



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001

Predefinert informasjon

Startdato:	26-02-2018 09:00	Termin:	2018 VÅR
Slutt dato:	26-04-2018 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 SYKHB30011 PRO1 2018 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 1024

Informasjon fra deltaker

Tittel *: Eldre og ernæring: Hvordan fremme ernæringsstatus hos eldre som mottar hjemmesykepleie

Antall ord *: 8861

Tro- og loverklæring *: Ja **Inneholder besvarelsen Ja**
konfidensiell materiale?:

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

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Eldre og ernæring: Hvordan fremme ernæringsstatus hos eldre som mottar hjemmesykepleie?

Kull: 2015

Antall ord: 8861

Fakultet for Helse-og sosialvitenskap
Institutt for helse- og omsorgsvitenskap,
Fagseksjon for sjukepleie – Haugesund

Sammendrag

Tittel: «Eldre og ernæring: Hvordan fremme ernæringsstatus hos eldre som mottar hjemmesykepleie?»

Bakgrunn: Forente Nasjoner har erklært neste tiår, 2016-2025, som «Decade of Action on Nutrition». I tillegg til at kostholdet har betydning for fysisk helse, har også kosthold, mat og måltider sammenheng med psykisk helse og livskvalitet. Det er stor interesse for mat og kosthold i samfunnet i dag. Velernærte pasienter betyr færre komplikasjoner og infeksjoner, mindre bruk av antibiotika, kortere liggetid og lavere dødelighet. Jeg har interesse for ernæring og ser på dette området som relevant for mitt fremtidige yrke som sykepleier. Derfor ønsker jeg mer kunnskaper om og forståelse av temaet.

Problemstilling: Hvordan fremme ernæringsstatus hos eldre som mottar hjemmesykepleie?

Hensikt: Å bidra til økt kunnskap om hvordan sykepleiere kan bidra til å fremme god ernæringsstatus hos eldre som mottar hjemmesykepleie.

Metode: Oppgaven er et litteraturstudium, og søk etter forskning ble gjort i ulike databaser som CINAHL og Idunn. Fem forskningsartikler ble inkludert i oppgaven. For å besvare problemstillingen er forskningsartiklene, annen litteratur og egne erfaringer brukt.

Resultat: Forskningsartiklene viser at en høy prosentandel eldre har lavere enn anbefalt kroppsmasseindeks, samtidig har også mange eldre et lavere enn anbefalt energi- og næringsstoffinntak og dårlig kvalitet på kostholdet, selv i grupper av eldre med normal ernæringsstatus. Pasienter med redusert appetitt og tygge -og/eller svelgeproblemer har lavere KMI enn pasienter uten disse problemene. Screeningsverktøyet Mini Nutritional Assessment fanger ikke opp alle pasienter med dårlig næringsstoffinntak som kan ha risiko for underernæring, og sykepleiepersonell opplever vanskeligheter og mangel på kontinuitet ved gjennomføring av ernæringsscreening. Det er et dilemma hvor vidt klinisk praksis kun skal være basert på forskningsbasert kunnskap, og dermed utelukke klinisk skjønn.

Oppsummering: Kort oppsummert viser hovedfunnene i oppgaven at klare ansvarsforhold, gode dokumentasjonssystemer, engasjert ledelse, samarbeid, pasientinnflytelse, ernæringskunnskap og systematisk bruk av screeningsverktøy kan virke fremmende på pasientenes ernæringsstatus. Det er også et behov for skreddersydde ernæringsintervensjoner.

Abstract

Title: “Elderly and nutrition: How to promote nutritional status among elderly who receive home care nursing?”

Background: United Nations has declared the next decade, 2016-2025, as «Decade of Action on Nutrition». In addition to physical health, nutrition, meals and food also play a part in mentally well-being and quality of life. There is a big interest in food and nutrition in today`s society. Well-nourished patients lead to less complications and infections, less use of antibiotics, shorter time spent in hospital and lower mortality. I have an interest in nutrition, and I look on this subject as relevant for my future profession as a nurse, and that is why I wish to have more knowledge and understanding about the subject.

Aim: How to promote nutritional status among elderly who receive home care nursing?

Purpose: To gain an insight and a greater knowledge about how nurses can promote nutritional status among elderly who receive home care nursing.

Method: The task is a literature study, and research were made from different databases such as CINAHL and Idunn. A total of 5 research papers were included in the task. To answer the problems, research papers, other literature and own experience were used through the task.

Results: The research articles show that a high percentage of older people have lower than recommended Body Mass Index. At the same time, a high proportion of older people, even with normal nutritional status, have poor energy and nutrient intakes. Patients with reduced ability to chew and/or swallow and lack of appetite have lower BMI than patients not suffering from these problems. The screening tool Mini Nutritional Assessment is not able to identify all patients with poor nutrient intakes, and nursing staff experience difficulties and lack of consistency when screening for nutritional status. Whether clinical practice should be based on research knowledge only, and exclude the clinical judgement, is a dilemma.

Summary: In summary, the main findings of the assignment show that clear responsibility, good systems for documentation, engaged management, cooperation, patient influence, knowledge about nutrition and systematic use of screening tools can promote patient`s nutritional status. There is also a need for tailored interventions.

Innhold

1.0 INNLEDNING	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Hensikt.....	1
1.3 Problemstilling.....	1
1.4 Avgrensning og presisering	2
1.5 Begrepsavklaring	2
1.5.1 Ernæringsstatus	2
1.5.2 Eldre	2
1.5.3 Hjemmesykepleie.....	2
2.0 TEORI	3
2.1 Sykepleieteoretisk perspektiv	3
2.2 Eldre og ernæring	3
2.2.1 Aldersfysiologiske forandringer	3
2.2.2 Ernæringsstatus	4
2.2.3 Ernæringspraksis.....	5
2.2.4 Sosiale helseforskjeller	5
2.2.5 Mini Nutritional Assessment	6
2.3 Brukerinnflytelse	6
2.4 Pårørende	6
2.5 Yrkesetiske retningslinjer	6
3.0 METODE	7
3.1 Litteraturstudie.....	7
3.2 Søkeprosess	8
3.3 Forskningsetikk	9
3.4 Kildekritikk og vurdering av egen oppgave	9
4.0 RESULTAT	11
4.1 Oppsummering av forskningsartiklene.....	11
4.2 Oppsummering av funn	17
5.0 DRØFTING.....	18
5.1 Ernæringscreening, ansvar og kompetanse	18
5.2 Betydningen av tid og ressurser.....	20
5.3 Kvalitet, pasientinnflytelse og omsorg i praksis.....	22
6.0 AVSLUTNING	27
7.0 REFERANSELISTE	28

8.0 VEDLEGG 32

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Helse og ernæringsstatus henger nøye sammen. Optimal ernæringsstatus bidrar til vekst og utvikling, god helse, daglige aktiviteter og forebygger sykdom og skade. Psykologiske og sosiale forhold spiller inn, og ernæringsproblemer som underernæring, feilernæring, dehydrering og overvekt er vanlige blant eldre mennesker. Underernæring er det største og vanligste problemet. Både funksjonssvikt, sykdom og normale aldersforandringer kan gjøre at eldre mister evne og lyst til å spise tilstrekkelig og riktig sammensatt kost (Brodtkorb, 2010, s.254).

Eldre er en gruppe som bør gis særskilt oppmerksomhet. Måltidene kan skape struktur på dagen, glede og matlyst, og ha sosial betydning og betydning for livsmestring og trivsel. Bedre ernærte pasienter betyr færre komplikasjoner og infeksjoner, mindre bruk av antibiotika, kortere liggetid og lavere dødelighet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017).

Forente Nasjoner har erklært neste tiår, 2016-2025, som «Decade of Action on Nutrition». I tillegg til at kostholdet har betydning for fysisk helse har også kosthold, mat og måltider sammenheng med psykisk helse og livskvalitet. Det er stor interesse for mat og kosthold i samfunnet i dag. Temaet blir daglig omtalt av mediene, og det er mange aktører som ytrer ulike meninger om hva som er «riktig» kosthold. Det er derfor viktig med kunnskap om matvarer og kosthold (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Min erfaring fra praksis er også at det er blitt større fokus på ernæring de siste årene, og at det er et interessant område, derfor ønsker jeg å lære mer om temaet.

1.2 Hensikt

Hensikten med oppgaven er å få økt kunnskap om ernæringsstatus hos eldre som mottar hjemmesykepleie. Kunnskap om hvordan fremme ernæringsstatus hos denne gruppen vil bli belyst gjennom Kari Martinsen sin sykepleieteori, pensum og relevant litteratur og forskning.

1.3 Problemstilling

«Hvordan fremme ernæringsstatus hos eldre som mottar hjemmesykepleie?»

1.4 Avgrensning og presisering

Oppgaven tar for seg eldre som mottar hjemmesykepleie generelt, og legger ikke stor vekt på spesielle sykdommer og diagnoser. Oppgaven trekker også inn pårørende, men går ikke i dybden, på grunn av oppgavens omfang og begrensninger. Av ernæringsproblemene har jeg valgt å ha hovedfokus på underernæring, da dette er det største problemet blant eldre.

1.5 Begrepsavklaring

1.5.1 Ernæringsstatus

Ernæringsstatus uttrykker i hvilken grad det fysiologiske behovet for næringsstoffer er oppfylt. Ernæringsstatusen er et resultat av tilførsel, forbruk og tap av næringsstoffer. Menneskekroppen må få tilført ca. 50 ulike næringsstoffer gjennom mat og drikke (Sjøen & Thoresen, 2012, s. 108).

1.5.2 Eldre

I følge Verdens helseorganisasjons definisjon på eldre er dette mennesker mellom 60 og 74 år, og uttrykket gamle brukes om de som har høyere alder enn dette. På norsk brukes imidlertid uttrykket eldre også om mennesker over 74 år (Myrstad, 2015). Eldre er en sammensatt gruppe med både funksjonsdyktige og helsemessig belastede personer. Med alderen inntreffer flere forandringer som gjør at mange eldre får dårlig matlyst, blir småspiste og risikerer dårlig ernæringsstatus (Mowé, 2015, s. 330).

