

**BSYBAC**

## **Bacheloroppgave i Sykepleie**

Erfaringer sykepleiere har i møte med eldre, underernærte hjemmeboende pasienter, og hvordan sykepleiere kan fremme en god ernæringsstatus.



---

Universitetet  
i Stavanger

**Det helsevitenskapelige fakultet**

**Bachelor i Sykepleie**

*Stavanger 2. januar 2024*

*Jeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet*

## **Sammendrag**

**Tittel:** Erfaringer sykepleiere har med tiltak rettet mot underernæring hos eldre, underernærte hjemmeboende, og hvordan sykepleiere kan fremme en god ernæringsstatus.

**Bakgrunn:** Ernæring er et tema en ofte møter på i helsevesenet, herunder eldre hjemmeboende. Det at pasientene er hjemmeboende kan by på ekstra utfordringer da en ikke kan være til stede og kartlegge/observere hele døgnet. Som sykepleier står man i en sentral rolle for å oppdage, kartlegge og iverksette tiltak for å forebygge eller behandle underernæring. Vi ønsker å utforske hvilke erfaringer sykepleierne selv har i møte med underernæring hos eldre hjemmeboende, og hvordan en kan fremme en god ernæringsstatus hos denne pasientgruppen.

**Hensikt:** Hensikten med oppgaven er å utforske hvilke erfaringer sykepleiere har med tiltak rettet mot underernæring hos eldre hjemmeboende pasienter, og hvordan sykepleiere kan bruke disse erfaringene til å bidra til at disse pasientene kan gjenvinne en god ernæringsstatus.

**Metode:** Det har blitt tatt i bruk en integrativ litteraturoversikt, da formålet ikke er å komme med ny forskningsdata, men å utforske og analysere artikler som allerede er publisert. Alle artiklene er kvalitative.

**Resultat:** Ernæring er et tema hvor det i fremtiden bør bli lagt enda mer fokus på, da det blir tatt opp flere mangler og utfordringer. Utfordringer som blir tatt opp gjentatte ganger er organisering av tid og ressurser, samt opplæring av personalet i emnet. Det blir også tatt opp utfordringer rundt kommunikasjon mellom de forskjellige sektorene. Videre blir viktigheten av en god relasjon tatt opp, og hvordan en god relasjon, og bruken av god kommunikasjon har innvirkning på pasientenes opplevelse av ivaretagelse og sykepleiernes evne til å utføre individuell omsorg.

**Nøkkelord:** Underernæring, ernæringsstatus, eldre, hjemmeboende, hjemmesykepleie, sykepleier.

## **Abstract**

**Title:** Experiences nurses have with measures targeting malnutrition in the elderly living at home, and how nurses can promote good nutritional status.

**Background:** Nutrition is a complex issue that can bring about many complications. This is a topic often encountered in healthcare, particularly with elderly individuals living at home. The fact that patients are living at home can pose extra challenges as one cannot be present to assess/observe around the clock. As a nurse, one plays a central role in detecting, assessing, and implementing measures to prevent or treat malnutrition. We aim to explore the experiences nurses themselves have when dealing with malnutrition in elderly individuals living at home and how to promote good nutritional status in this patient group.

**Purpose:** The purpose of the task is to explore the experiences nurses have with measures targeting malnutrition in elderly patients living at home, and how nurses can use these experiences to contribute to these patients regaining good nutritional status.

**Method:** An integrative literature review has been employed, as the aim is not to provide new research data but to explore and analyze articles that are already published. All the articles are qualitative.

**Result:** Nutrition is a topic that should receive even more focus in the future, as various deficiencies and challenges are highlighted. Challenges frequently mentioned include the organization of time and resources, as well as staff training in the subject. Challenges related to communication between different sectors are also addressed. Furthermore, the importance of a good relationship is discussed, along with how a good relationship and the use of effective communication impact patients' perception of care and nurses' ability to provide individualized care.

**Keywords:** Malnutrition, nutritional status, elderly, living at home, home care, nurse.

## Innholdsfortegnelse

<b>1. Innledning .....</b>	<b>6</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	6
1.2 Problemformulering .....	6
1.3 Hensikt/formål med oppgaven.....	7
<b>2. Teori.....</b>	<b>7</b>
2.1 Aldringsprosessen.....	7
2.2 Eldre og underernæring .....	7
2.3 Virginia Hendersons sykepleieteori.....	8
2.4 Hjemmesykepleie.....	9
2.5 Ernæringskartlegging.....	9
2.6 Tiltak ved underernæring .....	10
2.7 Dokumentasjon.....	11
<b>3. Metode .....</b>	<b>11</b>
3.1 Valg av metode.....	11
3.2 Litteratursøk .....	12
3.3 Valg av søkeord.....	12
3.4 Valg av artikler .....	12
3.5 Analyse av artiklene .....	13
<b>4. Resultat.....</b>	<b>15</b>
4.1 Sykepleiernes erfaringer.....	15
4.1.1 Manglende kunnskaper hos helsepersonell .....	16
4.1.2 Utdringer i møte med ernæringskartlegging hos hjemmeboende.....	17
4.2 Kommunikasjon.....	18
4.3 Kartlegging av ernæringsstatus .....	18
<b>5. Diskusjon.....</b>	<b>19</b>

<i>5.1 Metodediskusjon</i> .....	19
<i>5.2 Resultatdiskusjon</i> .....	20
5.2.1 Sykepleierens erfaring i møte med pasientens integritet.....	20
5.2.1. Ernæring - Et komplekst tema.....	21
5.2.2 Manglende kunnskaper hos helsepersonell .....	21
5.2.3. Opplevelse av ressursmangel og tidspress .....	22
5.2.4 Kommunikasjon .....	23
5.2.5 Kartlegging av ernæringsstatus .....	24
<b>6. Anvendelse av resultatene i praksis .....</b>	<b>25</b>
<b>7. Referanser .....</b>	<b>27</b>
<b>8. Vedlegg.....</b>	<b>30</b>
8.1 Vedlegg 1, søkelogg.....	30
8.2 Vedlegg 2, litteraturmatrise.....	31
8.3 Vedlegg 3, Ernæringsjournalen.....	34
8.4 Vedlegg 4, MNA skjema.....	36
8.5 Vedlegg 5, MST skjema.....	37

## 1. Innledning

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Ernæring er et stort tema som kan påvirke mange deler i hverdagen til den enkelte. Det er et relevant tema som de aller fleste som jobber innen helsesektoren møter. Det er mange faktorer som kan påvirke ernæringsstatusen til mennesker som bor hjemme, og det er derfor viktig med god kartlegging og kunnskap om tiltak som skal iverksettes for å opprettholde eller fremme en god ernæringsstatus. I *geriatrisk sykepleie* kommer det frem at over halvparten av eldre hjemmeboende som mottar offentlig hjelp er underernærte, eller er i risiko for å bli det, og på bakgrunn av dette har vi valgt å ta utgangspunkt i eldre. Her blir det også tatt opp hvordan det er lite oppmerksomhet på ernæringskartlegging hos hjemmeboende, og hvordan kunnskap kan være en medvirkende faktor. (Næss, 2021, s.251). På bakgrunn av dette, så ønsker vi å styrke egen kompetanse når det kommer til ernæring, for å kunne kartlegge og iverksette gode, individuelle tiltak til de enkelte pasienter. Vi ønsker å undersøke nærmere hvilke erfaringer sykepleiere har i møte med pasienter, og samtidig se på hvordan sykepleiere kan bruke sine kunnskaper og erfaringer for å fremme pasientenes ernæringsmessige behov.

### 1.2 Problemformulering

Det er mange som per dags dato bor hjemme, og som trenger hjelp til hverdagslige oppgaver. En stor andel av hjelpetrequende hjemmeboende er eldre. Dette er en pasientgruppe som forventes å bli betraktelig større i den nærmeste fremtid. «Befolkningen vil i framtiden bestå av betydelig flere eldre og færre yngre enn i dag. Antall gamle over 80 år antas å fordobles de neste 50 år.» (Mensen, 2021 s.29). Faktorer som diagnoser, allmenntilstand, økonomi og sosiale normer er også med på å spille inn på hvor godt en klarer ivareta egen ernæringsstatus. Det antas også, som nevnt, at over halvparten av eldre hjemmeboende som mottar offentlig hjelp er, eller står i fare for å bli underernærte (Næss, 2021 s.251). Mange eldre opplever å få nedsatt matlyst, noe som kan komme av flere årsaker som nedsatt lukte- og smaksans og bruk av medisiner.

Ernæring kan ha stor innvirkning på hverdagen til den enkelte, da det bl.a. kan påvirke ens energinivå og sårtilheling. Eldre er spesielt utsatt for negative konsekvenser ved å være feil- eller underernærte, som tydeliggjøres av Næss (2021): «Dårlig ernæringsstatus er kjent som en viktig negativ prognostisk indikator hos eldre. Vekttap hos eldre omtrent dobler risikoen for å dø, uavhengig av personens KMI.» (Næss, 2021, s.251). Dette har vært en påvirkende faktor for vårt valg av problemstilling, og hvordan vi har valgt å formulere den, samt hvilket

fokus vi har valgt å ha. Ut ifra hvor stor påvirkning ernæring har for hverdagen og prognosen hos den eldre, valgte vi derfor å formulere vår problemstilling slik: Erfaringer sykepleiere har med tiltak rettet mot underernæring hos eldre, underernærte hjemmeboende, og hvordan sykepleier kan fremme en god ernæringsstatus.

### 1.3 Hensikt/formål med oppgaven

Hensikten med oppgaven er å utforske hvilke erfaringer sykepleiere har med tiltak rettet mot underernæring hos eldre hjemmeboende pasienter. Og hvordan sykepleiere kan sørge for å fremme en god ernæringsstatus hos den nevnte pasientgruppen.

## 2. Teori

### 2.1 Aldringsprosessen

Aldringsprosessen er en naturlig kroppslig prosess som starter når menneskekroppen har nådd moden alder, ca. 25 år. Hastigheten på denne prosessen er forskjellig fra individ til individ. Aldring i seg selv er ikke en sykdom, og vanlige sykdommer hos eldre personer er ikke aldersforandringer (Mensen, 2021, s. 30).

Endring i ernæringstilstand, i tillegg til aldersforandring, er en forklaring på sårbarhet hos eldre. Aldringsprosessen påvirker den eldre matinntak, da matlysten kan være redusert og lukt og smaksans endres. I tillegg reduseres spyttproduksjonen reduseres, og tannstatusen svekkes. Eldre har også et behov for økt oppmerksomhet ved måltider, og tilrettelegging i matsituasjoner (Stubberud, 2022, s.3).

