



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

# EKSAMENSINNLEVERING

---

Emnenavn: Emne 5

Emnekode:

**SYKSB/SYKHB 3001 – Bacheloroppgave**

Eksamensform: Hjemmeeksamen

Leveringsfrist: 18.02.10

Kandidatnr.: 58

Antall ord: 7490

# Underernæring og livskvalitet



## **Sammendrag**

Forekomsten av underernæring hos eldre i sykehjem er anslått til å være mellom 30 - 54 %. Underernæring medfører konsekvenser som fører til en rekke plager for den eldre som økt sykkelighet, økt dødelighet og redusert funksjonsnivå. Det må derfor ses i sammenheng med faren for at den eldres livskvalitet trues. Tiltross for et økt fokus på ernæring de siste årene, og økt forskning på området kan det likevel stilles spørsmål om det samme fokuset er gjeldene i praksis. Påstanden bygger på resultater som kom frem i en rapport som omfattet totalt 570 sykehjem i Norge. De finnes mange tiltak som kan bedre og dermed forebygge underernæring. Jeg har i denne oppgaven valgt å ha fokus på kartleggingsarbeidet for å kunne avdekke underernæring før det blir et problem for den eldre. Jeg har også hatt fokus på miljøet under måltidet og hvilken effekt det har.

## **Summary**

The incidence of malnutrition of the elderly in nursing homes is estimated to be between 30 to 54%. Malnutrition causes consequences that lead to a variety of ailments for the elderly such as increased morbidity, increased mortality and decreased functioning. It must therefore be considered together with the risk that the elderly's quality of life is threatened. Despite an increased focus on nutrition in recent years, and increased research in the area you may still question whether the same focus is true in practice. The allegation is based on the results that emerged in report that included a total of 570 nursing homes in Norway. There are many measures that can improve and thus prevent malnutrition. I have in this paper chosen to focus on the work to identify malnutrition before it becomes a problem for the elderly. I've also been focusing on the environment during the meal and the effect it has.

## Innhold

Innhold .....	4
1.0 Innledning.....	6
1.1    Bakgrunn for valg av tema.....	6
1.2    Presentasjon av problemstilling .....	7
1.3    Avgrensning og presisering .....	7
1.4    Oppgavens disposisjon .....	8
2.0 Begrepsmessig rammeverk .....	8
2.1    Den eldre pasienten .....	8
2.2    Underernæring.....	9
2.3    Screeningmetoder for vurdering av ernæringsstatus .....	10
2.4    Forebygging og helsefremming.....	11
2.5    Omsorg .....	12
2.6    Livskvalitet .....	13
3. 0 Metode .....	15
3.1    Litteraturstudie.....	15
3.1.1    Fordeler og ulemper med litteraturstudie .....	15
3.1.2    Forskningsetikk.....	16
3.2    Litteratur søk og valg av litteratur .....	16
3.3    kildekritikk .....	18
4.0 Resultatdel.....	18
5. 0 Drøfting.....	19
5.1    Hvordan kan underernæring føre til at den Eldres livskvalitet trues i sykehjem?.....	19
5.2    Sykepleiers ansvar og rolle – Hvilke tiltak kan sykepleier iverksette? .....	20
5.2.1    Forebygging .....	21
5.2.2    Plikter og begrensninger i det forebyggende ernæringsarbeidet.....	22
5.2.3    Kartlegging.....	23
5.2.4    Screening .....	23
5.2.5    Innføring av rutiner og prosedyrer i ernæringsarbeidet .....	24
5.2.6    Måltidet .....	26
5.2.7    Miljøet under måltidet .....	27
6.0 Avslutning.....	29

Litteraturliste..... 31

Vedlegg: I Skjema - oversikt over artikler

## 1.0 Innledning

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

I praksis både i sykehjem, ved kirurgisk avdeling og i hjemmesykepleien møtte jeg flere pasienter som av ulike årsaker sto i fare for å utvikle underernæring. Jeg opplevde at få tiltak ble iverksatt for å forebygge dette. Jeg mener at i mange tilfeller ble det ikke tatt tak i før det utvikler seg og fører til ulik grad av helseplager for pasienten.

I sykehjem spiller sykepleier en viktig rolle i dette arbeidet, både i kartleggingsarbeidet og i arbeidet for å iverksette adekvate tiltak for at underernæring forebygges. Det å kartlegge årsakene og planlegge tiltak er et av sykepleiers ansvarsområder i forhold til ernæringsarbeidet (Brodtkorb 2008).

Den eldre befinner seg i sykehjem hovedsakelig for å få dekket sine grunnleggende behov når de ikke lenger er i stand til å ivareta dette selv. Jeg mener det er grunn til å si at ernæring er et område som ofte viser seg å bli nedprioritert i en hektisk hverdag. I undersøkelsen til Munch, Pedersen, Fægertan og Thulstrup (2006) konkluderte de med at klinisk ernæring ofte er et nedprioritert område på flere sykehjem. Sosial – og helsedirektoratet (2006) viser til studier gjort i europeiske, skandinaviske og norske sammenhenger, at opptil 54 % av de innlagte i sykehjem er underernærte. Rugås og Martinsen (2003) støtter også at underernæring er vanlig i sykehjem og påpeker at alvorlig underernæring hos eldre pasienter i institusjon er dokumentert i flere internasjonale studier. Dette sier noe om omfanget og behovet for fokus blant sykepleiere og annet helsepersonell. Det jeg vil legge vekt på i denne oppgaven er underernæring fordi jeg mener det fortjener et større fokus, enn hva det får i dag. Jeg ønsker også å se i hvilken grad den Eldres livskvalitet påvirkes av underernæring

## 1.2 Presentasjon av problemstilling

Ut fra det valgte temaet som er underernæring og livskvalitet blir da problemstillingen som følgende;

***Hvordan kan sykepleier forebygge underernæring hos eldre pasienter i sykehjem slik at livskvaliteten ikke trues?***

## 1.3 Avgrensning og presisering

I oppgaven vil jeg inkludere pasienter ved somatisk avdeling i sykehjem. Fokuset vil være på sykepleie som utføres i et langtidsperspektiv. De som regnes med i denne oppgaven vil være de som står i fare for underernæring og ikke de som allerede er underernærte. Jeg ønsker ikke å ta utgangspunkt i pasienter med noen spesiell medisinsk diagnose, men underernæring som et generelt problem. Pasientgruppen er den eldre, uavhengig om pasienter spiser selv eller trenger assistanse av pleiepersonell for å innta mat og drikke. Videre for å avgrense oppgavens innhold vil jeg ekskludere pasienter med psykiske eller mentale forstyrrelser. Grunnen til det er at disse pasientgruppene ofte har andre behov i tilnærmingen når det gjelder ernæring. Det vil dermed ikke bety at det som kommer frem i denne oppgaven ikke er gjeldene når det kommer til forholdet mellom underernæring og livskvalitet. I oppgaven ønsker jeg og få frem tiltak som sykepleier kan iverksette for å kunne forebygge underernæring og dermed hindre at det blir en trussel for deres helse og livskvalitet. Kari Martinsens omsorgsteori brukes i oppgaven som overordnet perspektiv for sykepleien både i forhold til vedlikeholdsomsorgen, generalisert gjensidighet, med fokus på den relasjonelle, den moralske og den praktiske siden knyttet til sykepleiers rolle i omsorgsarbeidet.

## 1.4 Oppgavens disposisjon

Denne oppgaven innledes med en begrunnelse for hvorfor jeg har valgt å skrive om temaet underernæring og livskvalitet. Videre følger avgrensning og presisering av oppgavens innhold. Deretter kommer en presentasjon av problemstillingen. I begrepsmessige rammeverk vil jeg ved bruk av faglitteraturen belyse de viktigste begrepene knyttet til problemstillingen. I drøftingsdelen vil forskningsartiklene og faglitteraturen bli drøftet opp mot hverandre, slik at jeg i avslutningen kan komme med et svar på den valgte problemstillingen.

## 2.0 Begrepsmessig rammeverk

### 2.1 Den eldre pasienten

I følge WHO (2010) er det eldre mennesket mellom 60 – 100 år. Det betyr at det vil være individuelle forskjeller i graden av aldersforandringer hos den enkelte. Den eldre pasient er et menneske som har et eller flere helseproblemer, og av den grunn kommer i kontakt med helsevesenet (Ranhoff 2008).

Aldersforandringer gir endringer i de fleste organer og reduserer funksjonen i organsystemene. Det vil medføre redusert reservekapasitet, økt sårbarhet, mottakelighet og utvikling av sykdom. Det fører til at den eldre tåler sykdom og belastninger dårligere. Det har også vist seg at utviklingen av allerede oppstått sykdom skjer raskere og at den eldre oftere opplever komplikasjoner knyttet til sykdom og behandling. (Sjøen og Thoresen 2008, Ranhoff 2008).

Aldersforandringene utgjør en risiko for at eldre er en mer utsatt for underernæring enn yngre. Konsekvenser som knyttet til ernæring er hovedsakelig stoffskiftet, mage- og tarmkanalen og leveren. Den viktigste endringen er at muskelmassen reduseres. Denne reduksjonen er en av grunnene til at basalstoffskifte, og dermed energibehovet synker. I mage- og tarm kanalen kan aldersforandringene påvirkes av blant annet av dårlig tannstatus og munntørrehet. En viktig faktor som er av stor betydning er smaks- og luktesansen. Evnen til å smake salt endres først, mens sur og bitter smak forsterkes. Fordøyelsesenzymet reduseres noe som fører til en langsommere og mer ufullstendig fordøyelse, noe som igjen kan føre til obstipasjon. Leverens størrelse avtar, og mengden aktive celler reduseres i antall. Det påvirker leverens evne til



nedbrytning, proteinsyntese og lagring av glykogen. Det vil igjen føre til at leverens evne til å regulere blodsukkeret blir dårligere (Sortland 2007, Sjøen og Thoresen 2008, Ranhoff 2008).

