



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGAVE

Ivaretagelse av ernæringsbehovet til pasienter med diabetes på sykehjem

Maintaining the nutritional needs of patients with diabetes in nursing homes

**Kandidatnummer: 343**

Bachelor i sykepleie

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Innleveringsdato: 12.12.22

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

## Sammendrag

**Tittel:** Ivaretagelse av ernæringsbehovet til pasienter med diabetes på sykehjem

**Bakgrunn for valg av tema:** Vi er på vei inn i en eldrebølge som kommer til å prege hverdagen til helsepersonell, og kanskje spesielt de som jobber i kommunehelsetjenesten. En kan møte pasienter med diabetes i de aller fleste deler av helsevesenet. Ut ifra egne erfaringer med geriatriske pasienter og dere utfordringer rundt ernæring, vil jeg finne ut av hvordan en som sykepleier kan ivareta denne pasientgruppen på best mulig måte.

**Problemstilling:** Hvordan kan sykepleier ivareta ernæringsbehovet til pasienter med diabetes på sykehjem?

**Metode:** Oppgaven er en litteraturstudie. Den er basert på pensumlitteratur, selvvalgt litteratur, forskningsartikler og praksiserfaringer.

**Oppsummering av funn:** Forskning og annen litteratur som er brukt viser at pasienter med diabetes på sykehjem har et stort behov for oppfølging av ernæringsstatus. Funnene tyder på at sykepleiere har utfordringer med å gi optimal behandling til pasienter med diabetes i sykehjem. tillegg viser forskningen at ernæring hos eldre pasienter er utfordrende å følge opp. Det viser seg også at livskvalitet har en stor sammenheng med ernæring hos eldre.

**Konklusjon:** Sykepleiere må ha tilstrekkelig kunnskap om ernæring, diabetes, kartlegging, oppfølging, dokumentasjon, samarbeid og rutiner for å kunne utøve forsvarlig helsehjelp til pasientgruppen og ivareta ernæringsbehovet deres.

**Nøkkelord:** Diabetes type 2, eldre, sykehjem, ernæringsbehov, sykepleier

## Summary

**Title:** Maintaining the nutritional needs of patients with diabetes in nursing homes

**Background:** We are heading towards time with more elders than ever before. This will affect health personnel's everyday life, especially those working in community services. You can meet patients with diabetes in most parts of the health care system. Based on my own experiences with geriatric patients and their challenges regarding nutrition, I want to find out how nurses can take care of this patient group in the best possible way.

**Aim:** How can a nurse maintain the nutritional needs of patients with diabetes in nursing homes?

**Method:** The task is a literature study. It is based on curriculum literature, self-selected literature, research articles and own experience from clinicals and work.

**Results:** Research and other literature used, show that patients with diabetes in nursing homes have a great need for screening of nutritional needs. The findings suggest that nurses have challenges in providing optimal treatment to patients with diabetes in nursing homes. In addition, research show that nutrition with elderly is challenging to follow up. It also turns out that the quality of life has a major impact regarding nutrition on elderly.

**Conclusion:** Nurses must have sufficient knowledge of nutrition, diabetes, screening, follow-up, documentation, collaboration and routines in order to be able to provide adequate health care to the patient group and maintain their nutritional needs.

**Key words:** Diabetes type 2, elderly, nursing home, nutrition, nurse

## Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Innledning</b> .....	<b>5</b>
1.1 Problemstilling .....	6
1.2 Avgrensing .....	6
<b>2.0 Teoretisk grunnlag</b> .....	<b>6</b>
2.1 Pasienter på sykehjem med diabetes type 2 .....	6
2.2 Sykepleieteoretisk perspektiv .....	7
2.3 Ernæring.....	8
2.3.1 Ernæringsbehovet hos eldre .....	8
2.3.2 Nedsatt matlyst .....	8
2.3.3 Kost ved diabetes type 2 .....	8
2.4 Kartlegging.....	9
2.4.1 Diabetes type 2.....	9
2.4.2 Ernæring.....	9
2.5 Kvalitetssikring .....	10
2.5.1 Dokumentasjon .....	10
2.5.2 Kunnskap og samarbeid .....	10
2.6 Utøvelse av sykepleie .....	10
2.6.1 Person- og individtilpasset .....	10
<b>3.0 Metode</b> .....	<b>11</b>
3.1 Metodevalg .....	11
3.2 Søke- og utvalgsprosess – bøker .....	11
3.3 Søke- og utvalgsprosess – forskningsartikler .....	12
3.4 Kildekritikk.....	13
<b>4.0 Funn</b> .....	<b>14</b>
4.1 utfordringer med diabetes type 2 i sykehjem .....	14
4.2 Den eldre pasient og ernæring.....	15
<b>5.0 Drøfting</b> .....	<b>16</b>
5.1 Nedsatt matlyst og tilpasset ernæring ved diabetes.....	16
5.1.1 Underernæring.....	16
5.1.2 Ernæringsfaktorer som må ligge til rette for sykehjemsbeboere.....	17
5.1.3 Diabetes og ernæring .....	19
5.2 Ivaretagelse av pasienten.....	20
5.3 Samarbeid og rutiner .....	21
5.4 Sykepleierens rolle.....	22
5.4.1 Ansvar.....	22
5.4.2 Dokumentasjon .....	24
<b>6.0 Konklusjon</b> .....	<b>25</b>
<b>Referanseliste</b> .....	<b>27</b>
<b>Vedlegg</b> .....	<b>31</b>