### 2.2 Eldre og underernæring

En kan definere underernæring som en tilstand der kroppen får for lite energi og næringsstoffer i forholdt til behovet (Stubberud, 2022, s. 6). Hos eldre endres kroppsmassesammensetningen, andelen av væske og muskulatur reduseres i motsetning til det relative fettinnholdet som økes. Redusert muskelmasse og aktivitet bidrar til at kroppens energibehov avtar med alderen. Hos flere av de eldre fører redusert energibehov til at de spiser mindre enn før. Redusert energibehov kan i noen tilfeller føre til at de eldre opprettholder eller utvikler overvekt (Brodtkorb, 2021, s. 302). Underernæring kan deles inn i moderat og alvorlig (Stubberud, 2022, s. 6).

Tabell 1, oversikt over kriterier for underernæring

Pasienten er moderat underernært dersom et av kriteriene er oppfylt	Pasienten er alvorlig underernært dersom minst et av kriteriene er oppfylt
Ufrivillig vekttap som er over 10% de siste 3-6 månedene	Uønsket vekttap som er over 15 % de siste 3-6 månedene
KMI <20	KMI <18,5
KMI <22, med samtidig ufrivillig vekttap mer enn 5% siste 6 måneder	KMI < 20, med samtidig ufrivillig vekttap over 5 % de siste 3 månedene
Matinntak under halvparten av beregnet behov siste uke.	Matinntak under en fjerdedel av beregnet behov den siste uken

(Stubberud, 2022, s. 6)

Vanlige aldersforandringer i munnen og fordøyelsessystemet kan ha negative konsekvenser for matinntaket hos eldre. Spyttproduksjonen reduseres med årene, og de eldre drikker gjerne mindre. Dette kan bidra til at det utvikles tannrøte og skade på tennene. Viktige årsaker til at eldre får utfordringer med næringsinntaket er munntørrehet, dårlig tannstatus og nedsatt evne til å tygge på grunn av svakere muskler (Brodtkorb, 2021, s. 303).

En formel for å kartlegge underernæring er KMI, som er den vanligste brukte måleenheten for å vurdere ernæringstilstand. Formelen på KMI er kroppsvekta(kg) dividert med høyden(m) i andre potens, altså vekt/høyden<sup>2</sup>. Normalverdier på KMI er mellom 18,5 og 25 kg/høyden<sup>2</sup>. KMI hos eldre er høyere en hos yngre, det skyldes at de eldre ofte har forminsket høyde grunnet for eksempel osteoporose og kyfosing av ryggraden. Eldre bør ha en KMI mellom 25 og 30, og den skal ikke være lavere enn 22 (Stubberud, 2022, s. 7-8).

### 2.3 Virginia Hendersons sykepleieteori

Virginia Henderson var en av de første sykepleierne som utga en sykepleieteori. Hun presenterte 14 punkter som sykepleiens grunnprinsipper. Henderson utviklet sin definisjon av sykepleie for å adressere de manglene og svakhetene hun selv hadde opplevd i sin egen utdanning, spesielt når det gjaldt å klargjøre sykepleierens særegne funksjon. Hun fokuserte på sykepleierens ansvar av ivaretagelsen av de grunnleggende behovene. Hennes definisjon på sykepleie, er at sykepleieren skal hjelpe eller assistere personer på gjøremål de selv ville gjort viss de hadde ressursene som skal til for å utføre. (Kristoffersen et al., 2021, s.235-237). Nummer to av hennes grunnleggende sykepleieprinsipper er «å spise og drikke tilstrekkelig» (Kristoffersen et al., 2021, s. 237). Som går ut på når en person ikke lenger klarer å ivareta



dette selv er det sykepleieren som skal legge til rette for at disse gjøremålene ville blitt gjort viss de hadde ressursene som skal til for å utføre. Det er derfor viktig at sykepleier har kunnskap om pasientens behov for ernæring, og klarer å legge til rette for at behovene skal dekket (Kristoffersen et al., 2021, s.237).

## 2.4 Hjemmesykepleie

Hjemmesykepleien spiller en viktig rolle i helsevesenet ved å levere medisinsk hjelp til de som bor hjemme. Behovet for hjemmesykepleie kan være alt i fra enkle gjøremål som støttestrømper og toalettbesøk til mer avanserte gjøremål som for eksempel infusjonsbehandling, sårstell, enteral ernæring og parental ernæring.

Vedtakene og oppgavene som hjemmesykepleien utfører blir gjort etter en individuell kartlegging av pasientens helsetilstand, og hjelpebehov (Næss. 2021, s. 246).

Hjemmesykepleien kan bidra til å forberede livskvaliteten til pasientene, og gir dem en mulighet til å opprettholde en selvstendig livsstil til tross for ulike helseutfordringer

Kommunene er i tillegg pliktig til å utøve tjenester til de personene som ikke klarer å ivareta seg selv. Kommunens ansvarsområde omfatter alle pasientgrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade, pasienter med rusproblemer eller nedsatt funksjonsevne (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §3-1).

## 2.5 Ernæringskartlegging

Det er en betydelig stor sammenheng mellom ernæringsstatus og helse. God ernæringsstatus bidrar til å beskytte kroppen mot sykdom og skade, og det er dermed viktig at eldre opprettholder god ernæringsstatus som forebyggende arbeid (Brodtkorb, 2021, s.302).

For å kunne iverksette gode tiltak for å forebygge og behandle underernæring, så er en avhengig av å ha gode rutiner for kartlegging av under- og feilernæring. Gode rutiner for kartlegging vil både fange opp de som allerede er underernærte, men også de som er i faresonen (Brodtkorb, 2021, s.304).

Det er flere måter en kan kartlegge ernæringsstatus på. Som forklart i kosthåndboken til helsedirektoratet (2016), kan informasjon om ernæringsstatus innhentes gjennom klinisk evaluering. Dette inkluderer vurdering av vekt og målinger, anamnese og analyse av laboratorieprøver (Helsedirektoratet, 2016, s. 78). Det finnes flere ulike verktøy en kan bruke. Eksempel på tre brukte verktøy i primærhelsetjenesten er Malnutrition Screening Tool (MST), Mini Nutritional Assessment (MNA) og Ernæringsjournalen.

MST er utarbeidet av Helsedirektoratet (2022) og består av to spørsmål som omhandler eventuell vektnedgang og endring i matinntak. Får pasienten poengskår to eller mer, betyr det at pasienten er i risikogruppen, og en skal iverksette kartlegging og tiltak.

MNA er et kartleggingsverktøy som brukes ved underernæring hos eldre. Den består av to deler, hvor del én består av seks spørsmål, og del to består av tolv spørsmål. Spørsmålene på del en består blant annet av matinntak, vekttap, mobilitet, KMI og om pasienten har en demensdiagnose. Mens på del to spørres det for eksempel om bosituasjon, antall måltider, medikamenter, og eventuelle sår (Brodtkorb, 2021, s. 306).

Ernæringsjournalen som er utarbeidet av Helsedirektoratet (2016) er et annet verktøy en kan ta i bruk. den tar utgangspunkt i høyde, vekt/vektutvikling og KMI. I tillegg stilles det ti spørsmål om blant annet tannproblemer, tygge/svelg problemer, kvalme og behovet for hjelp til å spise. Ernæringsjournalen finner man blant annet i kosthåndsboken (Helsedirektoratet, 2016, s. 266-267).

## 2.6 Tiltak ved underernæring

Det er viktig å sette i gang tiltak når pasienter er i risiko for å bli eller er underernært, slik at en kan behandle og forebygge komplikasjoner. Det er flere tiltak en kan sette i gang. Først og fremst er det viktig å utarbeide en god pleieplan, som oppdateres jevnlig. Pleieplanen kan for eksempel inneholde dokumentert ernæringstilstand, målet med ernæringsbehandlingen og målrettet tiltak som er tilpasset den enkelte pasient (Stubberud, 2022, s. 5).

For å øke fettinnholdet kan en berike maten. Da kan en for eksempel ta et litt tjukkere lag med smør på brødskiven. En kan i tillegg ha dobbelt opp med pålegg og ha majonesbaserte salater som tilbehør. Vanlig lettmelk kan byttes ut med helmelk, og grøt og supper kan tilsettes fløte (Brodtkorb, 2021, s.313). Ferdig fremstilte produkter som er tilsatt vitaminer og mineraler som for eksempel næringsdrikker, er godt egnet som mellommåltid. I utgangspunktet skal næringsdrikke komme i tillegg til måltider, men det kan også erstatte måltider (Stubberud, 2022, s. 19).

Sykepleieren har en selvstendig rolle i kartleggingsarbeidet, og i forbedring av ernæringsstatus. I ernæringsarbeidet kreves et tverrfaglig samarbeid. Lege og ernæringsfysiolog blir en naturlig samarbeidspartner i hjemmesykepleien. Legen har en viktig rolle når det gjelder sykdom og når medisinsk behandling virker inn på ernæringsstatusen. Ernæringsfysiologen har kunnskap om kartlegging og vurdering av ernæringsbehovet hos den enkelte pasient. Pårørende kan også være en nyttig samarbeidspartner, da det kan være pårørende som hjelper til med handling av matvarer (Brodtkorb, 2021, s. 313-315).

## 2.7 Dokumentasjon

Dokumentasjon av sykepleie er lovpålagt, og er nedfelt i Helsepersonelloven (helsepersonelloven, 1999, §39). Journalen skal inneholde relevant og nødvendig informasjon om pasienten, samt helsehjelpen. Journalen skal skrives med et enkelt språk slik at det skal være lett for annet helsepersonell å forstå. I tillegg skal det skrives de opplysningene som er nødvendig for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt (helsepersonelloven, 1999, §40). I pasient- og brukerrettighetsloven (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §5-1) står det at pasienten og brukeren har rett til innsyn i egen journal. De har etter forespørsel rett på en enkel forklaring av faguttrykk. Men dersom opplysningene i journalen er til fare for liv eller alvorlig helseskade kan pasienten og brukeren nektes for innsyn. Lege og advokat kan i utgangspunktet ikke nektes innsyn, med mindre det er særskilte grunner for det. Etter pasienten eller brukerens død, har nærmeste pårørende rett til innsyn i journalen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §5-1).

## 3. Metode

Metode er en fremgangsmåte som gir oss en mulighet til å tilegne oss ny kunnskap, og løse problemer. Metoden er et hjelpemiddel for å finne data, slik at vi får den informasjonen vi trenger (Dalland, 2017, s. 53-54). Vilhelm Aubert definerer metode slik: «En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap» (Dalland, 2017, s.53).