Andre faktorer som kan ha innvirkning på den eldres ernæringsstatus er ensomhet, depresjon, demens, dysfagi, alvorlig somatisk sykdom, stort medisinforbruk, sår og diaré. (Sortland 2007, Brodtkorb 2008).

## **2.2 Underernæring**

I følge Sosial- og helsedirektoratet (2006) er underernæring et upresist definert begrep. I litteraturen brukes ulike kriterier eller kombinasjon av kriterier for å si noe om hva underernæring er. Det finnes ikke noe internasjonal enighet rundt kriteriene for underernæring og da heller ingen klar definisjon av begrepet.

*”Underernæring kan beskrives som en langvarig tilstand hvor det er en ubalanse i energi, proteiner eller andre næringsstoffer som fører til målbare skadelige effekter på kroppsmasse, kroppssammensetning, funksjoner og klinisk utbytte ”* (Stratton 2003 I:Sortland 2007 s.187).

Sammenlagt kan underernæring sies å oppstå når inntaket ikke er adekvat i forhold til behovet for å opprettholde helse, og at inntak av energi og næringsstoffer er så lavt at det medfører vekttap. Vekttap alene er ikke noe kriterium for underernæring (Furmann 2006, Sortland 2007, Brodtkorb 2008).

## 2.3 Screeningmetoder for vurdering av ernæringsstatus

Ernæringsstatus er et multidimensjonelt begrep som omfatter resultatet av kosthold, inntak, antropometri, biokjemi og kliniske indikatorer på ernæring knyttet til helse (Amarantos, Martinez & Dwyer 2001).

Antropometriske målinger blir brukt når en ønsker å få de målbare forholdene i kroppen frem ved hjelp av tall. Antropometriske målinger innebærer kroppens lengde, vekt og proporsjoner. Det innebærer måling av høyde, vekt, hudfoldtykkelse og beregning av muskelomkrets, måling av liv, - hofte og hodeomkrets. Disse målingene blir bruk som en del i vurderingen av ernæringsstatus (Sortland 2007, Sjøen og Thoresen 2008).

Det anbefales i følge WHO at det tas utgangspunkt i en relativ verdi, det som kalles kroppsmasseindeks (KMI). Høyde og vekt måles og hensikten er at høyden vurderes opp mot kroppsvekt. Definisjonen på KMI er kroppsvekt (kg) dividert med kvadratet av høyden (m) og gir et mål på kroppsmasse. KMI angis da i kg/m<sup>2</sup>. KMI har vist seg å stemme godt overens med mengden fettvev i kroppen (Sortland 2007, Mowe 2007, Pedersen, Hjartåker og Anderssen 2009).

I følge WHO's (2010) beregninger i forhold til KMI:

Undervekt > 18
Normalvekt 18,50 – 24,99
Overvekt < 25

I følge Sortland (2007) er KMI noe høyere hos eldre, enn hos yngre. Normal KMI verdi for eldre er 24- 29, mens verdien for undervekt hos eldre er < 22 (Sortland 2007).

Et annet verktøy som benyttes for å kartlegge ernæringsstatus er blant annet mini nutritional assesement (MNA) som er et verktøy for å avdekke underernæring hos eldre over 65 år. MNA består av to deler, hvor den første delen består av seks spørsmål, dersom poengsummen er >11, går en videre og besvarer del to som består av ytterligere tolv spørsmål. Hvis sluttsummen er mellom 17 – 23, 5 poeng anses pasienten i fare for underernæring (Sjøen og Thoresen 2008).

## 2.4 Forebygging og helsefremming

Forebyggende helsearbeidet handler om mer enn å forebygge sykdom, skade og tidlig død. Forebygging innebærer også å fremme helse og bidra til at helsen blir en positiv ressurs i dagliglivet (Mæland 2005). Sykepleier har en helsefremmende og forebyggende funksjon som både er rettet mot personer som er friske, spesielt utsatt for helsesvikt, og personer som er særlig utsatt for komplikasjoner av ulike årsaker (Kristoffersen, Nordtvedt og Skaug 2005).

Det forebyggende helsearbeidet kan deles inn i primær, sekundær og tertiær forebygging. Det primære forebyggende arbeidet har som mål å hindre eller utsette sykdomsforløp. Sekundær forebygging vil ha som mål å forhindre tilbakefall eller videre utvikling av oppstått sykdom. Tertiær forebygging dreier seg om å forebygge komplikasjoner ved allerede oppstått sykdom sett i sammenheng med funksjonsnivå og livskvalitet.(Mæland 2005).

Det helsefremmende arbeidet er gjerne det mest effektive når det dreier seg om å forebygge en rekke sykdommer og helseproblemer. Helsefremmende arbeid er på mange måter det motsatte av sykdomsforebyggende arbeid. Det helsefremmende arbeidet tar hovedsakelig ikke utgangspunkt i sykdom, men i helse. Det forebyggende helsearbeidet omfatter altså både det å forebygge sykdom og fremme helse. Både helsefremming og sykdomsforebygging er nødvendige dersom de overordnede målene skal nås (Mæland 2005).

## 2.5 Omsorg

Kari Martinsen bygger sitt menneskesyn på en verdiopfatning om at mellommenneskelige relasjoner er fundamentet i alle menneskers liv. Den menneskelige avhengighet vil da bli fremtredende når en rammes av funksjonssvikt, sykdom eller skade (Martinsen 2003).

Ekte omsorg forutsetter at en forholder seg til den andre med en holdning som anerkjenner den situasjonen den andre befinner seg i (Martinsen 2003). Omsorg handler videre om holdningen sykepleier har i møte med pasienten. En holdning som styres av sykepleiers menneskesyn og om pasienten som den hjelpetrengende part. Omsorg uttrykt i generalisert gjensidighet vil være når vi gir og sørger for den andre uten at vi forventer noe i retur. Martinsen deler omsorgen inn i vedlikeholdsomsorg og vekstomsorg. Vedlikeholdsomsorg er knyttet til vedlikehold, tilstand og tilbakegang (Martinsen 2003).

Omsorg vil alltid innebære to parter der den ene har omtenkksomhet og bekymring for den andre. Det vil da bety at når den ene lider vil andre "sørge for" og lindre den andres smerter. Omsorg er en sosial relasjon. Det handler om hvordan mennesker forholder seg til hverandre, om solidaritet, fellesskap og forståelse.

Kristoffersen (2005) deler Kari Martinsens omsorgsteori tre deler, den relasjonelle, den praktiske og den moralske siden. Den relasjonelle siden vil si å utvikle en forståelse ved å gjøre ting sammen eller for andre. Dette skjer ved at en skaper felles erfaringer gjennom handling sammen med den andre, noe som fører til forståelse for situasjonen den andre befinner seg i. I den praktiske siden er det omsorg utført i dagligdagse situasjoner hvor det blir brukt gjenstander som pasienten kjenner, som et glass, en skje eller en vaskeklut som vektlegges. Hjelpen blir gitt ut fra tilstanden til den hjelpetrengende er i og forståelsen kommer frem når sykepleier kan gjenkjenne situasjoner ut fra egne erfaringer. Den moralske siden dreier seg om å handle ut i fra det som er til det beste for pasienten (Kristoffersen 2005).

## 2.6 Livskvalitet

I 1946 slo verdens helse organisasjon (WHO) fast at helse ikke bare fravær av sykdom og svakhet, men fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velbefinnende (Mæland 2005). Gjennom tiden har begrepet helse ofte vært forbundet med ideene om det optimale og det normale. Hvordan vi forstår helse, gjenspeiler i vår livsoppfatning og verdimeslige prioriteringer, men også kulturelle og sosiale forhold. Helse også må ses i sammenheng med å fungere og mestre, og videre ses i forhold til de varierende livsbetingelsene som mennesker utsettes for (Mæland 2005).

Mæland (2005) viser til Peter F. Hjorts definisjon om at; ” *Helse er å ha overskudd i forhold til hverdagens krav* ” (Hjort 1994, I: Mæland 2005 s.26). Det vil si at helse må ses på som en ressurs som gir menneske styrke til å fungere og motstandskraft til å stå i mot påkjenninger som en utsettes for gjennom livet.

Kristoffersen (2005) skriver at WHO's definisjon på helse sier noe om at kun fravær av sykdom ikke er tilstrekkelig for helse. Begrepet livskvalitet understreker en økt vektlegging på helsens subjektive dimensjoner. Begrepet livskvalitet har på mange måter erstattet begrepet helse som overordnet begrep. En forskjell mellom begrepene helse og kvalitet har fått et mer biomedisinsk innhold, mens livskvalitet uttrykker mer psykologiske og tildels sosiale aspekter ved tilværelsen (Mæland 2005).

Livskvalitet dreier seg om fysiske, psykologiske, sosiale og eksistensielle sider ved livet, samtidig som det også dreier seg om forventninger, mål, mening og verdier (Campbell 1972, I: Wahl og Hanestad 2007 s.30). Det finnes ulike perspektiver og definisjoner på hva livskvalitet er, men det er allikevel en enighet om at livskvalitet hovedsaklig er en subjektiv opplevelse av eget liv. Hva et menneske beskriver som livskvalitet er individuelt fordi det legges vekt på ulike aspekter og de bruker ulike målestokker når de skal vurdere sine liv (Mæland 2005, Wahl & Hanestad 2007).

