



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001-PRO1-2022-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	28-02-2022 09:00	Termin:	2022 VÅR
Sluttdato:	28-04-2022 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F + Bestått)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 SYKHB3001 1 PRO1 2022 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	510
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7993
----------------------	------

Egenerklæring *: Ja
Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert
oppgavetittelen på
norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	18
Andre medlemmer i gruppen:	498

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Ernæring handler om mer enn bare mat og drikke

Nutrition is about more than just food and drinks

Kandidatnummer: 498 & 510

Bachelor i sykepleie

Institutt for helse og omsorgsvitenskap

Innleveringsfrist: 28/04/2022

Antall ord: 7993

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Summary

Title: *“Nutrition is about more than just food and drinks”*

Background: In 2020, the total number of people with dementia in Norway was estimated at 101,000 people. It was assumed that the number of people with dementia will increase to 235,000 in 2050, and to 380,000 in 2100. According to Tranvåg and Kjellstadli, more than 40% of all people over the age of 70 who receive home services, have a dementia disease. According to the Norwegian Directorate of Health's National Professional Guidelines for the Prevention and Treatment of Malnutrition, the elderly and people with dementia are among the groups at particularly high risk of malnutrition. The prevalence of malnutrition among elderly people living at home is estimated to be around 10%, but some studies show that up to 46% of users of home services are malnourished or at nutritional risk.

Purpose: The purpose of this assignment is to highlight the importance of focusing on the nutritional status of people living at home with dementia, and how to prevent malnutrition in this patient group. In addition, we want to acquire more knowledge within this topic.

Problem: “How to prevent malnutrition in people living at home with dementia?”

Method: We have used literature study as a method for this assignment, in order to find relevant research articles and other literature that can shed light on the problem.

Results: The main findings of the articles showed lack of routines for preventing of malnutrition, and lack of knowledge in how to identify patients at risk of malnutrition. The results also showed that nearly 50% of people with dementia that receives home services, are at risk of malnutrition.

Conclusion: In this thesis we have tried to answer the problem; “How to prevent malnutrition among people living at home with dementia?”. Knowledge of screening tools and risk factors included good routines are important elements to prevent malnutrition in this patient group. Based on the findings in this thesis, we can see that it is necessary with more research in this area.

Innholdsfortegnelse

1.0 BAKGRUNN	5
1.1 VIRGINIA HENDERSON	5
1.2 HVA ER DEMENS?	6
1.3 ERNÆRING OG UNDERERNÆRING HOS PERSONER MED DEMENS	6
1.4 KARTLEGGINGSVERKTØYET - MNA	8
1.5 HJEMMESYKEPLEIENS ANSVAR INNEN ERNÆRINGSARBEID	9
1.6 LOVER, FORSKRIFTER OG RETNINGSLINJER TILKNYTTET ERNÆRINGSARBEID	9
1.7 EGNE ERFARINGER	11
2.0 PROBLEMSTILLING	11
2.1 AVGRENSNING AV PROBLEMSTILLING	11
2.2 HENSIKT MED OPPGAVEN	11
3.0 METODE	11
3.1 VALG AV METODE	12
3.2 LITTERATURSØK	12
3.3 KILDEKRITIKK	15
3.4 FORSKNINGSETIKK OG ETISKE OVERVEIELSER	16
4.0 RESULTAT - PRESENTASJON AV FORSKNING	17
4.1 "UNDERERNÆRING HOS HJEMMEBOENDE PERSONER MED DEMENS"	17
4.2 "VERKTØY VED SCREENING AV RISIKO FOR UNDERERNÆRING HOS ELDRE"	18
4.3 "VURDERING AV ERNÆRINGSSTATUS - ET SYKEPLEIEFAGLIG ANSVAR I HJEMMESYKEPLEIEN"	18
4.4 "RUTINER FOR Å VURDERE ERNÆRINGS-STATUS I HJEMME-SYKEPLEIEN"	19
4.5 "OPTIMISING AN INTERVENTION TO SUPPORT HOME-LIVING OLDER ADULTS AT RISK OF MALNUTRITION: A QUALITATIVE STUDY"	19
4.6 "ERNÆRINGSKARTLEGGINGA I HEIMESJUKEPLEIEN KAN BETRAST"	20
4.7 HOVEDFUNNENE I ARTIKLENE	21
5.0 DRØFTING	21
5.1 RUTINER OG KARTLEGGING AV ERNÆRINGSSTATUS	21
5.2 OBSERVERE OG VURDERE ERNÆRINGSSTATUS, KOGNITIV FUNKSJON OG MILJØ	23
5.3 VIKTIGHETEN AV DOKUMENTASJON OG FAGKUNNSKAP	25
5.4 TILTAK OG TILRETTELEGGING AV MILJØET	27
6.0 KONKLUSJON	28
7.0 BIBLIOGRAFI	30
8.0 VEDLEGG	33
8.1 VEDLEGG 1: MNA - SKJEMA	33
8.2 VEDLEGG 2: MNA – SF	34
8.3 VEDLEGG 3: SJEKKLISTE FOR KILDEKRITIKK	35
8.3.1 Fortsettelse vedlegg 3	36
8.3.2 Fortsettelse vedlegg 3	37
8.3.3 Fortsettelse vedlegg 3	38
8.3.4 Fortsettelse vedlegg 3	39
8.4 VEDLEGG 4: PICO MODELLEN	40

Oversikt over tabeller

Tabell 1 – Oversikt over søkerord13

Tabell 2 – Oversikt over søkene som er gjort13

1.0 Bakgrunn

Temaet vi har valgt å skrive om, er underernæring blant hjemmeboende personer med demens. *Leve hele livet - En kvalitetsreform for eldre* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017-2018, punkt 1.1) er en reform som skal bidra til blant annet at eldre får flere gode leveår der de kan oppleve god livskvalitet og mestring, og samtidig får den helsehjelpen de trenger når de har behov for det. *Mat og måltider* er ett av innsatsområdene, der målet er å skape gode matopplevelser og redusere underernæring (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017-2018, punkt 1.6). I 2020 ble totalt antall personer med demens i Norge beregnet til 101 000 personer. Det ble antatt at antall med personer med demens vil øke til 235 000 i år 2050, og til 380 000 i år 2100 (Gjøra, et.al., 2020, s. 5). Ifølge Tranvåg og Kjellstadli (2020, s. 63) har mer enn 40% av alle over 70 år som mottar hjemmetjenester, en demenssykdom. Eldre og personer med demens er ifølge helsedirektoratets Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (Guttormsen, et al., 2013, s. 10), blant gruppene som har særlig høy risiko for underernæring. Forekomsten av underernæring blant hjemmeboende syke eldre, er anslått til å være rundt 10%, men enkelte studier viser imidlertid at opp mot 46% av brukere i hjemmesykepleien er underernært eller i ernæringsmessig risiko (Guttormsen, et al., 2013, s. 10). Tidligere forskning viser også til at tidspress er en faktor som påvirker ernæringskartleggingen i hjemmetjenesten og at flere eldre ikke anerkjenner sine egne ernæringsproblemer (Harris, et al., 2019).

1.1 Virginia Henderson

Den sykepleieteorien som vi har valgt å bruke i denne oppgaven er Virginia Henderson. Henderson tar for seg 14 komponenter som konkretiserer sykepleierens oppgaver og funksjon, hvor de ni første komponentene er viet til praktiske sykepleiehandlinger rettet mot menneskets grunnleggende behov. Hjemmesykepleien har som en av sine mange funksjoner ansvar for å ivareta pasientens grunnleggende behov, ved å hjelpe dem med å ivareta de funksjonene de som følge av sykdom eller nedsatt funksjonsevne ikke er i stand til å ivareta selv. En av Henderson sine komponenter, som også er hovedkomponenten i denne oppgaven, er "*å kunne spise og drikke tilstrekkelig*" (Birkeland & Flovik, 2018, s. 42). Dette er et behov som er svært viktig å dekke, da det ellers kan føre til blant annet underernæring.

1.2 Hva er demens?

Demens er en samlebetegnelse på kroniske tilstander som skyldes sykdommer eller skader i hjernen. Demenssykdommene er progressive, noe som vil si at symptomene utvikler og forverrer seg over tid. Det starter som regel med lett glemsomhet, og utvikler seg gradvis til at pasienten blir totalt hjelpeløs. Alzheimers sykdom, lewy-legeme-sykdom og hjerneslag, er de vanligste sykdommene/årsakene som fører til demens. Hvilke symptomer som kommer først, og hvor intense de er, vil variere ut fra hvilken type demens personen har. Forekomsten av demens øker med stigende alder. Fordi det stadig blir flere eldre, regner en med at vi i fremtiden vil se en stor økning i antall personer med demens (Engedal & Haugen, 2017, ss. 13-15).

Redusert hukommelse og læringsevne, er et tidlig symptom på demens. Hos personer med demens, kan det være skader på de områdene i hjernen som oppfatter sanseinntrykk, noe som vanskeliggjør tolkningen. Et annet vanlig symptom på demens, er svekket oppmerksomhet. Dette kan påvirke blant annet evnen til å holde tråden i en samtale, evnen til å kjøre bil og evnen til å se på TV, lese eller lage mat. Språkvansker eller afasi er et symptom som kan påvirke evnen til å tenke logisk, være analytisk, oppfatte språk og ha god talefunksjon. Andre vanlige symptomer er vansker med å orientere seg for tid og sted, apraksi (handlingssvikt), agnosi (manglende evne til å forstå meningen med sanseinntrykk), og nevropsykiatriske symptomer som stemnings symptomer, angstsymptomer, apati og agitasjon (Skovdahl, 2020, ss. 422-423).