<i>Vedlegg 1: Tabell for litteratursøk .....</i>	<i>31</i>
<i>Vedlegg 2: Litteraturmatrise 1 .....</i>	<i>33</i>
<i>Vedlegg 3: Litteraturmatrise 2 .....</i>	<i>34</i>
<i>Vedlegg 4: Litteraturmatrise 3 .....</i>	<i>35</i>
<i>Vedlegg 5: Litteraturmatrise 4 .....</i>	<i>36</i>

## 1.0 Innledning

I 2019 var det 1 milliard eldre mennesker globalt og innen 2030 vil det være 1,4 milliarder (World Health Organization, 2022). Den store endringen i den globale populasjonen vil påvirke mange sektorer, deriblant helsetjenesten. I år 2030 vil det for første gang være flere eldre enn barn i Norge (Helsedirektoratet, 2022). I tillegg er diabetes en av de hyppigste forekommende folkesykdommene i Norge (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Eldre pasienter med diabetes kan ha den utfordringen at de selv ikke klarer å følge opp sykdommen. Det betyr at helsepersonell som yter helsehjelp til denne pasientgruppen, må ha nok kunnskap om diabetes, slik at en kan sikre god kvalitet på tjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Retningslinjene for eldre med diabetes i kommunehelsetjenesten blir ikke fulgt i praksis. Overbehandling, svak dokumentasjon og manglende kunnskap er begrep som går igjen om oppfølgingen av pasienter med diabetes i sykehjem (Wiig, 2021). Ifølge Vedvik (2021) har omtrent 15-17 prosent av pasientene i sykehjem diabetes, i tillegg er underernæring hos eldre et stort og vanlig problem. Blant annet kan funksjonssvikt, sykdom og aldersforandringer begrense pasientens evne og lyst til å spise (Brodtkorb, 2014, s.301). Dette blir utfordrende hos eldre pasienter med diabetes da kosthold, fysisk aktivitet og opprettholdelse av livskvalitet hos den enkelte må balanseres (Iversen, 2014, s.501).

I samhandlingsreformen fremkommer det at vi vil ha bruk for en betydelig høyere andel sykehjemsplasser og at flere pasienter vil ha diabetes om kun noen få år (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s.43). Samtidig stiller Statistisk Sentralbyrå (2019) spørsmål om omsorgstjenestene sin kapasitet i kommunen samsvarer med økningen av befolkningen. I tråd med NSF sine uttalelser om at vi mangler om lag 7000 sykepleiere i dag, vil trolig sykepleierne som jobber i kommunehelsetjenesten oppleve et større press fremover (Norsk sykepleierforbund, 2021). På bakgrunn av sykepleiermangelen, eldrebølgen og fremveksten av diabetes, ser jeg på tema som svært relevant både samfunns- og sykepleiefaglig. Med ønske om å belyse hvordan en skal ivareta ernæringsbehovet til pasienter med diabetes type 2, blir oppgavens hensikt å gå inn på sykepleierens ansvar, kunnskap, ferdigheter og samarbeidsevner ovenfor pasientgruppen.

## 1.1 Problemstilling

*«Hvordan kan sykepleier ivareta ernæringsbehovet til pasienter med diabetes på sykehjem?»*

## 1.2 Avgrensing

På bakgrunn av oppgavens omfang har jeg avgrenset diabetes til kun diabetes type 2, som er den vanligste formen for diabetes. I tillegg har jeg avgrenset oppgaven til å omhandle pasienter som har fått diagnosen før de kommer på sykehjem. Pasienter på sykehjem har ofte en sammensatt sykdomshistorikk, men oppgaven vil kun omfatte det sykdomsspesifikke i forhold til diabetes, og med spesielt søkelys på ernæring. Oppgavens fokus på ernæring kunne ha vært relevant for alle eldre på sykehjem, men for å avgrense oppgaven har jeg valgt å inkludere kun pasienter som har sykdommen diabetes. Det er valgt å bruke begrepet «pasient» i oppgaven.

## 2.0 Teoretisk grunnlag

### 2.1 Pasienter på sykehjem med diabetes type 2

Diabetes type 2 kjennetegnes ved nedsatt insulinfølsomhet, i tillegg til redusert insulinsekresjon. Sykdommen fører til ubalanse i omsetningen av karbohydrater, proteiner og lipider. Over 90% av de eldre med diabetes, har diabetes type 2 (Iversen, 2014, s.498). Eldre har gjerne mer diffuse symptomer ved sykdommen, blant annet forvirring, urininkontinens, urinveisinfeksjon og kløe nedentil. Eldre pasienter med diabetes rapporterer om dårligere helse enn pasienter uten diabetes. Pasientgruppen har en økt forekomst av underbehandlet smerte, depresjon og kognitiv svekkelse (Iversen, 2014, s.504). Hovedmålene i behandlingen av diabetes type 2 hos eldre er å bidra til at pasientene får et best og lengst mulig liv. I tillegg skal en håndtere kompleksiteten, bidra til å opprettholde livskvaliteten, samt forebygge komplikasjoner (Iversen, 2014, s.499). For pasienter på sykehjem er målet også å unngå symptomatisk hyperglykemi (Helsedirektoratet, 2019).

HbA1c, langtidsblodsukkeret, er ønskelig å holde på under 8% hos eldre med diabetes. Behandlingsmålet for ikke-fastende blodglukose er 6-12 mmol/L hos eldre (Iversen, 2015, s.500). Samtidig viser Sinclair et al. (2017, s.30) at de glykemiske målene bør individualiseres.