### 3.1 Valg av metode

For å ha god oversikt underveis, må en ha god struktur på oppgaven, og ta i bruk en litteraturoversikt. På denne måten blir det enklere å holde «en rød tråd» gjennom oppgaven. Det ble i vår oppgave naturlig å ta i bruk en integrativ litteraturoversikt, da vårt formål ikke er å komme med ny forskningsdata, men å utforske og analysere artikler som allerede er publisert. En integrativ oversikt er ifølge Friberg (2017) hvor en bruker publisert litteratur for å svare på problemstillingen. Denne metoden brukes for å få oversikt over et avgrenset tema og å ha en tydelig sammenligning av likheter/forskjeller mellom utvalgt litteratur (Friberg, 2017, s.144).

### 3.2 Litteratursøk

I litteratursøket ble ulike databaser brukt. Vi begynte med å søke i en av bibliotekets database ved Universitet i Stavanger, Swemed+. Her svarte kun en artikkel på problemstillingen slik at vi gikk over til de internasjonale databasene CINAHL og Medline. Her fikk vi et bedre utvalg av artikler som var mer relevant for vår hensikt.

Som inklusjonskriterier har vi valgt at artiklene skal være fagfellevurdert, vitenskapelige og ikke eldre enn 10 år. Hovedsakelig så vi etter kvalitative artikler, da problemstillingen baseres på erfaringsbasert kunnskap fra sykepleiere. Vi har valgt norsk og engelsk språklig forskning, og holdt oss til studier innenfor Europa slik at det ikke skulle bli for store kulturforskjeller. Vi har valgt å ha en avgrensning på at artiklene ikke skulle være eldre enn 10 år, da helsefaget er i stadig utvikling, og vi ønsket ny, oppdatert forskning. Vi har valgt å bruke forskning fra landene Norge, Nederland, Storbritannia og Irland.

Problemstillingen vår dreier seg om hvilke erfaringer sykepleiere har med tiltak rettet mot underernæring hos eldre hjemmeboende pasienter, og hvordan sykepleier kan sørge for at disse pasientene kan fremme en god ernæringsstatus. Selv om vi har valgt å ha fokus på hjemmesykepleien, har vi likevel valgt å inkludere en artikkel som tok for seg både erfaringer fra sykehus og hjemmesykepleien da studien svarte godt på hensikten.

### 3.3 Valg av søkeord

Når vi begynte å søke etter artikler begynte vi hovedsakelig med norskspråklige ord, som ikke ga det resultatet vi ønsket da vi bare fikk opp en relevant artikkel. Vi gikk deretter over til engelskspråklige ord som ga oss et større og bredere utvalg av artikler.

Søkeordene som vi valgte å bruke er «ernæringsstatus», «hjemmesykepleie», «nutrition», «malnutrition», «nurse», «home care», «community care», «barriers», «facilitators», «qualitative research».

### 3.4 Valg av artikler

Vår bacheloroppgave er bygd opp av fem artikler, hvor alle er kvalitative. Vi har valgt artikler som stammer fra europeiske land for å unngå store kulturforskjeller. En av artiklene er skrevet på norsk, mens de resterende fire er skrevet på engelsk. Alle de valgte artiklene er skrevet fra et sykepleieperspektiv, noe som svarer godt på vår hensikt. De har alle et relevant innhold om erfaringer i møte med ernæring, hvor det hovedsakelig blir lagt fokus på underernæring.

### 3.5 Analyse av artiklene

Det er viktig å analysere artiklene en skal bruke, og sørge for at de er av god kvalitet. For å kvalitetssikre artiklene på en oversiktlig måte, har vi tatt utgangspunkt i og fulgt Fribergs metode og analysemodell (Friberg, 2017, s.148-150). Friberg (2017) nevner hvordan en må se artiklene i en helhet, for så å lage sin egen helhet og skape sitt eget perspektiv. Friberg (2017) skriver så videre at det hovedsakelig er resultatdelen i artiklene som blir det bærende elementet en skaper den nye helheten ut fra.

Til å begynne med startet vi med å finne relevante artikler i bibliotekets databaser ved Universitetet i Stavanger. Hvorpå vi brukte Friberg (2017) sin metode og leste gjennom artiklene flere ganger og markerte hva som er relevant til vår hensikt, noe som hjalp oss med å bli kjent med innholdet i artiklene og sørge for at de var av god kvalitet.

Artiklene ble så ført inn i en tabell for å få oversikt over artiklene, deres innhold og hvilke funn de kommer frem til. Se tabell 2 for oversikt over analyserte artikler. Vi har vektlagt det å forstå budskapet og formålet med artiklene. Deretter ble artiklene sammenlignet, hvor vi så på likheter og ulikhetet. Det ble også sett på hvilke funn artiklene er kommet frem til, og om de svarer på vår hensikt.

Tabell 2, oversikt over analyserte artikler

Forfattere, årstall, tittel	Tema	Hensikt	Perspektiv	Metode
Meyer, S., Velken, R., & Jensen, L. (2017). Vurdering av ernæringsstatus – et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien.	Utfordringer og erfaringer sykepleiere har i møte ved kartlegging av ernæringsstatus i hjemmesykepleien.	Hensikten med denne studien var å undersøke hvordan hjemmesykepleien vurderer og ivaretar ernæringsstatus hos hjemmeboende som mottar hjemmesykepleie i henhold til de Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og	Sykepleier	Studien er kvalitativ, med analyse med data fra to norske kommuner, studien er delt i A og B. Data ble samlet inn fra sykepleiere gjennom tolv gruppesamtaler.

		behandling av underernæring.		
Browne, S., Kelly, L., Gerarthy, A, A., Reynolds, C, ME., Mcbean, L., McCallum, K., Clyne, L., Bury, G., Perrotta, C., Kennelly, S., Bradley, C., McCullagh, L., Finnigan, K., Clarke, S., Bardon, L, A., Murrin, C., Gibney, E, R., Castro, P, D., Corish, C, A. (2021). Healthcare professionals' perceptions of malnutrition management and oral nutritional supplement prescribing in the community: A qualitative study.	Synspunkter helsepersonell i kommunen har i møte med underernærte og ernæringsprodukter.	Hensikten med denne studien er å utforske helsepersonell sine erfaringer med behandling av underernæring og bruker av ernæringsprodukter.	Helsepersonell	Artikkelen er kvalitativ, og data er samlet inn gjennom tolv fokusgrupper hvor det ble tatt lydopptak. 75 helsepersonell med forskjellige yrker innenfor helsesektoren deltok i studien.
Hestevik, C, H., Molin, M., Debesay, J., Bergland, A., Bye, A. (2019). Healthcare professionals' experiences of providing individualized nutritional care for older people in hospital and home care: a qualitative study.	Erfaringer helsepersonell har rundt det å gi individuell/pasientsentrert pleie relatert til ernæring.	Hensikten med denne studien er å utforske hvilke erfaringer helsepersonell i hjemmetjeneste og sykehus har med behandling av eldre enkeltindivider og ernæring.	Helsepersonell	Artikkelen er kvalitativ og har tatt i bruk semistrukturerte intervju. Det er valgt ut 23 deltakere som alle er helsepersonell som jobber innen geriatri, enten på sykehus eller i hjemmetjeneste.
Hamer-Jordaan, G, D., Wounderbergh, G, J, G-V., Nies, A, H., Hell-Cromwijk, M, C, V., Veen, Y, J, J, V, D., Algra, H, F., Kroeze, W. (2023) Factors associated with dietary behaviour change support in patients: A	Hva som påvirker sykepleieres evne til å veilede pasienter med endret ernæringsstatus.	Hensikten med denne studien er å utforske hvilke faktorer som kan påvirke sykepleieres evne til å veilede pasienter gjennom ernæringsmessige endringer.	Sykepleier	Artikkelen er en kvalitativ studie hvor data er samlet inn gjennom semistrukturert intervju. Totalt 18 sykepleiere deltok i studien.

qualitative study among community nurses.				
Green, S, M., James, E, P., Latter, S., Sutcliffe, M., Fader, M, J (2014). Barriers and facilitators to screening for malnutrition by community nurses: a qualitative study.	Utfordringer og perspektiver rundt kartlegging av underernæring i kommunehelsetjenesten.	Hensikten med denne studien er å se på hvordan sykepleiere erfarer egen evne til å kartlegge ernæringsstatus til pasienter, samt hvor godt tilrettelagt det er for at de skal få mulighet til å utføre dette jevnlig.	Sykepleier	Artikkelen er en kvalitativ studie hvor det har blitt brukt semistrukturert intervju. Det er 20 sykepleiere som deltok i studien.

## 4. Resultat

I resultatdelen har vi lagt frem funnene til de fem artiklene vi har tatt i bruk. Artiklene tar for seg hvilke erfaringer, utfordringer og faktorer som påvirker ernæringsarbeidet i helsetjenesten, hvor det er lagt fokus på ernæring hos hjemmeboende. Artiklene hadde flere fellestrekk. Som at det kan være utfordrende å fremme god ernæring hos hver pasient på grunn av årsaker som tidspress, for lite kunnskap, kompleksiteten til hver enkelt pasient og ledelse. Under resultater er det blitt tatt i bruk en tematisk fremgang.

### 4.1 Sykepleiernes erfaringer

Studiene til Meyer et al. (2017) og Den Hamer- Jordaan et al. (2023) viser til at sykepleiere erfarte at de synes det er upassende å tre inn i pasientenes private hjem for å veie dem og dra opp temaet ernæring. Sykepleierne føler at det motstrider pasientenes verdighet og autonomi. Samt at flere av sykepleierne var opptatt av at en ikke skulle krenke kvinnenens husmorsstolthet. Hestevik et al. (2019) bekrefter dette med at de viser til at pasientene motstridde hjelp til måltider da de ønsket å ha ansvar for sitt eget liv.

Meyer et al. (2017) nevner så videre i studien at det ble forklart at noen pasienter vegret seg for veiing, men når det ble laget en avtale på forhånd, og pasientene var forberedt ble dette positivt mottatt. Pasientene sto da som regel klare med vekta i handa når hjemmesykepleien ankom. I studien til Meyer et al. (2017) fortalte sykepleierne at de erfarte at systematisk

kartlegging av ernæring kan gjøres i forbindelse med andre oppgaver, og at det dermed tar mindre tid enn man tror.