1.3 Ernæring og underernæring hos personer med demens

Ernæring er kosthold, eller med andre ord mat og drikkevarer som utgjør den daglige føden som en inntar hver dag. Det omfatter behovet for energi og næringsstoffer, og hvordan disse stoffene fordøyes og omsettes gjennom biokjemiske og fysiologiske prosesser i cellene og organismene (Sortland, 2016, s. 17). Ved en økende alder så skjer det ulike forandringer i kroppen som vil få en betydning for både ernæringsstatusen og kostholdet. Dette kommer blant annet av at muskelmassen reduseres. Når det blir en reduksjon i muskelmassen så vil basalstoffskiftet og dermed energibehovet avta (Sortland, 2016, s. 141). I hjemmesykepleien dreier ernæringsarbeidet seg om de praktiske tilretteleggingene av måltidene i samarbeid med både pasienten og pårørende. Det som er utfordringen i ernæringsarbeidet, er det å kunne

støtte pasientens selvstendighet og samtidig indentifisere helseutfordringene ved både redusert appetitt og vekttap. Dette er særlig et stort problem hos hjemmeboende eldre med demens. En må ta hensyn til den enkelte pasientens matvaner, døgn rutiner og egne ønsker når en skal utarbeide en ernæringsplan. Ofte vil pårørende ha kontroll på matinntaket dersom de bor sammen med pasient. Noen ganger har ikke pasientene pårørende så nære at det blir vanskelig for dem å kunne følge med på matinntaket. Derfor vil det ofte være forventet at dette blir hjemmesykepleien sin oppgave å følge opp (Birkeland & Flovik, 2018, ss. 135-136). Det er viktig at personalet i hjemmesykepleien observerer godt når de er på besøk hos de forskjellige pasientene, for å få en oversikt over hvor mye pasienten faktisk spiser og drikker. Slik at pasienten får den rette ernæringsbehandlingen som en har behov for. Når inntaket av energi og næringsstoffer er så lavt at man går ned i vekt, utvikler man underernæring (Sortland, 2016, s. 165). Aldring og sykdom som fører til redusert matinntak eller høyere proteinbehov, øker risikoen for underernæring, og dermed også komplikasjoner knyttet til dette (Tangvik & Dierkes, 2020, s. 182).

Det er et stort flertall av pasienter som bor hjemme som er underernærte, det anslås til å være ca 10%. Likevel vises det i enkelte undersøkelser at opp mot 46% av pasientene i hjemmesykepleien enten er underernærte eller er i en ernæringsmessig risiko. Det er flere grupper mennesker som er sårbare for underernæring, pasienter som lider av demens er en av dem (Birkeland & Flovik, 2018, ss. 136-139). Personer med demens er særlig utsatt for både under og feilernæring. De vanlige ernæringsutfordringene kan være at de har fått redusert kapasitet/evne til å handle og lage mat på egen hånd, en redusert beslutningsevne eller evne til å huske å spise, endringer i lukt- og smakssanser, svelgeproblemer, redusert spise ferdigheter, dårlig tannhelse, redusert appetitt eller sultfølelse. Dette noen av flere faktorer som påvirker ernæringsstatusen blant de eldre med demens. Det å ha en dårlig ernæringsstatus og utilsiktet vekttap gir konsekvenser for helsetilstanden, som for eksempel forverring av den kognitive funksjonen, økt falltendens, nedsatt muskelstyrke, økt infeksjonsfare og raskere tap av selvstendighet (Helsedirektoratet, 2019, s. 2). For å unngå nettopp disse forverringene av helsetilstanden, så vil det være en viktig forebyggende oppgave å kartlegge ernæringsstatusen og igangsette en målrettet behandlingsplan.

1.4 Kartleggingsverktøyet - MNA

Alle de pasientene som blir innlagt på både sykehus, sykehjem og som blir innskrevet i hjemmesykepleien skal bli vurdert for ernæringsmessig risiko ved innleggelse/vedtak og deretter månedlig eller etter faglig begrunnet individuelt opplegg etter behov. Hensikten å vurdere og identifisere pasientene for ernæringsmessig risiko er for å kunne gi dem den behandlingen og ernæringen de har behov for. Dokumentasjonen for ernæringsstatus er en svært essensiell del av et klinisk undersøkelses- og behandlingstilbud. Det er en rekke med ulike metoder en bruker for å måle pasientens ernæringsstatus. Noen av de viktigste metodene som blir brukt er blant annet kostintervju, kliniske og antropometriske undersøkelser som høyde- og vektmålinger, midje- og hoftemål, hudfolds målinger med kaliper, overarms mål og biokjemiske analyser (Sortland, 2016, s. 169).

MNA (*Mini Nutritional Assessment*) er et verktøy som en bruker for å identifisere pasienter i ernæringsmessig risiko. Med den kan du kartlegge årsaksforhold ved underernærings hos eldre pasienter som er i primærhelsetjenesten og i sykehus (Brodtkorb, 2020, s. 305). MNA kartleggingen tar for seg 18 spørsmål, som dreier seg om (Birkeland & Flovik, 2018, s. 140):

- Antropometriske målinger (KMI, legg- og armomkrets)
- Matinntak (proteiner, frukt, grønnsaker og væskeinntak)
- Appetitt, generell helse (bruk av foreskrevne legemidler)
- Selvrappertert helseoppfatning
- Tilstedeværelse av akutt sykdom
- Psykologisk stress og demenssykdom
- Evne til mobilitet og fysisk funksjon

Pasienten vil ut ifra kartleggingen få en score mellom 0 til 30, der 17 poeng eller lavere indikerer på underernæring, fra 17 til 23,5 poeng indikerer på risiko for underernæring, og 24 poeng eller mer indikerer på en normal ernæringsstatus. Det anbefales at de pasientene som bruker dette kartleggingsverktøyet følges opp med vekt kontroll hver måned, dersom pasienten har infeksjonssykdommer, underernæring eller risiko for underernæring bør vekten kontrolleres hver uke (Birkeland & Flovik, 2018, s. 140).

1.5 Hjemmesykepleiens ansvar innen ernæringsarbeid

Hjemmesykepleie er en samlebetegnelse for all sykepleie som utføres i brukerens hjem, enten av sykepleier eller av et annet helsepersonell. Målet med å utføre sykepleie i hjemmet, er at brukeren skal kunne mestre hverdagen i sitt eget hjem, så lenge det er forsvarlig og ønskelig (Birkeland & Flovik, 2018, s. 15).

Personer med demens er en pasientgruppe som krever en betydelig innsats fra helse- og omsorgstjenesten. Omtrent $\frac{2}{3}$ av personer med demens bor hjemme, og $\frac{1}{3}$ bor i institusjon. Hjemmetjenesten kan være den første instansen som blir kontaktet når en person utvikler en demenssykdom. Enkelte studier viser at personer med demens ikke utgjør en særlig stor del av brukerne i hjemmesykepleien, men denne pasientgruppen kan likevel være svært ressurskrevende. Det kan være krevende å oppdage en begynnende demenstilstand, og derfor kan symptomene bli alvorlige før hjelpeapparatet blir tilknyttet disse pasientene (Birkeland & Flovik, 2018, ss. 158-159).

Som nevnt tidligere skal alle pasientene som tildeles vedtak om hjemmetjeneste vurderes for ernæringsmessig risiko. Det er hjemmesykepleierens ansvar å gjennomføre dette. Dersom pasientene blir identifisert som underernært eller i ernæringsmessig risiko så skal pasientene settes i gang med en målrettet behandlingsplan. Ifølge Birkeland og Flovik (2018, s. 141) viser studier av rutiner for vurdering av ernæringsstatus at mye av svikten rundt ernæringsarbeidet i hjemmesykepleien kan knyttes til mangler på skriftlige prosedyrer. Disse skriftlige prosedyrene skal virksomhetene ha, i henhold til forskrift for kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (Kvalitetsforskriften, 2003, § 3).

1.6 Lover, forskrifter og retningslinjer tilknyttet ernæringsarbeid

Det finnes flere lover, forskrifter og retningslinjer som setter krav til helsepersonellens utføring av ernæringsarbeid. *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring* (Guttormsen, et al., 2013), er retningslinjer utarbeidet av helsedirektoratet. Disse skal bidra til god kvalitet ved forebygging og behandling av underernæring, og har som mål at underernærte og personer i ernæringsmessig risiko blir identifisert og får en målrettet ernæringsbehandling. Ifølge disse retningslinjene skal alle beboere i sykehjem/institusjon og personer innskrevet i hjemmesykepleien, vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse/vedtak, og deretter månedlig, eller etter annet faglig begrunnet individuelt

opplegg. I tillegg skal fastlegen regelmessig vurdere hjemmeboende pasienter som tilhører en risikogruppe (eldre, kronisk syke, personer med demens osv.) (Guttormsen, et al., 2013, ss. 3-8).

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011, § 1-2) er loven som regulerer helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes i riket av kommunen, eller private som har avtale med kommunen. Hjemmetjenesten reguleres altså av denne loven. Lovens formål er blant annet å forebygge og behandle, samt legge til rette for mestring. Vi har også *Pasient- og brukerrettighetsloven* (1999, § 1) som har som formål å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet. Ifølge § 3-2 (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999) har pasienten eller brukeren rett på nødvendig informasjon for å få innsikt i egen helsetilstand og innholdet i helsehjelpen, samt informasjon om mulige risikoer og bivirkninger. Dette vil da inkludere informasjon om ernæringsstatus, og risikofaktorer og komplikasjoner knyttet til dette.

Videre har vi *Helsepersonelloven* (Helsepersonelloven, 1999, § 1-2) som skal bidra til sikkerhet for pasienter, kvalitet i helse- og omsorgstjenesten og tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten, og gjelder for al helsepersonell og alle virksomheter som yter helsehjelp. Loven sier blant annet at helsepersonell skal innrette seg ut fra sine faglige kvalifikasjoner, og at de skal innhente bistand eller henvise pasienter videre når dette er nødvendig og mulig (Helsepersonelloven, 1999, § 4). Når det gjelder ernæring vil dette bety at man skal henvise pasienten til f.eks. lege eller ernæringsfysiolog der dette er nødvendig. *Kvalitetsforskriften for pleie- og omsorgstjenestene* (2003, § 1) er en forskrift med formål om å sikre at de som mottar pleie- og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven får sine grunnleggende behov ivaretatt med respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel. Forskriften påpeker at kommunene skal utarbeide skriftlige nedfelte prosedyrer med formål om å sikre at brukerne får tilfredsstillt sine grunnleggende behov. Dette inkluderer fysiologiske behov som tilstrekkelig mat og drikke, variert og helsefremmende kosthold og egnet valgfrihet i forhold til mat (2003, § 1).

