cate et al., 2021, Ten Cate et al., 2020, Aagaard & Grøndahl, 2017 & Avgerinou et al., 2020) kommer det frem at helsepersonellets kompetanse er en viktig ressurs for å kunne forebygge underernæring.

Meyer et al., (2017) la frem i sin studie at sykepleierne hadde lite kunnskap om de nasjonale retningslinjene for forebygging av underernæring og konkluderte med at det var behov for mer kunnskap rundt ernæringsarbeidet. Integrering av gode rutiner er viktige fokusområder for å forbedre ernæringsarbeidet.

Studien til Sjøgren Forss et al., (2018) kom frem til et litt annet utgangspunkt. Her ble det presentert at sykepleierne hadde en mer paternalistisk holdning til pasientene sine. Sykepleierne handlet alene basert på hva de selv mente var best for den eldre. En av sykepleierne la til «It becomes of an «I know best» attitude in this. That you might feel (like), 'But I actually have this education and I do know this stuff, so therefore I choose this'» (Sjøgren Forss et al., 2018, s. 5).

I intervjuene gjort i studien til Avgerinou et al., (2020) kom det frem at et av problemene i primærhelsetjenesten var mangel på kunnskap rundt ernæringsarbeid. Det kommer også frem at det var ingen av yrkesgruppene som ønsket å ha ansvaret for ernæringsarbeid det det ikke ligger noen klar plan for hvem ansvaret burde ligge hos. De ulike yrkesgruppene mener at ansvaret burde ligge hos andre yrkesgrupper da de selv ikke har mulighet, kunnskap eller kapasitet til det.

Gjennom studien til Aagaard & Grøndahl (2017) viste det seg at statens helsetilsyn hadde i 2010 gjort en undersøkelse blant 21 kommuner i 7 fylker. Der kom det frem at 2/3 kommuner strøk undersøkelsen og styret i helsetilsynet mente derfor at kommunene og helsepersonellet viste for lite oppmerksomhet rundt ernæringsarbeidet og hadde for lite kunnskap rundt det. Studien kom videre frem til at det er for lite forskning rundt vurdering og forebygging av ernæringsstatus i hjemmesykepleien og at det er behov for flere studier rundt temaet.

Både Ten Cate et al., (2020) og Ten Cate et al., (2021) legger frem i artiklene sine at studiene indikerer at det er nødvendighet for å utvikle og iverksette trening og undervisnings program om ernæringsarbeid for å forebygge og behandle underernæring. Dette er tiltak som kan forbedre kompetansen og ferdighetene til både helsepersonell, pårørende og pasientene.

4.1.3 Tidspress

Det kommer frem i studiene til (Meyer et al., 2017, Sjøgren Forss et al., 2018 & Aagaard & Grøndahl, 2017) at tidspress er et kjent problem i hjemmetjenesten og gjør det vanskeligere for helsepersonellet å fokusere på ernæringsarbeidet.

Flere av sykepleierne i studien til Meyer et al., (2017) påpekte bemanningssituasjonen som en faktor som begrenser muligheten for å gjennomføre ernæringsrelaterte handlinger som kartlegging. De var og kritiske til kommunens utforming av tidsbestemte tiltak målt i minutter, noe som de mener er faglig begrensende.

*«Hvis oppdraget er dusj x 1, spør vi ikke om mat før vi ser det er et problem»
(Meyer et al., 2017).*

Sykepleierne i studien la også vekt på at sosial betydning har mye å si for personer med liten appetitt. For eldre som bor alene hjemme hadde medspising vert et godt tiltak en kunne iverksett, men det er ikke praktisk mulig med tanke på at pleierne har en spesifikk tidsramme å holde seg innenfor (Meyer et al., 2017).

I Studien til Sjögren Forss et al., (2018) kom det frem at sykepleierne opplever en konstanten tidsmangel som utgjorde en barriere og mente at det gjorde til at andre sykepleieoppgaver ble prioritert som mer viktig enn ernæringsarbeidet.