Dette er fordi funksjonsstatus, sykdommer og da spesielt hjerte- og karsykdommer påvirker pasientens blodglukose. Samtidig bør en ta opp til vurdering om pasienten tidligere har hatt hypoglykemi og pasientens risiko for å få hypoglykemi. I tillegg skal en passe på at blodsukkeret ikke blir for høyt. Det finnes flere årsaker til at blodsukkeret blir høyt som blant annet for lite insulin, høyere inntak av karbohydrater enn planlagt, stress, mindre aktivitet, infeksjoner og sykdomsfølelse. For høyt blodsukker over lang tid kan skade kroppen. Symptomer på at en har for høyt blodsukker kan være hyppig vannlating, tørste, munntørrehet, sukker i urinen og tretthet og sløvhet (Diabetesforbundet, 2022). Det er vist at hvis en klarer å holde en god metabolsk kontroll så forebygger en komplikasjoner ved diabetes (Iversen, 2014, s.500).

## 2.2 Sykepleieteoretisk perspektiv

Kari Martinsen er en sykepleieteoretiker som har hatt stor innflytelse på sykepleiefaget i Norge og Skandinavia. Martinsen ser på omsorg som det fundamentale i sykepleien (Kirkevold, 2001, s.168). Hun viser til at omsorg er en grunnleggende forutsetning for alt menneskelig liv (Kirkevold, 2001, s.169). Omsorg kjennetegnes ved å være et mellommenneskelig forhold mellom to parter. Dette forholdet er basert på en form for gjensidighet, fellesskap og solidaritet (Kirkevold, 2001, s.171). Hun understreker i tillegg at omsorg er praktisk handling. Martinsen (Kirkevold, 2001) sier:

*Å anvende sine fagkunnskaper gjennom bruken av de enkle redskapene som pasienten allerede er kjent med fra sitt dagligliv, slik som klut og skje, er noe av det med fundamentale i en omsorgssituasjon. En pleiesituasjon bør vi tilstrebe å gjøre så enkel som mulig, og ikke bruke unødvendig mange fremmede gjenstander og ord. Det er den ikke-spesialiserte fagkunnskapen som formidles gjennom bruken av dagligdagse redskaper, vi ofte glemmer. (s.173)*

Martinsen vektlegger særlig sykepleierens ansvar overfor pasienter som ikke har mulighet til å gjenvinne sin selvstendighet. I tillegg fremhever hun at sykepleie bør dreie seg om omsorg og livstydning, og at en skal opprettholde livet og pasienten. Martinsen mener at det er avgjørende å inngå relasjoner der en er gjensidig med hverandre for å kunne yte god sykepleie (Kirkevold, 2001, s.176).



## 2.3 Ernæring

### 2.3.1 Ernæringsbehovet hos eldre

Sykepleiere har et stort ansvar i sykehjem for å sikre tilstrekkelig ernæring til eldre pasienter. Tilpasset og gunstig ernæring hos eldre kan opprettholde funksjonsstatus og fremme en god helse hos pasientene (Brodtkorb, 2014, s.301). Ernæringsbehovet endrer seg med alderen. Væske- og muskulatur reduseres, mens fettinnholdet økes. I tillegg avtar kroppens basalstoffskifte. Nevnte faktorer bidrar til at kroppens energibehov synker hos den eldre pasient. Behovet pasientgruppen har for fett og karbohydrater blir mindre. Samtidig er behovet for vitaminer og mineraler det samme gjennom hele livet. Dette skaper utfordringer når en skal ivareta ernæringsbehovet til pasienter med nedsatt matlyst (Brodtkorb, 2014, s.302).

### 2.3.2 Nedsatt matlyst

Ved alderdom kan pasienter få svekket luktesans og færre smaksløker, som kan føre til nedsatt matlyst, i tillegg kan nedsatt syn også minske matlysten. Det er flere faktorer som er aktuelle for å øke matlysten. Mat som frister pasienten og som har mer utpreget smak og lukt, kan bedre næringsinntaket. Pasientens evne til å smake søtt beholdes ofte lenger, som kan gjøre det fornuftig å velge matretter som smaker søtt (Brodtkorb, 2014, s.308). I tillegg vises det til at miljøet ved måltidene spiller en stor rolle. En god atmosfære ved måltid kan gjøre at den eldre spiser bedre. I institusjoner klarer ofte ikke eldre å skape denne atmosfæren selv, og er da avhengig av at personalet bidrar. Pasienter som er isolert og ensomme kan få nedsatt matlyst på grunn av dette. Kontakt med mennesker kan være et enkelt tiltak for å øke matlysten. I tillegg er det flere pasienter som har behov for forberedelse både fysisk og mentalt før måltider (Brodtkorb, 2014, s.309).

### 2.3.3 Kost ved diabetes type 2

Helsedirektoratet (2016) anbefaler to standardkoster for bruk i institusjon, nøkkelrådkost og energi- og næringstett kost. Nøkkelrådkosten anbefales til pasientgruppen som har en god ernæringsstatus. Energi- og næringstett kost anbefales til pasientgruppen med nedsatt matlyst. For å kunne opprettholde det kostregime pasienten bør ha, kreves god

kommunikasjon mellom pasient, kjøkken- og helsepersonell for å sikre at det blir fulgt opp. Hos pasienter med diabetes anbefales nøkkelrådkosten, men en må likevel vurdere kostvalget individuelt (Helsedirektoratet, 2019). Det anbefales å spise regelmessige måltider ved diabetes type 2. Maten bør være fiberrik, inneholde langsomme karbohydrater og lite mettet fett (Iversen, 2014, s.506). Matvarene som er rike på karbohydrater og gir rask blodsukkerstigning, bør erstattes med mat som inneholder komplekse karbohydrater (Helsedirektoratet, 2019).