1.7 Egne erfaringer

Vi har begge jobbet med personer med demens, enten på sykehjem eller i hjemmetjenesten, i tillegg til at vi har erfaring fra flere ulike praksisperioder. Vi har observert at ernæring og ernæringsmessig risiko er en stor utfordring for denne pasientgruppen, spesielt hjemmeboende personer med demens. I tillegg har vi observert og erfart at kartlegging og oppfølging av ernæringsstatus blir nedprioritert, gjerne på grunn av tidspress, for dårlig bemanning og manglende kunnskap.

2.0 Problemstilling

“Hvordan forebygge underernæring hos hjemmeboende personer med demens?”

2.1 Avgrensning av problemstilling

I denne oppgaven ønsker vi å sette søkelys på forebygging av underernæring. Pasientgruppen vi har valgt å fokusere på, er hjemmeboende personer med demens som mottar hjemmesykepleie. Videre har vi valgt å avgrense oppgaven til å fokusere på brukere i aldersgruppen 65+. Dette på grunn av at de aller fleste personene med demens i Norge, er over 65 år. Kun 2-3% er yngre (Rokstad, 2020, s. 34).

2.2 Hensikt med oppgaven

Hensikten med oppgaven er å belyse viktigheten av å ha fokus på ernæringsstatus hos hjemmeboende personer med demens, og hvordan en kan forebygge underernæring hos denne pasientgruppen. I tillegg ønsker vi selv å tilegne oss mer kunnskap på dette området.

3.0 Metode

Ifølge Vilhelm Aubert (sitert i Dalland, 2020, s. 53) er en metode en fremgangsmåte eller et middel for å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Metoden vi velger, sier oss noe om hvordan vi bør gå frem for å innhente kunnskap og svare på problemstillingen. Når vi skal være metodisk i vitenskapelig forstand, må vi både bruke og overholde intellektuelle

standarder i argumentasjonen (Dalland, 2020, s. 53). Det deles hovedsakelig inn i *kvantitative* og *kvalitative* metoder. Kvantitative metoder gir oss data i form av målbare enheter, som gir oss muligheten til å foreta regneoperasjoner for å finne enten et gjennomsnitt eller en prosentandel. Kvalitative metoder har som formål å fange opp mening og opplevelse som ikke kan måles eller tallfestes (Dalland, 2020, s. 54).

3.1 Valg av metode

Vi har valgt å bruke litteraturstudie som metode, for å komme frem til relevante forskningsartikler og annen litteratur som kan belyse problemstillingen. En litteraturstudie er en metode der man ved hjelp av systematiske litteratursøk, finner frem til forskning som allerede finnes på området (Christoffersen, et.al., 2020, ss. 62-63). Søkene vi har gjort for å finne forskningsartikler, har blitt utført med relevante søkeord og avgreninger i databasene CINAHL og Svemed+. I tillegg vil vi bruke pensumlitteratur og annen relevant litteratur.

3.2 Litteratursøk

Vi har benyttet oss av databasene Cinahl, Svemed+ og Medline for å søke etter forskningsartikler. Den siste forskningsartikkelen, i tillegg til noe faglitteratur har vi funnet ved håndsøk på tidsskriftet sykepleien. Vi har brukt både norske og engelske søkeord for å finne de ulike forskningsartiklene. Vi søkte også med ulike synonymmer av ulike ord, da fikk vi opp enda flere relevante artikler. Dette har resultert i at vi har fått opp relevante artikler på engelsk og ikke minst tilgang til internasjonal forskning som da er knyttet opp til temaet underernæring hos hjemmeboende eldre, som er brukt i denne oppgaven. Alle de ulike artiklene som er blitt brukt i oppgaven er funnet i løpet av februar-april 2022.

Vi startet med å søke i de store databasene, som Cinahl og Medline. Vi avgrenset med årstall, artikkeltype, språk osv. Likevel fikk vi så mange treff at det ikke var mulig å vurdere alle disse artiklene. Vi har derfor valgt å benytte oss for det meste av Svemed+. Her fikk vi mye færre treff (1-4 treff), der de fleste artiklene var relevante for oppgaven. Det ble da mye lettere å velge ut hvilke artikler som var mest relevant for å svare på problemstillingen. Den ene artikkelen vi har valgt ut, er funnet ved hjelp av søk i Cinahl. På dette søket fikk vi 61 treff. Det ville blitt svært tidkrevende å lese gjennom alle de 61 artiklene. Vi valgte derfor å

skumlese gjennom alle overskriftene, og fant fort ut at de fleste artiklene omhandlet institusjonaliserte pasienter. Vi fant derfor denne ene artikkelen som omhandlet hjemmeboende pasienter, og fant ut når vi leste gjennom denne, at den var relevant for problemstillingen vår.

Tabell 1 Oversikt over søkeord

Underernæring	Malnutrition		
Demens	Dementia		
Hjemmesykepleie	Hjemmetjenester	Home services	Home care nursing
Forebygging	Prevention		
Ernæringsstatus	Nutritional status		
Kartleggingsverktøy	Verktøy	Mapping tools	
Eldre	Elderly		
Sykepleie	Nurse		

Tabell 2 Oversikt over søkene som er gjort

Database/Dato for søk	Spesifikasjoner for database	Søkeord	Resultater	Inkludert	Tittel på artikler
Svemed+/1 4.03.2022	Årstall: 2012-2022	Demens AND Underernæring	2	1	“Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens” (Rognstad, Brekke, Holm, Linberg, & Lühr, 2013)
Svemed+/1 4.03.2022		Verktøy AND Underernæring	1	1	“Verktøy ved screening av risiko for underernæring hos eldre”

					(Gjerlaug, Harviken, Uppsata, & Bye, 2016)
Svemed+/1 4.03.2022		Hjemmesykepleie AND Ernæringsstatus	2	2	<p>“Vurdering av ernæringsstatus – et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien” (Meyer, Velken, & Jensen, 2017)</p> <p>“Rutiner for å vurdere ernærings-status i hjemme-sykepleien” (Aagaard & Grøndahl, 2017)</p>
Cinahl/17. 03.2022	<p>Årstall: 2012-2022</p> <p>Språk: Engelsk</p> <p>Aldersgruppe: 65+</p> <p>Research article</p> <p>Linked full text</p>	Dementia AND Malnutrition AND Prevention	61	1	<p>“Optimising an intervention to support home-living older adults at risk of malnutrition: a qualitative study” (Payne, et al., 2021)</p>

Sykepleien / 4.04.2022	Artikkeltype: Forskningsartikkel	Ernærings - kartlegging	6	1	” Ernæringskartlegginga i heimesykepleien kan betras” (Melheim & Sandvoll, 2017)
---------------------------	-------------------------------------	----------------------------	---	---	--

3.3 Kildekritikk

Kildekritikk er viktig for å skape troverdighet og faglighet i oppgaven. Kildekritikk omhandler å finne frem til den litteraturen som best belyser problemstillingen, og å gjøre rede for den litteraturen som er anvendt i oppgaven. Det innebærer å fastslå om opplysningene i litteraturen er gyldig, sjekke om opphavet til kilden er troverdig, beskrive hvilken type kilde det er snakk om, og vurdere kildens relevans for problemstillingen (Dalland, 2020, s. 143). For å kunne vurdere forskningslitteratur kritisk har vi brukt sjekklister fra Helsebiblioteket (2016) som hjelpemiddel. Eksempel på dette ligger som vedlegg til oppgaven.

PICo-modellen kan være et godt hjelpemiddel i den delen av kildekritikken som omhandler å vurdere kildenes relevans for problemstillingen. P er en forkortelse på patient/problem/population, I for intervention, Co for context. PICo - modellen gir struktur og klargjør spørsmål for litteratursøk, utvelgelse og en kritisk vurdering av litteraturen (Helsebibloteket, 2016). I vårt tilfelle vil P stå for personer med demens, I for forebygging/kartleggingsverktøy og Co for hjemmesykepleien.

Databasene vi har brukt har vi funnet gjennom høgskolebiblioteket, og anser derfor disse som troverdige. Vi har avgrenset søkene til artikler publisert de 10 siste årene, for å finne mest mulig oppdatert forskning. En av forskningsartiklene vi har funnet er på engelsk, og vi har måttet oversette den selv. Risiko for mistolkning kan derfor være en feilkilde. I tillegg til forskning, har vi benyttet oss av både pensumlitteratur og fagbøker som vi har funnet igjennom biblioteket på høyskolen, og anser derfor også disse som troverdige kilder.

Noe av pensum- og faglitteraturen er sekundærlitteratur, dette er noe som kan gi utfordringer i forhold til påliteligheten av kildene, for eksempel at bøkene baserer seg på teori som kan være «utgått på dato». Vi har for eksempel brukt Virginia Henderson teorien, dette er en teori som kom ut i 1995. Selv om dette er en teori som ble utgitt for mange år siden er den likevel svært anvendelig ettersom det er en teori som underbygger vår problemstilling. Vi har forsøkt å bruke primærlitteratur så langt det lar seg gjøre.

Vi har valgt å bruke forskningsartikler som følger IMRaD-strukturen, da denne strukturen gjør det enkelt å orientere seg og få et overblikk over hva artikkelen handler om. Da vi søkte etter de ulike forskningsartiklene så vi på oppbyggingen og innholdet i artiklene. IMRaD står for Introduction, Methods, Results and Discussion (introduksjon, metode, resultat og diskusjon) (Dalland, 2020, s. 157). Forskningsartikkelen til (Melheim & Sandvoll, 2017) er en oversiktsartikkel som ikke har en metode del, men den er fagfellevurdert og publisert i Sykepleien forskning. Vi ser på denne oversiktsartikkelen som svært relevant for problemstillingen i oppgaven og velger derfor å bruke denne selv om den mangler metode del.

3.4 Forskningsetikk og etiske overveielser

Forskningsetikk handler om å vurdere forskningen opp mot samfunnets normer og verdier. En viktig del av dette handler om å ivareta og sikre personvernet til de som deltar i forskningen (Dalland, 2020, s. 168). Når en bruker noen andre sitt litterære eller vitenskapelige arbeid, er det viktig å ta hensyn til opphavsrett. Opphavsretten gir som hovedregel skaperen av et arbeid, eneretten til dette. Det finnes imidlertid unntaksbestemmelser fra eneretten, med forbehold om at visse regler overholdes. Blant annet at opphaveren har krav på å bli navngitt (Dalland, 2020, s. 161). Vi har valgt å bruke APA 6 som referansestil i denne oppgaven. Dette på grunn av at Word ikke har oppdatert til APA 7, og at vi har fått dette godkjent fra emneansvarlig.