1.5.3 Hjemmesykepleie

«Hjemmesykepleie er helsehjelp, herunder pleie og omsorg, som utføres av profesjonelle til en pasient og dennes pårørende i pasientens eget hjem, der fokus er primært rettet mot å ivareta pasientens grunnleggende behov. Videre er fokus på trivsel, velvære, funksjonsnivå, helsetilstand og pasientens opplevelse av sin situasjon sentralt. En viktig funksjon for hjemmesykepleien er å være et alternativ til institusjonsomsorg. Hjemmesykepleie dekker ellers en vid skala av oppgaver, fra besøk som har en ren forebyggende funksjon, til rehabilitering og terminal pleie» (Birkeland & Flovik, 2014, s. 13).

2.0 TEORI

2.1 Sykepleieteoretisk perspektiv

Sykepleieteoretikeren Kari Martinsen ser på omsorg som det fundamentale i sykepleien; dette begrepet er sykepleiens verdigrunnlag. Hun trekker frem tre sider ved omsorgsbegrepet. For det første er omsorg et relasjonelt begrep som innebefatter forholdet mellom to mennesker. For det andre er omsorg et praktisk begrep som handler om å utføre konkrete situasjonsbetingede handlinger basert på en forståelse av hva som er til den andres beste. For det tredje er omsorg et moralsk begrep basert på prinsippet om ansvar for de svakeste. Kari Martinsen mener at omsorgen baserer seg på dette siste prinsippet. Omsorg er svaret på den fundamentale avhengigheten av hverandre, som hun mener spesielt kommer til uttrykk i perioder med sykdom, lidelse og funksjonssvikt. Omsorgen skal gis betingelsesløst, omsorgsgiveren skal ikke forvente noe tilbake fra omsorgsmottaker (Slettebø, 2009, s. 75).

«Den travle verdens dumme øyne ser bare menneskets verdi knyttet til virksomhet og produktivitet. Hjertets øye, det deltakende oppmerksomme øye, ser det betydningsfulle i alt menneskelig liv, og lar det få være til som seg selv» (Martinsen, 2000, s. 28).

Alt levende liv skal få være til, men det skal også få lov til å være til som seg selv, med sitt særpreg. Et grunnvilkår er likhet og forskjellighet, som ikke bare er motsetninger. Det sansende og seende øye fokuserer på det som er felles i det forskjellige. Det som i alle mennesker er det samme, men som viser seg ulikt. Sykepleieren oppfordres til å hjelpe til på den måten som det enkelte menneske trenger det. Også sykepleieren som registrerer pasientens lidelse og blir berørt av den, kan bli bekymret. Den kjærlige bekymring er på mange måter omsorgens vugge, og kjærlig bekymring for pasienten kan hjelpe denne til livsmot og til å akte seg selv (Martinsen, 2000, s. 26-29).

2.2 Eldre og ernæring

2.2.1 Aldersfysiologiske forandringer

Immunresponsen blir ved fysiologiske aldersforandringer nedsatt på grunn av redusert thymuskjertel. Denne skrumper med alderen, fra ca 200 gram ved fødselen, til 3 gram ved 60 år. Denne kjertelen produserer T-celler, og når kjertelen skrumper reduseres immuniteten.

Derfor kan eldre bli mer mottagelige for infeksjoner. Opptaket av kalsium blir også dårligere, beinmassen reduseres og dette øker risikoen for brudd ved fall (Mensen, 2010, s. 54).

Næringsstoffer vil si organiske og uorganiske stoffer i mat og drikke. Mange næringsstoffer er essensielle (livsnødvendige) (Sortland, 2015, s.17). Sykdomstilstander kan øke energibehovet og føre til høyere behov for energi, proteiner og væske sammenlignet med friske. Lavt aktivitetsnivå og sengeleie trenger altså ikke å resultere i lavt energibehov (Helsedirektoratet, 2016, s. 84).

Appetitt ser ut til å påvirkes av alder i seg selv. Sultfølelsen hos eldre er 25-39 % lavere og metthetsfølelsen er 37 % høyere enn hos yngre voksne (Giezenaar, Chapman, Luscombe-Marsh, Feinle-Bisset, Horowitz & Soenen, 2016). Dårlig tannhygiene og tannstatus samt bruk av tannproteser kan redusere matinntaket. Svekket smaks- og luktesans forsterker dette. Nedsatt matlyst kan skyldes både aldersendringer i smaks-og luktesansen og samspillet mellom hormoner som hemmer og stimulerer matinntaket. Maten smaker mindre enn tidligere og medisinbruk kan forverre det ytterligere (Mowè, 2015, s.333).

2.2.2 Ernæringsstatus

I følge Helsedirektoratet (2015) sin definisjon på god ernæringsstatus, er dette en tilstand hvor kroppens behov for energi og næringsstoffer blir dekket gjennom matinntaket. Hvis energibehovet ikke blir dekket, må kroppen bryte ned sitt eget vev for å dekke energiunderskuddet. Dette innebærer nedbryting av proteiner og andre livsviktige bestanddeler i cellene. Mangel på energi og næringsstoffer over tid fører til underernæring. Drevon (2015) skriver at ulike sykdommer og tilstander fører ofte til økt energiomsetning, opptil 90% i forhold til basalstoffskiftet. Den fettfrie kroppsmassen er det som faller oftest ved negativ energibalanse, og det er økt risiko for komplikasjoner og forsinket sårtilheling (Drevon, 2015, s. 89).

Underernæring øker risikoen for komplikasjoner, gir redusert motstand mot infeksjoner, forverrer den fysiske og mentale funksjonen, fører til redusert livskvalitet, forsinker rekonvalesens og gir økt dødelighet (Guttormsen et al., 2013).

Feilernæring trenger ikke nødvendigvis å være ensbetydende med underernæring. I det internasjonale diagnosesystemet ICD (ICD-kode E46) defineres «uspesifisert feilernæring» som mangelfull ernæring eller redusert evne til å absorbere næringsstoffer fra mat, som en følge av enten for lite inntak av energi eller protein/og eller økt behov grunnet sykdom (LHL,2016).

Ernæringsstatus kan måles med kroppsvekt, KMI, tricepshudfold og armmuskelomkrets og ved bruk av funksjonstester som håndmuskelkraft og enkelte laborietester. I følge flere studier kan ernæringsintervensjon gi underernærte pasienter vektøkning, økt fysisk aktivitet, redusert liggetid og redusert dødelighet (Mowé, 2002).

Når en skal måle endringer i ernæringsstatus, er det enkleste målet vektendring over tid sammen med kroppsmasseindeks (KMI). Pasienter i hjemmebaserte tjenester skal veies månedlig. For vurdering av ernæringsstatus finnes det ulike screeningsverktøy. Vurderingen skal dokumenteres i pasientens journal. Ved ernæringsmessig risiko bør det tas en grundigere vurdering av årsaksfaktorer som sykdom, medisiner, psykososiale forhold og fysisk funksjon (Helsedirektoratet, 2016, s. 78-83).

2.2.3 Ernæringspraksis

God ernæringspraksis innebærer kartlegging, vurdering og dokumentasjon av pasientens ernæringsstatus, vurdering av matinntak, målrettede ernæringstiltak, og oppfølging og evaluering (Helsedirektoratet, 2016, s.78). I følge Helsepersonelloven (1999) plikter helsepersonell å gi faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp som inkluderer ernæring. God ernæringspraksis innebærer gode rutiner i alle ledd. Den individuelle ernæringsplanen bør evalueres regelmessig, og minimum månedlig i hjemmebasert omsorg, i forbindelse med at pasienten blir veid. Ved overføring til annen institusjon overføres ernæringsplanen til de fagpersonene som har ansvar for videre oppfølging. Når pasienter utskrives til hjemmet må det tas stilling til om fastlegen, hjemmesykepleien og/eller pårørende skal videreføre oppfølgingen av pasienten og ernæringsplanen (Helsedirektoratet, 2016, s.95).

2.2.4 Sosiale helseforskjeller

Det er en utfordring å utjevne forskjeller i kostholdsvaner som fører til sosiale helseforskjeller i befolkningen. Det offentlige har ansvar for å sikre et helhetlig ernæringsarbeid, god koordinering av innsatsen og bidra til en klar arbeids- og ansvarsfordeling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Eldre har ekstra utfordringer og behov med hensyn til kosthold og ernæring. De er en sammensatt gruppe og behov og utfordringer vil variere etter helsetilstand og alder (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017).

Helse- og omsorgstjenesten må ivareta ernæringshensyn og sørge for at god oppfølging av tjenestene gis til de som trenger det. Det gjelder også gode mat- og måltidsopplevelser i hverdagen. Sykdom er den vanligste årsaken til underernæring i Norge, og eldre og syke er

spesielt utsatt for feilernæring dersom de har problemer relatert til munn. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017).

2.2.5 Mini Nutritional Assessment

Mini Nutritional Assessment (MNA) er et verktøy brukt i klinisk praksis for å måle ernæringsstatus hos eldre. Helt siden 1994, har MNA blitt brukt i hundrevis av studier og det er oversatt til over 20 språk. Det er et godt validert og pålitelig verktøy. En MNA-score på over 24 identifiserer pasienter med god ernæringsstatus. Score mellom 17 og 23, indikerer risiko for underernæring. Disse pasientene har imidlertid ikke begynt å gå ned i vekt og har ikke lave plasmaverdier av albumin, men de har lavere protein-kalori inntak enn anbefalt. Dersom MNA-score er lavere enn 17, har pasienten protein-kalori underernæring. Det er viktig ved underernæring å bestemme graden av alvorlighet. Dette gjøres ved å måle biokjemiske parametre som plasma albumin eller prealbumin-nivå, etablere 3-dagers registrering av matinntak og å måle vekt, KMI, armomkrets- og hudfold (Vellas et al, 2006).

2.3 Brukerinnflytelse

Brukerinnflytelse vil si når avgjørelser som tas, avspeiler de konkrete ønsker og behov brukeren har gitt uttrykk for. Medvirkning inngår i en relasjon hvor en part har mer makt enn den andre. Å arbeide for reell medvirkning innebærer å redusere brukerens maktesløshet, som igjen fører til at den enkelte blir sett og hørt (Olsen, 2017, s. 17). Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) sier også at det skal legges stor vekt på pasientens mening når det utformes tjenestetilbud.