Aagaard & Grøndal, (2017) gjorde en studie blant lederne og helsepersonellet i hjemmetjenesten. Der ble det konkludert med at lederne mente at kunnskap, tid og ressurser var det største hinderet for god ernæringsoppfølging, men helsepersonellet mente at det var tiden som var den største utfordringen deretter kunnskap og ressurser.

4.1.4 Kartleggingsverktøy

4 av artiklene, (Aagaard & Grøndahl, 2017, Gjerlaug et al., 2016, Meyer et al., 2017 & Ten Cate et al., 2021) trekker frem vurdering og kartlegging som faktorer som er viktige for å forebygge underernæring.

Aagaard & Grøndahl (2017), fremhever viktigheten med gode rutiner i vurderingen av ernæringsstatusen. I studien deres synes sykepleierne at det å veie pasientene er utfordrende og det blir påpekt at det er viktig at alle kommuner har prosedyrer på plass for vurdering av ernæringsstatusen.

I studien til Gjerlaug et al., (2016) kommer det frem til fire screeningsverktøy som er validerte, men den konkluderer med at verktøyet MNA-SF var den som var best egnet både til hjemmesykepleien og til sykehjem da det var den som var validert i flest studier.

Meyer et al., (2017) kom frem til at sykepleierne hadde lite erfaring med bruk av kartleggingsverktøy for ernæring og at det derfor burde settes mer fokus på systematisk ernæringskartlegging. Sykepleierne kom også frem med at praktiske utfordringer som mangel på vekt eller at brukeren ikke klarer å stå gjør kartleggingen vanskeligere.

I studien til Ten Cate et al., (2021) viste det seg at bare 59% av sykepleierne i hjemmetjenesten nevnte at de brukte et kartleggingsverktøy. 61% av sykepleierne brukte verktøyet «short nutritional Assessment Questionnaire» (SNAQ). Pleierne oppga også at de rapporterte kartlegging under hjemmевurderings besøk i kombinasjon med annen risikovurderinger to ganger i året eller ved mistanke om underernæring.

5 Diskusjon

5.1 Autonomi og pasientdeltagelse

Brukermedvirkning og medbestemmelse for pasienter i helsetjenesten er et sentralt prinsipp som stadig blir mer vektlagt. Prinsippet bygger på de grunnleggende menneskerettigheter som pasientene har, som rett til autonomi, rett til informert samtykke i behandlinger og rett til respekt for personlig integritet. Brukermedvirkningen handler om muligheten til å bestemme over seg selv, har en valgfrihet og innflytelse på beslutninger og kan forstås som pasientens mulighet og evne til å bestemme selv i møte med fagpersonell. For at pasienten skal kunne leve et liv på egne premisser må pasienten få være delaktig i og ha innvirkning på beslutningen som vedgår personen. Dette gjeld også når pasienten blir avhengig av hjelp i hverdagen (Fjørtoft, 2019, s. 126).

Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven har pasienten rett til å medvirke på valg i forhold til behandlingsmuligheter og pasienten har rett på å få nødvendig informasjon til å kunne ta et informert valg (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1 & §3-2). Selv om pasienten har disse rettene kan vi se i studien til Sjögren Forss et al., (2018) at dette ikke alltid blir fulgt. Studien viser at brukermedvirkningen er så og si fraværende ved ernæringsarbeidet. Det kommer frem at sykepleierne hadde en paternalistisk holdning ovenfor pasientene der de satte i gang tiltak som de selv mente var til pasientens beste og de tok seg ikke tid til å diskutere dette med pasientene i forkant av dette. Dette var det flere av pasientene som ikke syntes noe om og skapte frustrasjon blant pasientene, da de selv ønsket å bli mer involverte i behandlingen og beslutningsprosessen. Sykepleiernes erfaring var at involvering av pasientene ikke ble prioritert og sykepleierne viste lite interesse for å informere pasientene sine (Sjögren Forss et al., 2018). Som sykepleier har en ansvar for at pasienten får den nødvendige informasjonen om sin helsesituasjon og de tiltakene som kan være med på å bedre ernæringsstatusen. Dette støttes opp ved punkt 2.5 og 2.6 i sykepleierens yrkesetiske retningslinjer, som sier at som sykepleier skal en gi tilpasset og nødvendig informasjon slik at pasienten forstår situasjonen og kan ta egne valg, samt at en skal respektere at pasienten har rett til å ta egne valg (NSF, 2019).