Et eksempel på etisk retningslinjer som brukes aktivt over store deler av verden, er *Helsinkideklarasjonen* (Førde, 2014). Når vi har sett etter forskningsartikler har vi forsøkt å ta de artiklene som er etisk vurdert. Dette er for å forsikre oss om at studiene i artiklene følger disse etiske overveielserne.

4.0 Resultat - presentasjon av forskning

4.1 “Underernæring hos hjemmeboende personer med demens”

(Rognstad, Brekke, Holm, Linberg, & Lühr, 2013)

Hensikt: Å kartlegge og belyse ernæringsstatusen til eldre hjemmeboende personer med demens og kognitiv svikt som mottar hjemmetjenester i fire bydeler i Oslo.

Forskningsspørsmålene som stilles i studien er: *“I hvilken grad forekommer underernæring blant eldre hjemmeboende pasienter med demenssykdom eller kognitiv svikt?”* og *“Hvilke risikofaktorer for underernæring peker seg ut som særlig sentrale hos denne utsatte pasientgruppen?”*.

Metode: Studien var en kvantitativ tverrsnittstudie. Kartlegging ved hjelp av spørreskjema ble benyttet for å svare på forskningsspørsmålene. 282 pasienter deltok i studien. Pleierne bidrog med å lese opp spørsmål fra skjemaet, mens pasientene svarte. Hos pasienter som scoret 5 på IPLOS-skalaen, var det pleieren som vurderte pasienten.

Funn: Ernæringsstatus vurdert med MNA-skjema viste at 40,4% av deltakerne var i fare for underernæring, 10,3% var underernært og 47,9% var ikke i faresonen for underernæring. Over 30% av deltakerne hadde stort behov for bistand eller trengte full bistand når det gjaldt dagliglivets aktiviteter (IPLOS-skår 4 og 5). 91% av deltakerne anga at de ikke hadde fysiske problemer med matinntak, og 71% av deltakerne bodde alene. Logisk regresjonsanalyse av ernæringsstatus vurdert med MNA-skjema viste at menn hadde 49% lavere odds for å være underernært eller stå i fare for underernæring enn kvinner. Resultatene av analysen pekte mot at hjemmeboende kvinner med kognitiv svikt var mer utsatt enn hjemmeboende menn med kognitiv svikt. Videre viser studien at de som ikke hadde problemer med matinntak har 86% lavere odds for å være underernært eller stå i fare for underernæring, enn de som har problemer med underernæring. De som foretok matinnkjøp selv, hadde 64% lavere odds for å være underernært eller stå i fare for underernæring, sammenliknet med dem som fikk hjelp til handling fra familien.

4.2 “Verktøy ved screening av risiko for underernæring hos eldre”

(Gjerlaug, Harviken, Uppsata, & Bye, 2016)

Hensikt: Identifisere screeningsverktøy som egner seg til å avdekke risiko for underernæring blant eldre pasienter i institusjon eller som mottar hjemmetjenester.

Metode: Systematisk litteraturstudie med søk gjort i ulike databaser, samt handsøk. Søkene ble gjennomført i 2014. Søkene ble avgrenset til kvantitative studier som var publisert på engelsk, tysk, norsk, svensk eller dansk i fagfelleverderte tidsskrift i løpet av de siste 15 årene. Litteraturgjennomgangen baserer seg på 9 artikler.

Funn: Det ble i alt funnet fire screeningverktøy, MNA-SF (*Mini Nutritional Assessment – short form*), SNAQ (*Simplified Nutritional Appetite Questionnaire*), MST (*Malnutrition Screening Tool*) og GNRI (*Geriatric Nutritional Risk Index*). MNA-SF ble validert i fire studier, der antall deltakere var relativt stort og resultatene relativt entydige med moderat til høy validitet når MNA ble benyttet som referansem metode. SNAQ ble validert i to studier med totalt 895 eldre. Disse viste moderat validitet i forhold til MNA. GNRI ble validert i én studie med 241 eldre i langtidsinstitusjon, som viste moderat validitet sammenlignet med MNA. MST ble validert i én studie med 285 eldre i langtidsinstitusjon, som viste moderat validitet. Alt i alt viste studien at MNA-SF er egnet til å avdekke ernæringsmessig risiko hos eldre i langtidsinstitusjon og blant hjemmeboende eldre. Mens verktøyene SNAQ, MST og GNRI var validert i for få studier til å kunne si noe om hvor godt egnet disse verktøyene er.

4.3 “Vurdering av ernæringsstatus - et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien”

(Meyer, Velken, & Jensen, 2017)

Hensikt: Å kunne utforske hvordan de i hjemmesykepleien fortolker og ivaretar faglig forsvarlig ernæringspraksis sett i lys av kravene i Nasjonale faglige retningslinjer for å forebygge og behandle underernæring.

Metode: Artikkelen er en kvalitativ studie med analyse fra to praksisprosjekter. Denne analysen ble gjort trinnvis med både identifisering av meningsbærende enheter, undertemaer og temaer. Hvor fire av temaene ble identifisert og kategorisert på tvers. Selve datamaterialet omfatter tolv gruppesamtaler med nitten sykepleiere fra to kommuner.

Funn: Det ble vist at ledelsesforankring er viktig når systematisk ernæringskartlegging skal implementeres. Sykepleierne ga uttrykk for at kjennskapet til pasienten og ernæringsbehovet er betydningsfullt ved praktisk tilrettelegging i hjemmet. Sykepleierne syntes det var en utfordring å kunne vurdere mat- og drikke inntaket i løpet av døgnet. Sykepleierne sto i en posisjon mellom selvbestemmelsen til den hjemmeboende, anbefalingene om systematisk ernæringskartlegging og tidspress.

4.4 “Rutiner for å vurdere ernærings-status i hjemme-sykepleien”

(Aagaard & Grøndahl, 2017)

Hensikt: Studien har som hensikt å beskrive hvilke rutiner ledere og helsepersonell i hjemmesykepleien benytter for å vurdere pasientens ernæringsstatus.

Metode: Det er en kvantitativ tverrsnittundersøkelse bestående av to delstudier. En som omfattet ledere i hjemmesykepleien, og en som omfattet helsepersonell i hjemmesykepleien. Det ble benyttet et spørreskjema det 273 ledere (svarprosent: 59%) og 212 helsepersonell (svarprosent: 74%).

Funn: Undersøkelsen viste blant annet at 67% av lederne og 37% av helsepersonellet kjente til Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring, og 67% av lederne og 76% av helsepersonellet svarte at det alltid eller ofte var brukere med dårlig ernæringstilstand på arbeidsplassen. Videre viste undersøkelsen at det er en utfordring å veie brukerne i hjemmesykepleien og at det er viktig med kunnskap om betydningen av å veie for å sikre at retningslinjene blir fulgt.

4.5 “Optimising an intervention to support home-living older adults at risk of malnutrition: a qualitative study”

(Payne, Ghio, Grey, Slodkowska-Barabasz, Harris, Sutcliffe, Green, Roberts, Childs, Robinson, Gudgin, Holloway, Kelly, Wallis, Dean, Aveyard, Gill, Stroud, Little, Yardley & Morrison, 2021)

Hensikt: I Storbritannia anslås om lag 14% av voksne over 65 år som bor i lokalsamfunnet til å stå i fare for underernæring. Screening av de eldre voksne i primærhelsetjenesten og

behandling av de som er risikoutsatte har vist seg å bidra til å både redusere underernæring og behovet for helsetjenester og ikke minst forbedre livskvaliteten. Målet med studien var å identifisere deltakernes reaksjoner til intervensjonen “Eat well, feel well, stay well”, for å kunne justere intervensjonen til å bli mer meningsfull for de eldre.

Metode: Artikkelen er en kvalitativ studie som tar for seg intervensjonen “Eat well, feel well, stay well”. Her ble det gjort semistrukturerte prosessevaluering-intervjuer med 23 og 18 eldre voksne.

Funn: Deltakernes kommentarer var generelt positive, men denne artikkelen fokuserer hovedsakelig på de negative reaksjonene for å illustrere endringene som må til for å sikre at intervensjons-materiell er optimalt relevant og meningsfullt for eldre voksne. Noe av det som kom tydelig frem var nøkkelfaktorene som undergravde engasjementet; motstanden mot det anbefalte ernæringsinntaket blant de som hadde redusert appetitt eller spisevaner, hvor de syntes det var utfordrende med rådet om hyppig spising og høye energialternativer, motvilje om å gå opp i vekt og at rådene de fikk ikke stemte overens med de personlige preferansene og spisevanskene. Studien tok tak i alle disse utfordringene ved å justere kommunikasjonen av spisemål for å være mer i tråd med eldre voksne når det kommer til tro på god ernæring, akseptable og gjennomførbare spisemønstre. De justerte også de foreslåtte tipsene og strategiene for å passe bedre med de eldre voksnes hverdagsaktiviteter.

4.6 “Ernæringskartlegginga i heimesjukaheleien kan betrast”

(Melheim & Sandvoll, 2017)

Hensikt: Få frem en god løsnung som forenkler og systematiserer vurdering av ernæringsstatus.

Metode: Artikkelen er en oversiktsartikkel, men har ikke en systematisk litteratur gjennomgang.

Funn: Ernæringskartleggingen vil gjøre det lettere å oppdage ernæringsvaner før det oppstår underernæring. Den gode løsningen er å kartlegge ernæringsstatus med MNA. Kosthandboka bidrar med nyttige tips.

4.7 Hovedfunnene i artiklene

Hovedfunnene i artiklene er at mangel på fagkunnskap og rutiner er viktige årsaker til dårlig ernæringsstatus og manglende oppfølging av ernæringsstatus hos hjemmeboende personer med demens i hjemmesykepleien. Resultatene viste også at nærmere 50% av hjemmeboende personer med demens som mottar hjemmetjenester, er i risiko for underernæring. Det kommer også frem at ledelsesforankring er viktig for å implementere gode rutiner og prosedyrer.