2.4 Pårørende

Pårørende er noen som har varig og løpende kontakt med pasienten. Dette kan være både ektefelle, samboer, foreldre, barn eller søsken over 18 år, eller andre som står pasienten nær (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

2.5 Yrkesetiske retningslinjer

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere sier at sykepleieren har et ansvar for at sykepleiepraksis skal fremme helse og forebygge sykdom, samtidig som den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg blir ivaretatt (NSF, 2016).

3.0 METODE

I følge sosiologen Vilhelm Aubert (sitert i Dalland, 2012, s.111) er en metode

«en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder».

Metoden er selve redskapet i en undersøkelse. Å følge en metode vil si å følge en viss vei mot et mål, og forskeren må følge godkjente regler i forhold til den aktuelle metoden (Dalland, 2012, s. 114). Vi bør velge den metoden vi mener er best til å gi oss gode data og belyse spørsmålet vårt på en faglig interessant måte. Metoden hjelper oss til å samle inn data. Kvantitative metoder gir data om målbare enheter, bredde og det som er felles. Det brukes systematiske og strukturerte observasjoner, og det blir tatt sikte på å formidle forklaringer. Forskeren er fenomenet utenfra. Mens de kvalitative metodene ønsker å fange opp mening og opplevelse som ikke kan tallfestes eller måles, de går i dybden og vil ha frem det som er spesielt. Intervjumåten har ikke faste svaralternativer, og forskeren vil få frem sammenheng og helhet, og ønsker å formidle forståelse. Forskeren ser fenomenet innenfra (Dalland, 2012, s. 112-113).

I denne oppgaven benytter jeg meg av litteraturstudie som metode.

3.1 Litteraturstudie

Litteraturstudier vil si en gjennomgang eller vurdering (literature review). Det er vanlig innen sykepleieforskning å gjøre systematiske litteraturstudier basert på data fra primærkilder (førstehåndskilder), som vil si publiserte vitenskapelige artikler eller rapporter som er skrevet av personen(e) som har gjennomført undersøkelsen. Ved strukturert litteraturstudie velges primærstudier systematisk og en definerer utvalgsmetoden. En benytter seg av en tydelig problemstilling, beskriver hvilke søkestrategier som er benyttet, og hvorfor en inkluderer eller ekskluderer studiene i egen studie. Resultatene i studiene skal også analyseres og kvalitetsvurderes. Krav om problemstilling, formål, søk, gjennomgang, analyse og diskusjon av materialet samt rapport må være oppfylt (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015, s. 62-63).

«Å systematisere vil si å samle inn litteratur, gå kritisk gjennom den og til slutt å sammenfatte det hele» (Magnus & Bakketeig, sitert i Thidemann, 2015, s. 79-80).

Målet med dette er å gi leseren en oppdatert og god forståelse av kunnskapen på det området som problemstillingen etterspør, samtidig som det fremheves hvordan en har kommet frem til kunnskapen (Thidemann, 2015, s. 80). I en litteraturstudie bruker en data som er samlet inn av andre, altså sekundærdata. Sekundærdata er data en finner i bøker, tidsskrifter, databaser og lignende (Thidemann, 2015, s. 77). Metodetriangulering vil si å kombinere kvalitative og kvantitative tilnærminger, slik at en veier opp for de svakhetene som er forbundet med å bare benytte en metode. Forskerne får da en mer nyansert, perspektivrik og helhetlig forståelse og et sterkt kunnskapsgrunnlag (Thidemann, 2015, s. 79).

3.2 Søkeprosess

For å finne relevant litteratur har jeg brukt høyskolen sine helsefaglige databaser. Jeg har benyttet søkebasene CINAHL og Idunn. Disse inneholder fagfelleverdert forskning om helse og sykepleie, og er pålitelige kilder. I søkeprosessen har jeg brukt følgende norske ord: Ernæring, ernæringspraksis og ernæringsbehandling. Og følgende engelske ord: nutrition intervention/ernæringsintervensjon, older people/eldre mennesker, elderly/eldre, home care nursing/hjemmesykepleie, nutrition status/ernæringsstatus, MNA og malnutrition/underernæring. For å finne passende engelske søkeord, ble Ordnett.no via Helsebibliotekets hjemmesider benyttet for å oversette norske faguttrykk.

Jeg inkluderte ordet MNA (Mini Nutritional Assessment) i søket fordi dette er et godt validert instrument for å måle ernæringsstatus hos eldre (Jyväkörpi et al, 2015). Ved å identifisere pasienter som er underernærte eller står i fare for underernæring, kan MNA-vurdering gi riktig ernæringsstøtte, forhindre ytterligere ernæringssvikt og forbedre pasientens videre helse (Vellas et al, 2006).

Jeg har gjort flest søk i CINAHL, der jeg fant artikkelen nummer to, tre og fire. Noen inklusjonskriterier i søkeprosessen var at det skulle være forskningsartikler, at artiklene var fagfelleverdert, at informantene skulle være over 65 år (søk nr 8) og at artiklene ikke skulle være eldre enn 5 år. Da jeg valgte ut litteratur fokuserte jeg på holdbarhet og relevans. Artiklene er ikke eldre enn fem år og annen litteratur er hovedsakelig ikke eldre enn ti år. Jeg har inkludert både kvantitative og kvalitative artikler, samt en artikkel som tar for seg sykepleiernes perspektiv på ernæringscreening og kostregistrering. Dette for å prøve å få frem et nyansert bilde av temaet.

Søkehistorikk er gjengitt i tabeller (Vedlegg 1).

3.3 Forskningsetikk

Etikk dreier seg om normene for god og riktig livsførsel og kan gi oss veiledning og grunnlag for vurderinger før vi handler. Forskningsetikk vil si å ivareta personvernet og å sikre at forskningsresultatene er troverdige. Forskningsdeltagerne skal heller ikke bli påført skade eller unødvendige belastninger, eller bli ført bak lyset eller bli utsatt for press fra forskeren. Det er etiske utfordringer knyttet til alle ledd i en undersøkelse, og det skal søkes om forhåndsgodkjenning fra en forskningsetisk komite ved all medisinsk og helsefaglig forskning som involverer mennesker, menneskelig biologisk materiale eller helseopplysninger (Dalland, 2012, s. 96-105). Jeg har hatt som mål å referere korrekt til kilder i teksten, og har så godt det har latt seg gjøre unngått direkte avskrift for å hindre plagiat.

3.4 Kildekritikk og vurdering av egen oppgave

Da jeg bestemte meg for hvilke artikler som skulle tas med i oppgaven, vurderte jeg om de var relevante for mitt tema og min problemstilling. Kunne de være med på å belyse og besvare problemformuleringen min? Det ble brukt sjekklister for vurdering av forskningsartikler fra Folkehelseinstituttet (2016) for å kontrollere validiteten til artiklene. IMRaD-struktur var også et av inkluderingskriteriene. De fleste vitenskapelige artiklene innenfor medisin og helsefag følger denne utformingen (Thidemann, 2015, s. 68).

En svakhet ved noen av artiklene er at det ikke nevnes om informantene har fått informasjon om at de kan trekke seg fra undersøkelsene underveis. Men i og med at artiklene er funnet i godkjente søkemotorer, er de inkludert likevel. Ingen av artiklene inneholder sensitive data eller pasientopplysninger. Det var også et krav at forskningen som ble inkludert var godkjente forskningsartikler, og at de var fagfellevurderte. Samtidig ønsket jeg at artiklene ikke skulle være eldre enn fem år, slik at kunnskapen som blir belyst er så oppdatert og ny som mulig. Artiklene som er inkludert i oppgaven er publisert mellom 2013 og 2016. Jeg har også inkludert andre fag- og forskningsartikler av nyere og eldre dato, for å gi tyngde til drøftingen.

Artikkel 2 og 4 har samme forfattere, samme informanter og bygger på samme datasett. Mens artikkel 2 tar for seg protein- og næringsstoffinntak i ulike grupper av eldre, undersøker artikkel 4 proteininntak og kvalitet på diett hos de eldre som ble kategorisert som eldre med normal ernæringsstatus.

Forskningen i to av artiklene er gjennomført i Norge, to er gjennomført i Finland og en i Danmark. Finland og Danmark har ikke helsevesen som er veldig ulikt organisert som det norske helsevesenet, og er derfor inkludert i oppgaven. Det kunne også vært aktuelt og ta med

forskning fra land utenfor Norden, for å sammenligne resultater, men jeg har valgt å konsentrere meg om status i nordiske land. Selv om forskningen i noen av artiklene ble utført på sykehus og i sykehjem, kan det antas at forskningen har overføringsverdi også til eldre hjemmeboende som mottar hjemmesykepleie. Mange hjemmeboende eldre har vekselopphold i sykehjem og blir i perioder innlagt i sykehus, og det er viktig at samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten fungerer godt.

4.0 RESULTAT

I dette kapittelet vil forskningsartiklene som blir brukt i oppgaven kort presenteres.

4.1 Oppsummering av forskningsartiklene

1. Kartlegging av underernæring i sykehus. Hva hemmer og fremmer sykepleieres bruk av screeningverktøy for identifisering av ernæringsmessig risiko?

Forfattere: Juul, H.J & Frich, J.C (2013).

Hensikt: Å fremskaffe kunnskap om avdelingssykepleieres erfaringer med å ta i bruk et screeningverktøy for identifisering av ernæringsmessig risiko, med henblikk på hva som virket hemmende og fremmende på innføringen av verktøyet.

Metode: Kvalitativ studie med intervjuer av avdelingssykepleiere ved to norske sykehus. 5 informanter, 4 kvinner og en mann, med gjennomsnittlig alder 45 år.

Resultat: Avdelingssykepleiere mente at ernæringsbehandling var sykepleieres ansvarsområde. Personlig erfaring og holdninger til ernæring ble vektlagt i utvelgelsen av personell som skulle utføre klinisk ernæringsarbeid. Forhold som hemmet bruken av verktøyet var uklare ansvarsforhold, manglende engasjement og involvering fra sykehusledelsen, dårlig samarbeid, manglende pasientinnflytelse og utilstrekkelig ernæringskunnskap. Forhold som fremmet bruken av verktøyet var gode dokumentasjonssystemer for ernæring, diagnosekoding for underernæring og engasjerte leger som etterspurte informasjon om pasienters ernæringsstatus.