Deltakerne hadde også erfaring med at pasientene ofte kunne gi uttrykk for at det var slitsomt når helsepersonellet konstant oppfordret dem til å spise. Slik at sykepleierne kunne føle at de måtte velge mellom å forsøke å motivere dem til å spise, eller å respektere valget deres om å ikke spise. Hestevik et al. (2019) og Green et al. (2014) viser begge til forskjellige erfaringer deltakerne uttrykker å ha i møte med ernæring. Det kom frem at deltakerne synes at ernæring er et komplekst tema, hvor det kan være utfordrende å fange opp endringer. Underernæring oppstår ikke bare på grunn av sykdom, men også av andre årsaker som psykologiske årsaker, tap av noen i nær relasjon, ensomhet eller depresjon. Flere av deltakerne uttrykte at det kan være utfordrende å oppdage underernæring hos hjemmeboende, da det som regel oppstår gradvis over tid, og en gjerne ikke legger merke til endringene før det har skjedd stor endring i pasientens ernæringsmessige tilstand. Noen av pasientene hadde ikke alltid selv det samme synet på egen ernæringsstatus og behov for tiltak. Deltakerne kunne møte på pasienter som gjerne selv følte de burde gå ytterligere ned i vekt, til tross for at de var underernærte, eller var i risikozonen. Deltakerne fortalte at de også kunne møte på pasienter som sluttet å spise, eller som ikke ønsket å iverksette tiltak for å fremme god ernæring, da de ikke lenger ønsket å leve, eller selv følte de nærmet seg slutten på livet. Viktigheten av å fremme god ernæring kommer frem i hvordan negative konsekvenser, dårlig ernæring kan ha for helsen, som for eksempel hvordan det påvirker sårtilheling.

#### 4.1.1 Manglende kunnskaper hos helsepersonell

Mangel på kunnskap om ernæring kommer tydelig frem i fire av studiene (Browne et al. (2021), Hestevik et al., (2019), Den Hamer - Jordaan et al. (2023), Green et al. (2014)). Flere av deltakerne ga uttrykk for at den eneste kunnskapen de hadde fått om ernæring, stammet fra studiene. Deltakerne ga i tillegg uttrykk for at kunnskapen de ervervet seg i studiene var mangelfulle. Dersom en ønsket mer kunnskaper rundt temaet, måtte en som regel bruke egen fritid på dette. De så viktigheten av å ha kunnskap om temaet, og hvordan kunnskap er hjelpsomt når de skulle fremme god ernæring. Den Hamer- Jordaan et al. (2023) påpekte at noen av sykepleierne ønsket protokoller og retningslinjer som tar for seg ernæringskartleggingen.



#### 4.1.2 utfordringer i møte med ernæringskartlegging hos hjemmeboende

I de fem utvalgte artiklene har alle tatt opp mangel på tid som en utfordring (Meyer et al. (2017), Browne et al. (2021), Hestevik et al. (2019), Den Hamer-Jordaan et al. (2023), Green et al. (2014)). Ansatte i hjemmesykepleien er under et stort press, hvor de skal ivareta flere pasienter på kort tid. Det kommer frem i studien til Browne et al. (2021) at deltakerne står i situasjoner hvor de på grunn av tidspresset, ser seg nødt til å prioritere pasientenes personlige hygiene over tiden de bruker på tilberedelse av mat. Dette bekrefter Hestevik et al. (2019). Sykepleierne drar frem hvordan tidspresset hindrer dem i å utføre individuelle pleie, skape gode relasjoner og tilpasse tiltak knyttet til ernæring til den enkelte.

Studien til Hestevik et al. (2019) viser til hvilken form for hjelp pasienten skal motta er beskrevet i et vedtak, samt hvor mye tid en skal bruke på hver oppgave hos den enkelte pasient. Sykepleierne følte seg bundet til dette. Det ble sagt at dette begrenset dem i deres arbeid, og deres mulighet til å vurdere pasientenes situasjon og behov og kunne tilpasse deretter. Sykepleierne forteller at dersom oppdraget er å utføre et stell, er det kun det de gjør, for så å reise videre. Meyer et al. (2017) bekrefter dette med at hvis oppdraget er dusj en gang per uke, spørres det ikke om mat før en ser det er et problem.

I studien til Meyer et al. (2017) kommer det frem at sykepleierne synes det kunne være utfordrende å følge opp hva pasientene faktisk spiser i løpet av en dag, da en ikke kan være til stede under alle måltidene. En hadde da heller ikke mulighet til å føre opp kostlister, og eventuelt drikkelister for å få oversikt og kartlegge.

Det viste seg også å være utfordrende å få ta vekten hos mange hjemmeboende. Enkelte pasienter klarte ikke stå på vekten, noen hadde heller ikke vekt hjemme. I tillegg var det noen som ikke klarte strekke seg ut for å kunne måle lengde, slik en kunne ta i bruk kartleggingsverktøy hvor det kreves høydemål.

Meyer et al. (2017), Hestevik et al. (2019) og Den Hamer- Jordaan et al. (2023) viser alle til hvordan en på grunn av ressursmangel får utfordringer med å ivareta pasientenes ernæringsmessige behov, og hvor en ofte må være kreativ for å kunne ivareta disse behovene. Bruken av brødmat og mikromat blir nevnt i flere artikler. Det tas opp hvordan en ofte ser seg nødt til å servere ferdigmat til pasientene, da en ikke har tid til å tilberede noe. Det å varme ferdigretter i mikrobølgeovnen et par minutter skjerper ikke pasientenes appetitt, og pasientene uttrykker misnøye over denne maten da de heller foretrekker hjemmelaga mat.

Studien til Hestevik et al. (2019) tar for seg hvor komplekst møte med pasienten faktisk er. Ernæring handler ikke bare om en person spiser eller ikke. Det er mange faktorer som påvirker, for eksempel fysiske-, psykiske- og sosiale problemer. Det kan være årsaker som tannstatus, svelgevansker, avhengighet, ensomhet og depresjon. Det å stå i mange ulike komplekse situasjoner i hjemmet til pasientene byr på flere utfordringer. Og personalet ser hvordan de må tilpasse pleien til den enkelte, men ser også hvordan mangel på ressurser hindrer dem i å kunne dekke alle de komplekse aspektene av pasientenes situasjon. Og kunne tilpasse tiltakene til den enkelte. Green et al. (2014) belyser også behovet for ressurser for å kunne lage planer og mål til pasienter som er underernærte.

#### 4.2 Kommunikasjon

Kommunikasjon er grunnleggende for å kunne ivareta pasienters behov. Det kommer tydelig frem hos Meyer et al. (2019) at en først må skape en relasjon basert på tillit. Hun påpeker at en ikke bare kan gå inn i kjøleskapet og si hva de må spise, men at de først må skape en relasjon basert på tillitt. Sykepleierne erfarte også at noen pasienter ble krenket av spørsmål rundt kosthold og vekt, noe som bydde på ekstra utfordringer i ivaretagelse av ernæringsmessige behov og kartlegging av ernæringsstatus.

Browne et al. (2021) tar opp hvordan sykepleierne føler de ikke alltid får tillatelse av pasientene til å hjelpe dem med oppgaver som tilberedelse av mat, altså hvordan de ikke kommer i posisjon til å hjelpe pasientene med hva de trenger hjelp til. Videre tar Den Hamer-Jordaan et al. (2023) opp hvordan mange av helsepersonellet hadde et ønske om å bedre sin egen kommunikasjon. Dessuten tar artikkelen opp viktigheten av blant annet god informasjon, og hvordan en må forklare pasientene på en måte de forstår. Informasjonen bør tilpasses den enkelte og forklares med enkle ord.

#### 4.3 Kartlegging av ernæringsstatus

Hestevik et al. (2019) viser til at flere av sykepleierne uttrykker at de har stort fokus på ernæring, og at de jevnlig kartlegger ernæringsstatus til pasientene. Tre av studiene (Hestevik et al. (2019)., Den Hamer- Jordaan et al. (2023)., Green et al. (2014)) viser til hvordan de har prosedyrer de følger, og hvordan bruken av kartleggingsverktøy kan være med på å kvalitetssikre ernæringskartleggingen. I studien til Den Hamer- Jordaan et al. (2023) og Green

et al. (2014) kommer det frem at det er flere som finner kartleggingsverktøyene hjelpsomme, men at det imidlertid er de som synes at verktøyene er avanserte og vanskelige å ta i bruk. Noen synes også at de tar bort fokuset rundt ernæring, som kan føre til at en går glipp av viktig informasjon. I tillegg nevnes det at mange erstatter verktøyene med egen erfaring og vurdering. De begrunner dette med at de ser hvem som er i risiko for feilernæring. Noen sier også at de ser forskjellen på en overvektig og en undervektig person, og hvordan de kan bruke skjønn i de enkelte situasjonene. Videre kommer det frem at de ikke kartlegger pasienter de ikke føler er i risiko for å bli underernærte. De ser også på pasientens tilstand og hvilke ressurser vedkommende har. Det blir dratt frem som utfordrende hvordan en skal fange opp endringer som ofte forekommer gradvis hos eldre, da en ikke fanger opp endring som skjer over tid like lett som endringer som kommer over en kort periode.

Hestevik et al. (2019) belyser utfordringer rundt hva de skal gjøre med kartleggingen som blir utført. Dersom de kartlegger en pasient, og ser at det er noen som står i risiko for underernæring, så vet de ikke hva de skal gjøre med denne informasjonen. Det eneste som pleier å bli gjort er å sette pasienten på næringssupplementer. Green et al. (2014) tar imidlertid for seg hva som skal gjøres med funnene av kartleggingen. Her kommer det frem at sykepleierne synes funnene fra kartleggingsverktøyene kan gi god grunn til og gjøre det enklere for dem ved å henvise til noen andre, som for eksempel ernæringsfysiolog. De følte det var god hjelp i å inkludere noen med bredere kunnskaper rundt temaet ernæring, og hvilke tiltak som skal iverksettes.

## 5. Diskusjon

### 5.1 Metodediskusjon

I vår oppgave har vi tatt i bruk kvalitativ forskning, hvor vi har hentet informasjon fra fem artikler som i varierende grad svarer på vår problemstilling. Studiene til Meyer et al. (2017) og Green et al. (2014) handler om kartlegging og ivaretagelse av ernæring hos hjemmeboende pasienter, og erfaringer sykepleierne i kommunen har rundt dette. Begge artiklene har et sykepleieperspektiv og har fokus på ivaretagelse av pasienter som mottar offentlig hjelp i hjemmet, og dermed bidrar disse to artiklene til å styrke hensikten med oppgaven.

Studien til Den Hamer-Jordaan et al. (2023) handler om faktorer som kan påvirke kommunale sykepleiers evne til å veilede pasienter gjennom ernæringsmessige endringer. Artikkelen tar for seg erfaringer sykepleiere som arbeider i kommunen har. I og med artikkelen tar for seg erfaringer, og er knyttet opp mot hjemmeboende, er den med på å styrke resultatet.