Hvis en skal bruke et mer spesifikt begrep for å beskrive omstendighetene rundt helse og livskvalitet anvendes ofte begrepet helsereelatert livskvalitet. Helsereelatert livskvalitet (HRLK) kan defineres som; *Faktorer som klart har effekt på individets eller samfunnets fysiske og mentale helse* (Healty people 2010 I: Amarantos et. al 2001 s.59). Helsereelatert livskvalitet

fokuserer på forandringer i fysisk og mentale helsedimensjonene som kan bli fremtredende ved sykdom, aldring og endringene i funksjonell status (Amarantos et. al 2001).

## 3.0 Metode

Dalland (2007) refererer til Vilhelm Aubert som i mange sammenhenger blir sitert når det er spørsmål om hva en metode er og han sier følgende; ”*En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og kommer frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet metode*” (1985:196). (Aubert 1985 I: Dalland 2007 s.81).

### 3.1 Litteraturstudie

I denne oppgaven vil jeg anvende systematisk litteratur studie som metode for å belyse den valgte problemstillingen. Forsberg og Wengstrøm (2008) viser til Mulrow og Oxmans definisjon på hva en systematisk litteratur studie er; ” *En studie som har et klart formulert spørsmål som utgangspunkt og som besvares systematisk ved å identifisere, velge, vurdere og analyseres relevant forskning*” (Forsberg og Wengstrøm 2008 s.31).

#### 3.1.1 Fordeler og ulemper med litteraturstudie

En fordel med en systematisk litteraturstudie er at det kan besvare kliniske problemstillinger. Når en kritisk vurderer og analyserer litteraturen kan det gi oss svar på om en intervensjon er bra, dårlig eller om det finnes andre løsninger som tjener formålet på en bedre måte. En annen fordel med litteraturstudie er at en får en oversikt over hvilken forskning som er gjort på området (Forsberg og Wengstrøm 2008). En ulempe med en litteraturstudie er at det hovedsaklig anvendes sekundærkilder, og i tillegg kan det være begrenset mengde relevant litteratur på området. Antall artikler som inkluderes kan ha utslag på resultatet i studien. Det anbefales at all relevant litteratur anvendes, men det er ikke alltid mulig på grunn av praktiske og økonomiske hensyn. Det vil si at det er opp til forfatter og velge ut den mest relevante forskningen. En annen svakhetsom brukes kan være selektivt valgt ut for å støtte forfatterens meninger og standpunkter. Et annet viktig punkt som kan være en svakhet er at de artiklene som brukes for å belyse samme problemstilling ha vært forsket på av flere eksperter, som er kommet frem til ulike resultater.

### 3.1.2 Forskningsetikk

I en litteraturstudie er det ulike etiske aspekter som må tas i betraktning. I forhold til forskningsetikk må en spesielt se forbindelsen til forfatter. Det vil si at det vil være viktig å ivareta opphavsretten og forhindre plagiering. Plagiering vil si å ta andres arbeid og utgi det for å være sitt eget. Det som må vurderes er om sitater og referanser er korrekte og om forfatters navn er oppgitt. Det skal redegjøres for alle artiklene som er brukt i studien, også de resultatene som ikke støtter forfatters synspunkter. Det og kun presentere det som støtter forfatters synspunkt eller hypotese anses som uetisk (Olsson og Sørensen 2003, Forsberg & Wengstrøm 2003).

### 3.2 Litteratur søk og valg av litteratur

I denne oppgaven har jeg valgt å bruke en rapport utført av Heidi Aagaard på vegne av Sosial – helsedepartementet, *Mat og måltider i sykehjem* utgitt i 2008. Jeg mener denne er relevant fordi omfatter 570 sykehjem og den belyser ulike områder som er relevant for min problemstilling ved at den sier noe om hvordan forholdene er i Norge. Rapporten går igjen i hele oppgaven. De bøkene jeg har brukt er ulike ernæringsbøker som *Ernæring – mer enn mat og drikke* av Sortland (2007), *Sykepleiens ernæringsbok* av Sjøen og Thoresen (2008) og Pedersen et. al (2009) grunnleggende ernæringslære som teoretisk grunnlag i forhold til underernæring, eldre og kartlegging av ernæringsstatus. Bøker med kapittel knyttet til eldre og ernæring er *Geriatrisk sykepleie – god omsorg til den gamle pasienten* av Kirkevold, Ranhoff og Brodtkorb (2008)

Jeg har hovedsakelig brukt ProQuest medicale library som søkemotorer, men også tidsskriftet *Vård i Norden*. Når jeg har søkt på forskningsartikler på område livskvalitet og underernæring brukte jeg søkeord som: Malnutrition, older people, meals, long term care, nursing homes, nursing, nutritional status, Quality of life. Jeg avgrenset søkene ved å legge til sykepleie, vitenskapeligtidsskrift og fulltekstdokument.



**Søk i ProQuest medicale library**

**Søkeord:**

**Antall treff:**

Meals	5442	
Meals AND nursing homes	51	
Meals AND nursing homes AND nutrition	27	= 2 relevante artikler
Meals	5442	
Meals AND nutritional status	121	
Meals AND nutritional status	13	= 1 relevant artikkel
Malnutrition	2200	
Malnutrition AND risks	442	
Malnutrition AND risks AND older people	55	= 2 relevant artikler
Quality of life	11 606	
Quality of life AND nursing homes	324	
Quality of life AND nursing homes AND nutrition	16	= 1 relevant artikkel
Long term care	8598	
Long term care AND malnutrition AND nursing	58	
Long term care AND malnutrition AND nursing	16	= 1 relevant artikkel

### 3.3 kildekritikk

Jeg har tatt sikte på å bruke litteratur som ikke er eldre enn 10 år. Forsberg og Wengstrøm (2008) skriver en må være kritisk til den litteraturen som anvendes og at eksempelvis litteratur som er eldre enn ti år kan ha betydning for resultatet. Jeg har likevel valgt å bruke litteratur som er noen eldre, fordi jeg mener det fortsatt er relevant i forhold til problemstillingen. Det dreier seg da hovedsakelig om enkelte bøker som, *Sykepleieteorier – analyse og vurdering* av Kirkevold 1998. Jeg har forsøkt å bruke primærlitteratur gjennom forskningsartikler, undersøkelser og bøker. Sekundærlitteratur er brukt der det er nødvendig som gjennom pensumlitteratur, oversiktsartikler og fagartikler. Selve område ernæring er stort, men med mine begrensninger som hovedsakelig gjelder forebyggende sykepleie knyttet til eldre, underernæring og livskvalitet finnes det er det en mindre og mer begrenset mengde litteratur. Jeg har valgt ut artiklene på bakgrunn av metode, utvalg, resultat og konklusjon. Jeg har en god del utenlandske forskningsartikler. Det er fordi det er et begrenset antall norske forskningsartikler på området og fordi jeg mener det gir mer dybde til oppgaven. Artiklene som er brukt er publisert i vitenskaplige tidsskrifter, noe som øker deres troverdighet og gyldighet. Jeg mener undersøkelsen til Aagaard (2008) kan veier noe opp for den manglende norske forskningslitteraturen.

### 4.0 Resultatdel

For å belyse problemstillingen har jeg har valgt 8 vitenskaplige forskningsartikler som jeg mener belyser ulike området som er relevant for problemstillingen (Se vedlegg 1). Tidligere forskning på område sier blant annet at atmosfæren og miljøet, samt måten maten blir servert kan påvirker den eldres inntak av mat og drikke på en positiv måte (Nijs et. al 2006, Carrier Ouellet & West 2007 ). Underernæring og lav KMI påvirket livskvaliteten ved at eldre med lav KMI også hadde et lavere ADL nivå og lavere grad av psykososialt velbefinnende (Crogan & Pasvogel 2003). I kartleggingsarbeidet har MNA vist seg å være et nyttig verktøy til bruk hos elder over 65 år og et nyttig redskap som bør anvendes i større grad (Suominen et. al 2005, Sanlier og Yabanci 2006 ). Skriftlig nedfelt mat og måltidspolitik, individuell tilnærming og kartlegging av ernæringsstatus er noe som har vist seg å føre til vektstabilitet (Kuosma, Hjerrild, Pedersen & Hundrup 2008). Lavbemanning kan ses i sammenheng med økt risiko for at eldre i sykehjem blir underernærte (Woo, Chi, Hui Chan & Sham 2005), og

sykepleiers holdninger og kunnskaper knyttet arbeidet med ernæring kan forklare hvorfor ernæring nedprioriteres i sykehjem (Munch et. al 2006).

## **5.0 Drøfting**

Å spise og drikke tilstrekkelig, slik at helse og livskvalitet opprettholdes tas ofte som en selvfølge hos unge friske mennesker. I min praksis i eldre omsorgen har jeg opplevd at dette ikke er noe selvfølge for den eldre pasient. God ernæring er viktig for god helse og livskvalitet og ved sykdom kan den ha betydning for behandlingsresultatet og rehabiliteringen. Det kan likevel tyde på at ernæring er et forsømt område (Aagaard 2008).

### **5.1 Hvordan kan underernæring føre til at den Eldres livskvalitet trues i sykehjem?**

Forekomsten av underernæring i sykehjem er anslått å være fra 30 – 45 % (Sosial – og helsedepartementer 2006, Aagaard 2008). Det er et vanlig problem hos eldre i sykehjem (Abbasi & Rudman 1994) og er ofte underdiagnostisert og utilstrekkelig behandlet av sykehjempersonalet (Nieuwenhuizen, Weenen, Rigby & Hetherington 2009).