Konklusjon: Sykehusledelsen og fagprofesjonene må anerkjenne ernæringens betydning i pasientbehandlingen og at deler av ernæringsarbeidet må defineres som medisinsk behandling. Ledelsen må nyttiggjøre seg kunnskapen, gjøre de ulike faggruppene ansvarlige og lage retningslinjer for hvordan det kliniske ernæringsarbeidet skal foregå. Kompetansen og kunnskapsnivået innen ernæring hos helsepersonell bør kartlegges og kvalitetssikres, og behandlings- og tjenestetilbudet innen klinisk ernæring bør styrkes. Tydelig ansvars- og

oppgavefordeling samt tydelig definert arbeidsflyt danner et godt rammeverk for implementering av bedre ernæringspraksis i sykehus.

Etikk: Studien er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste og det ble også innhentet samtykkeerklæring fra samtlige informanter. Materialet som i ettertid er blitt presentert for personell ved sykehusene som deltok i studien, er i liten grad blitt endret da gruppene kjente seg igjen i funnene.

Relevans/kritisk vurdering: Denne studien er relevant for min problemstilling da den viser at avdelingssykepleiere kan fremme god ernæringspraksis i sykehus ved å redusere hemmende og styrke fremmende faktorer for sykepleieres bruk av ernæringscreeningverktøyet. Ernæringsbehandling bør sidestilles med annen type behandling i sykehus, og roller og ansvarsområder må tydeliggjøres.

2. Low protein and micronutrient intakes in heterogeneous older population samples.

Forfattere: Jyväkorpi, S.K., Pitkälä, K.H., Puranen, T.M, Björkman, M.P., Kautiainen, H., Strandberg, T.E, Soini, H. & Suominen, M.H (2015).

Hensikt: Feilernæring blir assosiert med komorbiditet og svakere funksjon blant eldre mennesker. Hensikten med denne studien var å finne ut mer om næringsinntak blant ulike eldre populasjoner/befolkninger, da det er lite kunnskap om dette.

Metode: Nordisk studie hvor forskerne undersøkte ernæringsstatus og næringsinntak i forskjellige grupper av eldre, som representerte både friske og skrøpelige eldre. Forskerne vurderte om de eldre hadde adekvat inntak av energi, proteiner og mikronæringsstoffer sammenlignet med gjeldende anbefalinger av 2014. Ernæringsdagbøkene til informantene ble sjekket og verifisert av ernæringsfysiolog i en-til-en intervjuer eller i intervjuer over telefon. Dette er en kvantitativ tverrsnittstudie som kombinerer fem datasett med til sammen 900 informanter.

Resultat: Informantene som hadde redusert mobilitet og var redusert kognitivt, hadde dårligst/svakest ernæringsstatus. Imidlertid ble det registrert lavt inntak av energi, protein og mikronæringsstoffer hos alle gruppene. Utilfredsstillende inntak av vitamin D, E, folat og tiamin var mest vanlig. 77% av deltagerne i studien hadde lavere enn anbefalt proteininntak.

Hjemmeboende eldre kvinner som led av Alzheimer hadde lavest energi-, protein- og vitamin C-inntak.

Konklusjon: Denne studien er en forlengelse av tidligere studier og gir et detaljert bilde av ernæringsrisiko i et vidt spekter av eldre. Selv tilsynelatende sunne eldre kan ha risiko for underernæring. Funnene i studien kan brukes til å planlegge skreddersydde ernæringstiltak blant eldre.

Etikk: Alle informantene/deltagerne i studien har signert informert samtykke, og er blitt kognitivt vurdert med tanke på dømmekraft. Alle studiens protokoller er godkjent av The Ethics Committee of Human Sciences of the University of Helsinki eller av The Helsinki University Central Hospital Ethics Committee. Forfatterne oppgir at de er selvstendige forskere uten tilknytning til finansisørene av studien.

Relevans/Kritisk vurdering: Studien er relevant for min oppgave fordi den viser risiko relatert til næringsinntak hos varierte grupper av eldre, og funnene i studien kan bli brukt til å skreddersy ernæringsintervensjoner.

3. Ernæringsstatus blant pasienter sykehjem og i hjemmesykepleien kartlagt ved hjelp av Ernæringsjournalen.

Forfattere: Landmark, B.T, Gran, S.V & Grov, E.K. (2014).

Hensikt: Å undersøke forekomsten av underernæring etter Helsedirektoratets KMI-kriterier hos eldre over 67 år innlagt i sykehjem og/eller som mottar hjemmesykepleie daglig. Og å finne frekvensen for rapporterte ernæringsmessige problemer hos eldre innlagt i sykehjem og/eller som mottar hjemmesykepleie daglig, samt å finne ut om det er forskjell i KMI hos eldre over 67 år innlagt i sykehjem og eldre som mottar hjemmesykepleie daglig.

Metode: En beskrivende, kvantitativ studie som inkluderer 532 pasienter over 67 år som er i sykehjem eller som mottar hjemmesykepleie. Dataene inkluderer målinger av pasientenes høyde, vekt, KMI og kliniske data som er relevante for ernæringsstatus. Det er beskrevet hvem som er inkludert og ekskludert i studien.

Resultat: 50% av informantene hadde lavere KMI enn anbefalt og 30% ble kategorisert som underernærte. Pasienter med nedsatt appetitt og/eller tygge- og/eller svelgproblemer hadde lavere KMI enn pasienter som ikke hadde disse problemene.

Konklusjon: Systematisk bruk av Ernæringsjournalen er positivt for å vurdere ernæringsstatus blant eldre for å tilby adekvat behandling og systematisk oppfølging.

Etikk: Studien ble forelagt Datatilsynet og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste som konkluderte med at studien ble vurdert som en kvalitetssikringsstudie, og ikke var foreleggingspliktig. Videre kommer det fram at anonymitet, frivillighet, samtykkekompetanse og mulighet for å trekke seg fra studien uten begrunnelse, ble understreket ovenfor den enkelte deltager før datainnsamlingen startet. Studiens deltakere ble rekruttert gjennom avdelingslederne, det ble sendt ut informasjon skriftlig og det ble gitt opplæring i utfylling av Ernæringsjournalen blant det faste personalet. Det er også en god svarprosent i studien, da andelen som deltok var tilnærmet 67% av samtlige pasienter i en stor, norsk kommune. Forfatterne påpeker selv både styrker og svakheter ved studien.

Relevans/Kritisk vurdering: Studien er relevant fordi en stor andel eldre pasienter har lavere enn anbefalt KMI eller er underernærte, og det er viktig å tilby disse riktig behandling og oppfølging, både i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten.

4.High proportions of older people with normal nutritional status have poor protein intake and low diet quality.

Forfattere: Jyväkorpi, S.K., Pitkälä, K.H., Puranen, T.M., Björkman, M.P., Kautiainen, H., Strandberg, T.E, Soini, H.H. & Suominen, M.H. (2016).

Metode: En tverrsnittstudie som kombinerer data fra fem ernæringsstudier med til sammen 900 informanter. Studien inkluderer både hjemmeboende eldre og eldre innlagt i institusjon, med og uten funksjonshemninger. Det er oppgitt både hvem som er inkludert og ekskludert i studien. Ernæringsstatus ble målt ved hjelp av MNA og næringsinntak ble hentet fra 1-3 dagers ernæringsdagbok. Det er beskrevet hvilke måleinstrumenter som er brukt i analysen.

Resultat: Energi, protein, og de fleste næringsinntak viser en logisk lineær trend i henhold til hvilke MNA-klasser deltagerne ble delt inn i. Derimot viser studien at mer enn tre fjerdedeler av deltagerne med MNA-score lavere enn 23,5 hadde lavere enn anbefalt proteininntak.

Konklusjon: MNA-status viser konsekvent sammenheng mellom næringsinntak og kvalitet på dietten. Men en stor andel av eldre, selv med normal ernæringsstatus, har dårlig

næringsstoff- og proteininntak. MNA-verktøyet klarer ikke å identifisere alle de med dårlig næringsstoffinntak som kan ha risiko for å utvikle underernæring.

Etikk: Studien samsvarer med nåværende lover i det landet (Finland) hvor studiene ble gjennomført, men det er ikke nevnt om studien er godkjent av en etisk komite. Forfatterne opplyser at de ikke har noen interessekonflikter når det gjelder denne artikkelen, og ingen sponsorer hadde påvirkning på studiens design, analyse, tolkningen av data eller hvor vidt artikkelen skulle publiseres. Det fremkommer ikke om artikkelen er godkjent av en etisk komite, noe som er en svakhet. Imidlertid er den funnet i en godkjent søkemotor og publisert i et internasjonalt tidsskrift for kliniske studier av aldring, og er derfor inkludert i oppgaven.

Relevans/Kritisk vurdering: Studien er relevant fordi den viser at MNA-verktøyet alene ikke klarer å fange opp eldre med lavt næringsstoff- og proteininntak. Selv eldre med normal ernæringsstatus kan ha utilstrekkelig næringsstoffinntak og kan være i risiko for å bli underernærte. Det er behov for intervensjoner/inn gripen for å forbedre kvaliteten på dietten og næringsstoffinntaket hos eldre.

5. Sygeplejepersonalets opplevelse av ernæringscreening og kostregistrering.

Forfattere: Andrés, E. & Bekker, G. (2013).

Metode: Kvalitativ studie med fokusgruppeintervjuer. Forskerne skriver at i fokusgruppeintervju er det det sosiale samspillet som produserer de empiriske dataene, og at de var interessert i den kunnskapen som blir produsert i gruppen, og ikke den enkeltes erfaringer. Dataene ble generert gjennom to fokusgruppeintervjuer. Ett med to avdelingssykepleiere og to stedfortredere fra to sengeavsnitt, samt et intervju med to sykepleiere og to assistenter. I alt 8 informanter. Det var mulighet for å drøfte opplevelser av ernæringscreening og utarbeidelse av kostplaner. Det ble brukt en spørreguide som hadde som formål å avdekke sykepleiepersonalets opplevelser. Selve analyseprosessen er også beskrevet, og resultatene er presentert oversiktlig og ryddig, med analysering av utsagn.