Studiene til Hestevik et al. (2019) og Browne et al. (2021) har begge tatt i bruk erfaringer fra flere yrker og sektorer. I artikkelen til Hestevik et al. (2019) blir det tatt for seg erfaringer sykepleiere i kommunen og på sykehus har i møte med ivaretagelse av eldre enkeltindivider og ernæring. Artikkelen til Browne et al. (2021) handler om ernæringsprodukter, og erfaringer forskjellige helsepersonell har med bruken av dette for behandling av underernæring. En svakhet med disse to artiklene er at de tar for seg erfaringer fra sykehus, forskjellige yrker og sektorer. Siden artiklene har med erfaringer fra en sykepleiers perspektiv vil den fortsatt bidra til å styrke hensikten.

Ikke alle artiklene tar for seg spesifikt ernæring hos eldre, noe som kan bli en svakhet for vår oppgave da vår hensikt er rettet mot eldre. Alle artiklene tar for seg temaet ernæring hos voksne og eldre. I og med begge disse pasientgruppene kan stå i fare for underernæring, og bærer en del likhetstrekk, så vil artiklene fremdeles svare godt på vår hensikt.

## 5.2 Resultatdiskusjon

I resultatdelen tar vi for oss og drøfter resultatene i de utvalgte artiklene, og ser på hvordan de samsvarer med teoridelen, samt om de svarer på vår hensikt. Vår hensikt er å belyse hvilke erfaringer sykepleiere har i møte med tiltak rettet mot underernæring hos eldre hjemmeboende pasienter, og hvordan en kan fremme god ernæring hos den utvalgte pasientgruppen. De fleste artiklene har som fellestrekk at viktigheten av kunnskaper og kartlegging av ernæringsstatus blir løftet frem. For å få en tematisk oversikt har resultatdiskusjonen blitt delt opp i underkategorier. De nevnte underkategoriene gjenspeiler overskriftene fra resultatdelen.

### 5.2.1 Sykepleierens erfaring i møte med pasientens integritet

Det kommer tydelig frem i studien til Meyer et al. (2017) at flere av sykepleierne synes det kan være vanskelig å ta opp temaet ernæring, i frykt for å krenke pasientens autonomi. Vi har

alle et behov for et personlig rom, og en kan dermed oppleve det som krenkende dersom noen trer inn i vårt personlige rom uten tillatelse. Det er derfor viktig at helsepersonellet har respekt for den hjemmeboende slik at pasientens integritet blir ivaretatt. For eksempel har flere eldre pasienter følt at helsepersonellet ikke respekterer deres territorium og personlige eiendeler, men at personalet kan ha en tendens til å overkjøre pasienten ved å gå inn i deres private rom og flytte på deres eiendeler uten tillatelse (Kirkevold, 2021, s.92). Den hamer-Jordaan et al. (2023) tar videre opp at sykepleierne også synes det var vanskelig å ta opp temaet ernæring da de så på seg selv som gjest i pasientens hjem.

Som et resultat av dette, kan en forstå det som om pasientene uttrykker et behov for at sykepleierne møter dem med respekt og ivaretar deres integritet. Gjennom å blant annet gjøre seg til kjenne ved å banke på døren, og ikke å gå inn i deres private rom og røre deres ting uten tillatelse.

#### 5.2.1. Ernæring - Et komplekst tema

I alle studiene (Meyer et al. (2017), Browne et al. (2021), Hestevik et al. (2019), Den Hamer-Jordaan et al. (2023), Green et al. (2014)) blir det belyst hvordan ernæring ikke bare oppstår på grunn av sykdom, men gjerne av flere, ofte kombinerte årsaker. Dette kan for eksempel være depresjon og kognitiv svikt. Videre blir det tatt opp hvordan sykepleiere kunne finne det utfordrende å oppdage underernæring hos hjemmeboende, da vektnevdgangen som regel oppstår over tid. En konsekvens av det, er at en gjerne ikke oppdager vektnevdgangen før det har oppstått negative konsekvenser. For eksempel kan dårlig ernæringsstatus gi økt risiko for osteoporose, redusert muskelmasse, økt fallrisiko og trykksår. I tillegg kan en få nedsatt immunforsvar, og dermed økt risiko for infeksjoner. En kan ut ifra denne informasjonen anta at underernæring kan gi økt dødelighet. (Ranhoff, 2021, s. 57). Ranhoff (2021) legger til hvordan lav kroppsmasseindeks (KMI) hos eldre hjemmeboende gir økt dødelighet, og at målet derfor bør være at eldre skal ha en KMI over 20.

Ernæring er et komplekst tema, som består av flere faktorer. Kompleksiteten av temaet fører til mange utfordringer og usikkerheter i møte med den enkelte.

#### 5.2.2 Manglende kunnskaper hos helsepersonell

Følelsen av å ha for lite kunnskap om ernæring kommer frem i flere av studiene (Browne et al. (2021), Hestevik et al. (2019), Den Hamer-Jordaan et al. (2023), Green et al. (2014)). Dette

kommer for øvrig særs godt frem i studien til Hestevik et al. (2019), hvor flere deltakere påstår at den kunnskapen de har, er kunnskaper de har ervervet gjennom utdanningen. Kunnskapen blir beskrevet som mangelfull, og at de dermed hadde et ønske om å få bredere kunnskap rundt temaet ernæring. De måtte da bruke egen fritid til å tilegne seg dette. I tillegg påpekes det i studien til Aagaard & Grøndahl (2017) at også her hadde deltakerne et ønske om å øke kunnskapen om ernæring.

Melheim & Sandvoll (2017) trekker for øvrig frem hvordan det er mangel på kunnskaper blant personalet når det kommer til ernæringskartlegging. Dette blir eksemplifisert med at personalet gjerne ikke har nok kunnskaper om kartleggingsverktøy og hvilken en skal bruke i de forskjellige situasjonene. Og dermed ikke klarer implementere dette som rutine for å fange opp og kartlegge ernæringsstatus hos sine pasienter. Det blir i tillegg belyst utfordringer rundt hvem som har ansvar for hva, da flere uttrykker usikkerhet rundt hvilken oppgave blant annet fastlege har for ivaretagelse av ernæringsstatus. Som resultat av dette, kan det tverrfaglige samarbeidet påvirkes.

Alt i alt kommer det frem at det er for lite fokus på ernæring, både under utdanning, men også generelt i helsevesenet.

### 5.2.3. Opplevelse av ressursmangel og tidspress

Et fellestrekk for alle studiene er at det blir tatt opp utfordringer rundt mangel på tid. Hvor det blant annet nevnes hvordan mangelen på tid påvirker evnen til å kartlegge og ivareta pasientens ernæringsmessige behov ((Meyer et al (2017), Browne et al (2021), Hestevik et al (2019), Den Hamer-Jordaan (2023), Green et al (2014)). Browne et al. (2021) trekker frem at tidspresset fører til at de er nødt til å prioritere personlig hygiene fremfor ernæring.

Som nevnt i teorikapitlet trekker Henderson frem at det er sykepleierens ansvar å legge til rette for at pasienten får dekket de grunnleggende behovene. Henderson trekker i tillegg frem at hvis pasienten ikke lenger klarer å spise og drikke selv er det sykepleieren sitt ansvar for at dette behovet blir dekket og tilfredsstilt (Kristoffersen et al., 2021, s.237). I studien til Meyer et al. (2017) konkluderes det med at mangel på tid er en av årsakene på at disse behovene ikke blir dekket. Videre blir det understreket av Hestevik et al. (2019) hvordan tidspresset påvirker deres muligheter til å bygge relasjoner med, og tilpasse pleien til den enkelte. En kan derfor anta at dersom en skulle bruke tid på dette, så ville det kunne ende opp med å ta verdifull tid fra andre pasienter som gjerne har større pleiebehov.

I studien til Hestevik et al. (2019) blir det blant annet nevnt hvordan ressursene og tiden hver pasient får blir beskrevet i et vedtak. På den ene siden vil dette tydeliggjøre hva en skal gjøre hos den enkelte, og hvor lang tid det er forventet å bruke på hver oppgave. På den andre siden så vil ikke dette legge til rette for variabler som for eksempel endret pleiebehov som følge av endret allmenntilstand. Det kommer i tillegg frem at sykepleiere kunne oppleve at de følte seg bundet til disse vedtakene, og at det kunne begrense og hindre dem i deres pleie og mulighet til å vurdere pasientenes situasjon og å utføre individuell omsorg. Som et resultat av dette vil vedtakene være med på å bidra til tidspresset mange sykepleiere opplever, samt bidra til at mange ser seg nødt til å prioritere andre oppgaver over ernæring.

Studien til Hestevik (2019) tar i tillegg for seg hvordan deltakerne av studien ser viktigheten av å ha fokus på ernæring, men at det fremdeles mangler både kunnskaper, retningslinjer og protokoller når det kommer til ernæring. Studien belyser hvordan flere deltakere uttrykte behov for å på plass protokoller og retningslinjer for å hjelpe dem i å dekke ernæringsmessige behov hos pasientene. En vil kunne anta at det skal være organisasjonens ansvar å sørge for at det er gode retningslinjer og protokoller på plass på hver arbeidsplass, samt at personalet forstår og følger disse.

#### 5.2.4 Kommunikasjon

Det å skape en god relasjon med pasienten skaper en følelse av trygghet og forutsigbarhet (Kirkevold, 2021, s.99). I studien til Meyer et al. (2019) blir viktigheten av å skape en relasjon bygget på tillitt dratt frem. Dette eksemplifiseres ved at en ikke kan gå inn til en pasient en ikke kjenner, gå rett i kjøleskapet og si hva de kan spise og ikke. Deltakerne i studien opplevde for øvrig at pasienter syntes det kunne oppleves som krenkende dersom de trer inn i deres personlige rom og tar opp spørsmål rundt vekt, kosthold og livsstil uten å ha skapt en grunnleggende relasjon som bygger på gjensidig respekt og tillitt. Det kommer frem i studien til Browne et al. (2021) at det av den grunn er sykepleiere som har følelse av at de ikke alltid kommer i posisjon til å få hjelpe pasientene med oppgaver knyttet til ernæring. På bakgrunn av dette uttrykker flere sykepleiere i studien til Den Hamer-Jordaan et al. (2023) et ønske om å bedre sin egen kommunikasjon i møte med pasientene, samt lære mer om kommunikasjonsteknikker. Det å skape en god relasjon med pasienten gir i tillegg bedre grunnlag for god kommunikasjon, hvor en har enklere for å tilpasse eventuell informasjon. Den Hamer- Jordaan et al. (2023) understreker viktigheten av kommunikasjon gjennom å ta

opp informasjon og hvordan god informasjon påvirker pasientens forforståelse og evne til å endre eventuell kost og livsstil.