Underernæring påvirker helsen noe som fører til konsekvenser som økt sykkelighet, økt dødelighet, flere sykehusinnleggelse og redusert muskelkraft. Det øker risikoen for fall og dermed brudd. Nedsatt hukommelse, livskvalitet og livslust ses også i sammenheng med underernæring. Videre er det knyttet til tretthet, apati og depresjon. Det er også et poeng at dette øker de medisinske kostnadene (Abbasi og Rudman 1994, Munch et. al 2006).

Det å bedre matinntaket hos eldre i sykehjem er en av de enkleste måtene å bedre funksjonsstatus. Adekvat ernæring forebygger helseproblemer ved at det kan bedre helse, avverge forverring av funksjonsstatus, øke livskvalitet og velbefinnende hos eldre. Samtidig vil ernæring og ernæringstiltak også påvirker utfallet av medisinsk behandling (Amarantos et. al 2001, Crogan og Pasvogel 2003). Utilstrekkelig ernæring som fører til underernæring vil påvirker helsen på grunn av de konsekvensene det medfører. Det sier noe om at underernæring også kan ha en innvirkning på livskvaliteten. Det vil da dreier seg da om den Eldres HRLK (j. f p.2.5). Dette støttes også av Keller, Østbye & Goy (2004) som legger til at det å være i fare for underernæring eller tegn på negativ ending i ernæringsstatus er en uavhengig pekepinn på negative endringer i HRLK. Hvis underernæringen er uttalt vil det

etter hvert resultere i redusert muskelmasse og kraft, nedsatt funksjonsnivå og dermed til redusert HRLK (Amarantos et. al 2001).

Alle disse negative forholdene som nevnes ovenfor vil også påvirke den eldre aktiviteter i dagliglivet (ADL). At helse kan ses i forbindelse med ADL støttes også av Berg, Sarvimaki & Hedelin (2006) som fant ut at den eldre oppfatning av helse også grunnet i det å være i stand til å gjøre det en vil, det en må og i det hele tatt kunne utføre ADL.

Helse og livskvalitet flyter ofte over i hverandre, noe som betyr at helse er viktig for livskvaliteten, men at også opplevd livskvalitet påvirker helsen (Mæland 2005). Det kommer her frem at når den eldre helse påvirkes av underernæring kan også livskvaliteten trues. Underernæring bør forebygges ved tidlig identifisering, før det blir et problem for den eldre. Sykepleier må kjenne til adekvate tiltak og iverksette disse. Det er først da en kan bidra til at eldre helse fremmes og at livskvalitet ikke trues.

## **5.2 Sykepleiers ansvar og rolle – Hvilke tiltak kan sykepleier iverksette?**

I ernæringsarbeidet er underernæring mest alvorlig og utgjør den største utfordringen for sykepleier (Brodtkorb 2008). Sykepleiers ansvar vil da være og identifisering den enkeltes ernæringsproblem og utarbeide tiltak for å dekke den enkeltes pasient individuelle behov.

Det er tre områder som kan ses på som sykepleiers kontekst i omsorgsarbeidet. Det ene er ansvar for det syke, svake menneske som ikke er selvhjulpen og at disse individenes velferd er avhengig av at andre sørger for dem. Martinsen legger vekt på at omsorgrelasjonen er vedvarende og forpliktende og at den bygger på den generaliserte gjensidigheten (Kirkevold 1992). Dette kan være en beskrivelse av det ansvaret sykepleier har for den eldre som oppholder seg i sykehjem knyttet til ernæringsarbeidet og Martinsens omsorgsteori.

### 5.2.1 Forebygging

Ranhoff (2008) skriver at forebyggende og helsefremmende arbeid kan ha en avgjørende betydning for opprettholdelse av helse, funksjon og livskvalitet hos den eldre. Sykepleiers ansvar ligger blant annet da i det tverrfaglige samarbeid og forebygging av underernæring har klart gunstig effekt på selvstendighet og livskvaliteten for beboerne i sykehjem (Nijs et. al 2006). Det tverrfaglige samarbeidet innebærer samarbeid med fortrinnsvis helsefagarbeidere, lege og kjøkkenpersonalet. Å ha kunnskaper om hvordan underernæring kan forebygges vil være en forutsetning dersom sykepleier skal kunne utføre et arbeid som leder mot målene i det forebyggende arbeidet. I arbeidet må sykepleier kartlegge forhold som truer pasientens helse, funksjonsnivå og livskvalitet og deretter å iverksette primær, sekundær og tertiær forebyggende tiltak der det er nødvendig. I ernæringsarbeidet vil det primære arbeidet dreie seg om å forhindre og eller utsette at den eldre utvikler dårlig ernæringsstatus. Det sekundære retter seg mot å forhindre ytterligere forverring av ernæringsstatus og dermed også hindre underernæring.

I arbeidet vil det å benytte seg av den Eldres ressurser være viktig for ivaretagelse og opprettholdelse av funksjonsnivået. Martinsen mener målet ikke er at mottaker skal bli selvhjulpen, men å unngå forverring. Omsorg i dette tilfelle er ikke noe som snart skal opphøre eller avsluttes, men et arbeid som er tidkrevende (Austgaard 2002, Martinsen 2003). Dette kan knyttes til det Martinsen (2003) kaller vedlikeholdsomsorg (j. f p.2.4) og kan i stor grad rettes seg mot det forebyggende ernæringsarbeidet. Ved å vedlikeholde i denne forstand bedriver en også forebygging ved at god ernæringsstatus opprettholdes og hindre at underernæring forekommer. Omsorgsteorien til Martinsens (j. f p.2.4) handler samtidig om å handle godt mot andre noe som vil si at det bygger på de samme prinsippene som nærhetsetikken, også kalt omsorgsetikken.

Den vektlegger følelens betydning for å oppfatte at faglige og moralske verdier står på spill. Det er her forståelsen av situasjonen, ikke generelle regler eller normer som skal følges. Omsorgsetikken kan derfor ikke stå alene, men må ses i sammenheng med pliktetikken. Martinsen knytter omsorgen til den grunnleggende moralen, men mener dermed ikke at etiske normer og prinsipper utelukkes. Det Martinsen mener er at normer og regler ikke kan stå alene, men de må stå i forbindelse til hverandre. Det er i følge Martinsen en forutsetning for at sykepleier skal kunne bevege seg mot omsorg (Austgaard 2002).

Martinsen omsorgsteori som det overordnede sykepleieperspektiv i forhold til den eldre i sykehjem vil gjerne være det ideelle. Sykepleier har i omsorgsarbeidet ansvar og plikter ved å sørge for den syke og svake. I forhold til forebygging av underernæring vil omsorgsetikken være relevant fordi tiltakene må utføres med omsorg. Samtidig må sykepleier også forholde seg til pliktetikken som i følge Brinchmann (2005) vektlegger fornuften og det intellektuelle og ikke følelsene som det viktige for å kunne handle rett. I pliktetikken utføres omsorg fordi det anses som en plikt. Det er derfor også behov for omsorgsetikk for å kunne forstå hvordan omsorgen skal utføres. Sykepleier tar da i bruk både følelsenes betydning for å se at både faglige og moralske verdier står på spill i ernæringsarbeidet, men samtidig bruke fornuften og intellektuelle for å finne gode løsninger for å forebygge underernæring.

### **5.2.2 Plikter og begrensninger i det forebyggende ernæringsarbeidet**

Hvorfor den eldre blir underernært i sykehjem og hva som ligger til grunn for at forebyggingen ikke er tilstrekkelig kan blant annet være bemanning og generelt lav grunnbemanning. Begrensede ressurser der økonomi spiller en viktig rolle kan føre til at det blir vanskelig å foreta nødvendige endringer (Woo et. al 2005, Aagaard 2008). På en annen side kan ikke den manglende prioriteringen begrunnes med lav bemanning eller økonomi fordi lover og forskrifter pålegger også sykehjemmene og den enkelte sykepleier og ha fokus på ernæring gjennom blant annet kvalitetsforeskriften (2003), helsepersonelloven (1999) og kommunehelsetjenesteloven (1982).

### 5.2.3 Kartlegging

Hvis vi tar utgangspunkt i det vi allerede vet om at den eldre er i større fare for underernæring vil det derfor være særlig relevant å undersøke og kartlegge den Eldres ernæringsstatus. I følge Ranhoff (2008) vil kartlegging og identifisering være et viktig mål i det forebyggende ernæringsarbeidet. Identifisering av de pasientene som står i fare for underernæring blir i mange tilfeller oversett dersom screening/kartlegging av ernæringsstatus ikke blir gjennomført (Babineau, Villalon, Laporte & Payette 2008). Hvis det ikke blir foretatt kartlegging over den enkeltes ernæringsstatus vil det bli vanskelig å utføre et individuelt ernæringsarbeid. Registrering av pasientens inntak av mat og drikke vil også være en del av sykepleiers ansvar. Samtidig har sykepleier et medansvar ved å sørge for et tilstrekkelig næringsinntak for den eldre (Sortland 2007).

### 5.2.4 Screening

Det å kartlegge ernæringsstatus er en praktisk handling som kan ses i sammenheng med det Martinsen mener er omsorgen praktiske side. Kartlegging innebærer blant annet regelmessig veiing av pasientene, og det anbefales at det gjøres ukentlig eller en gang per måned. Et verktøy som kan anvendes i kartleggingsarbeidet er KMI. Når en bruker KMI vil det være for og finner ut hvor den eldre ligger i forhold til normalen, og en kan ut fra det si noe om den eldre er i fare for underernæring. Aagaard (2008) fant ut at 30 % av sykehjemmene ikke hadde rutiner rundt regelmessig veiing, ved mistanke om lavt matinntak svarte 69 % at vekten vanligvis ble registrert og kun 4 % beregnet pasientenes KMI. Dette støttes også av funn i en undersøkelse utført i Danske sykehjem av Munch et. al (2006). Det fantes heller ikke her faste veierutiner ved sykehjemmene. Flere sykehjem hadde ikke stolvekt og enkelte sykehjem hadde heller ikke vanlig vekt. På noen sykehjem ble ikke beboerne veid dersom de ikke hadde egen vekt. Rugås og Martinsen (2003) legger vekt på KMI og regelmessig veiing av pasientene som et viktig forebyggende tiltak for å evaluere ernæringsstatus og mulig underernæring. Nijs et. al (2006) mener midlertidig at KMI ikke er et så pålitelig måleredskap hos skrøpelige eldre fordi det ikke tar hensyn til kroppens endringer i forhold til høyde og sammensetning. Det er større enighet om at MNA derimot gir et mer helhetlig bilde av den Eldres ernæringsstatus.