En annen sykepleier i studien legger frem at noen av pasientene ikke ønsket å bli involvert i behandlingen og virker uinteressert i ernæringsarbeidet (Sjögren Forss et al., 2018). Her kan en da knytte opp punkt 2.6, som sier også at pasienten kan frasi seg selvbestemmelsen og dermed la sykepleieren bestemme og legge det til rette for å bedre ernæringsstatusen (NSF, 2019). Mangelen på interesse i forhold til ernæringshelsen, kan tolkes på forskjellige måter. En måte en kan se det på er at pasienten bare ikke er interessert, men det kan og være at pasienten ikke føler at de forstår det som sykepleieren prøver å forklare og kanskje synes det vil være lettere å la helsepersonell med kompetanse lage til en behandling.

Studien til Meyer et al., (2017) viser et annet perspektiv i forhold til brukermedvirkningen. Her kommer det frem at medvirkningen kan være med å skape engasjement og pasientene reagerte svært positivt når de fikk være med å planlegge når det passet med kartleggingen sammen med sykepleieren. Det at pasientene fikk være

med å bestemme ble så godt tatt imot at ene sykepleieren beskrev det slik at pasientene nesten sto og ventet med vekten.

Som en del av brukermedvirkningen innenfor ernæring så har det mye å si hva pasientene spiser. I en hektisk hverdag så er det ikke alltid at personelt spør pasienten hva de ønsker å spise. Ofte går er rett til kjøleskapet og lager klart noe, da en regner med at det som står der er mat som pasienten liker. Det som en ikke alltid tenker på er at ofte så er det pårørende som handler inn både pålegg, drikke og middag til pasienten. Dermed kan det forekomme at det ikke alltid er mat som pasienten liker. Om sykepleieren dermed bare lager til noe av det som står i kjøleskapet uten å spørre pasienten hva han/hun ønsker så kan det resultere i at maten ikke blir spist. Da sykepleieren også har dårlig tid hos pasienten, vil det være vanskelig å registrere om pasienten spiser og eventuelt da hvor mye.

I lys av dette kan en tenke seg til at sykepleieren kan fremme brukermedvirkning på ulike måter, men spesielt ved å gi god og tilpasset informasjon om pasientens ernæringstilstand, drøfte mulige behandlingstiltak sammen, lytte til pasienten og vise respekt ovenfor han/ hennes ønsker og valg. Den som kjenner pasienten best, er pasienten selv. Pasienten vet dermed selv hvordan han/hun trenger og ønsker. Ved å utforske perspektivene til pasienten, kan sykepleieren lettere kartlegge om det er en dirket årsak til underernæringen.

5.2 Sykepleierens kompetanse og funksjon

For at sykepleieren skal kunne veilede og informere pasientene sine om kartlegginger, næring og mulige tiltak er det viktig at sykepleieren er bevisst på egen kompetanse og funksjon. Så hva er egentlig sykepleierens rolle i alt dette? Fra de yrkesetiske retningslinjene punkt 2.1 og 2.3 sies det sykepleieren skal fremme helse og forebygge sykdom, samt ivareta helhetlig omsorg (NSF, 2019). Vi har tidligere lært at optimal ernæringsstatus er et viktig forebyggende arbeid og er med på å fremme god helse og funksjon (Brodtkorb, 2016, s. 301), samt at underernæring bidrar til dårligere livskvalitet, forverring av fysisk og mental funksjon og at en tolererer behandlinger dårligere (Helsedirektoratet, 2022). Dette er med i belysning av tolkningen min om at forebygging av underernæring er en del av arbeidet til sykepleieren.