Resultat: Det er enighet blant informantene om at ernæring er et viktig innsatsområde men at det ikke blir tilstrekkelig prioritert. Man setter ressursene inn i det akutte. Man påbegynner ikke kostregistreringen hurtig nok. Om det skyldes at andre oppgaver prioriteres høyere eller at sykepleiepersonalet er i tvil om hva de skal gjøre eller om de mangler kunnskap om ernæring, er uvisst. Vanskeligheter med at dokumentasjonen ikke utføres ensartet kan

forhindre at det følges opp med de rette ernæringsmessige tiltak. Sykepleiepersonalet mener at det ville forbedre pasientens ernæring dersom ernæringsinnsats og det å gi medisiner hadde samme status. Travelhet er en av grunnene til at pasientene har utilstrekkelig kost.

Informantene mener også at en løsning kan være å innføre faste prosedyrer. Videre er legenes anerkjennelse av sykepleiepersonalets problematikker viktig for om problemet verdsettes og behandles. Og at det er en tverrfaglig holdning til pasientens ernæring. Sykepleierne har behov for å kunne drøfte pasientens situasjon med legene. Kategorisering av pasienten kan også være problematisk, samt at det kan være vanskelig å hjelpe pasientene når de først har fått et ernæringsproblem og om de ikke ønsker å medvirke aktivt. Avdelingens ernæringsgruppe har stor innflytelse på om sykepleiepersonalet utfører ernæringscreeninger og halvårlig kontroll/tilsyn gjør at screeningen fungerer bedre.

Konklusjon: Det kan være fare for at den kliniske praksis blir diktert av den vitenskapelige forskningen når evidensbasert kunnskap er idealet for god sykepleie i praksis. Det er et problem hvis den kliniske praksis utelukkende skal baseres på vitenskapelig kunnskap og sykepleierens kliniske skjønn ikke tillegges verdi. Det er viktig med mer systematisk tilgang til pasientens ernæring og større bevissthet om hvilke pasientgrupper som har risiko for dårlig ernæringstilstand. Kravet om ernæringscreening og kostregistrering av alle pasienter stiller sykepleiepersonalet i et dilemma og utførelsen av disse er ikke alltid logisk å foreta i hver enkelt situasjon.

Etikk: Alle deltagerne fikk ved prosjektets start utlevert en prosjektbeskrivelse som ble gjennomgått muntlig. Før intervjuene startet skrev deltagerne under på en erklæring om informert samtykke. Deltagelse i fokusgruppeintervjuet var frivillig, og alle deltagerne ble informert om at de kunne trekke dette samtykket tilbake dersom de ønsket det. De ble også informert om at deltagelsen var anonym og at datamaterialet ville bli brukt i en artikkel. Etiske overveielser er beskrevet, og forfatterne delte informantene i to ulike grupper slik at maktforholdet/rollene dem imellom ikke skulle virke hemmende på diskusjonen i gruppene. Det fremkommer ikke om artikkelen er godkjent av en etisk komite, noe som er en svakhet. Imidlertid er den funnet i en godkjent søkemotor og publisert i et tidsskrift for sykepleiefaglig forskning og utvikling, og ble derfor inkludert i oppgaven likevel.

Relevans/Kritisk vurdering: Studien er relevant for min oppgave fordi den peker på både grunner til at ernæring ikke blir tilstrekkelig prioritert, samt hva som kan være med på å gjøre at ernæring som område verdsettes og hva som kan føre til at ernæringsproblemer behandles.

4.2 Oppsummering av funn

Felles for disse forskningsartiklene var at de sa noe om hva som kan bidra til at ulike grupper av eldre kan få bedre ernæringsstatus. Artiklene fremhever også at det må jobbes mer systematisk, og at ernæringsbehandling bør sidestilles med annen medisinsk behandling. Det er viktig med pasientinnflytelse og helsepersonell sin kunnskap om ernæring.

Tverrprofesjonelt samarbeid, helsepersonells erfaring og holdninger til ernæring er også faktorer som har betydning for ernæringsarbeidet. Pasienter som har nedsatt appetitt og/eller tygge- og svelgeproblemer har lavest KMI, og næringsinntak samsvarer med hvilken MNA-klasse pasientene blir kategorisert i. Men også en stor andel eldre med normal ernæringsstatus, har dårlig næringsstoff- og proteininntak. Det trengs større bevissthet om hvilke grupper som har risiko for dårlig ernæringstilstand, og det trengs flere strategier for å lykkes med ernæringsarbeid.

5.0 DRØFTING

5.1 Ernæringscreening, ansvar og kompetanse

Juul og Frich (2013) sin forskning viser at ernæringsbehandling ansees som sykepleieres ansvarsområde, og at dårlig samarbeid og uklare ansvarsforhold kan hemme bruken av screeningsverktøy. Gode dokumentasjonssystemer og engasjerte leger kan fremme bruken. Egen erfaring fra praksis viser også at det er viktig med klare ansvarsforhold og at alle i personalet er innforstått med hvilke oppgaver de har. God og tydelig informasjon og opplæring fører til effektivitet hos de ansatte. Samtidig viser resultatene til Juul og Frich (2013) at sykepleiere opplever det som meningsløst å registrere og dokumentere at pasienten er underernært hvis dette ikke får behandlingsmessige konsekvenser. Sykepleierne prioriterte først og fremst pasienter som «ser ut» til å trenge ernæringstiltak. En av informantene uttrykker at de har latt det gå for lang tid mange ganger, før det var blitt henvist til ernæringsfysiolog.

Samtidig viser Jyväkorpi et al (2015) sin forskning lavt inntak av viktige næringsstoffer i alle gruppene i artikkelen, og hele 77% av informantene hadde lavere enn anbefalt proteininntak. Dette på tross av at det vanligvis ikke er problematisk å dekke proteinbehovet med et variert kosthold som inneholder både vegetabiliske og animalske proteinkilder (Helsedirektoratet, 2016, s. 31-32). Mowé (2015) peker også på at inntaket av essensielle næringsstoffer kan bli lavt hos eldre. Eldre som bor alene eller har kronisk sykdom, plages ofte av dårlig matlyst, redusert aktivitet og høyt medikamentforbruk med bivirkninger knyttet til appetitt. Overvektige eldre har ofte redusert muskelmasse og tegn på næringsstoffmangler (Mowé, 2015, s.331). Andrés og Bekker (2013) finner at legers anerkjennelse av sykepleierpersonalets problematikk har påvirkning på om problemet anerkjennes og behandles.

Imidlertid klarer ikke screeningsverktøy å fange opp alle pasienter som har risiko for underernæring. Også de som ikke «ser ut» til å være i risiko kan få i seg for lite av viktige næringsstoffer. Jyväkorpi, (2016) finner at en betydelig andel eldre med normal ernæringsstatus, har dårlig næringsstoff- og proteininntak. MNA-verktøyet klarer ikke å identifisere alle som kan ha risiko for å bli underernærte. Samtidig viser Andrés og Bekker (2013) at ernæringscreening forbedrer sykepleien, men ikke konsekvent. Flere av informantene mener at pasientenes ernæring ikke er god nok, og ernæring er et viktig innsatsområde, men det blir ikke prioritert i tilstrekkelig grad. Kostregistreringen startes ikke

hurtig nok, spesielt ikke i forhold til dem som spiser lite. Også i denne artikkelen mener sykepleiepersonalet at det går litt for lang tid før de griper inn. De registrerer, men de handler ikke hurtig nok. Dette fører igjen til at ernæringen ikke forbedres så effektivt som ønskelig. Imidlertid understreker Sortland (2015) at sykepleiere har en meget viktig rolle i å forebygge og identifisere ernæringsvikt, og også ivareta pasientens behov for ernæringsbehandling. Sykepleiere må ha nødvendig kompetanse om pasientenes ernæringsbehov for å ivareta dette ansvarsområdet (Sortland, 2015, s. 13).

Pasientsikkerhet prioriteres fra politisk hold og ledelsen må ta ansvar for å ta i bruk kunnskap og systemer for å øke pasientsikkerheten (Meld. St.13 (2016-2017)). Det uttrykkes bekymring for mål- og resultatstyringsideologien, som har fått stor plass i helsevesenet. Effektivitet og økonomi står i veien for profesjonsutøvelse basert på fagets kjerne. Gir screening pasientsikkerhet fremfor pleie og omsorg? Sykepleiere skal etter endt utdanning inneha handlingskompetanse, og det kan være en lang vei fra registrering til endring (Holvik, Boge & Petersen, 2018).

«Det kan være at beboere, pleiere og styresmakter ville fått mer valuta for pengene om det ble brukt mindre tid på registreringer og mer tid på å lytte til de ansattes vurderinger og deres «faglige skjønn», som Kari Martinsen uttrykker det» (Holvik et al., 2018).

Den kliniske praktikers sansende, situasjonsbestemte nærvær får vanskelige kår, og praktikerens fratas sin selvstendige praktiske fornuft og dømmekraft. (Martinsen & Eriksson, 2009, s.93-95). Andrés og Bekker (2013) konkluderer med at det er en fare for at klinisk praksis blir diktert av vitenskapelig forskning, når den evidensbaserte viten er idealet for god sykepleie i praksis. Det kan være et problem hvis sykepleierens kliniske skjønn ikke tillegges en verdi, og ernæringscreening og kostregistrering ikke alltid er logisk i hver enkelt situasjon. Dette støttes av Juul og Frich (2013) som mener at ernæringscreening skal være et supplement til individuelt klinisk skjønn, for å hindre at underernæring blir oversett. Det vil være uetisk å overbehandle med bakgrunn i screeningresultat alene.