### 5.2.5 Kartlegging av ernæringsstatus

Det å gå noe ned i vekt blir sett på som en naturlig prosess hos eldre. Så sant vektnedgangen ikke blir for stor, eller de får for lav KMI. Green et al. (2014) viser til hvordan verktøyene som brukes for å finne KMI og måle ernæringsstatus for mange kan oppleves som avanserte og distraherende fra det kliniske blikket og instinktet. Det kommer i tillegg frem hvordan noen går bort i fra bruken av kartleggingsverktøy og heller bruker skjønn. Begrunnelsen på det er at de mener de kan klare å se forskjell på hvem som er underernærte og ikke, og at noen føler de blir så opphengt i å fylle ut diverse skjemaer. Som for øvrig kan føre til at de kan risikere å gå glipp av annen viktig informasjon, som de hadde fått med seg om de hadde hatt mer fokus på pasienten.

Utfordringer med kartlegging av ernæringsstatus kommer tydelig frem i tre av studiene (Hestevik et al. (2019), Den Hamer- Jorjaan et al. (2023), Green et al. (2014)), kommer det blant annet frem at flere synes det er utfordrende å ta i bruk verktøyene for kartlegging. Og vite hva de skal gjøre med funnene. Hestevik et al. (2019) trekker frem hvordan sykepleierne ikke visste hva de skulle gjøre med informasjonen de innhentet, og at det ikke ble gjort noe stort mer enn å gi pasientene næringsdrikker. På den andre siden påpeker Green et al. (2014) i sin studie hvordan noen synes kartleggingsverktøyene er gode, da en ikke bare får en oversikt over pasientens ernæringsmessige tilstand, men at det også var viktig for å kunne henvise til fastlege og ernæringsfysiolog. De kunne bidra med å iverksette gode tiltak, og sørge for god oppfølging av pasienten. Kartleggingsverktøyet er da med på å argumentere for hvorfor en henviser til annet helsepersonell med annen kompetanse.

Som nevnt ovenfor i teorien så er det en betydelig sammenheng mellom ernæringsstatus og helse. En god ernæringsstatus bidrar til å beskytte kroppen mot sykdom og skade. Det er dermed viktig at eldre klarer å opprettholde en god ernæringsstatus (Brodtkorb, 2021, s. 301). Til tross for at en ser viktigheten av å opprettholde god ernæringsstatus hos de eldre hjemmeboende, så ser en imidlertid at det er store forskjeller i kartleggingspraksisen i kommunene (Melheim & Sandvoll, (2017). Videre trekker Melheim & Sandvoll (2017) frem hvordan helsedirektoratet ser noen kommuner har gode rutiner og prosedyrer for ernæringskartlegging, spesielt i møte med personer med kognitiv svikt. Mens andre kommuner gjerne har prosedyrene på plass, men ikke har klart å implementere gode rutiner.



Hos mange eldre oppstår ofte vekttapet gradvis, og det kan derfor være utfordrende å fange opp disse endringene før det er forekommet store endringer. Et enkelt tiltak som kan iverksettes for å forebygge dette kan blant annet være å måle vekt jevnlig. Ved å implementere ernæringskartlegging til en rutine, blir det enklere å oppdage endringer i ernæringsstatus før det går så langt at det fører til sykdom og vekttap (Melheim & Sandvoll, 2017).

Alt i alt kan en si at mange sykepleiere ser utfordringer når det kommer til ernæringskartlegging. Gjerne på grunn av for lite kompetanse eller for dårlige rutiner og struktur. En kan også si at store deler av helsevesenet ser viktigheten av disse verktøyene. Og hvordan de kan være med å kvalitetssikre og å styrke den helhetlige pleien gjennom å bedre kunne fange opp endringer i ernæringsstatus, men også ved å bedre dokumentasjonen rundt ernæring.

## 6. Anvendelse av resultatene i praksis

I oppgaven vår har vi hatt fokus på erfaringer sykepleiere har i møte med eldre, underernærte pasienter som bor hjemme, og hvordan en kan fremme en god ernæringsstatus hos den utvalgte pasientgruppen. Vi sitter igjen med inntrykk av at det er rom for forbedringer innen dette emnet. I dette kapitlet vil vi komme med forslag som vi etter å ha drøftet temaet, mener kan være med å optimalisere praksis slik at sykepleiere kan oppdage, kartlegge og iverksette gode tiltak og samtidig ivareta pasientene på en faglig forsvarlig og omsorgsfull måte hvor en ser den enkelte.

Det kommer frem i flere av artiklene som er brukt, i tillegg til annen teori at bruken av standardiserte prosedyrer og kartleggingsverktøy som ernæringsjournalen og MST, kan være med på å styrke og kvalitetssikre bruken av kartleggingsverktøy for sykepleiere og annet helsepersonell. Helsevesenet burde derfor etterstrebe etter å innføre gode rutiner for dette. For å kunne iverksette slike tiltak, er en avhengig av at personalet har kunnskaper til å kunne utføre dette på en faglig forsvarlig måte. Det kommer frem i samtlige artikler at sykepleierne erfarer at de har for lite kunnskaper rundt emnet, og derfor kan føle seg usikre, eller se utfordringer i møte med ernæring. Arbeidsplasser hvor personalet kan møte underernærte pasienter burde ha regelmessige kurs og fagutviklingsdager hvor en styrker personalets kompetanse, og legger til rette for at de er faglig oppdaterte på både kunnskaper og ferdigheter som er relevant.

En kan også for øvrig bedre ernæringskartleggingen gjennom å lage gode rutiner på veiing av pasienter ved innskrivelse i hjemmesykepleien, og deretter følge opp med månedlige veiinger, eventuelt hyppigere dersom en ser behov for det. Dette kan føre til at både pasient og sykepleier får økt fokus på ernæring, som igjen kan være med på å fremme ernæringsstatus.

For å legge til rette for gode rutiner og oppfølging, kan arbeidsplasser ta i bruk for eksempel ernæringskontakt. Gjerne hvor en eller flere har hovedansvar for å sette opp prosedyrer, innføre rutiner og å hjelpe personalet, samt følge opp pasientene som kartlegges og hva som skal gjøres med disse observasjonene. Ernæringskontakt kan også ha hovedansvar for det å gi opplæring i hvordan bruke kartleggingsverktøy, andre relevante observasjoner og relevant teori.

Tidspress og ressursmangel blir tatt opp i samtlige artikler som ble brukt i oppgaven, og blir dratt frem som en utbredt utfordring i ivaretagelse av underernærte pasienter. Det anbefales at arbeidsplassene tilstreber det å ha optimal sykepleiebemanning hver vakt, og å ha tilstrekkelig med utstyr for å kunne kartlegge ernæring på en faglig forsvarlig og effektiv måte.

Alt i alt ser man et tydelig behov for forbedring i emnet, men en kan også se at det i senere tid er blitt større fokus på ernæring, herunder underernæring, og at kompetansen stadig økes blant helsevesenet.

## 7. Referanser

**Brodtkorb, K., (2021).** Ernæring, mat og måltider. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Randhoff (red). *Geriatrisk sykepleie* (3.utg., s. 301-316), Gyldendal.

**Browne, S., Kelly, L., Geraghty, A. A., Reynolds, C. Me., McBean, L., McCallum, K., Clyne, B., Bury, G., Perrotta, C., Kennelly, S., Bradley, C., McCullagh, L., Finnigan, K., Clarke, S., Bardon, L. A., Murrin, C., Gibney, E. R., Dominguez Castro, P., & Corish, C. A. (2021).**

Healthcare professionals' perceptions of malnutrition management and oral nutritional supplement prescribing in the community: A qualitative study. *Clinical Nutrition ESPEN*, 44, 415–423. <https://doi.org/10.1016/j.clnesp.2021.04.024>

**Dalland, O., (2017).** Hva er metode?, I O. Dalland. Metode og oppgaveskriving. (7.utg, s. 53-64). Gyldendal.

**Den Hamer-Jordaan, G., Groenendijk-Van Woudenbergh, G. J., Haveman-Nies, A., Van Hell-Cromwijk, M. C., Van Der Veen, Y. J. J., Algra, H. F., & Kroeze, W. (2023).**

Factors associated with dietary behaviour change support in patients: A qualitative study among community nurses. *Journal of Advanced Nursing*, jan.15808.

<https://doi.org/10.1111/jan.15808>

**Friberg, F., (2017).** Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (red), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (3.utg., s. 141-152). Studentlitteratur.

**Green, S. M., James, E. P., Latter, S., Sutcliffe, M., & Fader, M. J. (2014).**

Barriers and facilitators to screening for malnutrition by community nurses: A qualitative study. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 27(1), 88–95.

<https://doi.org/10.1111/jhn.12104>

**Helsedirektorat (2022).** For å vurdere risiko for underernæring anbefales verktøyet MST (*Malnutrition Screening Tool*). <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-og->

[behandling-av-underernaering/vurdering-av-risiko-for-underernaering/for-a-vurdere-risiko-for-underernaering-anbefales-verktoyet-mst-malnutrition-screening-tool](#) nedlastet 7/12- 23.

**Helsedirektoratet (2016).** *Kosthåndboken: veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet, 2016. Link:

[https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kosthandboken/Kosth%C3%A5ndboken%20%E2%80%93%20Veileder%20i%20ern%C3%A6ringsarbeid%20i%20helse-%20og%20omsorgstjenesten.pdf/\\_attachment/inline/afa62b36-b684-43a8-8c80-c534466da4a7:52844b0c770996b97f2bf3a3946ac3a10166ec28/Kosth%C3%A5ndboken%20%E2%80%93%20Veileder%20i%20ern%C3%A6ringsarbeid%20i%20helse-%20og%20omsorgstjenesten.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kosthandboken/Kosth%C3%A5ndboken%20%E2%80%93%20Veileder%20i%20ern%C3%A6ringsarbeid%20i%20helse-%20og%20omsorgstjenesten.pdf/_attachment/inline/afa62b36-b684-43a8-8c80-c534466da4a7:52844b0c770996b97f2bf3a3946ac3a10166ec28/Kosth%C3%A5ndboken%20%E2%80%93%20Veileder%20i%20ern%C3%A6ringsarbeid%20i%20helse-%20og%20omsorgstjenesten.pdf) nedlastet 13/1- 23

**Helse- og omsorgstjenesteloven (2011).** Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30) Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>

**Helsepersonelloven (1999).** *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

**Hestevik, C. H., Molin, M., Debesay, J., Bergland, A., & Bye, A. (2019).**

Healthcare professionals' experiences of providing individualized nutritional care for Older People in hospital and home care: A qualitative study. *BMC Geriatrics*, 19(1), 317.