Gjennom sykepleierutdanningen, lærer en om menneskets grunnleggende behov om mat og drikke. Skal sykepleieren skal kunne være til hjelp med å dekke ernæringsbehovet til pasienten, må det ligge grunnleggende kompetanse i grunn. Etter helsepersonelloven skal helsepersonell utøve faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, som er tilpasset den aktuelle situasjonen (helsepersonelloven, 1999, §4). Slik jeg forstår det, så må sykepleieren ha den nødvendige kompetansen for å møte pasienter i ulike ernæringsstatuser for å kunne gi den beste behandlingen.

Mangel på kompetanse om forebygging av underernæring blant helsepersonell er et problem, både i sykehjem og i hjemmetjenesten. Dette blir bekreftet i studien til Meyer et al., (2017). Der trekkes det frem at det er behov for mer kunnskap om ernæring og ernæringsarbeidet i hjemmetjenesten. En kan også se i studien til Sjøgren Forss et al., (2018) at helsepersonellet var usikre på hvordan de skulle møte og snakke med pasientene sine om ernæringsproblemer, og at tiltak som næringsdrikker ofte er det første og eneste tiltaket som blir iverksett.

Disse resultatene samstemmer godt med min egen personlige erfaring fra hjemmetjenesten. Her er sykepleierne svært raus med næringsdrikker selv om det ikke er alltid at pasientene drikker dem og de blir ofte bare stående i kjøleskapet eller kjøkkenskapet. Ved spørsmål til sykepleier om det er andre alternativer en kan bruke, får en ofte tilbake som svar at de ikke vet. Slik jeg tolker dette kan det da dreie seg om manglende kunnskap om alternative tiltak. I studien til Sjögren Forss et al., (2018) blir det sagt at næringsdrikker egentlig er siste alternativ i forebygging av underernæringen.

I studien til Meyer et al., (2017) blir det lagt vekt på at ledelsesforankring er svært viktig. Det blir tatt frem at lederne må ha interesse og oppmerksomhet rundt temaet, og at ernæringskartlegging og rutiner må integreres i arbeidet, men det står også i punkt 1.4 av de yrkesetiske retningslinjene at sykepleieren selv har ansvar for å holde seg selv oppdatert på både forskning og utvikling innenfor eget fagområde (NSF, 2019). Ut fra dette tolker jeg at det er sykepleierens eget ansvar å være en delaktig deltager i egen kompetanse og bør oppsøke informasjon innenfor temaer som en er usikker på eller som en føler en ikke har lært nok om. Dette er spesielt viktig ved arbeidsplasser der en ikke har tilbud om undervisninger eller opplæring innenfor gitt tema.

Som tidligere nevnt så er hjemmetjenesten en hektisk arbeidsplass der en ofte er underbemannet og arbeidslistene blir lange. Dette kan igjen gjenspeile seg på kompetansen til sykepleieren. Med lite tid inne hos pasienten, vil en ikke alltid kunne gjennomføre kartlegginger og en får ikke snakket om resultatene uten at det går utover neste pasient. Det er heller ikke alltid at en får tid til å sette seg ned til å få lest seg opp på temaet.

Som pasient har en krav på helsehjelp som er både helhetlig og preget av kontinuitet. God samhandling er en av forutsetningene for helsehjelpen, da sykepleier ikke kan dekke pasientens behov alene, men at ansvaret ligger hos flere yrkesgrupper (Fjørtoft, 2019, s. 139). Dette vil si at sykepleieren ikke skal sitte med soloansvaret i det forebyggende arbeidet. I Studien til Avgerinou et al., (2020) kom det frem at ingen av yrkesgruppene i primærhelsetjenesten ønsket ansvaret for ernæringsarbeidet da det ikke lå en klar plan for hvem ansvaret egentlig skulle ligge hos. Samtidig så er det sykepleieren som har den daglige kontakten med pasientene, og da kan det ofte være nødvendig at det er med sykepleieren at arbeidet begynner da det er de som ser best utviklingen av pasienten og det er de som raskest ser om pasienten er på vei inn i risikozonen for å utvikle underernæring og da vil det være lettere at det er sykepleieren som tar videre kontakt med andre yrkesgrupper.