MNA er et anerkjent verktøy for å kartlegge ernæringsstatus uten at det er behov for laboratorieprøver for å avdekke underernæring. Det er også en fordel at MNA tar hensyn til ulike sider som kan utgjøre en risiko for underernæring, som antropometriske målinger, kosthold og subjektiv data (Nijs et. al 2006, Sanlier og Yabanci 2006, Carrier et. al 2007 ). MNA anbefales brukt 1-2 ganger i året (Ranhoff 2008), og etter som MNA er et pålitelig verktøy, burde det muligens anvendes i større grad også i norske sykehjem.

Aagaard (2008) viser til at kun 16 % av sykehjemmene i undersøkelsen hadde skriftlig prosedyrer for vurdering av ernæringsstatus. Det kan være ulike årsaker til at kartlegging av ernæringsstatus ikke blir gjennomført i særlig stor grad og det sier gjerne noe om manglende fokus, holdninger og kunnskaper om ernæring (Munch et. al 2006). Dette støttes i rapporten til Aagaard(2008) som viser til at bemanning, mangel på kunnskaper og holdninger går igjen som årsaker til at tiltak ikke iverksettes. Dette sier noe om at det finnes et forbedringspotensial.

### **5.2.5 Innføring av rutiner og prosedyrer i ernæringsarbeidet**

Hvis sykepleier skal kunne bidra til endring og innføring av nye rutiner må sykepleier ha kunnskaper om viktigheten av god ernæring. Et hovedpoeng vil da være å arbeide for økt kunnskap og holdningsendringer knyttet til ernæring. Økt kunnskap rundt bruken av de ulike verktøyene. Samtidig vil den enkeltes holdning til ernæring være et viktig område. Suominen et. al (2005) mener sykepleiere bør ha kunnskaper og kompetanse til å kunne vurdere ernæringsstatus og matinntaket hos eldre beboere.

I undersøkelsen Munch et. al (2006) utførte var det oppsiktsvekkende at det var de lavere utdannede som vektla regelmessig veiing og at det var sykepleierne som i mindre grad gjennomførte dette i praksis. En årsak til dette kan være at sykepleier ofte er under høyt tidspress, at sykepleier pålegges for stor arbeidsmengde eller at sykepleier prioriterer og anser andre arbeidsoppgaver som viktigere. En annen årsak kan være at sykepleier mangel kunnskaper om viktigheten og gjerne av den grunn ikke prioriterer ernæringsarbeidet. Munch et. al (2006) viser til at 77 % av sykepleierne kjente ikke til anbefalte retningslinjer, 71 % kjente ikke til screening verktøy og kun 12 % brukte det i praksis. Dette sier noe om behov for økt kunnskap og viktigheten av å holde seg faglig oppdatert. Det er en forutsetning at sykepleier kan identifisere beboere i ernæringsmessig risiko tidlig, samtidig sørge for anvendelse av den nyeste kunnskap innenfor området ernæring (Munch et.al 2006). I følge



Brinchmann (2005) er drivkraften bak sykepleierens handlinger nettopp å anvende kunnskapene sine til å fremme helse, lindre lidelse, forebygge sykdom og gjenopprette helse. Ernæring bør derfor være vel så viktig som andre sykepleieoppgaver. Aagaard (2008) viser til at fire av fem i sykehjemsundersøkelsen mener at personalet trenger mer kunnskap om ernæringsarbeid i sykehjem. Sykepleier har selv et ansvar når det gjelder å holde seg oppdatert på kunnskap og forskning. De yrkesetiske retningslinjer sier følgende; sykepleier skal holde sine kunnskaper ved like og sørge for og stadig fornye dem. Videre skal sykepleier holde seg oppdatert på forskning og dokumentert praksis innenfor sitt område (Sneltvedt 2005). Dette vil være en forutsetning for å yte sykepleie som preges av god kvalitet.

Et viktig tiltak som kan bidra til å forebygge underernærings hos eldre vil da være at den enkelte avdeling innfører rutiner og prosedyrer i ernæringsarbeidet. Endring av rutiner kom også frem som et av de hyppigste forslagene til å bedre ernæringsarbeidet i rapporten til Aagaard (2008) og rutinene bør innføres før det får konsekvenser for den eldre (Furmann 2006). Et av hovedfunnene i artikkelen til Kuosma et. al (2008) var at kroppsvekt forandrer seg over tid, og at det derfor er behov systematisk vektkontroll og ernæringsvurdering. Vurdering av ernæring bør gjøres regelmessig og utføres minst hver tredje måned noe som innebærer veiing og nøye observasjon av den eldres appetitt. Hovedfunnet i undersøkelsen til Kuosma et. al (2008) var at dersom en har nedfelt en mat og måltidspolitik, innfører rutiner som går på vurdering av ernæring og utarbeider individuelle pleieplaner er dette noe som sammenlagt kan føre til vektstabilisering. Disse funnene er interessante fordi de knytter sammen både behovet for etablerte rutiner rundt kartlegging av ernæringsstatus, men samtidig at det er viktig med skriftlige retningslinjer som beskriver hvordan måltidene ved avdelingen skal og bør gjennomføres.

## 5.2.6 Måltidet

Måltidet har en spesiell betydning for de aller fleste av oss, og er gjerne av enda større betydning for den eldre. Det kan være fordi måltidet har en sentral plass i sykehjem og fordi det bidrar til struktur i den Eldres hverdag. Måltidet danner og gir grunnlaget for god helse, mulighet for nytelse og opplevelsen av fellesskap og respekt (Elvebakken 1993).

Et tiltak viktig som innebærer et godt måltids døgn. Det innebærer at det går maks tre timer mellom hvert inntak, og at det tilbys mellommåltider som frukt, næringsdrikker og lignende. Det bør heller ikke gå mer enn tolv timer mellom dagens siste, og neste dags første måltid. Det er midleritid slik mange steder at det går opp imot fjorten timer mellom kvelds og frokost (Sortland, Skjeggstad, Jansen & Berglund 2009). I praksis legges ofte måltidene opp mot personalets arbeidstid og opp mot vaktskiftet. Det bør tilstrebes at pasienten har mulighet til å spise når appetitten er tilstede selv om det går på tvers av avdelingens rutiner.

Mat vektlegges som en betydningsfull kilde til mulig glede hos eldre noe som også innebærer utfordringer. Utfordring for helsepersonell vil ligge i å stimulere denne gleden så lenge som mulig (Berry & Marcus 2000 I; Kurosmä et al 2008). Sykepleier må sørge for at forholdene er lagt til rette for at pasienten skal kunne innta mat og drikke. Det innebærer at den eldre har tannprotese riktig plassert, at den eldre har riktig sittestilling og god kroppsstilling ved bordet.

Sykepleier har mye til felles med pasientene og det er ikke vanskelig å sette seg inn i hvordan det er å være sulten eller tørst. Vi kan også tenke oss hvordan den eldre ønsker maten servert. På den måten kan vi på et vis sette oss inn i pasientens situasjon. Det er hva Martinsen kaller omsorgens relasjonelle side. I praksis kan en ofte i beste mening bruke egen smak og ønske som referanse når en handler på vegne av pasienten (Pearson, Fitzgerald og Nay 2003). Samtidig er det viktig å se pasienten som et individ med egne ønsker og behov. Det er da Martinsen trekker inn den moralske siden av omsorgen. Sykepleier beveger seg fra seg selv og til den andre for å kunne handle til den andres beste. Det menes da at sykepleier ser og handler pasienten ønsker og behov. Sykepleiers oppgave under måltider vil da være å sørge for at måltidssituasjonen er tilrettelagt på en best mulig måte slik at pasientens ressurser opprettholdes og bevares. Det vil si at den eldre selv utfører det han klarer og måltidet kan derfor ses på som en form for vedlikeholdsomsorg (j.f 2.4).

### 5.2.7 Miljøet under måltidet

Måltidet skal være en hyggelig opplevelse og en god atmosfære kan bidra til at den eldre spiser bedre (Sortland 2007). Samtidig som behovet for mat og drikke dekkes, vil måltidet også bidra til at den eldre får dekket psykososiale behov som samhold, tilhørighet og trivelig samvær med andre (Karoliussen 1997, Brodtkorb 2008). Miljøet vil da være en viktig faktor, noe som innebærer at sykepleier har kjennskap til hvordan miljøet rundt måltidet både kan hemme og fremme inntaket av ernæring hos den eldre.

Rundt bordet kan et tiltak være faste plasser, og personalet bør sette seg ned og formidle ro, både verbalt og non verbalt (Brodtkorb 2008). Det bør ikke foregå andre aktiviteter under måltidet. Å føre en samtale under måltidet kan være krevende for den eldre, så praten bør begrenses til oppmuntring og veiledning knyttet til spisingen. Pasienten velger om han ønsker å innta måltidet alene eller sammen med andre. Dette bør sykepleier respektere. Pasienter med tilnærmet hjelpebehov bør sitte sammen fordi negativ adferds hos enkelte pasienter kan redusere andres appetitt. I artikkelen til Pearson et. al (2003) kom det også frem at ved faste bordplasser kunne en bedre opplevelsen, samtidig bidra til trygge og faste rammer rundt måltidet.