<https://doi.org/10.1186/s12877-019-1339-0>

**Kirkevold, M., (2021).** Gammel og syk. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Randhoff (red.), *Geriatrisk sykepleie* (3.utg., s. 22-28). Gyldendal.

**Kirkevold, M., (2021).** Personsentrert og individuelt tilpasset sykepleie: sentrale perspektiver. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Randhoff (red.), *Geriatrisk sykepleie* (3.utg., s. 98-114)

**Kristoffersen, N. J., (2021).** Sykepleiefagets teoretiske utvikling – en historisk reise. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: fag og profesjon* (4.utg., s. 225-288). Gyldendal.

**Mensen, L., (2021).** Biologisk aldring. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Randhoff (red.), *Geriatrisk sykepleie* (3.utg., s. 29-34). Gyldendal.

**Melheim, B. G., & Sandvoll, A. M. (2017).**

Ernæringskartlegginga i heimesjukepleien kan betrast, *Sykepleien Forskning*, 64708, e-64708. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.64708>

**Meyer, S. E., Velken, R., & Jensen, L. H. (2017).**

Vurdering av ernæringsstatus – et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien. *Sykepleien Forskning*, 61797, e-61797. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.61797>

**Næss, G., (2021).** Sykepleie til eldre i hjemmesykepleien. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Randhoff (red), *Geriatrisk sykepleie* (3.utg., s. 245-261). Gyldendal.

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

**Ranhoff, A. H., (2021).** Den gamle pasienten. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Randhoff (red), *Geriatrisk sykepleie* (3.utg., s. 53-67). Gyldendal.

**Stubberud, D.-G., (2022).** Ernæringsbehandling ved sykdom og skade. I D.-G. Stubberud & R. Grønseth (red), *Klinisk sykepleie 2* (6.utg., s. 1-31). Gyldendal.

**Aagaard, H., & Grøndahl, V. A. (2017).**

Rutiner for å vurdere ernæringsstatus i hjemme=sykepleien. *Sykepleien Forskning*, 61219, e-61219. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.61219>

## 8. Vedlegg

## 8.1 Vedlegg 1, søkelogg

Søkedat a	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Antall valgte
26.10	Swemed+	“Ernæringsstatus” OG “hjemmesykepleien”	2013-2023 Fagfelleverdert	2	2	2	1
2.11	Medline	“Community care” AND “nurse” AND “nutrition”	2013-2023 Fagfelleverdert	26	3	1	1
2.11	Cinahl	“Barriers” AND “facilitators” AND “malnutrition”	2013-2023 Fagfelleverdert	28	4	1	1
2.11	Medline	“Malnutrition” AND “healthcare” AND “qualitative research”	2013-2023 Fagfelleverdert	59	3	2	1
2.11	Medline	“Health care” AND “nutrition” AND “home care”	2013-2023 Fagfelleverdert	137	2	2	1

## 8.2 Vedlegg 2, litteratormatrise

<b>Artikkel 1</b>	
<b>Artikkeltittel</b>	Vurdering av ernæringsstatus – et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien
<b>Tidsskrift/årstall/land</b>	Sykepleien forskning, 2017, Norge
<b>Forfattere</b>	Meyer, S., Velken, R., Jensen, L.
<b>Hensikt med studien</b>	Hensikten med denne studien var å undersøke hvordan hjemmesykepleien vurderer og ivaretar ernæringsstatus hos hjemmeboende som mottar hjemmesykepleie i henhold til de Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring.
<b>Perspektiv</b>	Sykepleier perspektiv
<b>Metode og analyse</b>	Kvalitativ studie Analyse med data fra to norske kommuner, studien er delt i A og B. Data ble samlet inn fra sykepleiere gjennom tolv gruppesamtaler.
<b>Utvalg/populasjon</b>	19 sykepleiere, som hadde en 75 prosentstilling eller høyere.
<b>Hovedfunn/resultater</b>	Det blir funnet at sykepleiere legger stor vekt på viktigheten av å skape en relasjon til pasienten for å kunne ivareta deres ernæringsmessige behov. I tillegg kommer det tydelig frem hvordan sykepleiere sto i spenningsfelt mellom pasienters selvbestemmelse og rutiner og prosedyrer, samt tidspress. Ledelsen blir dratt inn som en viktig faktor når ernæringskartlegging skal implementeres.
<b>Artikkel 2</b>	
<b>Artikkeltittel</b>	Healthcare professionals' perceptions og malnutrition management and oral nutritional supplement prescribing in the community: A qualitative study.
<b>Tidsskrift/årstall/land</b>	Science direct, 2021, Irland
<b>Forfattere</b>	Browne, S., Kelly, L., Gerarthy, A, A., Reynolds, C, ME., Mcbean, L., McCallum, K., Clyne, L., Bury, G., Perrotta, C., Kennelly,S., Bradley, C., McCullagh, L., Finnigan, K., Clarke, S., Bardon, L, A., Murrin, C., Gibney, E, R., Castro, P, D., Corish, C, A.
<b>Hensikt med studien</b>	Hensikten med denne studien er å utforske helsepersonell sine erfaringer med behandling av underernæring og bruken av ernæringsprodukter.
<b>Perspektiv</b>	Helsepersonell perspektiv
<b>Metode og analyse</b>	Kvalitativ studie Data er samlet inn gjennom tolv fokusgrupper hvor det ble tatt lydopptak. Lydopptaket ble tematisk analysert.
<b>Utvalg/populasjon</b>	75 helsepersonell deltok i studien
<b>Hovedfunn/resultater</b>	Studien kommer frem til at flere yrker innen helse har de samme konklusjonene når det kommer til ernæring. Det blir tatt opp erfaringer med begrensninger og dårlig kommunikasjon ved ivaretagelse av feil- og underernærte pasienter
<b>Artikkel 3</b>	

<b>Artikkeltittel</b>	Healthcare professionals' experiences of providing individualized nutritional care for older people in hospital and home care: a qualitative study.
<b>Tidsskrift/årstall/land</b>	BMC geriatric, 2019, Norge
<b>Forfattere</b>	Hestevik, C, H., Molin, M., Debesay, J., Bergland, A., Bye, A.
<b>Hensikt med studien</b>	Hensikten med denne studien er å utforske hvilke erfaringer helsepersonell i hjemmetjeneste og sykehus har med behandling av eldre enkelt individer og ernæring.
<b>Perspektiv</b>	Helsepersonell perspektiv
<b>Metode og analyse</b>	Kvalitativ studie Data er samlet inn gjennom semi strukturert intervju. Intervjuer er tematisk analysert.
<b>Utvalg/populasjon</b>	23 helsepersonell fra sykehus og hjemmesykepleien. 75 helsepersonell
<b>Hovedfunn/resultater</b>	Resultatene av studien er hvordan ernæring er mye mer komplekst en bare det å ikke få i seg nok mat, samt viktigheten av å vise helhetlig omsorg. Videre blir det belyst hvordan tidspresset påvirker sykepleiernes evne til å utføre individuell omsorg.
<b>Artikkel 4</b>	
<b>Artikkeltittel</b>	Factors associated with dietary behaviour change support in patients: A qualitative study among community nurses
<b>Tidsskrift/årstall/land</b>	JAN leading Global Nursing Research, 2023, Nederland
<b>Forfattere</b>	Hamer-Jordaan, G, D., Woundenbergh, G, J, G-V., Nies, A, H., Hell-Cromwijk, M, C, V., Veen, Y, J, J, V, D., Algra, H, F., Kroeze, W
<b>Hensikt med studien</b>	Hensikten med denne studien er å utforske hvilke faktorer som kan påvirke sykepleierers evne til å veilede pasienter gjennom ernæringsmessige endringer
<b>Perspektiv</b>	Sykepleier perspektiv
<b>Metode og analyse</b>	Kvalitativ studie Data er samlet inn gjennom semi strukturert intervju. Intervjua er tematisk analysert.
<b>Utvalg/populasjon</b>	18 sykepleiere deltok i studien.
<b>Hovedfunn/resultater</b>	I studien blir det belyst hvordan kompetanse og temaet og kommunikasjonsevner har innvirkning på ivaretagelse av den enkelte. Det blir også tatt opp hvordan relasjon til den enkelte pasienten har stor innvirkning på hvor godt ivaretatt pasienten blir og føler seg. Herunder hvordan det å ivareta pasientens autonomi og det å utføre individuell pleie påvirker. Det organisatoriske blir også nevnt som påvirkende faktor.
<b>Artikkel 5</b>	
<b>Artikkeltittel</b>	Barriers and facilitators to screening for malnutrition by community nurses: a qualitative study.
<b>Tidsskrift/årstall/land</b>	Journal of human nutrition and dietetics, 2013, UK
<b>Forfattere</b>	Green, S, M., James, E, P., Latter, S., Sutcliffe, M., Fader, M, J



<b>Hensikt med studien</b>	Hensikten med denne studien er å se på hvordan sykepleiere erfarer egen evne til å kartlegge ernæringsstatus til pasienter samt hvor godt tilrettelagt det er for at de skal få mulighet til å utføre dette jevnlig.
<b>Perspektiv</b>	Sykepleier perspektiv
<b>Metode og analyse</b>	Kvalitativ studie Data ble samlet inn gjennom semi strukturert intervju. En tematisk liste ble utviklet.
<b>Utvalg/populasjon</b>	20 sykepleiere deltok i studien
<b>Hovedfunn/resultater</b>	Studien kommer frem til 6 hovedfunn, hvor blant annet organisatoriske faktorer, som tid og ressurser blir nevnt. Viktigheten av kompetanse og god læring blir også løftet. Videre blir kommunikasjon mellom forskjellige sektorer også tatt opp som en påvirkende faktor.

8.3 Vedlegg 3, Ernæringsjournalen

Pasientdata  
 Navn .....  
 Alder .....

## Ernæringsjournal

**1. Høyde**  
 målt liggende  målt stående  .....m dato: .....

**2. Vekt og vektutvikling**

- Tidligere vekt: .....kg mnd/år: .....
- Vekt ved innleggelse: .....kg dato: .....
- Vekt ved registrering: .....kg dato: .....
- Vekttap/vektøkning .....kg.....% over antall mndr/år.....  
 (se nærmere veiledning på baksiden)

Vekt skal videre kontrolleres 1 g/uke i sykehus og 1g/mnd i sykehjem, og vektendringer skal bedømmes. Pasienter i sykehjem som har ernæringsproblemer /dårlig ernæringsstatus skal veies 1g/uke.