5.3 Kartleggingsverktøy

Det er blitt sagt at underernæring skal være lettere å forebygge enn å behandle. Eldre mennesker er en pasientgruppe som har en høyere risiko for å utvikle underernæring (Aagaard, 2017, s.206). Konsekvensen av underernæring er mange, men noen av dem er forverret fysisk og mental funksjon, nedsatt livskvalitet og dårligere toleranse for behandling (Helsedirektoratet, 2022).

Om vi ser på studien til Aagaard & Grøndahl (2017) så forteller hele 76% av helsepersonellet at det alltid eller ofte er pasienter med dårlig ernæringsstatus ved arbeidsplassen deres. Gode rutiner for å kartlegge pasientens ernæringsstatus er et nødvendig tiltak for å forebygge underernæring ifølge studien (2017).

Ifølge de nasjonale retningslinjene for forebygging og behandling av underernæring har helsepersonell ansvar for vurdering av ernæringsstatus på pasienter ved oppstart av helsetjenester i hjemmet og deretter månedlig (helsedirektoratet, 2022). Studier viser at utilstrekkelige rutiner og prosedyrer for vurdering av ernæring er et gjennomgående problem i helseinstitusjoner (Gjerlaug et al., 2016), men Meyer et al., (2017) trekker frem at dette er også et problem i hjemmetjenesten. Det kommer også frem i denne studien at de nasjonale retningslinjene blir oppfattet for akademiske og fjern fra den hverdagslige praksisen, og at sykepleieren ikke har erfaring ved bruk av kartleggingsverktøy innenfor ernæringsarbeid. Tidligere studier har vist at helsepersonell har negative holdninger til kartlegging og ernæringsvurderinger (Meyer et al., 2017). I en annen studie kommer det frem at helsepersonellet synes det er utfordrende å identifisere underernæring når pasienten ikke er klinisk tydelig underernært. En av sykepleieren i denne studien la frem at det er pasientene som er åpenbart underernærte som blir prioritert i ernæringsvurderingen og de som ikke har like høy risiko fort kan bli oversett (Avgerinou et al., 2020). Her legger Meyer et al., (2017) til at sykepleierne i studien hennes, mener det er viktigere å prioritere å vurdere ernæringsstatusen til de pasientene som er sykest og som har gått betydelig ned i vekt. Ved en slik type praksis vil jeg si at hele poenget med ernæringskartleggingen falle bort. Hensikten med en slik kartlegging er å identifisere de pasientene som er i risikozonen for underernæring før den får utviklet seg. Derfor er det tydelig at sykepleieren bør rette mer fokus på kartleggingen og der bør innarbeides gode rutiner for en systematisk ernæringskartlegging i hjemmesykepleien, slik at en også klarer å fange opp de som er på vei til å bli i risikozonen for underernæring.

Helsedirektoratet anbefaler bruk av kartleggingsverktøyet MST for å vurdere risikoen for underernæring i helse- og omsorgstjenesten, og legger til at MST er et kartleggingsverktøy som passer seg godt i alle nivåene av helse- og omsorgstjenesten og tjenestenivåene. De nasjonale retningslinjene nevner også kartleggingsverktøyene NRS 2002 (Nutritional Risk screening 2002), MNA (Mini Nutritional Assessment (SF)) og MUST (Malnutrition Universal screening Tool). På lik linje med MST (Malnutrition Universal Screening Tool) hadde de fire verktøyene nesten lik validitet, noe som tilsier at de kan like så godt brukes til å kartlegge ernæringsstatusen som MST (Helsedirektoratet, 2022). Det nevnes lite om verktøyet MNA-SF, men i studien til Gjerlaug et al., (2016) blir det konkludert med at det er dette verktøyet som egner seg best til eldre hjemmeboende pasienter.