Carrier et. al (2007) fant ut at forholdene rundt måltidsserveringen kunne ses i forbindelse med underernæring. Det som kan bidra til økt inntak av næring er da konkrete endringer av faktorer som påvirker miljøet under måltidet. I artikkel til Nijs et. al (2006) er det spesielt endring av atmosfære og det estetiske rundt måltidet som er i fokus. Nijs et. al (2006) vektlegger farge, lyd, lukt, konsistens og porsjonsstørrelse. Samt presentasjon av maten ved servering og samvær med andre som faktorer som kan virke positivt på appetitten. Hyggelig atmosfære rundt måltidet kan føre til velvære og stimulerer til både fordøyelse og opptak av næring (Sortland 2007). Atmosfæren innebærer i følge Nijs et. al (2006) opplevelsen av det sosiale og fysiske miljøet i forbindelse med måltidet. Å bedre atmosfæren i en mer positiv retning kan gjennomføres i sykehjem ved måten maten serveres og presenteres på. Hvordan sykepleier opptrer og hvordan måltidet organiseres spiller også en viktig rolle i følge Nijs et. al (2006). Eldre pasienter i sykehjem er selv ikke i stand til å skape et slikt miljø under måltidet, og det vil derfor være sykepleiers ansvar å bidra til at det blir et godt måltidsmiljø for den eldre (Brodtkorb 2008).

Faktorer som kan true miljøet kan være forstyrrelser i form av utlevering av medikamenter, stress, tidspress og støy (Sellevold & Skulberg 2005, Nieuwenhuizen et. al 2009). Dette er gjenkjennbart fra egen praksis ved sykehjem. Måltidet blir ofte brukt til å dele ut medisiner. Tidspress og støy oppstår eksempelvis at legevisitten er på samme tidspunkt som måltidet eller når den eldre skal hvile middag. I mange sykehjem skal dette gjennomføres før vaktskifte og rapport. Jeg mener at miljøets betydning for måltidet ofte blir glemt og at måltidet ofte ses på som et av mange praktiske gjøremål som må gjennomføres i løpet av dagen. Andre faktorer som kan forstyrre det Nijs et. al (2006) kaller atmosfæren er i følge Aagaard (2008) matens utseende som lite delikat, matens smak og porsjonsstørrelsen.

De endringene som ble gjennomført i intervensjonsgruppen til Nijs et. al (2006) var det den estetiske siden ved borddekkingen. Det innebær duk på bordet og fine servietter, lys, blomster, penere glass og fint servise. Maten ble servert i anretningsskåler som beboerne forsynte seg fra. Det samme gjaldt under frokost, lunsj og kvelds hvor de eldre smurte maten selv. I følge Sortland (2007) som vil det være et viktig tiltak tilby mat som den eldre liker og større valg frihet kan bidra til et økt inntak. I undersøkelsen til Nijs et. al (2006) ble det også vektlagt at sykepleier spurte den eldre hva han ønsket i stede for å ta det ”vanlige”. Sykepleier satt seg ned og formidlet ro. Medisiner ble utlevert før måltidet startet og dørene til spise rommet ble lukket for å hindre forstyrrelser.

Det at vi får matro, selv får velge hva vi vil spise og at matbordet ser fint ut er muligens tiltak ses på som en selvfølge for mange av oss. Det er sikkert sykehjem som også gjennomfører dette, men det er gjerne ikke alltid tilfelle. Hvis det er en selvfølge for oss, bør det ikke da også være en selvfølge for den eldre? Dette er etter min mening enkle tiltak som bør kunne gjennomføres i de aller fleste sykehjem. I undersøkelsen fant Nijs et. al (2006) ut at ved gjennomføring av relativt enkle forandringer førte dette til overraskende positive resultater i løpet av de seks månedene studien pågikk (Se vedlegg 1). Det denne studien fra nederlandske sykehjem demonstrerer at endring av matservering har en fordel på næringsinntaket, kroppsvekten og kroppssammensetningen og det reduserte faren for at sykehjemsbeboere ble underernærte (Nijs et. al 2006). Det var samtidig usikkerhet rundt hvilke konkrete tiltak som gjorde utslaget i forhold det økte næringsinntaket. Dersom disse enkle tiltakene kan bedre ernæringsstatus og øke inntaket hos pasienter som står i fare for underernæring bør dette innføres i alle sykehjem (Nijs et. al 2006). Dette begrunnes ved at det verken skapte misnøye eller ekstra arbeid for personalet. Det bidro heller ikke til ekstra kostnader. Dette på ses på

som en stor fordel, men på en annen side vil det være uunngåelig at holdninger, kunnskaper og økonomi likevel spille en rolle i gjennomføring av slike tiltak.

## 6.0 Avslutning

Jeg har i denne oppgaven opparbeidet kunnskaper om årsaken til, forekomst, konsekvensene av underernæring og tiltak som kan brukes i forebyggingen av underernæring. I oppgaven valgte jeg å vektlegge spesielt kartlegging og miljøet under måltidet som fokus områder.

Forskningen jeg har brukt viser at kompetansen og rutinene for identifisering av pasienter som står i fare for underernæring, og videre å kartlegge ernæringsstatus ikke er tilstrekkelig. Det viser seg også at dersom sykepleier skal forebygge underernæring vil interesse, engasjement, kunnskaper og holdninger til ernæring spille en vesentlig rolle. Ansvar kan sies å være todelt, ved at sykepleier kan bidra til endringer av allerede etablerte rutiner og samtidig innføring av nye rutiner. Dette forutsetter støtte fra ledelsen hvis det forebyggende ernæringsarbeidet skal være i fokus. Det fremgår at de fleste sykehjemmene scorer lavt på de fleste punktene knyttet til ernæring. Det sier noe om at sykehjemmene trenger mer fokus og selv om fokuset muligens kan være tilstede må dette gjennomføres i praksis. Jeg har funnet ut at dersom ernæringsarbeidet skal kunne føre til bedre resultater bør det etableres rutiner og prosedyrer. Kartlegging av de pasientene som står i fare for underernæring vil ha betydning dersom underernæring skal kunne forebygges.

Samtidig er også etablering av rutiner, god organisering av måltidet og bedring av måltidsmiljøet viktige tiltak i forebyggingen. Jeg har funnet ut at endring av miljøet har vist seg å bidra til å forebygge underernæring. En god atmosfære er viktig, samtidig å være bevisst faktorer som kan ødelegge atmosfæren. Ulike årsaker kan hindre det forebyggende arbeidet som økonomi og lav bemanning. Det kommer frem at sykepleier helt klart har et ansvar i forhold til lover og forskrifter, men også i forhold til de yrkesetiske retningslinjene. Martinsen mener sykepleier har ansvar for de syke og svake, og deres velferd er avhengig av at vi sørger for dem. Hun vektlegger videre å skape forståelse og utføre tiltak som vil være til det beste for den eldre. Jeg har funnet ut at alt arbeid som bedrer ernæringsstatus vil være av forebyggende art og at ved å forebygge ytes også omsorg. Forskning viser at underernæring fører til redusert helse og nedsatt evne til å utføre ADL, noe som kan påvirke og true den eldres HRLK. Ved da å forebygge underernæring vil en hindre at helsen trues ved at faren for at komplikasjoner

oppstår reduseres, samtidig bevare den eldre ADL nivå. Det vil da totalt sett hindre at den eldre livskvalitet trues.

## Litteraturliste

- Aagaard, H. (2008). *Mat og måltider i sykehjem: undersøkelse utført for Sosial – og helsedirektoratet Rapport 2008:3* Halden: Høgskolen i Østfold
- Abbasi, A.A. & Rudman, D. (1994). *Undernutrition in the nursing home: Prevalence, consequences, causes and preventions* [Elektronisk versjon]. *Nutrition reviews*, vol.52, No.4
- Amarantos, E., Martinez, A. & Dweyer, J. (2001). *Nutrition and Quality of life in Older Adults* [Elektronisk versjon]. *The journal of Gerontology* vol.56A, 54-64
- Austgard, K. (2002). *Omsorgsfilosofi I praksis – Å tenke med filosofen Kari Martinsen i sykepleie* Oslo: J.W. Cappelens Forlag a. s
- Babineau, Villalon, Laporte & Payette (2008). *Outcomes of Screening and Nutritional Intervention Among Older Adults in Health Care facilities* [Elektronisk versjon]. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research* vol.69 nr.2 s. 89-94
- Berg, G.V., Sarvimäki, A. & Hedelin, B. (2005). *Hospitalized older people's views of health and health promotion* [Elektronisk versjon]. *International journal of Older People Nursing* 1.
- Brinchmann, B.S.(Red). (2005) *Etikk i sykepleien* Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS
- Brodtkorb, K. (2008). *Ernæring, mat og måltider. I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H Ranhoff (Red.) I: Geriatrisk sykepleie- God omsorg til den gamle pasienten.* Oslo: Gyldendal Norsk forlag
- Carrier, n., Ouellet, D. & West, G.E. (2007). *Nursing Home Food Services Linked with Risk of Malnutrition* [Elektronisk versjon]. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research* vol.68 no.14-20