Tverrfaglig samarbeid og en klar ansvarsfordeling er, ifølge Bøhn, Medbøen, Langballe & Totland (2017), viktige tiltak for å forbedre gjeldende ernæringspraksis i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Dette samsvarer med funnene i Juul og Frich (2013) sin artikkel, hvor de i tillegg finner at sykepleiepersonalet trenger å kunne drøfte pasientens situasjon med legene for å løse pasientenes ernæringsproblemer. Ved avdelinger med god ernæringspraksis var klinisk ernæringsfysiolog regelmessig involvert i tverrfaglige møter. Imidlertid ble klinisk

ernæringsfysiolog lite brukt totalt sett og det er potensiale for forbedring. Mangel på kunnskap og uklar ansvarsfordeling ble oppgitt som viktige barrierer for god ernæringspraksis (Fjeldstad, Thoresen, Mowé & Irtun, 2018). Et forslag er å legge til rette for egne kurs spesielt tilpasset forskjellige faggrupper, slik at alle ser seg selv som ansvarlige for å tilse at pasienter får tilpasset kosthold (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017).

Min erfaring fra praksis er at det er ikke bare de som «ser ut» til å trenge ernæringsbehandling som kan trenge det. Alle pasienter har behov for viktige næringsstoffer, med tanke på forebygging av komplikasjoner og sårtilheling. Det er positivt med ytre motivasjon, som screening, fellesmøter, samarbeid og medbestemmelse. Selv om det å bli styrt av en indre motivasjon ved selvstendige faglige, kliniske vurderinger, er det idéelle. I arbeidshverdagen kan tidspress og uforutsette hendelser gjøre det vanskelig å ha fokus på alt som skal gjøres. Derfor kan det være bra med ytre fokus og motivasjon. En må sette fokus på ernæringscreening- og behandling i en travel hverdag. Og også friske opp kunnskaper jevnlig, gjennom kurs, opplæring og diskusjon. Samtidig stjeler registrering mye tid i en travel hverdag. Tid som kunne vært brukt til pasientkontakt.

5.2 Betydningen av tid og ressurser

Landmark et al. (2014) mener at det er bekymringsverdig at 50% av pasientene i deres artikkel har KMI-verdier under Helsedirektoratets anbefalinger, når konsekvensene av underernæring er redusert livskvalitet, økt sykkelighet og dødelighet, og økte kostnader for kommunene. Pasienter som mangler appetitt og/eller har svelgevansker har lavere KMI enn de uten slike problemer (Landmark et al., 2014).

Min erfaring er at det kanskje blir brukt for lite tid hos disse pasientene. Helsepersonellet ser på klokka og klarer ikke å være tilstede i situasjonen. Mens pasientene på sin side kan merke at helsepersonellet er stresset, og gir uttrykk for å være forsynt slik at personellet skal «slippe» å bruke tiden på dem. Andrés og Bekker (2013) finner også i sin artikkel at sykepleierne opplever at travelhet er en av grunnene til at pasientene får utilstrekkelig kost, og at de på grunn av arbeidspress er nødt til å prioritere det som er akutt. Ernæring er et viktig innsatsområde men det blir ikke tilstrekkelig prioritert. Kostregistrering startes ikke hurtig nok. Det er uvisst om dette skyldes at andre oppgaver prioriteres høyere eller at sykepleiepersonalet er i tvil om hva de skal gjøre eller om de mangler kunnskap om ernæring.

Egen erfaring fra praksis tilsier også at det akutte, naturligvis, prioriteres høyest. Dermed er det ofte ikke tid igjen til å fokusere på det som har med livskvalitet, måltidskvalitet og det sosiale.

Artikkelen til Jyvåkorpi et al. (2015) viser at kvinnelige pasienter som led av Alzheimer hadde lavest inntak av energi, protein og vitamin c. Mens Landmark et al. (2014) skriver at mange eldre har kognitiv svikt og demens og at ernæring prioriteres lavt i en hektisk arbeidshverdag. Egen erfaring fra praksis viser at det kan være tid- og ressurskrevende å få pasienter som lider av demens til å spise nok, og at tiden ikke alltid strekker til. I lys av dette kan disse funnene til Jyvåkorpi et al. (2015) sees i sammenheng med mangel på tid og ressurser. Tid til relasjon kan fremme tillit hos pasientene, noe som kan gjøre det lettere å tilrettelegge for måltider og brukervedvirkning.

Andrés og Bekker (2013) foreslår en mulig løsning med å innføre faste prosedyrer, som f.eks næringsdrikk flere ganger daglig. Dette samsvarer med forskning som viser at ved å innføre tre ernæringstiltak som bestod av et ekstra kveldsmåltid, energiberikning og medspising hos hjemmeboende eldre som var i risiko for underernæring, fikk brukerne økning i MNA- score for ernæringsstatus og reduksjon i antall timer nattfaste (Bøhn et al., 2017).

Andrés og Bekker (2013) sin forskning viser også at vanskeligheter med at dokumentasjonen ikke utføres ensartet kan forhindre at det følges opp med rette ernæringsmessige tiltak. Sykepleiepersonalet mener at det ville forbedre pasientens ernæring dersom ernæringsinnsats og det å gi medisiner hadde samme status. Juul og Frich (2013) mener også, i likhet med Andres og Bekker, at ernæringsbehandling bør sidestilles med annen behandling. Egen erfaring fra praksis viser at det er viktig med gode dokumentasjonssystemer, men samtidig kan travelhet føre til at dokumentasjon ikke blir prioritert. Dette kan igjen føre til at dokumentasjonen ikke blir god nok, og at ernæringsbehandlingen som en følge ikke blir fulgt godt nok opp.

Kleiven, Kyte & Kvigne (2016) skriver at det å gi god omsorg ble oppfattet som sentralt for å yte god sykepleie, men at ytre rammefaktorer som økonomiske styringssystemer i helsevesenet er en utfordring. Å bli kjent med pasienten og få en relasjon er viktig, spesielt i kommunehelsetjenesten. Dårlig bemanning og lite tid fører til at pasienter med nedsatt matlyst og dårlig ernæring ikke blir tilbudt ekstra måltider. Også munnstell og psykososiale behov ble nedprioritert.

Mowé (2015, s. 332) skriver at ved avhengighet av andre for å lage og spise mat, kan næringsinntaket avta, og ensomhet og isolering fremmer ikke godt kosthold. Det å miste sin livsledsager kan være starten på avmagring. Dette støttes av egen erfaring fra praksis, hvor jeg har sett at det å miste sin nærmeste kan gjøre at pasienten mister livsgnisten og ikke orker eller ser vits i å spise. Også det å være avhengig av hjemmetjenesten, og ikke kunne finne seg eller lage seg mat selv når en selv ønsker det, kan bidra til underernæring. Mangel på tid og ressurser gjør det vanskelig for personalet å være tilstede når pasienten ønsker det og trenger det. Noen pasienter ønsker heller ikke å være til bry, og gir uttrykk for at de klarer mer enn de egentlig gjør i forhold til matlaging. Eller så ønsker de ikke å sitte å vente på hjemmesykepleien, og vil finne seg mat på egenhånd. Dermed risikerer de fall, fordi helsepersonellet ikke kan være i nærheten akkurat når de trenger det. Med litt mer tidsressurser kunne kanskje et slikt fall vært unngått.

Mangel på tid og ressurser er bekymringsverdig når Landmark et al. (2014) påpeker at underernæring hos eldre fører til økt hjelpe-/pleiebehov, redusert livskvalitet og økt arbeidsbelastning for personalet, og at ressursmangel er en utfordring i forhold til ernæring. Min tanke er at dette kan dermed bli en ond sirkel som heller øker arbeidsbelastningen på lang sikt, selv om en kanskje sparer kroner på kort sikt. Forebygging av underernæring kan være mer effektivt enn behandling. Kvalitet over kvantitet. Dette er en utfordring i forhold til mål- og resultatstyringen hvor effektivitet måles i hvor mye som produseres, på kortest mulig tid. Da er det viktig å huske på at

«Not everything that can be counted counts, and not everything that counts can be counted»
(Cameron, 1963, s. 13).

5.3 Kvalitet, pasientinnflytelse og omsorg i praksis

I følge Andrés og Bekker (2013) er det en del eldre pasienter som ikke har lyst til å spise, og de får ikke appetitt selv om de får informasjon om hvor viktig er næringen er for deres forløp. Sykepleiepersonalet er oppmerksomme på disse pasientene, men synes det er vanskelig å ivareta ernæringen deres når de selv ikke ønsker å medvirke aktivt. De finner også at det er vanskelig for personalet å hjelpe pasienten til god ernæring, når pasienten først har fått et problem. Landmark et al. (2014) skriver at økt medikamentbruk, sosial isolasjon, mangelfulle ernæringskunnskaper, dårlig økonomi og opplevelser av tap og sorg kan påvirke matinntaket,

og eldre kan bli avhengige av andre for å ivareta sine ernæringsbehov. Det er særlig viktig at personalet har kunnskap om at aldring assosieres med tilbakegang på fysiologiske områder som kan påvirke ernæringsstatusen. Helsepersonell oppgir imidlertid at de har mangelfulle kunnskaper, ressursmangel, liten interesse og at de mangler ansvarlighet når det kommer til ernæring (Landmark et al., 2014). Min tanke er at disse faktorene kan føre til både redusert kvalitet, pasientinnflytelse og omsorg. Dette er tankevekkende i lys av at Jyväskylä et al. (2016) sin forskning viser at ernæringscreening ikke klarer å fange opp alle med dårlig næringsstoffinntak som kan ha risiko for å utvikle underernæring. En kan altså ikke stole blindt på screeningsverktøy, sykepleiere må også bruke sitt kliniske skjønn. Min egen erfaring er at klinisk skjønn erverves gjennom fagkunnskaper og erfaring, også derfor er funnene til Landmark et al. (2014) bekymringsverdige. Mangelfulle kunnskaper og manglende ansvar kan svekke den enkeltes kliniske skjønn.

Bøhn et al. (2017) skriver at når det gjelder matinntak, appetitt og måltids glede, så spiller både fysiske, sosiale og praktiske faktorer inn. Alder og funksjonsnivå har noe å si for hvilke tiltak som gir bedre ernæringsstatus for den enkelte eldre. Det krever tilrettelegging å møte den enkeltes behov, og helsepersonell i de kommunale helse- og omsorgstjenestene etterlyser økt tilgjengelighet av økonomi- og personalressurser samt tilgang på utstyr og god opplæring. Bøhn et al (2017) skriver at vellykket effekt av tiltak er avhengig av den enkeltes ønsker og behov, noe som kan bety mye for god helse og trivsel.