Meyer et al., (2017) trekker frem at ernæringskartleggingen kan oppleves som problematisk på grunn av praktiske forhold, som mangel på vekt eller manglende evne til å stå. MNA-SF har en god løsning på dette. Mange av de tilgjengelige kartleggingsverktøyene bruker KMI når de vurderer, men uten vekt og manglende evne til å stå, vil dette være utfordrende. Derfor kan en ved bruk av MNA-SF bruke leggomkretsen i istedenfor (Gjerlaug et al., 2016). Det kan derfor være en mulighet at en har flere validerte kartleggingsverktøy tilgjengelige slik at en kan velge den som er mest optimal i forhold til pasientens begrensinger.

Tidspress er et fenomen som er godt kjent i hjemmesykepleien. Helsepersonell forteller at tidspress reduserer muligheten deres til å utføre kliniske vurderinger og helsefremmende og forebyggende arbeid reduseres (Fjørtoft, 2019, s. 130). Meyer et al., (2017) legger frem at når presset blir for mye i arbeidsdagen, blir oppgaver som ernæringskartlegging nedprioritert. Det blir også påpekt at bemanningssituasjonen er en av grunnene til at kartleggingen kan nedprioriteres. Når en ikke har nok folk på jobb, vil

en prioritere å få gjort det mest grunnleggende arbeidet som stell, toalettbesøk og tilbereding av mat. Dette gjør til at en heller utsetter kartleggingen til en dag når det er mer tid på arbeidslistene og en har flere personale på jobb. Sykepleierne i studien (2017) la frem at sosialisering og trivsel har innvirkning på måltidene. For de pasientene som er aleneboende ble det foreslått «medspising» som et trivselsskapende tiltak. Dette vil si at pasienten har noen med seg under måltidet slik at de ikke er alene. Selv om dette hadde vært et positivt tiltak for å forebygge underernæring, så er det ikke praktisk mulig for helsepersonellet med den tidsrammen de må forholde seg til. Et alternativ som da hadde kunne vært mulig for dem som har familie i nærheten er at helsepersonellet kan prøve å samarbeide med de pårørende om å lage tilrette for å ha måltider sammen noen ganger i uken.

Et annet problem vi kan se i studien til Meyer et al., (2017) er det at helsepersonellet føler hjemmebesøkene til for korte til å klare å gjennomføre systematiske sykepleieobservasjoner spesielt rundt ernæring. Dette kan oppleves som spesielt utfordrende når en har flere pasienter på arbeidslistene sine og en er korte besøk inne hos flere av dem. Om en da ikke er godt kjente med pasientene sine så vil det være vanskelig å fange opp om en pasient er begynt å bli underernært. Det gjør det også enda mer problematisk når en i tillegg har mange uerfarne assistenter som også er inne med pasientene og ikke vet hva de skal se etter. Da vil det igjen være vanskelig for sykepleierne å vite når de skal begynne å iverksette tiltak for å forebygge underernæringen.

Som en del av jobben som sykepleier har en opparbeidet seg både kompetanse, erfaring og et klinisk blikk. Det er derfor viktig at en ikke bare stoler fullt og helt på resultatet av kartleggingen, men at en også vurderer pasientens helhetlige livssituasjon. Dette kan da innebære aktivitetsnivå, sivilstatus, hjelpebehov, sosial omgang og sykehistorie (Devik & Olsen, 2018, s. 29). Selv om pasienten scorer bra på kartleggingen og det indikerer at pasienten ikke er i risiko for underernæring, så kan det likevel være en risiko. Dersom pasienten ikke klarer å komme seg ut av huset sitt, ikke har pårørende tilgjengelige og har problemer med å få tak på matvare, kan det øke risikoen betydelig.

På bakgrunn av alt dette er det viktig at som sykepleier så må en passe på å følge opp pasientene sine, spesielt om en er primæransvarlig for dem. En må se til at det iverksettes tiltak tidlig nok for å forebygge underernæring, sikre et bedre matinntak og hindre videre vekttap.