- Crogan, N.L. & Pasvogel, A. (2003). *The influence of Protein – Calorie Malnutrition on Quality of Life in Nursing homes* [Elektronisk versjon]. The journal of Gerontology vol.58A, no.2 159-164
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter* Oslo: Gyldendal Norske Forlag
- Elvebakk, K.T. (1993). *Mat, alderdom og eldreomsorg* Oslo: kommuneforlaget
- Foreskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenestene (2003). Foreskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting m.v av 27.juni 2003 nr.792. Hentet <http://www.lovdata.no/for/sf/ho/to-20030627-0792-0.html#3>
- Forsberg, C. & Wengstrøm, Y. (2008). *Att göra systematisk litteraturstudier* Stockholm: Författerna och Bokforlaget Natur och kultur
- Furman, E. F (2006). *Undernutrition in older adults across the continuum of care – Nutritional assessment, barriers, and interventions* [Elektronisk utgave]. Journal of Gerontological Nursing vol.32 nr.1 22-27
- Helsepersonellloven (1999). Lov om helsepersonell av 2.juli 1999 nr.64. Hentet 12.februar 2010 fra [http://www.lovdata.no/cgi-wif/wifldles?doc=/usr/www/lovdata/all/nl-19990702-064.html&emne=helsepersonell\\*&](http://www.lovdata.no/cgi-wif/wifldles?doc=/usr/www/lovdata/all/nl-19990702-064.html&emne=helsepersonell*&)
- Karoliussen, M. (1997). *Ernæring I: M. Karoliussen & K.L Smebye (Red.)I: Eldre, aldring og sykepleie* Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS
- Keller, H.H., Østbye, T. & Goy, R. (2004). *Nutritional Risk predicts Quality of life in Elderly Community – Living Canadians* [Elektronisk versjon]. The journal of Gerontology vol.59A nr.1 68-74
- Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering* Oslo: Gyldendal akademiske



- Kommunehelsetjenesteloven (1982). Lov om helsetjeneste i kommunen av 19.november 1982 nr.66. Hentet 12. Februar.2010 fra [http://www.lovdatab.no/cgi-wif/wiftdles?doc=/usr/www/lovdatab/all/nl-19821119-066.html&emne=kommunehelsetjeneste\\*&](http://www.lovdatab.no/cgi-wif/wiftdles?doc=/usr/www/lovdatab/all/nl-19821119-066.html&emne=kommunehelsetjeneste*&)
- Kristoffersen, N.J. (2005). *Teoretiske perspektiver i sykepleie I*: N.J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, & E-A. Skaug(Red.) I: *Grunnleggende sykepleie bind 1* Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS
- Kristoffersen, N.J., Nordtvedt, F., & Skaug, E-A.(2005). *Om sykepleie I*: N.J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, & E-A. Skaug(Red.) I: *Grunnleggende sykepleie bind 1* Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS
- Kuosma, K., Hjerrild, J., Pedersen, P.U., Hundrup, Y.A. (2008). *Older people: Assessment of nutritional status among residents in a Danish nursing home – health effects of a formulated food and meal policy* [Elektronisk versjon]. Journal of Clinical Nursing, 17, 2288-2293
- Martinsen. K. (2003). *Fra Marx til Løgstrup - Om etikk og sanselighet i sykepleien* Otta: Universitetsforlaget
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin – historisk – filosofiske essays* Otta: Universitetsforlaget
- Mowe, M. (2007). Eldre kap.25 Drevon, C.A., Blomhoff, R. & Bjørnebo, G-E. A I: *Mat og medisin – Nordisk lærebok i generell og klinisk ernæring* Kristiansand: Høyskoleforlaget AS
- Munch, C., Pedersen, P., Færgeman, K. & Thulstrup, A.M. (2006). *Plejepersonalets viden og holdninger om ernæring til ældre plejehjemsboere – en spørreundersøgelse* [Elektronisk utgave]. Vård i Norden no.79 vol.26 no.1 20-24
- Mæland, J.G. (2005). *Forebyggende helsearbeid - I teori og praksis* Oslo: Universitetsforlaget AS

- Måltid i institusjon [Bilde] (u.år). Hentet 16.02.10 2010 fra <http://www.trondheim.kommune.no/multimedia.ap?id=1114994765>
- Nasjonalt råd for ernæring (2006). *Når matinntaket blir for lite* Oslo: Sosial – og helsedirektoratet
- Nieuwenhuizen, W.F., Weenen, H., Rigby, P. & Hetherington, M.M. (2009). *Older adults and patients in need of nutritional support: Review of current treatment options and factors influencing nutritional intake* [Elektronisk versjon]. Clinical Nutrition ,s. 1-10
- Nijs, K.A.N.D, Graaf, C.D., Siebelink, E., Blauw, Y.H., Vanneste, V., Kok, F.J & Staveren, W.A. (2006). *Effect of Family – Style Meals on Energy Intake and Risk of Malnutrition in Dutch Nursing Homes Residents: A Randomized Controlled Trial* [Elektronisk versjon]. The journal of Gerontology, 935- 942.
- Olsson, H. & Sørensen, S. (2003). *Forskningsprosessen Kvalitative og kvantitative perspektiver* Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS
- Pedersen, J.I., Hjartåker, A., & Anderssen, S.A. (2009). *Grunnleggende ernæringslære* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Pearson, A., Fitzgerald, M. & Nay, R. (2003). *Mealtimes in nursing homes: The role of nursing staff* [Elektronisk versjon]. Journal of Gerontological Nursing vol.29 nr.6 40-47
- Ranhoff, A.H. (2008). *Den gamle pasienten I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H (Red.), Geriatrik sykepleie- God omsorg til den gamle pasienten.* Oslo: Gyldendal Norsk forlag
- Rugås, L & Martinsen, K. (2003). *Underernæring er vanlig på sykehjem* [Elektronisk utgave] Sykepleien 91 (6) 34-37
- Sanlier, N. & Yabanci, N. (2006). *Mini nutritional assesement in the elderly: living alone, with family and nursing home in Turkey* [Elektronisk versjon]. Nutrition and food science, vol.36 No1, 50-57

- Sellevold, G.S. & Skulberg, V.B. (2005). *Nok mat, rett mat og trivsel for eldre sykehjemspasienter: et kvalitetssikringsprosjekt* Bergen: Nasjonalt formidlingscenter i geriatri
- Sjøen, R.J. & Thoresen, L. (2008). *Sykepleierens ernæringsbok* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Sneltvedt, T. (2005). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere I*: B.S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (s.88-104). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Sortland, K. (2007). *Ernæring – Mer enn mat og drikke* Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Sortland, K., Skjegstad, G., Jansen, L. & Berglund, A.L. (2009). *Eldre personers ernæring og matinntak ved sykehjem – en pilotstudie* [Elektronisk versjon]. *Vård i Norden* vol.29 nr.94, 25-29
- Suominen, M., Muurinen, S., Routasalo, P., Soini, H., Suur-Uski, I., Peiponen, A. et al (2005). *Malnutrition and associated factors among aged residents in all nursing homes in Helsinki* [Elektronisk versjon]. *European Journal of Clinical Nutrition*, 59, 578-583
- Wahl, A.K. & Hanestad, B.R. (2007). *Livskvalitet, helse, stress og mestring I*: E. Gjengedal & B.R. Hanestad (Red.) I: *Å leve med kronisk sykdom en varig kurs endring* Oslo: J.W. Cappelens Forlag AS
- WHO (2010). Definition of an older or elderly person. Hentet 5.janur 2010 fra <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>
- WHO (2010). BMI classification. Hentet 13.februar 2010 fra [http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro\\_3.html](http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html)

- Woo J., Chi, I., Chan, F. & Sham, A. (2005). *Low staffing level is associated with malnutrition in long – term residential care homes* [Elektronisk versjon]. 59, 474-479

Vedlegg I

**Skjema -  
Presentasjon av  
utvalgte artikler**

Tittel: Forfatter: Tidsskrift: Årstall:	Hensikt: Problemstilling(er)	Metode: (Metode, design, utvalg, Måleinstrumenter)	Resultat/funn	Styrker/ svakheter
<p><i>Effect of family – style meals on energy intake and risk of malnutrition in Dutch nursing home residents: a randomized controlled trial</i> Nijs, K.A.N.D, Graaf, C.D., Siebelink, E., Blauw, Y.H., Vanneste, V., Kok, F. &amp; Staveren, W.A.</p> <p>Journal of Gerontology, Medical Sciences</p> <p>2006</p>	<p>Forskeren(e) ville finne ut om det er mulig og forebygge feil – og underernæring blant eldre på sykehjem ved og endrer rutinene og atmosfæren rundt måltidene. Det å gå fra vanlige måltider til måltid som fremmet en mer hjemmekoselig atmosfære.</p>	<p>Randomisert kontrollert studie. Kvantitativ metode. Ved et tilfeldig utvalg ble totalt 178 eldre sykehjemsbeboere undersøkt. Disse var fordelt på fem nederlandske sykehjemsavdelinger og avdelingene var fordelt over hele landet.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- MNA (Mini Nutritional assesment)</li> <li>- Måling av kropps-sammensetningen</li> <li>- Overarm og skinnlegg omkrets</li> <li>- kroppsvekt</li> <li>- Videre ulik tiltak rettet mot å bedre måltidsmiljøet.</li> </ul> <p>Estetiske og fysiske endringer ble gjennomført.</p>	<p>Studien av nederlandske sykehjemsbeboere demonstrerer at endring av matserveringen fra å legge mat på tallerkenen til ”family style” måltider har en fordel på matinntaket, kroppsvekten og kroppsbygninger til beboerne. Family style måltider reduserte faren for at sykehjemsbeboere utsettes for underernæring. Resultatene var at antall beboere med tilfredsstillende ernæringsstatus økte fra 20 % til 51 %. Andelen eldre som sto i fare for underernæring redusertes fra 63 % til 45 %. Antallet eldre som allerede var underernærte gikk også ned fra 17 % til 4 %.</p>	<p>En svakhet kan være at det er usikkert hvilket tiltak som hadde størst effekt på beboerne i forhold til resultatet</p> <p>En styrke er at artikkelen er godkjent av etisk komité</p>