«Den kliniske praksis er ikke grunnfestet på prosedyrer, men på komplekse, varierte og mangfoldige situasjoner der det er viktig å feste lit til hva øynene ser, hva ørene hører, nesen lukter og hva kroppen berøres av, og der fagligheten er innskrevet i sykepleiekroppene» (Eriksson & Martinsen, 2009, s.98).

En kan screene og registrere fort og effektivt i samsvar med mål- og resultatstyringsideologien og fokusere på mål og resultater. Dette blir da ansett som produktivt, men er det samtidig effektivt? Og hva er effektivt på lang sikt? Et ønske i dagens samfunn er at eldre skal bo hjemme så lenge som mulig. Ernæringsarbeid er i denne sammenheng viktig fordi god ernæringsstatus kan forebygge fall, sykdommer, lidelser og sykehusinnleggelse. Å bruke litt ekstra omsorg på dem som trenger det mest, kan spare mye tid, lidelse og penger i et langtidsperspektiv. Å danne et godt og stødig fundament er god forebygging og kan bidra til god kvalitet.

Kari Martinsen snakker om omsorg for de svakeste. Men er det egentlig god omsorg når alle får det samme? De samme tildelte minuttene og den samme maten. Er det brukermedvirkning i praksis? Jeg har erfart i praksis at pasienter har ulike preferanser og behov. Vi må også møte pasientene på det eksistensielle. Selv om de er syke og ikke bryr seg om egen ernæring fordi de har høy alder, så kan vi sammen finne ut av hva som er best for pasienten. Vi trenger ikke å sløse tid på tiltak som ikke virker eller skape sunnhetshysteri som ikke står i stil med alder. Men vi kan bruke fornuften. Selv om en ikke har lenge igjen å leve, kan dårlig ernæring føre til unødig lidelse. Et varmt måltid og en prat kan være omsorg. En kan også gjøre andre praktiske oppgaver mens pasienten spiser, slik at en er i nærheten for en liten prat.

Både kartlegging og ernæringsbehandling bør gjøres på en omsorgsfull måte. En rask avkrysning på et skjema kan gi et ufullstendig og unyansert bilde av situasjoner. Vi må utvise omsorg, ikke bare sosial kontroll. Det trengs kontinuitet i omsorgen, både for å skape god relasjon og for å bedre kunne vurdere og evaluere hos pasienten. Martinsen er opptatt av skjønn og sanser. Hva sanser vi? Relasjon, tillit og pedagogiske evner kan hjelpe oss i tillegg til kunnskap. Forstår vi det pasienten egentlig forklarer? Budskapet som blir kommunisert fra pasientens side kan mistolkes i en travel hverdag. Kan ensomhet, savn, stress, bekymringer eller mistrivsel være grunnen til nedsatt appetitt? Ser ikke pasienten betydningen av ernæring fordi livet går mot slutten? I følge Sortland (2015) er en av sykepleiers funksjoner knyttet til ernæring å kunne undervise pasient og pårørende med utgangspunkt i deres ressurser (Sortland, 2015, s. 17). Vår jobb blir å finne ut hvordan vi sammen kan gjøre den siste tiden god. Det er ikke antall dager igjen som da blir viktig, men kvaliteten og innholdet i de dagene som er igjen.

Rammene for måltidene og hvordan maten blir servert kan også ha stor betydning for hvor mye som blir spist (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Det at neste tiår har blitt erklært som Decade of Action on Nutrition» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017), burde vel heller tilsi at mattilbudet bør bygges opp og styrkes? Og at det bør være fokus på friske råvarer og variasjon i kostholdet. Vi gjør kanskje oss selv en bjørnetjeneste hvis kvalitet ikke vektlegges i kostholdet og måltidet. Det spares på kort sikt, men det er ikke effektivt i det lange løp. I følge Helse- og omsorgsdepartementet (2017) kan nedprioritering av måltidet med hensyn til tid og ressurser medføre at pasienter og brukere ikke får nødvendig hjelp til å spise, eller at måltidets betydning som aktivitet og sosialt samvær ikke utnyttes. Meyer, Velken og Jensen (2017) finner at når sykepleiere vurderer måltider hos personer med nedsatt appetitt, blir det lagt vekt på den sosiale betydningen. For aleneboende som spiser lite, mener

sykepleiere at medspising kan være et viktig tiltak. Sykepleierne mener imidlertid at dette ikke er praktisk mulig å gjennomføre innenfor tidsrammene i hjemmesykepleien.

Karmøy kommune har fokus på ernæring, men kommunen har imidlertid sluttet med matombringing. I praksis har jeg erfart at noen eldre da har benyttet seg av matombringing i privat regi, men at dette er et økonomisk kostbart tilbud. Eldre som ikke har råd til næringsrik og sunn mat, risikerer å bli underernærte. (Hjartåker, Pedersen, Müller & Anderssen, 2017, s.372) knytter underernæring til fattigdom. Helse henger som kjent sammen med sosioøkonomisk status. I følge Hjelmtveit (2017) er det klare forskjeller i helse mellom ulike inntektsgrupper. Samtidig har forskjeller i dødelighet økt mellom ulike sosialgrupper, og mottagere av sosial stønad har oftere dårlig helse enn andre (S, 2017, s.101) Det er fortsatt store sosiale forskjeller i kostholdet og kvinner har stort sett et bedre kosthold enn menn. Utdanning, arbeidssituasjon og økonomi er bakenforliggende faktorer som påvirker livssituasjonen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017).

Finnes det økonomiske støtteordninger for de eldre som har minst, eller støtteordninger for de bedriftene som driver matombringing privat? Vi må være oppmerksomme på, lytte til og ta på alvor de svakeste som har minst og som ikke roper høyest. De som ikke når frem med sine ernæringsbehov. Vi som sykepleiere må gi dem en stemme. De som trenger hjelpen mest, bør få mest hjelp, og de som kan klare mer selv bør oppmuntres og støttes til dette. I lys av dette er rehabilitering, som det også er fokus på i Karmøy kommune, positivt også fordi det kan friggi tid til de som virkelig trenger det. Før i tiden var det vanlig at kjøpmannen kom hjem på døra og leverte matvarer til eldre. Mens i dag er eldre som ikke kommer seg på butikken selv i stor grad avhengig av hjelp fra pårørende til matinnkjøp. Min erfaring fra praksis er at de som ikke har pårørende, eller som ikke har et godt forhold til sine pårørende, stiller svakest. Pårørende kan være en ressurs når det gjelder matinnkjøp og tilberedning av mat, samt noen å spise sammen med.

Et bra tiltak kan imidlertid være en frivillig spisevenn. Ifølge Zarlasht (2017), har Bergen kommune et tiltak som heter «Spisevenn». Frivillige studenter går på frivillig spisebesøk hos hjemmeboende eldre. Underernæring og ensomhet blant eldre engasjerer. Kommunen betaler den frivilliges middag og maten blir levert på døren. Hensikten er at eldre skal få oppleve sosiale og meningsfulle dager. Bondevik (2009, s. 27) fokuserer også på verdien av kontakt mellom eldre mennesker og generasjonene som følger etter, i forhold til sosial aldring. Den eldre generasjonen kan yte positive bidrag som opprettholdere og bærere av tradisjoner og kulturarv, til yngre generasjoner. Dette kan altså, slik jeg ser det, være givende for begge

parter. Dette må imidlertid være nettopp frivillig, slik at det ikke blir opplevd som sosial kontroll, «mas» og tvang.

Omsorgsteknologi kan også bidra til kvalitet, brukerinnflytelse og omsorg. Pasientene kan blant annet ha kontakt med pårørende som bor langt borte, via skype, facetime o.l. For at dette skal fungere i praksis, kreves det noen praktiske forutsetninger hos hjemmesykepleien.

Pasientene må ha tilgang til internett, de må ha sin egen Ipad, mobil, pc eller lignende, og de må ha opplæring i å bruke disse. Da må det settes av tid og ressurser. I følge Berge (2016) må det ved innføring av omsorgsteknologi også settes av tid og ressurser til kompetanseheving blant de ansatte. Samtidig må både pasienter, pårørende og ansatte inkluderes når nye, omsorgsteknologiske tjenester skal innføres. Omsorgsteknologi kan også på sikt gi positive, økonomiske langtidseffekter, dersom det benyttes i stor skala. Teknologien kan gjøre det lettere å gi hjelp akkurat når det er behov for det. Min mening er at dersom det blir gjort skikkelig i starten, så kan det på sikt gi livskvalitet, trygghet, god omsorg og opplevelse av medvirkning hos pasienten.

6.0 AVSLUTNING

På bakgrunn av min litteraturstudie har jeg kommet fram til at noe av det som er mest sentralt for å fremme ernæringsstatus hos hjemmeboende eldre som mottar sykepleie er systematisk ernæringscreening, tidlig inngripen ved risiko for ernæringsproblemer, samarbeid med lege og eventuelt ernæringsfysiolog, samt fokus på, fagkunnskaper om og refleksjoner rundt temaet ernæring. Det er også viktig å prioritere munn- og tannhelse. Helsepersonellet må være klar over og trygge på sine ansvarsområder, og en må dele erfaringer med ernæringscreening og ernæringsbehandling med hverandre. Ernæringscreeningen- og behandlingen bør gjøres på en omsorgsfull måte og det vil være etisk å tillegge skjønn og egne kliniske vurderinger en verdi. En må ha en helhetlig tilnærming til problemstillingen, hvor også relasjon og sosioøkonomisk status blir vektlagt. Mitt inntrykk er at en må se hele mennesket og ikke bare avkrysningskjemaet isolert. Brukerinnflytelse og kvaliteten på tjenestene må også tillegges vekt, og det må tildeles nok ressurser i form av tid og personal.