5.0 Drøfting

I denne delen av oppgaven skal vi drøfte rundt problemstillingen som tidligere er presentert i oppgaven "Hvordan forebygge underernæring hos hjemmeboende personer med demens?". Her vil det drøftes hvordan rutiner og kartlegging av ernæringsstatus kan være med på å forebygge underernæring og ikke minst hvor viktig det er med observasjon av ernæringsstatus, kognitiv funksjon og miljø. For å kunne forebygge og se at noen er i ernæringsmessig risiko så er det viktig å ha god fagkunnskap og dokumentasjon. Ikke minst er det viktig å identifisere pasientene som er i ernæringsmessig risiko og sette opp tiltak og tilrettelegning av miljø individuelt. Alle disse momentene nevnt ovenfor er faktorer som er svært essensielle for forebygging av underernæring.

5.1 Rutiner og kartlegging av ernæringsstatus

Som nevnt tidligere har vi valgt å bruke Virginia Henderson teorien i oppgaven, som også underbygger drøftingen. For et av Henderson sine sykepleieprinsipper er «å spise og drikke tilstrekkelig» (Birkeland & Flovik, 2018, s. 42). Det er derfor viktig at vi som sykepleiere har rutiner og kartlegging av ernæringsstatus, i vårt tilfelle av hjemmeboende eldre med demens. Dette er for å kunne forebygge underernæring å sørge for at pasientene får den næringen de skal ha. Alle de pasientene som blir tildelt vedtak om hjemmesykepleie, skal bli vurdert for ernæringsmessig risiko. Grunnen til dette er for å kunne identifisere og lage en målrettet ernæringsbehandling til de pasientene som er underernærte og de som er i ernæringsmessig risiko (Birkeland & Flovik, 2018, s. 139). En artikkel fra tidsskriftet Sykepleien underbygger nettopp dette, en kartlegger ernæringsstatusene når behovet for hjemmesykepleie oppstår og senere ved jevne mellomrom, som kan resultere i at sykepleieren og andre helsepersonell kan oppdage ernæringsproblemer tidligere i forløpet (Melheim & Sandvoll, 2017, s. 2). Med andre

ord så vil det å kartlegge ernæringsstatus tidlig i forløpet og kontrollere det jevnlig, forebygge for videre utvikling av en eventuell underernæring. Det er svært viktig å skape gode rutiner for kontroll av ernæringsstatus. I artikkelen nevnt ovenfor viser det at det er flere kommuner som ikke følger opp ernæringsarbeidet som Helsetilsynet har gitt klare nasjonale føringer om. Her ser du også at det er flere av disse kommunene som har skriftlige rutiner som tilsier bruken av kartleggingsverktøyene, men at de ikke blir brukt i praksis, hvorfor er det slik (Melheim & Sandvoll, 2017, s. 3)?

I hjemmesykepleien er kanskje besøkene kortere og sjeldnere enn i institusjonene, men dersom sykepleierne tar i bruk teorien som de nasjonale retningslinjene presenterer og gjør det om til praksis, så vil kanskje resultatene se annerledes ut enn hva de gjør i dag. I samme artikkel diskuterer de også om ansvarsfordelingen, og det er flere av sykepleierne som er usikker på hvem sitt ansvar det er i ernæringsarbeidet. Her trekker de frem at det er sykepleieren sitt ansvar å vurdere og kartlegge ernæringsstatus, mens legen har ansvar for den medisinske behandlingen. De nasjonale retningslinjene legger opp til at det skal være enda tettere samarbeid og tydeligere ansvarsfordeling (Melheim & Sandvoll, 2017, ss. 4-5). Konsekvensene av at sykepleierne er usikre på ansvarsfordelingen kan være at flere sykepleiere ikke følger opp vurderinger og kartlegging av ernæringsstatus, som igjen kan resultere i at pasientene som er i risiko for underernæring faktisk blir underernærte. Noe som artikkelen til (Meyer, et.al., 2017, s. 6) trekker frem er viktigheten av at hjemmesykepleiens ledelse har fokus og interesse for ernæringsarbeidet. Ikke minst må ernæringsarbeidet integreres i organisasjonen, og det må innarbeides rutiner både for personalet som fatter vedtak om hjemmetjenester, og for personalet ut i hjemmetjenestene. Som en av sykepleierne i studien uttrykte: «Det sklir fort ut, vi må få rutine» (Meyer, et.al., 2017, s. 6). For å kunne forebygge at pasientene blir underernærte er det svært essensielt at hjemmesykepleien har gode rutiner for å vurdere ernæringstilstanden til pasientene (Aagaard & Grøndahl, 2017, s. 2).

Artikkelen til Aagaard & Grøndahl (2017, s. 7) trekker også frem at Helsedirektoratet anbefaler et standardisert sett av diagnostiske kjennetegn anvendes for å kunne indentifisere og dokumentere underernæring i klinisk praksis. Vekt, vektendring over tid og kroppsmasseindeks (*KMI*) fremheves som de enkleste målene på ernæringsstatus (Aagaard & Grøndahl, 2017, s. 7). Studien til Gjerlaug, et.al (2016, s. 8) viser at kartleggingsverktøyet *MNA (Mini Nutritional Assessment)* egner seg best til å avdekke ernæringsmessig risiko hos

eldre i langtidsinstitusjon og blant hjemmeboende eldre, og er det kartleggingsverktøyet som blir mest brukt i hjemmesykepleien. I artikkelen (Melheim & Sandvoll, 2017, ss. 6-7) skrives det at kortversjonen av MNA (*MNA-SF*) er vurdert til å være det beste alternativet, sammenlignet med andre internasjonale verktøy. Ikke minst går kartleggingen raskere og avdekker ernæringsmessig risiko like godt som den fullstendige versjonen. Det å velge et slikt effektivt verktøy når besøkene er så korte og tidsbegrenset vil kanskje gjøre at det blir enda flere som følger rutinene for kartlegging og vurdering av ernæringsmessig risiko. Men på den andre siden kan MNA være en utfordring å bruke dersom vedkommende ikke klarer å rette seg opp skikkelig, slik at en ikke får målt høyden optimalt, men her kan underarmsmåling brukes som et alternativ (Meyer, et.al., 2017, s. 7). Eller kan bruke målebånd å måle når vedkommende er i liggende stilling (Brodtkorb, 2020, s. 305). Et annet problem kan være å måle vekt, dersom vedkommende sitter i rullestol. Som regel har ikke hjemmeboende eldre vekt som er beregnet til rullestol som institusjonene har. Derfor er det viktig at det blir i gang satt individuelle tiltak for kartlegging og rutiner av ernæringsstatus slik at hver pasient blir vurdert etter sine individuelle behov.

5.2 Observere og vurdere ernæringsstatus, kognitiv funksjon og miljø

De ansatte som er i hjemmesykepleien må bruke den tiden et hjemmebesøk varer og ta muligheten i å observere, identifisere og evaluere pasientens situasjon og kunne samle inn nødvendige data for å kunne ivareta vedkommende grunnleggende behov (Birkeland & Flovik, 2018, s. 44). Dette kommer tydelig frem i Virginia Henderson teorien også, det å hjelpe å ivareta de grunnleggende behovene som vedkommende ikke klarer selv (Birkeland & Flovik, 2018, s. 42). I dette punktet vil det diskuteres viktigheten av observasjonen og vurdering av ernæringsstatus, den kognitive funksjonen og miljøet til hjemmeboende eldre med demens. Det å observere og vurdere disse tre elementene er svært essensielle i forhold til kartleggingen og i forebyggingen til underernæring. Som nevnt tidligere er kartlegging av ernæringsstatus noe som er med på å forebygge underernæring, men for å kunne kartlegge må en observere og vurdere pasienten i hjemmet. Hvordan er matlysten til vedkommende? Har vedkommende egentlig spist som han sa han hadde, eller har han glemt å spise? Ligger det skitne tallerkener i vasken? Er maten i kjøleskapet utgått på dato? Det er flere ting en kan observere og vurdere på disse hjemmebesøkene som er med på å vurdere både ernæringsstatus, om den kognitive funksjonen er forverret og hvordan miljøet i hjemmet til vedkommende er.

Ifølge Helsedirektoratets «*Nasjonale faglige retningslinjer for demens*» (Helsedirektoratet, 2019, s. 2) så har personer med demens ulike ernæringsutfordringer. Noen av disse utfordringene er redusert evne/kapasitet til å handle og lage mat selv, redusert beslutningsevne eller evnen til å huske å spise, endringer i lukt og smakssans, svelgeproblemer, redusert spiseferdighet, dårlig tannhelse, redusert appetitt eller sultfølelse, eller en redusert evne til å gjenkjenne mat som en matvare. Dersom vekttapet er utilsiktet og en har dårlig ernæringsstatus hos de personene med demens, så kan dette gi konsekvenser som for eksempel en forverring av den kognitive funksjonen (Helsedirektoratet, 2019, s. 2). En forverring av kognitiv funksjon vil derfor være en viktig observasjon i forhold til symptom på underernæring. Når personellet er på hjemmebesøk hos den eldre pasient med demens er det viktig å observere hva vedkommende faktisk spiser, observere hva personen mestrer i spisesituasjonen uten instruksjon. En må vurdere hvilken hjelp vedkommende har behov for når det kommer til matlaging og/eller medspising, vurdere endrede matvaner/ubalansert næringsinntak (Helsedirektoratet, 2019, s. 2).