5.4 Styrker og svakheter med litteraturstudiet

Styrker: Det valgte artiklene er kvalitative eller kvantitative, utenom to som er systematiske litteraturstudier. Artiklene er også funnet ved systematiske litteratursøk i ulike databaser, bortsett fra en artikkel som ble funnet ved manuelt søk.

Jeg valgte å fokusere kun på hjemmetjenesten slik at jeg fikk et mer spesifikt resultat og slapp dermed å se på resultater fra flere instanser.

Svakheter: De fleste av artiklene mine er skrevet på engelsk og jeg har derfor måttet oversette teksten selv. Det er derfor en viss risiko for mistolkning av innholdet.

Som nevnt er det funnet en artikkel ved manuelt søk og da den ikke er funnet i en helsevitenskapelig database, kan det bli sett på som en svakhet.

5.5 konklusjon

Målet med oppgaven min var å sette lys på hvordan sykepleiere i hjemmetjenesten kan bidra til å forebygge underernæring hos hjemmeboende eldre. For å besvare problemstillingen min har jeg brukt egen kompetanse og erfaringer, yrkesetiske retningslinjer, lovverk og forskningsresultater. Jeg har sett at det er stor avstand mellom de nasjonale anbefalingene og den daglige praksisen i hjemmetjenesten. Forskningen tyder på at det er for lite fokus på kunnskap og ressurser som er med på å hemme ernæringsarbeidet. Forskningen tyder også på at brukermedvirkning er en viktig faktor.

Slik jeg har tolket informasjonen i oppgaven, så bør sykepleierne ha mer fokus og oppmerksomhet på kartlegging og det å gjøre seg kjent med pasientene og ernæringsbehovene deres. Forskningen tyder også på at en paternalistisk holdning ikke fungerer, men med informasjon, veiledning og brukermedvirkning kan en få et bra resultat.

Gjennom arbeidet med oppgaven kommer det tydelig frem at det er blitt gjort lite forskning på temaet og at dette kan være en av faktorene til at det er vanskelig å få til et godt forebyggende arbeid. Ved mer forskning og belysning av ny kunnskap kan en få til et mer effektivt ernæringsarbeid og kan da lettere forebygge underernæring.

Referanser

Aagaard, H. (2017). *Væske og ernæring*. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E. - A. Skaug & G. H. Grimsbø (red.), *Grunnleggende sykepleie 2: Grunnleggende behov*. (3.utg, S. 191-242). Gyldendal akademisk

Aagaard, H. & Grøndahl, V. A. (2017). *Routines in the community nursing services for assessing nutritional status*. *Sykepleien forskning*. 2017; 12 (61219): e- 61219.
<https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2017.61219>

Avgerinou, C., Bhanu, C., Walters, K., Croker, H., Tuijt, R., Rea, J., Hopkins, J., Kirby-Barr, M. & Kharicha, K. (2020). *Supporting nutrition in frail older people: a qualitative study exploring views of primary care and community health professionals*. *British Journal of General Practice*. <https://doi.org/10.3399/bjgp20x707861>

Aveyard, H. (2019). *Doing a literature review in health and social care: A practical guide*. (4.utgave). Open university press.

Boge, M. H. (2020). *Samhandlingsreformen og rehabilitering*. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (red.), *Helsefremmende sykepleie: I teori og praksis*. (2.utgave, S. 71-85). Fagbokforlaget.

Brodtkorb, K. (2020). *Ernæring, mat og måltider*. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (3. utgave, s. 301 – 316). Gyldendal.

Brodtkorb, K. (2016). *Ernæring, mat og måltider*. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (2.utgave, s. 301 – 315). Gyldendal akademisk.

Dalland, O. (2019). *Metode og oppgaveskriving*. (6.utgave). Gyldendal

Devik, S. A. & Olsen, R. M. (2018). *Underernæring og pasientsikkerhet blant eldre i kommunene: en oppsummering av kunnskap*. Omsorgssenteret.
<https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/handle/11250/2583947>

Fjørtoft, A-K. (2016). *Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordringer og muligheter* (3.utg). Fagbokforlaget.