## 2.4 Kartlegging

### 2.4.1 Diabetes type 2

Den eldre pasienten som har funksjonsproblemer og diabetes bør gå gjennom en bred geriatrisk vurdering (Iversen, 2014, s.503). Som sykepleier bør en bruke kartleggingsskjemaer for ADL, kognitiv/mental helse, ernæring, smerte, egenomsorg og skrøpeligheit. Det er ingen krav om at disse kartleggingsskjemaene skal brukes kontinuerlig, men de bør tas opp på for eksempel årskontroller. Å identifisere for eksempel ernæringsmessige endringer kan være avgjørende for den eldre pasienten med diabetes (Iversen, 2014, s.505). Sykepleieren har også et ansvar ved å følge opp blodglukosen til pasienten på sykehjem, da dette er en vesentlig del av behandlingen. Hvilke tidspunkter pasienten bør kontrollere verdien av blodglukose er individuelt, men det blir ofte gjort før måltider og 1 ½ - 2 timer etter måltidene (Mosand & Stubberud, 2016, s.63).

### 2.4.2 Ernæring

Ved å kartlegge ernæringsstatus vil en få bekreftet eller avkreftet om pasienten enten står i fare for underernæring eller er underernært (Brodtkorb, 2014, s.303). Sykepleiere skal gjennomføre en slik kartlegging ved innkomst i sykehjem, men den skal også vurderes dersom pasientens vekt eller matinntak endres (Brodtkorb, 2014, s.304). Rutinemessig vektkontroll er en enkel metode en kan bruke for å fange opp underernæring (Brodtkorb, 2014, s.302). I tillegg er måling av KMI en av de viktigste metodene for å vurdere ernæringsstatusen (Brodtkorb, 2014, s.303). Den eldre pasient bør ha en noe høyere KMI enn yngre. Dette er fordi andelen prosentvis av fettvev på kroppen er høyere hos eldre. Ved

bruk av Mini Nutritional Assessment (MNA) kan en systematisk kartlegge årsakene til underernæring hos pasienter (Brodtkorb, 2014, s.306).

## 2.5 Kvalitetssikring

### 2.5.1 Dokumentasjon

Helsepersonelloven §39 fastslår at den som yter helsehjelp, skal registrere opplysninger som er nevnt i §40 i journal for den enkelte pasient. §40 legger frem at journalen skal samsvare med god yrkesskikk og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om både pasienten og helsehjelpen som blir utført (Helsepersonelloven, 1999). Å dokumentere helsehjelp er blitt enda viktigere enn noen gang, da vårt helsevesen er blitt mer moderne og sammensatt (Vabo, 2018, s.35). Dokumentasjonen må være strukturert, oversiktlig og enkel å finne frem i. Dette vil bidra til å øke pasientsikkerheten (Vabo, 2018, s.38). I tillegg skal dokumentasjon inneholde nøyaktig og tilstrekkelig informasjon, slik at en kan opprettholde kontinuitet i pleien (Vabo, 2018, s.50). Mangel på konkrete opplysninger i dokumentasjonen kan bidra til at endringene i for eksempel allmenntilstanden til pasienten ikke tas alvorlig, som videre kan gå utover pasienten (Kirkevold, 2014, s.123).

### 2.5.2 Kunnskap og samarbeid

Ifølge Brodtkorb (2014, s.306) er manglende kunnskap grunnen til at pasienter i sykehjem ikke får oppfølgingen de trenger. Det er viktig at ufaglært personell får veiledning av sykepleiere. Sykepleieren har et ansvar for å undervise, veilede og lede annet pleiepersonalet (Brodtkorb, 2014, s.314). Samarbeid med lege er viktig når sykdom og medisinsk behandling virker inn på ernæringstilstanden til pasienten (Brodtkorb, 2014, s.306).

## 2.6 Utøvelse av sykepleie

### 2.6.1 Person- og individtilpasset

At sykepleieren tar pasientens erfaringer, synspunkter og verdier på alvor er avgjørende for at pasienten føler seg ivaretatt. Pasienter ønsker å bli møtt med anerkjennelse over egne ønsker, behov og mål. Derfor er det nødvendig at sykepleier blir kjent med pasienten, dette gjelder spesielt eldre pasienter som har levd et langt liv og dermed har en lang livshistorie

(Kirkevold, 2014, s.107). For at sykepleiere skal kunne bli kjent med pasienten er det nødvendig å utvikle ferdigheter for å kunne avdekke hva som er viktig for den enkelte. Den eldre pasients oppfatning av sin situasjon er viktig i utøvelsen av sykepleie (Kirkevold, 2014, s.111). Sykepleiere har for eksempel et ansvar for å identifisere ernæringsbehovet og ernæringsmessig risiko hos eldre. Om pasienten har en risiko for å bli underernært skal det lages tiltaksplaner for å sikre den enkelte pasienten (Brodtkorb, 2014, s.314). Sykepleieren har også et ansvar med å legge til rette for gjensidig dialog med pasienten. I tillegg skal sykepleieren støtte opp om pasientens delaktighet (Kirkevold, 2014, s.111). For å kunne tilby personsentrert sykepleie på sykehjem er det viktig med blant annet et godt miljø på sykehjemmene, sosial stimulering, givende relasjoner og kontinuitet i omsorgen (Kirkevold, 2014, s.108).

### 3.0 Metode

Med den klargjorte problemstillingen vet en hva som skal undersøkes og problemstillingen viser dermed til hvilken metode som er hensiktsmessig å bruke (Thidemann, 2019, s.74). Metoden hjelper oss å samle inn data og er verktøyet en bruker for å undersøke problemstillingen (Dalland, 2020, s.54).