Å gjøre systematiske observasjoner og vurderinger kan nettopp avdekke små eller større endringer i pasientens helsetilstand og funksjonsnivå (Birkeland & Flovik, 2018, s. 44). Med andre ord så vil disse observasjonene være med på å avdekke utvikling av en eventuell underernæring. Noen ganger kan en kanskje føle at all observasjon, vurdering og kartlegging kan gå utover pasientens verdighet og selvbestemmelse, dette er noe som artikkelen til Meyer, et.al. (2017, s. 7) diskuterer. Sykepleierne som var med i denne studien understreket respekten for at den hjemmeboende skulle få bestemme selv. De la tydelig vekt på at arenaen til den hjemmeboende var som et privat rom, de vektla hva som de antok var passende atferd i pasientens hjem. Sykepleierne fortalte også at det er vanskelig å vurdere og observere hva den hjemmeboende faktisk spiser og drikker, dette var vertfall en utfordring hos de hjemmeboende personene med demens. Ikke minst var det en utfordring å bruke register for hva de spiste og drakk, for pasientene med demens glemte ut å skrive opp og huske hva de hadde drukket og spist. De trekker frem hvor stor utfordring det er å observere og vurdere når besøkene er så tidsbegrenset, i forhold hvordan det er på institusjoner hvor en kan observere og vurdere hele døgnet (Meyer, et.al., 2017, ss. 7-8). Dette viser bare at personellet som er på hjemmebesøk må bruke den tiden de har til å observere og vurdere ernæringsstatusen så mye som mulig for å kunne avdekke en eventuell underernæring eller de som er i ernæringsmessig risiko. På den andre siden så vil det å kunne ha fagkunnskap og dokumentasjon være svært

viktig når det gjelder å vurdere og observere ernæringsstatus og ikke minst forebygge underernæring.

5.3 Viktigheten av dokumentasjon og fagkunnskap

Resultatene av studien til Aagaard og Grøndahl (2017, s. 8), viser at det å innhente brukernes matvaner ikke er en standardprosedyre ved innskriving i hjemmesykepleien. Det er ifølge Aagaard og Grøndahl (2017, s. 8) viktig at helsepersonell har kunnskap om den enkeltes brukers matvaner, for at de skal kunne iverksette riktige tiltak knyttet til ernæringstilstanden. For å få denne kunnskapen må brukerens ernæringstilstand først og fremst kartlegges. Deretter må denne informasjonen dokumenteres i brukerens journal, og det må dokumenteres hvilke tiltak som skal settes i verk. Dette påpekes i Helsedirektoratets «*Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*» (Guttormsen, et al., 2013, s. 9); «Personer i ernæringsmessig risiko skal ha en individuell ernæringsplan med dokumentasjon om ernæringsstatus, behov, inntak og tiltak». Ifølge Birkeland og Flovik (2018, s. 135), har helsepersonell et selvstendig ansvar for å observere, vurdere og iverksette tiltak innen ernæringsarbeid. Men i møte med underernærte personer, eller personer som er i risiko for underernæring, vil det også ofte bli nødvendig å samarbeide tverrfaglig (Birkeland & Flovik, 2018, s. 135). Legen er en viktig samarbeidspartner, da det er legens ansvar å utrede medisinske årsaker og konsekvensene av ernæringssvikt (Brodtkorb, 2020, s. 313).

En utfordring i hjemmesykepleien, er at det er mange forskjellige pleiere som går til de ulike brukerne. Dette kan føre til at ikke alle har detaljert kunnskap om den enkelte bruker (Birkeland & Flovik, 2018, s. 136). Når man ikke kjenner brukeren så godt, kan det bli vanskelig for den ansatte å vurdere den enkeltes ernæringstilstand, da man ikke har noe å sammenligne med. I tillegg kan dette føre til at pasienten blir utrygg på personalet, og man får kanskje ikke lov til å hjelpe til med like mye som en annen ansatt ville fått lov til. Det er derfor viktig med god dokumentasjon, slik at alle pleiere får nødvendig informasjon om brukeren de skal til og hva som skal gjøres. Dokumentasjon om brukerens helsetilstand og funksjonsnivå, er grunnlaget for å kunne avdekke små eller større endringer i brukerens hjelpebehov. Dette kan i praksis bety at tiltak eller vedtak må endres i tråd med at brukeren trenger mer hjelp, annen hjelp eller mindre hjelp (Birkeland & Flovik, 2018, s. 44). Ifølge

helsepersonelloven (1999, § 39-40), har alle som yter helsehjelp plikt til å dokumentere relevante opplysninger om pasienten og helsehjelpen i en journal for den enkelte pasient.

Det er ikke uvanlig for en ansatt i hjemmesykepleien å ha 15-20 brukere på arbeidslisten sin på en vakt (Næss, 2020, s. 257). Det kan derfor ikke forventes at en har kunnskap om ernæringstilstanden og tiltakene til alle disse brukerne. Derfor må denne informasjonen være lett tilgjengelig i pasientjournalen med konkrete tiltak, slik at alle enkelt kan lese seg opp på dette før hvert besøk. Som sykepleier i hjemmetjenesten, har man pasientansvar på flere nivåer; samtidig som man har ansvar for brukerne på sin egen arbeidsliste, har man også et lederansvar for gjennomføringen av vekten. Dette inkluderer å veilede kolleger, koordinere oppgaver i teamet ut fra brukernes situasjon og behov for kompetanse, svare på telefoner, ta for seg uforutsette og akutte situasjoner, samt å samarbeide med f.eks. fastlege, pårørende og legevakt. Det er ikke forventet at ufaglærte skal ha kompetanse til å registrere tegn eller koble observasjoner opp til teoretisk kunnskap (Næss, 2020, s. 257). Det vil derfor være sykepleiers ansvar å veilede og gi den informasjonen som trengs, for at de ufaglærte skal vite hva som skal gjøres og hva de må se etter. God dokumentasjon og oppdaterte tiltaksplaner kan sikre at brukeren får nødvendig vurdering og oppfølging, uavhengig av hvilke kompetansenivå pleieren har (Næss, 2020, s. 257). Helsepersonelloven (1999, § 4) sier at helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og innhente bistand eller henvise brukeren videre dersom det er nødvendig og mulig. Ifølge studien til Melheim og Sandvoll (2017, s. 2) er lederne i en sentral posisjon til å innføre kartlegging som en del av det tverrfaglige ernæringsarbeidet. Det blir påpekt at ernæringsfysiologer har formell kunnskap om ernæring, som vil være nyttig i det kommunale tverrfaglige ernæringsarbeidet (Melheim & Sandvoll, 2017, s. 9).

Hjemmesykepleiens hovedfunksjon er å ivareta brukernes grunnleggende behov, i form av å hjelpe dem å ivareta de funksjoner som de på grunn av sykdom eller nedsatt funksjonsevne, ikke er i stand til å ivareta selv. En av Virginia Hendersons 14 komponenter for å konkretisere sykepleierens oppgaver og funksjon, er «Å kunne spise og drikke tilstrekkelig» (Birkeland & Flovik, 2018, s. 42). For at en skal kunne hjelpe brukerne å ivareta dette behovet, er det essensielt at en har kunnskap på dette området. Ifølge Guttormsen, et al. (2013, s. 26), er det

viktig at helsepersonell har tilstrekkelig kompetanse for å få et vellykket resultat av helsehjelpen. Deriblant kunnskap om ernæring og hvordan en skal/kan møte spesielle ernæringsmessige behov (Guttormsen, et al., 2013, s. 26). Det er også hensiktsmessig med kunnskap om risikogrupper og risikofaktorer for underernæring. I flere av forskningsartiklene vi har tatt for oss i denne oppgaven, kommer det frem at manglende kunnskap hos helsepersonell er en viktig årsak til mangelfull vurdering og oppfølging av ernæringsstatus hos brukere i hjemmetjenesten. Undersøkelsen til Aagaard og Grøndahl (2017, s. 8), viste at både helsepersonell og ledere mente at det var behov for mer kunnskap innen ernæring. I tillegg viste undersøkelsen at bare 67% av lederne og 37% av helsearbeiderne kjente til helsedirektoratets «*Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*» (Aagaard & Grøndahl, 2017, s. 1). Resultatene av studien til Meyer, et.al. (2017, s. 10) viste at sykepleierne som deltok i studien kjente til de nasjonale faglige retningslinjene, men de stilte spørsmål til muligheten for å oppfylle helsedirektoratets krav om vurdering av ernæringsmessig risiko hos alle brukere med vedtak om hjemmesykepleie.

5.4 Tiltak og tilrettelegging av miljøet

Behovet for assistanse innen ernæring i hjemmesykepleien, kan variere fra hjelp til å planlegge og gjennomføre innkjøp, til tilberedning, tilrettelegging og hjelp til å spise (Næss, 2020, s. 251). Det vil være nødvendig å kartlegge innkjøp, om og hvordan maten tilberedes, bordekkning, spising, appetitt og evne til å rydde opp (Birkeland & Flovik, 2018, s. 141). Studien til Rognstad et al. (2013, s. 7) viste at brukere som foretar matinnkjøp selv, har mindre sannsynlighet for å bli underernært enn de som ikke foretar matinnkjøp selv. Et tiltak for de som trenger bistand til matinnkjøp, kan derfor være at de tilbys mulighet for å handle sammen med hjemmetjenesten, slik at de selv kan velge mat de gjenkjenner og ønsker å spise (Rognstad, et.al., 2013, s. 7). Samtidig kan det være nødvendig med informasjon og veiledning for å sørge for at det blir handlet mat av variert kostsammensetning (Næss, 2020, s. 251). Studien til Payne et al. (2021, s. 12) viste at ernæringsråd må tilpasses målgruppens behov og interesser for at de skal være meningsfulle. Det kom fram blant annet at det ville være hensiktsmessig å endre på formuleringen av rådene for å appellere til flere av deltakerne (Payne, et al., 2021, s. 12). Det er ifølge Kosthåndboken (Helsedirektoratet, 2012, s. 58)

nødvendig at tilstrekkelig tid settes av til ernæringstiltak i hjemmetjenesten. For noen er den viktigste hjelpen å ha noen å spise sammen med, og for andre kan det være å få tilrettelagt sittestilling eller tilpassede hjelpemidler i forbindelse med spising. Noen kan ha behov for tilrettelegging av måltider for å unngå for lang nattfaste (Helsedirektoratet, 2012, s. 58). Det vil derfor være viktig med individuelle tiltak, som er tilpasset brukerens behov.