Gjerlaug, A., Harviken, G., Uppsata, S & Bye, A. (2016). *Verktøy ved screening av risiko for underernæring hos eldre. Sykepleien forskning*. 2016;11(2): 148-156.
<https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2016.57692>

Helsebiblioteket. (2016, 03. Juni). *4.1 Sjekklist*. Helsebiblioteket.
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/4.kritisk-vurdering/4.1-sjekklist>

Helsedirektoratet. (2022, 14.Mars). *Om underernæring: Definisjon og avgrensning*. Hentet 09. Mai 2023 fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/underernaering/om-underernaering#referere>

Helsedirektoratet. (2022, 14. Mars). Om underernæring: Konsekvenser. Hentet 23. mai 2023 fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/underernaering/om-underernaering#konsekvenser>

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell. (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.
https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_2

Kanalregisteret. (u.å). *Om register over vitenskaplige publiseringskanaler*. Register over vitenskaplige publiseringskanaler. <https://kanalregister.hkdir.no/publiseringskanaler/Om>

Kristoffersen, N. J. (2017). *Sykepleiefagets teoretiske utvikling: en historisk reise*. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E. A. Skaug & G. H. Grimsbø (red.), *Grunnleggende sykepleie 3: Grunnleggende behov*. (3.utgave, S. 15 - 80). Gyldendal akademisk

Meyer, S., Velken, R. & Jensen, L. (2017). *Vurdering av ernæringsstatus – et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien*. *Sykepleien forskning*. 2017; 12 (61797): e-61797. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2017.61797>

Mortensen, T. B. (2019). Sykepleierens ansvar for ernæringsarbeid. I L. Thoresen, C. Borchsenius & R. J. Sjøen, *Sykepleierens ernæringsbok*. (5.utgave, s. 19 – 33). Gyldendal.

Norsk sykepleierforbund (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet 21. mai 2023 fra <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

Næss, G. (2020). *Sykepleie til eldre i hjemmesykepleien*. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (red.) *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten*. (3. utgave, s. 245 – 261). Gyldendal.

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_3#KAPITTEL_3

Romsland, G. I., Dahl, B. & Slettebø, Å. (2022). *Sykepleie og rehabilitering*. Gyldendal.

Rike, M. (2016). Hvor går du hen, sykepleier? Sykepleien. <https://sykepleien.no/meninger/innsjutt/2016/03/hvor-gar-du-hensykepleier>

Sjögren Forss, K., Nilsson, J. & Borglin, G. (2018). *Registered nurses' and older people's experiences of participation in nutritional care in nursing homes: a descriptive qualitative study*. BMC nursing. 17:19. <https://doi.org/10.1186/s12912-018-0289-8>

Ten Cate, D., Ettema, RG., Huisman-de Waal, G., Bell, JJ., Verbrugge, R., Schoonhoven, L. & Schuurmans, MJ. (2020). *Interventions to prevent and treat malnutrition in older adults to be carried out by nurses: a systematic review*. *Journal of Clinical Nursing*. 2020; 29: 1883-1902. <https://doi.org/10.1111/jocn.15153>

Ten Cate, D., Schoonhoven, L., Huisman-de Waal, G., Schuurmans, MJ. & Ettema, RG. (2021). *Hospital and home care nurses' experience and perceptions regarding nutritional care for older adults to prevent and treat malnutrition: a cross-sectional study*. *Journal of clinical nursing*. 2021;30:2079-2092. <https://doi.org/10.1111/jocn.15764>

Thiedemann, I-J. (2019). Bacheloroppgave for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving. (2.utgave). Universitetsforlaget.

Thorsen, L., Borchsenius, C. & Sjøen, R. J. (2019). *Sykepleierens ernæringsbok*. (5. Utgave). Gyldendal.