#### 3.1 Metodevalg

Med opphav i min problemstilling har jeg valgt å gjennomføre en litteraturstudie. På bakgrunn av problemstillingen som omhandler både sykepleierens rolle og pasientens ernæring, oppsto det interesse for både helsepersonell og pasientenes meninger. Ivaretagelse er et ord av flytende forstand, og mennesker opplever det å bli ivaretatt ulikt. Således var min oppgave avhengig av å inkludere forskning, da pensumlitteratur og erfaringer ikke dekket helsepersonell og pasienters erfaring rundt diskusjonsområdene.

#### 3.2 Søke- og utvalgsprosess – bøker

For å finne relevante bøker som omhandler tema i problemstillingen, brukte jeg biblioteket på høyskolen. De fleste av bøkene jeg har brukt i oppgaven, er oppført på pensumlista til sykepleierutdanningen. Det vil si at høyskolen allerede har vurdert bøkene og funnet at de er

relevante for utdanningen. I tillegg har boken 'Sykepleieteorier – analyse og evaluering' av Marit Kirkevold blitt brukt. Denne fant jeg relevant for min problemstilling og er derfor inkludert i oppgaven. Jeg har også lest bachelor- og masteroppgaver i Oria som omhandlet samme tema som mitt. Jeg vurderte deres litteratur og så om den kunne være relevant for min oppgave, men resulterte ikke i noe funn.

### 3.3 Søke- og utvalgsprosess – forskningsartikler

Ved oppstart av søkeprosessen brukte jeg PICO-skjema. Skjemaet blir brukt for å klargjøre problemstillingen, slik at den blir mest mulig presis og søkbar (Thidemann, 2019, s.82). PICO-skjema består av pasient/problem, intervensjon/tiltak, sammenligning og utfall/effekt (Thidemann, 2019, s.83). Jeg var ikke ute etter å gjøre noe sammenligning av tiltak, og dermed er sammenligning ekskludert fra mitt skjema. Deretter oversatte jeg de norske søkeordene til engelske MeSH-ord ved hjelp av høyskolens fagdatabaser. Det resulterte i følgende søkeord: "Elderly/aged/older/elder/geriatric", "Nursing home", "Diabetes mellitus type 2", "Nutrition", "Mealtime-experience" og "Quality of life/Life quality/Health-related quality of life/HRQOL".

I mitt systematiske litteratursøk brukte jeg EBSCOhost og avgrenset mine databaser til Cinahl, Medline og Academic Search Elite. Jeg brukte AND mellom søkeordene i søkestrategien for å kunne finne relevant forskning. Dette blir presentert i vedlegg 2. Det ble også gjennomført andre søkestrategier. Jeg gjennomførte et søk i sykepleien.no. Her brukte jeg inklusjonskriterier om at det var forskning og at det var artikler på norsk eller engelsk. I tillegg gikk jeg gjennom referanselister i tidligere bacheloroppgaver som omhandlet samme tema som mitt eget, det resulterte ikke i noe funn. Det er inkludert fire forskningsartikler i bacheloroppgaven. Mine søk og avgrensninger ligger vedlagt i vedlegg 1.

Søket resulterte i fire forskningsartikler. Første artikkel som ble valgt var «Associations between nutritional status and health-related quality of life among long-term care residents in Helsinki» (Salminen et al., 2019). Artikkelen er relevant for oppgaven fordi den omhandler sammenhengen mellom ernæringsstatusen og livskvaliteten til eldre på institusjoner. I tillegg ble data i studien innhentet fra sykepleiere, som gjør perspektivet relevant for min oppgave. «Challenges in managing elderly people with diabetes in primary care settings in Norway»

(Graue et al., 2013) er den andre artikkelen som ble utvalgt. Studien er utvalgt fordi den belyser utfordringene helsepersonell står ovenfor når de gir diabetesspesifikk behandling til eldre pasienter med diabetes. Dette er relevant for oppgaven fordi problemstillingen omhandler pasienter med diabetes. Tredje funn resulterte i artikkelen «Assisted-living elderly and the mealtime experience» (Mahadevan et al., 2014). Resultatene i artikkelen gjør den relevant med at den omhandler faktorer som påvirker beboere i omsorgsboliger sitt syn på måltider og deres velvære under måltidene. For å kunne svare på problemstillingen, var det vesentlig å finne forskning på hvordan pasienter selv opplevde måltider og faktorer knyttet til matlyst. Siste forskningsartikkel som ble funnet var «Mat og måltider i sykehjem. En nasjonal kartleggings-undersøkelse» (Agaard, 2010). Studien belyser hva ledere ved sykehjem synes om maten som ble servert på sykehjem. Artikkelen var relevant for å se hvordan ledere vurderer kosten, antall måltider, tidspunkt for måltidene og rutiner rundt ernæringsarbeidet.

### 3.4 Kildekritikk

Dalland (2020, s.152) beskriver kildekritikk ved at en må kunne redegjøre for hvilke kriterier en har benyttet under utvelgelsen av artikler. Det er for å fremheve relevansen og gyldigheten av litteraturen jeg har valgt. Jeg har brukt tre databaser ved mine søk. Dette kan gjøre at jeg har gått glipp av noen relevante artikler som ikke finnes i disse databasene, men som er i andre databaser. Det samme gjelder bøkene jeg har valgt, ved å kun lete i høyskolen sitt bibliotek kan det være at jeg har gått glipp av relevante bøker.