Ifølge Brodtkorb (2020, s. 310), kan en god atmosfære rundt måltidene bidra til at den eldre spiser bedre og får dekket psykososiale behov. Hos eldre som bor alene, kan isolasjon og ensomhet redusere matlysten og motivasjonen til å lage mat (Brodtkorb, 2020, s. 311). I studien til Meyer et al. (2017, s. 8) kommer det frem at deltakerne/sykepleierne la vekt på den sosiale betydningen av måltidene hos personer med liten appetitt. Sykepleierne mente at medspising ville være et viktig trivselsskapende tiltak, men de vurderte derimot at dette tiltaket ikke var praktisk gjennomførbart innen tidsrammene i hjemmesykepleien (Meyer, et.al, 2017, s. 8). Kanskje det å sette seg ned med brukeren i bare noen minutter, kan være avgjørende for at brukeren skal kunne nyte måltidet? Ifølge Birkeland og Flovik (2018, s. 142) har brukere i hjemmetjenesten ofte vedtak om at de skal få maten satt frem på bordet, men det er ikke satt av tid til å faktisk følge opp at brukeren spiser det som blir satt frem. Brukere med kognitiv svikt kan av ulike grunner ikke være i stand til å spise maten som står fremfor dem, og kan derfor ha behov for at noen sitter sammen med dem for å assistere, hjelpe og kontrollere at de får i seg maten (Birkeland & Flovik, 2018, s. 142). Det å se til at brukeren faktisk får i seg maten som blir satt frem, er derfor en svært viktig del av ernæringstiltak til personer med demens eller kognitiv svikt. Det kan en gjøre ved å for eksempel sitte sammen med brukeren under måltidet, bistå med mating eller bare å se til at brukeren begynner å spise.

6.0 Konklusjon

I denne oppgaven har vi forsøkt å svare på problemstillingen; *“Hvordan forebygge underernæring hos hjemmeboende personer med demens?”*. Basert på forskningsresultatene og teorien vi har benyttet oss av, kan mye tyde på at forebygging av underernæring og

kartlegging av ernæringsstatus i hjemmetjenesten blir nedprioritert. Det kommer frem at manglende kunnskap og mangel på rutiner er viktige årsaker til dette. I flere av forskningsartiklene kommer det frem at MNA (*Mini Nutritional Assessment*) og MNA-SF (*Mini Nutritional Assessment - Short Form*) er gode og enkle verktøy for å kartlegge ernæringsstatus i hjemmetjenesten. For å forebygge underernæring hos hjemmeboende personer med demens, vil det derfor være viktig at de ansatte i hjemmetjenesten har kunnskap om ernæring, kartleggingsverktøy og risikofaktorer. I tillegg er det viktig med gode rutiner for kartlegging og vurdering av ernæringsstatus. Ledelsen er i en sentral posisjon til å implementere gode rutiner og prosedyrer på arbeidsplassen, og å sørge for at de ansatte har den kunnskapen som trengs. Resultatene viser også at en viktig del av ernæringsarbeidet er å tilrettelegge miljøet rundt måltidet, og å ta hensyn til individuelle behov. Basert på funnene i denne oppgaven kan vi se at det er behov for mer forskning innen dette fagfeltet.

7.0 Bibliografi

- Birkeland, A., & Flovik, A. M. (2018). Ernæring. I A. Birkeland, & A. M. Flovik (red.), *Sykepleie i hjemmet* (3. utg., ss. 135-144). Oslo: Cappelen Damm .
- Birkeland, A., & Flovik, A. M. (2018). Hjemmeboende eldre med demenssykdom. I A. Birkeland, & A. M. Flovik (red.), *Sykepleie i hjemmet* (3. utg., ss. 158-166). Oslo: Cappelen Damm .
- Birkeland, A., & Flovik, A. M. (2018). Hjemmesykepleie - bakgrunn og rammer. I A. Birkeland, & A. M. Flovik (red.), *Sykepleie i hjemmet* (3. utg., ss. 13-32). Oslo: Cappelen Damm.
- Birkeland, A., & Flovik, A. M. (2018). Hjemmesykepleie som fagområde. I A. Birkeland, & A. M. Flovik (red.), *Sykepleie i hjemmet* (3. utg., ss. 33-49). Oslo: Cappelen Damm.
- Brodtkorb, K. (2020). Ernæring, mat og måltider. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (red.), *Geriatrisk sykepleie* (3. utg., ss. 301-316). Oslo: Gyldendal .
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A., & Utne, I. (2020). Analyse av dokumenter og litteraturstudier. I L. Christoffersen, A. Johannessen, P. A. Tufte, & I. Utne, *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene* (ss. 57-69). Oslo: Abstrakt forlag.
- Dalland, O. (2020). Etske overveielser og personvern. I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving* (7. utg., ss. 167-175). Oslo: Gyldendal.
- Dalland, O. (2020). Hva er metode? I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving* (7. utg., ss. 53-64). Oslo: Gyldendal.
- Dalland, O. (2020). Kunnskapskilder og kildekritikk . I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving* (7. utg., ss. 139-166). Oslo: Gyldendal.
- Engedal, K., & Haugen, P. K. (2017). Hva er demens? I S. Tretteteig (red.), *Demensboka; Lærebok for helse- og omsorgspersonell* (2. utg., ss. 13-38). Tønsberg: Aldring og helse.
- Førde, R. (2014, Oktober 10). Helsinkideklarasjonen. *De nasjonale forskningsetiske komiteene*. Henta frå <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>
- Gjerlaug, A. K., Harviken, G., Uppsata, S., & Bye, A. (2016, 07 05). Verktøy ved screening av risiko for underernæring hos eldre. *Sykepleien*, ss. 1-13. doi:<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2016.57692>
- Gjøra, L., Kjelvik, G., Strand, B. H., Kvello-Alme, M., & Selbæk, G. (2020, November). Forekomst av demens i Norge. *Aldring og helse*, ss. 1-36. Henta frå https://butikk.aldringoghelse.no/file/digitalarkiv-nettbutikk/rapport-forekomst-av-demens-a4_2020_web.pdf

- Guttormsen, A. B., Hensrud, A., Irtun, Ø., Mowé, M., Sørbye, L. W., Thoresen, L., . . . Smedshaug, G. B. (2013, April). Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. *Helsedirektoratet*, ss. 1-75. Henta frå <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2491047/Nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-underernering-IS-1580.pdf?sequence=1>
- Harris, P. S., Payne, L., Morrison, L., Green, S. M., Ghio, D., Hallett, C., . . . Yardley, L. (2019, 07 15). Barriers and facilitators to screening and treating malnutrition in older adults living in the community: a mixed-methods synthesis. *BMC Primary Care*, ss. 1-10. doi:<https://doi.org/10.1186/s12875-019-0983-y>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017-2018). Meld. St. 15. *Regjeringen*. Henta frå <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/?ch=1>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30)*. Henta frå <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsebiblioteket. (2016, juni 3). Sjekklistor. Henta frå <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Helsebiblioteket. (2016, Juni 3). PICO. Henta frå <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>
- Helsedirektoratet. (2012). Ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten . I Helsedirektoratet, *Kosthåndboken - Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten* (ss. 55-61). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2019, November 27). Ernæring og oral helse ved demens. *Helsedirektoratet*, ss. 1-6. Henta frå <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/ernaering-og-oral-helse-ved-demens#kommunen-skal-vurdere-risiko-for-under-og-feilernaering-hos-mottakere-av-helse-og-omsorgstjenester-herunder-personer-med-demens>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64)*. Henta frå <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Kvalitetsforskriften. (2003). *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (FOR-2003-06-27-792)*. Henta frå <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2003-06-27-792>
- Melheim, B. G., & Sandvoll, A. M. (2017, 12 20). Ernæringskartlegginga i heimesjukepleien kan betras. *Sykepleien*, ss. 1-15. doi:<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.64708>
- Meyer, S. E., Velken, R., & Jensen, L. H. (2017, 05 04). Vurdering av ernæringsstatus - et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien. *Sykepleien*, ss. 1-15. doi:<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.61797>
- Neslté Nutrition Insitute. (u.å.). Mini Nutritional Assessment MNA. Hentet 27. April 2022 fra <https://www.mna-elderly.com/sites/default/files/2021-10/MNA-norwegian.pdf>


- Nestlé Nutrition Institute. (u.å.). Mini Nutritional Assessment MNA. Hentet 27. April 2022 fra <https://www.mna-elderly.com/sites/default/files/2021-10/mna-mini-norwegian.pdf>
- Næss, G. (2020). Sykepleie til eldre i hjemmesykepleien. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (red.), *Geriatrisk sykepleie* (3. utg., ss. 243-261). Oslo: Gyldendal.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63)*. Henta frå <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Payne, L., Ghio, D., Grey, E., Slodkowska-Barabasz, J., Harris, P., Sutcliffe, M., . . . Morrison, L. (2021, 11 11). Optimising an intervention to support home - living older adults at risk of malnutrition: a qualitative study. *Sykepleien*, ss. 1-15. doi:<https://doi.org/10.1186/s12875-021-01572-z>
- Rognstad, M.-K., Brekke, I., Holm, E., Linberg, C., & Lühr, N. (2013, Desember 10). Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens. *Sykepleien*, ss. 1-8. doi:<https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2013.0137>
- Rokstad, A. M. (2020). Hva er demens? I A. M. Rokstad, & K. L. Smebye (red.), *Personer med demens; Møte og samhandling* (2. utg., ss. 23-50). Oslo: Cappelen Damm.
- Skovdahl, K. (2020). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (red.), *Geriatrisk sykepleie; God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., ss. 416-441). Oslo: Gyldendal.
- Sortland, K. (2016). Eldre og næring. I K. Sortland, *Ernæring- mer enn mat og drikke* (5. utg., ss. 139-152). Bergen: Fagbokforlaget.
- Sortland, K. (2016). Når næringsinntaket blir for lite. I K. Sortland, *Ernæring; mer enn mat og drikke* (5. utg., ss. 165-190). Bergen: Fagbokforlaget.
- Sortland, K. (2016). Væske og ernæring - et sykepleiefaglig ansvar. I K. Sortland, *Ernæring - mer enn mat og drikke* (5. utg., ss. 13-18). Bergen: Fagbokforlaget.
- Tangvik, R. J., & Dierkes, J. (2020). Kosthold og ernæring. I B. S. Husebø, & E. Flo (red.), *Eldreboen; Diagnoser og behandling* (ss. 179-189). Bergen: Fagbokforlaget.
- Tranvåg, O., & Kjellstadli, C. (2020). Å betre kvardagen til heimebuande personar med demens og deira pårørande. I B. S. Husebø, & E. Flo (red.), *Eldreboen; Diagnoser og behandling* (ss. 62-73). Bergen: Fagbokforlaget.
- Aagaard, H., & Grøndahl, V. A. (2017, 03 15). Rutiner for å vurdere ernæringsstatus i hjemmesykepleien. *Sykepleien*, ss. 1-12. doi:<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.61219>

8.0 Vedlegg

8.1 Vedlegg 1: MNA - Skjema

Mini Nutritional Assessment

MNA[®]



Efternavn: Fornavn:

Kjønn: Alder: Vekt, kg: Høyde, cm: Dato:

Besvar undersøkelsen (screeningen) ved å fylle inn de riktige poengsifrene. Bruk tallene fra hvert enkelt spørsmål og summer. Hvis oppnådd sum er 11 eller mindre, fortsett med del II for å få en samlet vurdering av ernæringsstilstanden.