Tittel: Forfatter: Tidsskrift: Årstall:	Hensikt: Problemstilling(er)	Metode: (Metode, design, utvalg, Måleinstrumenter)	Resultat/funn	Styrker/ svakheter
<p><b><i>The influence of Protein – Calorie Malnutrition on Quality of Life in Nursing Homes</i></b></p> <p>Crogan, N.L. &amp; Pasvogel, A.</p> <p>The journal of Gerontology 2003</p>	<p>Forskere ønsker å se på hvordan underernæring påvirker livskvaliteten hos eldre i sykehjem</p>	<p>The Quality-nutrition-outcomes-Long-Term-Care modellen ble brukt. En cross-sectional design ble brukt til analyse av minimum data set (MDS) vurdering av tidligere innsamlet data som er blitt analysert tidligere. 31 eldre over 65 år som bodde i 3 sykehjem østre Washington</p>	<p>Av deltakerne var 38,6 % underernært (målt ved KMI). Dette påvirket livskvaliteten ved at det var sammenheng mellom lav KMI, et lavere ADL nivå og lavere grad av psykososialt velbefinnende.</p>	<p>Et noe lav deltaker tall (311 beboere) så resultatet kan ikke generaliseres til å gjelde alle eldre i sykehjem. Likevel kan metoden som er brukt lede til videre forskning på underernæring og livskvalitet</p>
<p><b><i>Nursing home food service linked with risk of malnutrition</i></b></p> <p>Carrier, N., Ouellet, D.&amp; West, G.E.</p> <p>Canadian journal of dietetic practice and research 2007</p>	<p>Sammenhengen mellom matservering og pasientenes risiko for underernæring</p>	<p>kvalitativ og kvantitativ metode Intervju med hver enkel deltaker ble utført. De eldres journal ift ulike sykdommer, medikament, evt. matvareallergier ble undersøkt og vurdert. Beboere som svarte til inkludering kriteriene, i 38 sykehjem ble tilfeldig utvalgt. Totalt 138 kognitiv intakte beboere. Intervjuer rundt måltidserfaringer ble gjennomført. Objektiv data KMI, veiing og antropometriske mål ble tatt</p>	<p>Totalt 37,4 % av deltakerne var i fare for underernæring. Ulike faktorer hvordan maten ble servert og hva maten ble servert i, lengde og variasjon i menyene og total mat tilfredsstillelse var alle knyttet økt risiko for underernæring</p>	<p>En svakhet er at det er en relativt liten undersøkelses gruppe. Et større antall objekter kunne ha økt studiens gyldighet.</p>

Tittel: Forfatter: Tidsskrift: Årstall:	Hensikt: Problemstilling(er)	Metode: (Metode,design,utvalg, Måleinstrumenter)	Resultat/funn	Styrker/ svakheter
<p><b><i>Plejepersonalets viden og holdning om ernæring til ældre plejehjemsbeboere – en spørgeskemaundersøgelse</i></b></p> <p>Munch, C., Pedersen, P., Færgeman, K. &amp; Thulstrup</p> <p>Vård i Norden 2006</p>	<p>Undersøke kunnskaper og holdninger hos sykepleiere, og annet helsepersonell i forhold til ernæring hos eldre i sykehjem</p>	<p>Kvalitativ metode Data ble samlet på basis av strukturerte intervjuer. Ved bruk av spørreskjemaer som ble besvart av 136 personer i 15 tilfeldig valgte sykehjem i Århus.</p>	<p>95 % godtok et vekttap på under 3 % før tiltak ble iverksatt. 29 % kjente til screeningmetoder for å forebygge underernæring, men kun 12 % brukte dette i praksis. 32 % mente at de normalvektige burde veies 1 gang per måned, men kun 13 % utførte denne prosedyren i praksis. 57 % mente underernærte også burde veies 1 gang per måned, men kun 37 % hadde dette som standard prosedyre</p>	<p>Undersøkelsen er ikke gjeldene for alle sykepleieres kunnskaper og holdninger, men det gir likevel en pekepinn på behovet for økt kunnskap og holdningsendring</p>
<p><b><i>Mini nutritional assesement in the elderly: living alone, with family and nursing home in Turkey</i></b></p> <p>Sanlier, N. &amp; Yabanci, N.</p> <p>Nutrition and Food Science 2006</p>	<p>Hensikten med studien var å vurdere kroppssammensetning og ernæringsstatus hos eldre i Tyrkia.</p>	<p>Kvalitativ og kvantitativ tilnærming. Antropometriske målinger og MNA ble brukt for å vurdere ernæringsstatus hos 429 eldre over 65 år som enten; bor alene, sammen med familie eller i sykehjem. Intervjuer av de eldre ble også gjennomført.</p>	<p>MNA er et nyttig redskap for å kartlegge underernæring hos eldre pasienter. Forekomsten av underernæring var høyest hos sykehjemsbeboerne</p>	<p>En styrke er at objektene i studien er relativ stor, og kan derfor si noe om at MNA er et nyttig verktøy.</p>



Tittel: Forfatter: Tidsskrift: Årstall:	Hensikt: Problemstilling(er)	Metode: (Metode, design, utvalg, Måleinstrumenter)	Resultat/funn	Styrker/ Svakheter
<p><b><i>Malnutrition and associated factors among aged residents in all nursing homes in Helsinki</i></b></p> <p>Suominen, M., Muurinen, S., Routasalo, P., Suur-Uski, I., Peiponen, A., Finne- Soveri, H. &amp; Pitkala, K.H.</p> <p>European Journal of Clinical Nutrition 2005</p>	<p>Kartlegge ernæringsstatusen til alle eldre sykehjemsbeboere i Helsinki, Finland</p>	<p>Kvantitativ metode</p> <p>Bruk av MNA test for å kartlegge hvilke pasientrelaterte faktorer og hvilke ernæringsrelaterte faktorer som assosieres med underernæring. Informasjon om beboernes bakgrunn, funksjonsevne, sykdomsbilde, og daglige rutiner i sykehjemmet ift mat og måltider. Med utgangspunkt i 2424 eldre, ble 2114 undersøkt.</p>	<p>1/3 (29 %) var underernærte, 60 % var i risiko for underernæring. Underernæring var assosiert med kvinnelige pasienter, langtidsopphold i sykehjem, nedsatt funksjonsevne, demens, slag, obstipasjon, slag og svelgvansker. Selv om ulike faktorer forklarer underernæring hos eldre i sykehjem, bør faktorer relatert til ernæringsarbeidet i sykehjem undersøkes nærmere for å redegjøre for fordelene ved å vedlikeholde ernæringsstatusen hos eldre beboere</p>	<p>Styrke at det er et stort antall objekter som ble undersøkt, 2114 respondenter. Samtidig ble ulike forhold knyttet til den eldre tatt i betraktning i undersøkelsen.</p>
<p><b><i>Low staff level is associated with malnutrition in long – term residential care homes</i></b></p> <p>Woo, J., Chi, I., Hui, E., Chan, F. &amp; Sham, A.</p> <p>European journal of clinical nutrition 2005</p>	<p>Se om lavbemanning kan ses i sammenheng med dårlig ernæring hos eldre i sykehjem</p>	<p>Kvalitativ metode. Et tverrsnitt studie hvor 14 sykehjem i Hong Kong, både statlige og private ble undersøkt. Totalt 1914 beboere ble invitert, 1699 beboere gjennomførte undersøkelsen. KMI, antropometriske målinger ble tatt.</p>	<p>26 % KMI &lt; 18,5 Ulike sykdommer og lidelser var risiko faktorer for underernæring. Høyere bemanning ble assosiert med redusert risiko for underernæring hos beboerne. Lavbemanning og forekomst av underernæring må ses i sammenheng</p>	<p>Tar ikke i betraktning andre faktorer som kan påvirke resultatet som sykehj. størrelse, økonomi og personalet utdanning. Svakheter i datasamlingen fordi den hovedsakelig er rapporter fra beboere selv og personaler og ikke ved direkte observasjon.</p>

Tittel: Forfatter: Tidsskrift: Årstall:	Hensikt: Problemstilling(er)	Metode: (Metode, design, utvalg, Måleinstrumenter)	Resultat/funn	Styrker/ Svakheter
<p><i>Assessment of the status among residents in a Danish nursing home – health effects of a formulated food and meal policy</i></p> <p>Kuosma, K., Hjerrild, J., Pedersen, P.U. &amp; Hundrup, Y.A.</p> <p>Journal of Clinical Nursing 2008</p>	<p>Skaffe kunnskap om effekten ved skriftlig mat og måltidspolitik. Videre ved å evaluere om systematisk kartleggingsverktøy og intervensjoner kan resultere i vektstabilitet hos sykehjemsbeboere.</p>	<p>Kvasi eksperimentell studie 15 danske sykehjems beboere med gjennomsnittsalder på 84,4 år ble vurdert 5 ganger i løpet av studieperioden</p>	<p>Størrelsen på gruppen av vektstabile beboere økte i løpet av studieperioden fra 52,6 % til 87,7 %. Størrelsen på vekttap sank fra 42 % til 13,3 %.</p> <p>Svingninger i vekten forekom i under studien, men på lengre sikt ble den mindre noe som kunne tyde på vektstabilitet.</p>	<p>Det lave antallet responster 15 beboere kan ikke være representativt for alle sykehjemsbeboere, men at skriftlige mat og måltidsprosedyrer, samt systematisk kartlegging av ernæringsstatus kan bidra til vektstabilitet.</p>