Dalland (2020, s.54) viser til at den kvantitative metoden har den fordel av at den viser data i form av målbar enhet. Thidemann (2019, s.75) bekrefter dette ved at vi får eksakt faktakunnskap gjennom den overnevnte metoden. På den andre siden gir den kvalitative metoden oss blant annet meninger, opplevelser, erfaringer, motiver og holdninger (Thidemann, 2019, s.76). På bakgrunn av Dalland og Thidemann sine beskrivelser om kvantitativ og kvalitative metode, har jeg valgt å inkludere både kvalitative og kvantitative studier i oppgaven, da jeg mener dette styrker min oppgave. Dalland (2020, s.54) viser til at begge metodene bidrar på hver sin måte til å gi oss en bedre forståelse av samfunnet og i tillegg hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjoner handler hver for seg og sammen.

Ved kvalitetssikring av studiene er det brukt avgrensing om fagfelleevaluering. Under gjennomgang av artiklene brukte jeg sjekklister via Folkehelseinstituttets nettside, som lenket til Helsebiblioteket sin sjekklister (Folkehelseinstituttet, 2019). Sjekklister ble brukt for å kontrollere validiteten til artiklene jeg valgte. I tillegg ble det underveis laget litteratormatrise som tydeliggjør mine funn og analyse, disse ligger vedlagt i vedlegg 2-5.

Ingen av artiklene inneholder sensitiv informasjon om deltakerne eller pasientopplysninger. Alle fire forskningsartikler er utgitt i fagfellevurderte tidsskrifter. Tre av artiklene er nærmere ti år gamle. Jeg ser allikevel på forskningen som fant sted i 2010, 2013 og 2014 som relevante for oppgaven. De omhandler tema som ikke har hatt store fremskritt forskningsmessig, derfor ble de inkludert i oppgaven. Forskningen i to av artiklene er gjennomført i Norge, en i Finland og en fra USA. Finland har et helsevesen som ikke er veldig ulikt fra Norges, derfor er denne forskningsartikkelen inkludert. Forskningen fra USA kan en stille spørsmål ved, da maten som blir servert i Norge og USA kan være svært ulik. Jeg har allikevel valgt å inkludere denne artikkelen på bakgrunn av at funnene kan overføres til Norge. Faktorene rundt måltidene er svært gjenkjennelig fra egne erfaringer i helsevesenet. I tillegg er deltakerne kapable til å svare i fokusgruppeintervjuer og sette ord på følelsene rundt faktorer som er viktig ved måltider.

## 4.0 Funn

I denne delen vil det presenteres funnene fra de fire utvalgte forskningsartiklene. Funnene vil brukes i drøftingen og er relevante for oppgavens problemstilling.

### 4.1 utfordringer med diabetes type 2 i sykehjem

Riktig opplæring rundt diabetes for helsepersonell i kommunehelsetjenesten forbedrer den metabolske kontrollen hos pasienter med diabetes. I tillegg kan god opplæring øke livskvaliteten hos pasienter med diabetes og forhindre eller forsinke utviklingen av komplikasjoner relatert til diabetes (Graue et al., 2013, s.241-242).

Studien til Graue et al. (2013, s.243) fremhever i resultatene at det å ha nok kunnskap om diabetes og opprettholde samarbeid med pasienter, pårørende og kollegaer er fundamentalt

for å kunne gi omsorg av høy kvalitet til pasientgruppen. God kommunikasjon og selvtillit til å gjøre kliniske valg ble nevnt av samtlige i fokusgruppeintervjuene. I tillegg var det viktig for flere av deltakerne å definere hva sykepleiere kunne gjøre på egenhånd og hva slags tiltak som måtte diskuteres med leger, som igjen her ville baseres på kunnskapsnivået til sykepleierne. Flere la også vekt på at god kommunikasjon med leger var viktig for å kunne ta gode beslutninger. Deltakerne mente at flere av legenes usikkerhet var forvirrende fordi det var de som hadde hovedansvaret for behandlingen.

Deltakerne, altså helsepersonell, følte seg ofte alene i avgjørelser rundt administrering av insulin. Arbeidsmiljøet var ofte preget av mange skift med ulike ansatte, som førte til mangel på samhold, som igjen gjorde det vanskelig å gi høy kvalitet på omsorgen til eldre pasienter med diabetes. Mangel på helhetlig faglig tilnærming var i tillegg en utfordring, da flere av deltakerne følte seg alene i behandling av diabetes. Funnene i forskningen tyder på at det er avvik mellom kunnskapen deltakerne har og ekspertisen deltakerne mener en må ha for å gi god omsorg til eldre med diabetes. Det ble lagt vekt på at sykepleiere trenger selvtillit og økt faglig autoritet for å kunne gi diabetesbehandling av høy kvalitet (Graue et al., 2013, s.244).

#### 4.2 Den eldre pasient og ernæring

I studien til Aagard (2010, s.39) deltok respondenter ved 570 sykehjem. 15% av respondentene opplyste at pasientene kunne velge mellom to retter eller flere ved alle varme måltider. Mange deltakere i studien til Mahadevan et al. (2014, s.156) foretrakk at det var et utvalg av matalternativer. I underkant av halvparten av respondentene ønsket at en slik valgmulighet skulle innføres på sykehjemmene. 70% av respondentene svarte at pasientene som spiste lite vanligvis fikk næringstett kost. Halvparten av respondentene svarte at pasientene fikk servert frukt hver dag. I tillegg svarte 38% at pasientene fikk tilbud om tran eller andre former for vitamin daglig på sykehjemmene. 65 av sykehjemmene i undersøkelsen serverte åtte måltider per dag. Samtidig svarte omtrent halvparten at de serverte fire måltider. Fra siste måltid på kvelden til første måltid om morgenen svarte 19% at deres sykehjem hadde færre timer enn elleve (Aagaard, 2010, s.39).