7.0 REFERANSELISTE

- Andrés, A. & Bekker, G. (2013). Sygeplejepersonalets opplevelse af ernæringscreening og kostregistrering. *Klinisk Sygepleje* 27(3), 52-59. Hentet fra https://www.idunn.no/klinisk_sygepleje/2013/03/sygeplejepersonalets_oplevelse_af_ernæringscreening_og_kos Årgang 27
- Berge, M.S. (2016). Telecare acceptance as sticky entrapment: A realist review. *Gerontechnology* 15(2), 98-108. Doi: <http://dx.doi.org/10.4017/gt.2016.15.2.023.00>
- Birkeland, A. & Flovik, A.M. (2014). *Sykepleie i hjemmet* (2. utg). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Bondevik, M. (2009). *Gammel og frisk: om gerontologi og hundreåringer*. Bergen: Folio Forlag.
- Brodtkorb, K. (2010). Ernæring, mat og måltider. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. Hylen Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (1. utg, s. 254-266). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bøhn, B., Medbøen, I., Langballe, E. & Totland, T. (2017, 30.september). *Mat og ernæring til eldre – oppsummering av kunnskap og forskningsresultater*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/hod/fellesdok/levehelelivet/kunnskapsoppsummering/delrapport1_mat_ernaering_eldre.pdf
- Cameron, W. B. (1963). *Informal sociology: A casual introduction in sociological thinking*. New York: Random House.
- Christoffersen, Johannessen, Tufta & Utne (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Drevon, C.A. (2015). Energi. I C.A. Drevon & R. Blomhoff (Red.), *Mat og medisin: lærebok i generell og klinisk ernæring* (6.utg., s.82-90). Oslo: Cappelen Damm Høyskoleforlaget.
- Fjeldstad, S.H., Thoresen, L., Mowé, M. & Irtun, Ø. (2018). Changes in nutritional care after implementing national guidelines: a 10 year follow up study. *European journal of clinical nutrition*, advance online publication. DOI:[10.1038/s41430-017-0050-5](https://doi.org/10.1038/s41430-017-0050-5)
- Folkehelseinstituttet. (2016, 4. oktober). *Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler*. Hentet 12. mars 2018 fra <https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler/>
- Giezenaar C., Chapman I., Luscombe-Marsh N., Feinle-Bisset C., Horowitz M. & Soenen S. (2016). Ageing Is Associated with Decreases in Appetite and Energy Intake: A Meta-Analysis in Healthy Adults. *Nutrients* 8(1), 1-22. DOI:[10.3390/nu8010028](https://doi.org/10.3390/nu8010028)
- Guttormsen, A.B., Hensrud, A., Irtun, Ø., Mowé, M., Sørbye, L.W., Thoresen, L., ... & Smedshaug, G.B. (2013, april). *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/916/Nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-underernering-IS-1580.pdf>

- Helsedirektoratet. (2015). *God ernæringsstatus*. Hentet den 14.januar 2018 fra <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/palliasjon/2.kjennetegn-og-utfordringer/ivaretagelse-av-ern%C3%A6ringsstatus/ern%C3%A6ringsstatus?menuname=Ern%E6ringsstatus>
- Helsedirektoratet. (2016). *Kosthåndboken: Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017, 7.mars). *Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold 2017-2021*. Hentet 19. mars 2018 fra https://www.regjeringen.no/contentassets/fab53cd681b247bfa8c03a3767c75e66/handlingsplan_kosthold_2017-2021.pdf
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
- Holvik, M.G., Boge, J. & Petersen, K.A. (2018, 16.april) *Helsevesenet detaljstyres utenfra*. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2017/10/helsevesenet-detaljstyres-utenfra>
- Hjartåker, A., Pedersen, J.I., Müller, H. & Anderssen, S.A. (2017). *Grunnleggende ernæringslære* (3.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hjelmtveit, V. (2017). Sosialpolitikk og teorier om sosiale problemer. I M.A. Stamsø (Red.), *Velferdsstaten i endring: om norsk helse- og sosialpolitikk* (3.utg., s. 86-109). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Jyvåkorpi, S.K., Pitkälä, K.H., Puranen, T.M., Björkman, M.P., Kautiainen, H., Strandberg, T.E., ... & Suominen, M.H. (2016). High proportions of older people with normal nutritional status have poor protein intake and low diet quality. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 67, 40-45. DOI [10.1016/j.archger.2016.06.012](https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.06.012)
- Jyvåkorpi, S.K., Pitkääla, K.H., Puranen, T.M., Björkman, M.P., Kautiainen, H., Strandberg, T.E., ... & Suominen, M.H. (2015). Low protein and micronutrient intakes in heterogeneous older population samples. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 61(3), 464-471. DOI:[10.1016/j.archger.2015.06.022](https://doi.org/10.1016/j.archger.2015.06.022)
- Juul, H.J & Frich, J.C. (2013). Kartlegging av underernæring i sykehus. Hva hemmer og fremmer sykepleieres bruk av screeningverktøy for identifisering av ernæringsmessig risiko? *Nordisk sygeplejeforskning* 3(2), 77-89. Hentet fra https://www-idunn-no.galanga.hvl.no/file/pdf/60995189/kartlegging_av_underernaering_i_sykehus_-_hva_hemmer_og_frem.pdf
- Kleiven, T., Kyte, L. & Kvigne, K. (2016). Sykepleieverdier under press? *Nordisk Sygeplejeforskning* 6(4), 311-326. DOI: [10.18261/ISSN.1892-2686-2016-04-03](https://doi.org/10.18261/ISSN.1892-2686-2016-04-03)
- Landmark, B.T., Gran, S.V. & Grov, E.K. (2014). Ernæringsstatus blant pasienter i sykehjem og i hjemmesykepleien kartlagt ved hjelp av Ernæringsjournalen. *Klinisk Sygepleje*, 28(1), 4-14. Hentet fra https://www.idunn.no/klinisk_sygepleje/2014/01/ernaeringsstatus_blant_pasienter_i_sykehjem_og_i_hjemmesykepleie
- LHL. (2016, 4. november) *Symptomer på feilernæring*. Hentet den 14.januar 2018 fra <https://www.lhl.no/spor-eksperter/sporsmal/symptomer-pa-feilernaring/>

- Martinsen, K. (2000). *Øyet og kallet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Martinsen, K. & Eriksson, K. (2009). *Å se og å innse: om ulike former for evidens*. Oslo: Akribe.
- Meld. St. 13 (2016–2017). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2015*. Hentet fra [https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-13-20162017/id2524141/?q=Meld.%20St.%2012%20\(2015%E2%80%932016\).%20Kvalitet%20og%20pasientsikkerhet%202014](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-13-20162017/id2524141/?q=Meld.%20St.%2012%20(2015%E2%80%932016).%20Kvalitet%20og%20pasientsikkerhet%202014).
- Mensen, L. (2010). Biologisk aldring. I M. Kirkevold, K. brodtkorb & A. Høyen Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (1. utg, s. 51-56). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Meyer, S.E, Velken, R. & Jensen, L.H. (2017, 31. juli). *Vurdering av ernæringsstatus – et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien*. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2017/05/vurdering-av-ernaeringsstatus-et-sykepleiefaglig-ansvar-i-hjemmesykepleien>
- Mowè, M. (2002, 20. mars) *Behandling av underernæring hos eldre pasienter*. Hentet fra <http://tidsskriftet.no/2002/03/tema-geriatri/behandling-av-underernaering-hos-eldre-pasienter>
- Mowè, M. (2015). Eldre. I C.A. Drevon & R. Blomhoff (Red.), *Mat og medisin: lærebok i generell og klinisk ernæring* (6.utg., s. 330-340). Oslo: Cappelen Damm Høyskoleforlaget.
- Myrstad, M. (2015). De gamle er eldst – eller bare eldre? *Tidsskriftet den norske legeforening* 135(6), 567. Doi: 10.4045/tidsskr.14.1292
- NSF. (2016, 23.mai). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 4.april 2018 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Olsen, B.C.R. (2017). Om å vite best...sammen – brukermedvirkning i helse- og sosialsektoren. I M.A. Stamsø (Red.), *Velferdsstaten i endring: om norsk helse- og sosialpolitikk* (3.utg., s. 216-241). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=Pasient-%20og%20brukerrettighetsloven>
- Sjøen, R.J. & Thoresen, L. (2012). *Sykepleierens ernæringsbok*, (4. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Slettebø, Å. (2009). *Sykepleie og etikk* (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Sortland, K. (2015). *Ernæring – mer enn mat og drikke* (5. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Thidemann, I-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Vellas, B., Villars, H., Abellan, G., Soto, M.E., Rolland, Y., Guigoz, G., ...& Garry, P. (2006). Overview of the MNA – Its history and challenges. *The journal of Nutrition, Health & Aging* 10(6), 456-463. Hentet fra file:///C:/Users/TEMP/Downloads/342.pdf

Zarlasht, W. (2017, 23. desember). *Verver sykepleierstudenter til å spise med ensomme eldre.*
Hentet fra <https://sykepleien.no/2017/12/verver-sykepleierstudenter-til-spise-med-ensomme-eldre>

8.0 VEDLEGG

Søkeord	Søkemotor	Avgrensning	Antall treff
Nutrition intervention	Cinahl	- Forskning - År 2013-2018 - Fagfelleverdert	1967
Older people		Samme avgrensning	4583
S1 AND S2		Samme avgrensning	47 (Artikkel 2 = nr 20)
		Samme avgrensning	
Elderly		Samme avgrensning	8186
Home care nursing		Samme avgrensning	4347
Nutrition status		Samme avgrensning	2132
S1 AND S2		Samme avgrensning	654
S1 AND S2 AND S3		- Samme avgrensning - Informanter over 65 år	14 (Artikkel 3 = nr 1)
Older people		Samme avgrensning	4588
Malnutrition		Samme avgrensning	1375
MNA		Samme avgrensning	109 (Artikkel 4 = nr 32)
S1 AND S2		Samme avgrensning	77
S1 AND S2 AND S3		Samme avgrensning	0

Søkeord	Søkemotor	Avgrensning	Antall treff
Ernæring	Idunn	- Forskning - År 2013-2018 - Fagfelleverdert	241
Ernæringspraksis		Samme avgrensning	2
Ernæringsbehandling		Samme avgrensning	4 (Artikkel 5 = nr 4)
S1 AND S2		Samme avgrensning	2
S1 AND S2 AND S3		Samme avgrensning	4 (Artikkel 1 = nr 1)