Screening, del I	
<p>A Har matinntaket gått ned i løpet av de 3 siste månedene pga nedsatt appetitt, fordøyelsesproblemer, vanskeligheter med å tygge eller svelge? 0 = betydelig redusert matinntak 1 = noe redusert matinntak 2 = ingen endring i matinntaket <input type="checkbox"/></p> <p>B Vekttap i løpet av de 3 siste månedene 0 = vekttap over 3 kg 1 = vet ikke 2 = vekttap mellom 1 og 3 kg 3 = ikke vekttap <input type="checkbox"/></p> <p>C Mobilitet 0 = sengeleggende / sitter i stol 1 = i stand til å gå ut av seng / stol, men går ikke ute 2 = går ute <input type="checkbox"/></p> <p>D Har opplevd psykologisk stress eller akutt sykdom i løpet av de 3 siste månedene? 0 = ja 2 = nei <input type="checkbox"/></p> <p>E Neuropsykologiske problemer 0 = alvorlig demens eller depresjon 1 = mild demens 2 = ingen psykologiske lidelser <input type="checkbox"/></p> <p>F Body Mass Index (BMI) = vekt (kg) / (høyde(m) x høyde(m)) 0 = BMI mindre enn 19 1 = BMI 19 til mindre enn 21 2 = BMI 21 til mindre enn 23 3 = BMI 23 eller større <input type="checkbox"/></p> <p>Screeningresultat, del I (sumtotal maks. 14 poeng) 12 - 14 poeng: <input type="checkbox"/> Normal ernæringsstatus 8 - 11 poeng: <input type="checkbox"/> Risiko for underernæring 0 - 7 poeng: <input type="checkbox"/> Underernært</p> <p>For en mer dyptgående vurdering, fortsett med spørsmål G-R</p>	<p>J Hvor mange fullstendige måltider spiser pasienten pr dag? 0 = 1 måltid 1 = 2 måltider 2 = 3 måltider <input type="checkbox"/></p> <p>K Utvalgte markører for proteininntak • Minst en porsjon melkeprodukter (melk, ost, yoghurt) pr dag ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> • To eller flere porsjoner belgfrukter eller egg pr uke ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> • Kjøtt, fisk eller kylling/ kalkun hver dag 0.5 = hvis 0 eller 1 ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> 1.0 = hvis 2 ja <input type="checkbox"/> 2.0 = hvis 3 ja <input type="checkbox"/></p> <p>L Spiser to eller flere porsjoner frukt eller grønnsaker pr dag? 0 = nei 1 = ja <input type="checkbox"/></p> <p>M Hvor mye væske (vann, juice, kaffe, te, melk...) inntas pr dag? 0.0 = mindre enn 3 kopper 0.5 = 3 til 5 kopper 1.0 = mer enn 5 kopper <input type="checkbox"/></p> <p>N Matinntak 0 = ikke i stand til å spise uten hjelp 1 = spiser selv med noe vanskeligheter 2 = spiser selv uten vanskeligheter <input type="checkbox"/></p> <p>O Eget syn på ernæringsmessig status 0 = ser på seg selv som underernært 1 = er usikker på ernæringsmessig tilstand 2 = ser ikke på seg selv som underernært <input type="checkbox"/></p> <p>P Hvordan vurderer pasienten sin egen helsetilstand sammenlignet med mennesker på samme alder? 0.0 = ikke like bra 0.5 = vet ikke 1.0 = like bra 2.0 = bedre <input type="checkbox"/></p> <p>Q Overarmens omkrets (OO) i cm 0.0 = OO mindre enn 21 cm 0.5 = OO 21 til 22 cm 1.0 = OO mer enn 22 cm <input type="checkbox"/></p> <p>R Leggkomkrets (LO) i cm 0 = LO mindre en 31 cm 1 = LO 31cm eller større <input type="checkbox"/></p> <p>Screening, del II (maks. 16 poeng) <input type="checkbox"/></p> <p>Screening, del I <input type="checkbox"/></p> <p>Samlet vurdering, del I + del II (maks. 30 poeng) <input type="checkbox"/></p>

MNA resultat

24 til 30 poeng Normal ernæringsstatus
 17 til 23.5 poeng Risiko for underernæring
 Mindre enn 17 poeng Underernært

Ref. Velasco B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of MNA[®] - its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2006; 10: 456-465.
 Rubenstein LZ, Hanker JD, Salva A, Guigoz Y, Velasco B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Geront 2001; 56A, M395-397.
 Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA[®]): Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10: 466-487.
 © Société des Produits Nestlé SA, Trademark Owners.
 © Société des Produits Nestlé SA 1994, Revision 2009.
 Se mer info på: www.nestle-elderly.com

(Nestlé Nutrition Insitute, u.å.)

8.2 Vedlegg 2: MNA – SF

Mini Nutritional Assessment

MNA[®]Nestlé
Nutrition Institute

Etternavn:		Fornavn:	
Kjønn:	Alder:	Vekt, kg:	Høyde, cm:
Dato:			

Besvar undersøkelsen ved å fylle inn de riktige poengsifrene. Bruk tallene fra hvert enkelt spørsmål og legg sammen poengene for endelig screeningsresultat.

Screening	
A Har matinntaket gått ned i løpet av de 3 siste månedene pga nedsatt appetitt, fordøyelsesproblemer, vanskeligheter med å tygge eller sveiøe? 0 = betydelig redusert matinntak 1 = noe redusert matinntak 2 = ingen endring i matinntaket	<input type="checkbox"/>
B Vekttap i løpet av de 3 siste månedene 0 = vekttap over 3 kg 1 = vet ikke 2 = vekttap mellom 1 og 3 kg 3 = ikke vekttap	<input type="checkbox"/>
C Mobilitet 0 = sengeleggende / sitter i stol 1 = i stand til å gå ut av seng / stol, men går ikke ute 2 = går ute	<input type="checkbox"/>
D Har opplevd psykologisk stress eller akutt sykdom i løpet av de 3 siste månedene? 0 = ja 2 = nei	<input type="checkbox"/>
E Neuropsykologiske lidelser 0 = alvorlig demens eller depresjon 1 = mild demens 2 = ingen psykologiske lidelser	<input type="checkbox"/>
F1 Body Mass Index (BMI) = vekt (kg) / [høyde (m) x høyde (m)] <input type="checkbox"/> 0 = BMI mindre enn 19 1 = BMI 19 til mindre enn 21 2 = BMI 21 til mindre enn 23 3 = BMI 23 eller større	<input type="checkbox"/>
OM DU IKKE KAN BEREKNE BMI, ERSTATTES SPM. F1 MED SPM. F2. SVAR IKKE PÅ SPM. F2 DERSOM SPM. F1 ALLEREDE ER BESVART.	
F2 Leggens omkrets i cm (Calf Circumference, CC) 0 = CC mindre enn 31 cm 3 = CC 31 cm eller mer	<input type="checkbox"/>
Screeningresultat (maks. 14 poeng)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12-14 poeng: <input type="checkbox"/> Normal ernæringsstatus 8-11 poeng: <input type="checkbox"/> Risiko for undernærøing 0-7 poeng: <input type="checkbox"/> Underernært	<input type="button" value="Lagre"/> <input type="button" value="Skriv ut"/> <input type="button" value="Reset"/>

Ref. Vellas B, Vilas H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2006;10:456-465.
 Rubenstein LZ, Harker JD, Salva A, Gulgoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Gerontol 2001;56A: M366-377.
 Gulgoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.
 Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, et al. Validation of the Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA-SF): A practical tool for identification of nutritional status. J Nutr Health Aging 2009; 13:762-788.
 © Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
 © Nestlé, 1994, Revision 2009. NE7200 12/99 10M
 Se mer info på: www.mna-elderly.com

(Nestlé Nutrition Institute, u.å.)

8.3 Vedlegg 3: Sjekkliste for kildekritikk

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

- A: Innledende vurdering
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: [Critical Appraisal Skills Programme \(2018\). CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research.](https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/) <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 15.10.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?
Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Kritisk vurdering av:

Meyer, S. E., Velken, R., & Jensen, L. H. (2017, Mai 4). Vurdering av ernæringsstatus – et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien. *Sykepleien*, ss. 1-15.
doi:<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.61797>

8.3.1 Fortsettelse vedlegg 3

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

Kommentar:

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

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Kommentar:

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

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

Kommentar:

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Når man bruker for eksempel strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?

8.3.2 Fortsettelse vedlegg 3

- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

Kommentar:

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

Ja – Nei – Uklart

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

Kommentar:

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

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
 - a. utforming av problemstilling
 - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
 - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

Kommentar:

8.3.3 Fortsettelse vedlegg 3

7. Er etiske forhold vurdert? Ja – Nei – Uklart**Tips:**

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

Kommentar:**8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?** Ja – Nei – Uklart**Tips:** En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Kommentar:**Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?** Ja – Nei – Uklart

8.3.4 Fortsettelse vedlegg 3

Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

Kommentar:

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Tips: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

Kommentar: Funnene fra denne studien er relevant for å bedre ernæringsarbeidet i praksis. Studien avdekker behov for mer forskning på området.

(Helsebiblioteket, 2016)

8.4 Vedlegg 4: PICo modellen

P:	Population/problem	Hvilken populasjon eller hvilket problem dreier det seg om?
I:	(Phenomenon of) Interest	Hvilken aktivitet, erfaring, opplevelse eller prosess dreier det seg om?
Co:	Context	Hvilken kontekst eller setting dreier det seg om?

(Helsebibloteket, 2016)