Deltakerne i studien til Salminen et al. (2019, s.476) var over 84 år og 73% av deltakerne var kvinner. Ifølge Mini Nutritional Assessment var 64% av deltakerne utsatt for underernæring,



mens 18% var underernært. Deltakerne som led av underernæring, var oftere kvinner og hadde oftere en demensdiagnose. I tillegg hadde de lavere KMI enn resterende deltakere. Gruppen spiste ofte utilstrekkelig. I studien til Aagard (2010, s.39) svarte 30% av respondentene at det ikke var rutiner for regelmessig veiing av pasientene. 68% svarte at vekten ble registrert om det var mistanke om at beboerne fikk i seg for lite næring. Nesten alle respondentene svarte at om pasienten hadde dårlig ernæringsstatus, så ble matinntak registrert.

Det er behov for større søkelys på pasientens muligheter til å velge mellom retter ved måltider (Aagard, 2010, s.40). Deltakere i studien til Mahadevan et al. (2014, s.156) forteller at maten som serveres burde være variert, lett å tygge, samt serveres i riktig temperatur. De fleste av deltakerne forklarte også at miljøet som maten ble servert i var av stor betydning. I tillegg ble størrelsen på porsjonene sett på som en viktig komponent. Mange eldre uttrykte at mangel på nytelse på grunn av tap av sanser og nedsatt appetitt var en faktor som spilte inn. Spesielt redusert smak- og luktesans ble utpekt (Mahadevan, 2014, s.157). En av deltakerne i studien fortalte at hun måtte tvinge seg selv til å spise hver andre time på grunn av diabetes. Studien til Aagaard (2010, s.36) fremhever at god ernæringsstilstand er en viktig forutsetning for god livskvalitet. Studien til Salminen et al. (2019, s.476) viser gjennom screening av livskvalitet og ernæring at de to komponentene har en stor sammenheng. I tillegg ble det vist at menn hadde bedre livskvalitet enn kvinner.

## 5.0 Drøfting

### 5.1 Nedsatt matlyst og tilpasset ernæring ved diabetes

#### 5.1.1 Underernæring

Ved alderdom kan pasienter oppleve svekket luktesans og færre smaksløker, som kan føre til nedsatt matlyst (Brodtkorb, 2012, s.309). På bakgrunn av fysiologiske endringer blir den eldre pasienten fortere mett (Aagaard, 2010, s.37). Å identifisere ernæringsmessige endringer kan være avgjørende for den eldre pasienten med diabetes (Brodtkorb, 2014, s.505). Salminen et al. (2019, s.476) viser at blant studiens deltakere var 64% av deltakerne utsatt for underernæring, mens 18% var underernært. Som vi ser i dette eksempelet er det en ganske stor gruppe som er utsatt for underernæring eller er underernært. Forsker

Aagaard (2010, s.36) viser til at eldre pasienter som bor på sykehjem er spesielt utsatt for underernæring. Mahadevan et al. (2014, s.153) forklarer det blant annet ved at å bo på en omsorgsinstitusjon med andre normer, retningslinjer og prosedyrer enn en er vant med, kan redusere interessen for mat. På den andre siden forklarer Aagaard (2010, s.41) at rutiner på sykehjemmene for oppfølging av ernæringsstatus ikke er tilstrekkelig. I tillegg trenger personalet på sykehjem mer kunnskap om ernæring. De to ulike meningene kan forklares ved at Mahadevan et al. (2014, s.153) sin studie rettes mot pasientene og Aagaard (2010, s.41) sin studie angår personalet. Imidlertid viser resultatene fra begge studier at det er mange faktorer som må ligge til rette for at en skal kunne ivareta ernæringsbehovet til pasienter på sykehjem.

#### 5.1.2 Ernæringsfaktorer som må ligge til rette for sykehjemsbeboere

Flere faktorer må legges til rette for at pasienter på sykehjem skal ha en god ernæring. Brodtkorb (2014, s.308) viser til at mat som frister og har mer utpreget smak og lukt kan bedre næringsinntaket. I tillegg vil det være fornuftig å velge søte matretter, da eldre ofte beholder evnen til å smake søtt. Samtidig er det viktig å følge råd angående kosthold for pasienter med diabetes. Kosten til pasienter med diabetes skal ifølge Helsedirektoratet (2019) inneholde langsomme karbohydratet, lite mettet fett og være fiberrik. Forskningen til Aagaard (2010, s.41) legger vekt på at maten som blir servert bør være delikat og appetittvekkende. Uansett om pasienten blir tilbudt nøkkelrådkost eller energi- og næringsstett kost, vil det være hensiktsmessig å tilrettelegge for at maten skal se delikat ut. Dette kan for eksempel gjøres ved å anrette maten pent og inkludere farger i ingrediensene. Samtidig har jeg opplevd at flere pasienter synes maten virker mer delikat når den serveres i mindre porsjoner.

Mahadevan et al. (2014, s.153) sier at pasienter på sykehjem ofte kan ende opp med å spise alene. Brodtkorb (2014, s.309) viser til at pasienter som er isolert og ensomme kan få nedsatt matlyst. Det kan være hensiktsmessig å motivere pasientene til å spise måltider sammen med andre pasienter. I tillegg er det flere pasienter på sykehjem som har behov for både fysisk og mental forberedelse før måltider (Brodtkorb, 2014, s.309). Ved å ta seg tiden til å snakke med pasientene en stund før måltidene og forberede de på at det snart er servering, kan en motivere pasientene til å spise sammen med de andre. For pasienter med

diabetes som ofte må måle blodsukker før måltider, kan det være hensiktsmessig å gå inn til disse i god tid før måltidene. I tillegg vil en da få et overblikk over mengde og hva slags type mat pasientene bør spise. Om en pasient med diabetes ikke vil bli med å spise måltidene i spisesalen med de andre, må en prøve å finne årsaken til dette. Tretthet og sløvhhet kan være symptomer på for høyt blodsukker (Diabetesforbundet, 2022). Da vil det være hensiktsmessig å ta en kontroll av blodglukosen for å se om dette kan være årsaken til at pasienten ikke vil delta i måltidet.