**3. Kroppsmasseindex KMI (=BMI) .....**  
 (se veiledning for utregning på baksiden)

**4. Andre ernæringsrelaterte data** (kryss av og skriv anmerkninger)

• Nedsatt matlyst	ja <input type="checkbox"/>	nei <input type="checkbox"/>
• Tannproblemer	ja <input type="checkbox"/>	nei <input type="checkbox"/>
• Tygge/svelgeproblemer	ja <input type="checkbox"/>	nei <input type="checkbox"/>
• Munnsårhet/munntørrehet	ja <input type="checkbox"/>	nei <input type="checkbox"/>
• Kvalme/oppkast	ja <input type="checkbox"/>	nei <input type="checkbox"/>
• Forstoppelse/diaré	ja <input type="checkbox"/>	nei <input type="checkbox"/>
• Ødemer	ja <input type="checkbox"/>	nei <input type="checkbox"/>
• Gripe/bevegelsesproblemer	ja <input type="checkbox"/>	nei <input type="checkbox"/>
• Trenger hjelp til å spise	ja <input type="checkbox"/>	nei <input type="checkbox"/>
• Synsproblemer	ja <input type="checkbox"/>	nei <input type="checkbox"/>

Anmerkninger (se baksiden)  
 .....  
 .....  
 .....

**5. Vurdering** (se baksiden):  
 .....  
 .....  
 .....

Ernæringsjournalen 2005

### Veiledning til utfylling av Ernæringsjournalen

**1. Høyde** måles inntil en vegg eller med målebånd i seng langs ryggraden. Vær oppmerksom på at aldringsprosessen medfører lengdereduksjon.

**2. Vekt** skal alltid registreres ved innleggelse.

Spør også om tidligere vekt og om mulig kartlegg evt vekttap siste 2 – 6 mnd før innleggelse. Vektregistrering skal foretas før frokost, fortrinnsvis uten tøy (kun undertøy/nattøy) og etter at blæren er tømt. Pålitelige data forutsetter standardiserte betingelser og evt. avvik må anmerkes. Vekttap i forhold til siste vektregistrering angis i %.

**Prosentberegning av vektendring:**

$$\frac{\text{Vektendring i kg (mellom siste og tidligere/siste veiing)} \times 100}{\text{Tidligere vekt (kg)}} = \% \text{ vekttap/ vektøkning}$$

**3. KMI (=BMI)** er et relativt mål for forholdet mellom høyde og vekt. Bruk kalkulator. Utregning av KMI:

$$\frac{\text{Vekt (kg)}}{\text{Høyde}^2 \text{ (angitt i meter)}} = \text{KMI}$$

$$\frac{60 \text{ kg}}{1,68 \text{ m} \times 1,68 \text{ m}} = \text{KMI ca 21}$$

**WHO's referanseverdier for KMI hos voksne (15 – 65 år)**

undervekt:	Under 18,5
normalvekt:	Mellom 18,5 – 24,9
overvekt:	Mellom 25,0 – 29,9
fedme:	Over 30

Når det gjelder personer over 65 år, har vi i Norge ingen andre referanseverdier. Studier viser imidlertid at KMI-verdien for eldre personer bør være høyere, og det er foreslått at normalverdien på KMI bør være 24 – 29, og at KMI under 22 som tegn på undervekt. (Mowe M. 2002, Beck A.M., Ovesen L, 1998)

**4. Andre ernæringsrelaterte data.** Under anmerkninger tilføyes tilleggsopplysninger som kan ha innvirkning på matinntak / ernæringsstilstand som for eksempel kognitiv svikt, feber, tretthet, slapphet eller tungpustethet under måltider, tydelige tegn på underernæring som magerhet, tynn/tørr hud, svimmelhet.

### 5. Vurdering

De registrerte opplysninger må vurderes og ende i en bedømmelse av ernæringsstatus:

- **God ernæringsstatus** forutsetter indikatorer som vanlig matinntak, normal KMI, manglende vekttap og ingen kliniske tegn på over- / underernæring.
- **Risiko for underernæring** kan være til stede ved en eller flere av følgende indikatorer: redusert matinntak, KMI under 18,5 hos voksne / under 22 hos eldre, vekttap på inntil 5% siste 2 måneder eller inntil 10% de siste 6 måneder, ett eller flere ernæringsrelaterte problemer, se pkt 4.
- **Alvorlig underernæring** forutsetter redusert matinntak, KMI under 18,5 hos voksne / under 22 hos eldre, vekttap over 5% de siste 2 måneder eller over 10% de siste 6 måneder og synlige kliniske tegn på underernæring.

Baksiden av ernæringsjournalen

Hentet fra: <https://www.kompetansebroen.no/wp-content/uploads/2018/03/Skjema-Ernæringsjournal.pdf> lastet ned 7/12-23.

## 8.4 Vedlegg 4, MNA skjema

## Mini Nutritional Assessment



Etternavn:	<input type="text"/>	Fornavn:	<input type="text"/>
Kjønn:	<input type="text"/>	Alder:	<input type="text"/>
Vekt, kg:	<input type="text"/>	Høyde, cm:	<input type="text"/>
Dato:	<input type="text"/>		

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.

0 = betydelig redusert matinntak 1 = noe redusert matinntak 2 = ingen endring i matinntaket	<input type="checkbox"/>	0 = 1 måltid 1 = 2 måltider 2 = 3 måltider	<input type="checkbox"/>
0 = vekttap over 3 kg 1 = vet ikke 2 = vekttap mellom 1 og 3 kg 3 = ikke vekttap	<input type="checkbox"/>	• Minst en porsjon melkeprodukter (melk, ost, yoghurt) pr dag • To eller flere porsjoner belgfrukter eller egg pr uke • Kjøtt, fisk eller kylling/ kalkun hver dag	ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>
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"/>	0.0 = hvis 0 eller 1 ja 0.5 = hvis 2 ja 1.0 = hvis 3 ja	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
0 = ja    2 = nei	<input type="checkbox"/>	0 = nei    1 = ja	<input type="checkbox"/>
0 = alvorlig demens eller depresjon 1 = mild demens 2 = ingen psykologiske lidelser	<input type="checkbox"/>	0.0 = mindre enn 3 kopper 0.5 = 3 til 5 kopper 1.0 = mer enn 5 kopper	<input type="checkbox"/> . <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"/>	0 = ikke i stand til å spise uten hjelp 1 = spiser selv med noe vanskeligheter 2 = spiser selv uten vanskeligheter	<input type="checkbox"/>
Screeningresultat, del I (sumtotal maks. 14 poeng)	<input type="checkbox"/>	0 = ser på seg selv som underernært 1 = er usikker på ernæringsmessig tilstand 2 = ser ikke på seg selv som underernært	<input type="checkbox"/>
12 - 14 poeng: <input type="checkbox"/> Normal ernæringsstatus 8 - 11 poeng: <input type="checkbox"/> Risiko for underernæring 0 - 7 poeng: <input type="checkbox"/> Underernært	<input type="checkbox"/>	0.0 = ikke like bra 0.5 = vet ikke 1.0 = like bra 2.0 = bedre	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
For en mer dyptgående vurdering, fortsett med spørsmål G-R		0.0 = OO mindre enn 21 cm 0.5 = OO 21 til 22 cm 1.0 = OO mer enn 22 cm	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
1 = ja    0 = nei	<input type="checkbox"/>	0 = LO mindre en 31 cm 1 = LO 31cm eller større	<input type="checkbox"/>
0 = ja    1 = nei	<input type="checkbox"/>	Screening, del II (maks. 16 poeng)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
0 = ja    1 = nei	<input type="checkbox"/>	Screening, del I	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Samlet vurdering, del I + del II (maks. 30 poeng)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. J Nutr Health Aging 2006; 10: 456-465. Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: J. Geront 2001; 56A: M366-377. Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) J Nutr Health Aging 2006; 10: 466-487. © Société des Produits Nestlé SA, Trademark Owners. © Société des Produits Nestlé SA 1994, Revision 2009.		MNA resultat 24 til 30 poeng <input type="checkbox"/> Normal ernæringsstatus 17 til 23.5 poeng <input type="checkbox"/> Risiko for underernæring Mindre enn 17 poeng <input type="checkbox"/> Underernært	

Hentet fra: <https://www.mna-elderly.com/sites/default/files/2021-10/MNA-norwegian.pdf>

Lastet ned 7/12-23.

## 8.5 Vedlegg 5, MST skjema

## Verktøy for å vurdere risiko for underernæring hos voksne (MST - Malnutrition Screening Tool\*)

**1. Har du/pasienten gått ned i vekt i det siste uten å ha gjort forsøk på det?**

Nei	0
Vet ikke	2
Ja. Hvor mange kilo?	
1-5 kg	1
6-10 kg	2
11-15 kg	3
Over 15 kg	4
Vet ikke hvor mange kilo	2

---

**2. Har du/pasienten spist mindre enn vanlig på grunn av nedsatt matlyst?**

Nei	0
Ja	1

---

**Total poengskår:** \_\_\_\_\_

**Poengskår 2 eller mer betyr at du/pasienten er i risiko for underernæring. Iverksett kartlegging og tiltak.**

\*Malnutrition Screening Tool (MST) er oversatt til norsk av Helsedirektoratet. Gjengitt fra Nutrition, Vol 15(6), Ferguson M., Capra S., Bauer J., Banks M., Development of a valid and reliable malnutrition screening tool for adult acute hospital patients, s. 458-64, Copyright 1999, med tillatelse fra Elsevier. <https://www.sciencedirect.com/journal/nutrition>

Involver gjerne pårørende, som ofte kan bidra med utfyllende informasjon

Ta utgangspunkt i vektendring i løpet av de siste seks måneder

«Spist mindre enn vanlig» kan omfatte

- spist mindre enn man pleier
- spist dårlig
- spist lite
- redusert matinntak

Ta gjerne utgangspunkt i om det er mindre enn ¼ av det personen anser som sitt vanlige matinntak

«Nedsatt matlyst» er en vanlig årsak til redusert matinntak. Vær oppmerksom på at det er mange forhold som kan påvirke matlysten eller matinntaket, slik som tygge- og svelgevansker eller andre spiserelaterte symptomer som gjør at du/pasienten har problemer med å få i seg mat og næring.

Hentet fra:

[https://www.helsedirektoratet.no/tema/underernaering/MST%20med%20hjelpetekst.pdf/\\_attachment/inline/e90ebdbd-f8c5-4d5d-b312-989880ece24b:3315df31b27d7e9c844683045f409280db7d89fb/MST%20med%20hjelpetekst.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/tema/underernaering/MST%20med%20hjelpetekst.pdf/_attachment/inline/e90ebdbd-f8c5-4d5d-b312-989880ece24b:3315df31b27d7e9c844683045f409280db7d89fb/MST%20med%20hjelpetekst.pdf) Lastet ned 7/12-23