Deltakerne i studien til Mahadevan et al. (2014, s.158) så på måltider som en mulighet til å være sosiale. At måltidene ikke kun omhandler å få i seg riktig ernæring, men om det å være i et fellesskap. Ut ifra egne erfaringer med sykehjemspasienter, er måltidene en stor del av hverdagen. Det kan virke som et samlingspunkt for pasientene. Derfor vil det antagelig være viktig å forberede pasienter med diabetes godt til måltidene. I tillegg er det vesentlig å observere pasienter med diabetes sitt væskeinntak under måltidene. Om pasienter med diabetes har for høyt blodsukker kan de oppleve blant annet tørste og tørrhet i munnen (Diabetesforbundet, 2022). Om pasientene med diabetes drikker mer enn vanlig, kan dette da være et tegn på at de har høyere blodsukker enn de egentlig skal ha. Høyt inntak av karbohydrater, stress, lite aktivitet, infeksjoner eller sykdomsfølelse kan være årsak til høyt blodsukker (Diabetesforbundet, 2022). Det vil være relevant å observere væskeinntaket, da et av målene for behandling av diabetes hos pasienter på sykehjem er å unngå symptomatisk hyperglykemi (Helsedirektoratet, 2019).

Brodtkorb (2014, s.308-309) forklarer at miljøene ved måltidene spiller en stor rolle for pasientens matlyst og at eldre på sykehjem ofte ikke klarer å skape den gode atmosfæren rundt måltidene selv, da må personalet bidra. Ut ifra egne erfaringer har jeg opplevd at personalet ofte må hjelpe til med for eksempel plassering av pasienter rundt bordene. Da kan det være hensiktsmessig å plassere for eksempel pasienter av samme alder, med felles interesser og samme kjønn på bord. Samtidig vil funksjonsnivået ha noe å si, for eksempel vil pasienter som må bli matet og ikke har språk, kanskje ikke være en god sammensetning med pasienter som har behov for å snakke med andre.

### 5.1.3 Diabetes og ernæring

En av deltakerne i studien til Mahadevan (2014, s.147) fortalte at hun måtte tvinge seg selv til å spise hver andre time på grunn av diabetes. Helsedirektoratet (2019) legger frem at det er nøkkelrådkosten som anbefales til pasienter med diabetes, men det må allikevel vurderes individuelt om de har behov for annen type kost. Nøkkelrådkosten blir anbefalt til pasientgruppen som har en god ernæringsstatus. Men hva er en god ernæringsstatus hos den eldre pasient? Og hva skal til for at pasientene skal få energi- og næringstett kost? Brodtkorb (2014, s.303) skriver at en vil få bekreftet eller avkreftet om pasienten står i fare for underernæring eller er underernært ved å kartlegge deres ernæringsstatus. Energi- og næringstett kost anbefales til pasienter med nedsatt matlyst (Helsedirektoratet, 2016). Det finnes flere ulike kartleggingsverktøy en kan bruke for å kartlegge ernæringsstatus. Brodtkorb (2014, s.302-306) anbefaler både rutinemessig vektkontroll, KMI og Mini Nutritional Assessment som kartleggingsverktøy. Til tross for at Brodtkorb anbefaler rutinemessig vektkontroll, var det 30% av deltakerne i studien til Aagaard (2019, s.39) som svarte at det ikke ble gjennomført rutinemessig vektkontroll ved deres sykehjem. Salminen et al. (2019, s.476) valgte å bruke Mini Nutritional Assessment som skjema ved kartlegging og fant ut at deltakerne som led av underernæring, var oftere kvinner, hadde oftere demensdiagnose og hadde lavere KMI enn resten av deltakerne.

Undersøkelsen til Aagaard (2010, s.42) viste at respondentene ved de fleste av sykehjemmene var fornøyd med maten som ble tilbudt. Allikevel legger Aagaard (2010, s.37) frem områder som har behov for forbedring. Viktigheten av spredte måltider og et intervall på under 8 timer mellom kveldsmat og frokost blir lagt frem som et stor forbedringspotensialet. Helsedirektoratet (2019) underbygger viktigheten av dette ved anbefalingen om at pasienter med diabetes type 2 bør spise regelmessige måltider. Men hvorfor er det slik at kun 19% av deltakerne i studien til Aagaard (2010, s.39) svarte at deres sykehjem hadde færre timer enn elleve mellom siste måltid om kvelden til første måltid om dagen? Er dette på grunn av mangel på personell? Kan det være nedsatt matlyst? Eller er det for lite kunnskap blant personell? Det er vanskelig å si, men slik jeg tolker funnene kan det være en samling av flere faktorer. Aagaard (2010, s.42) viser blant annet til at 80% av deltakerne i studien mente at personalet på sykehjem trenger mer kunnskap om ernæringsarbeid. Oppsummert vil den lange nattefasten som ble oppdaget i studien til

Aagaard (2010, s.42) trolig ikke gjøre det noe enklere for sykepleiere å ivareta ernæringsbehovet til pasienter med diabetes på sykehjem.

## 5.2 Ivaretagelse av pasienten

Om en klarer å opprettholde en god ernæringstilstand hos den eldre pasient kan en bidra til at deres funksjoner bevarer lengre, som igjen vil spille inn på trivsel og livskvalitet (Aagaard, 2010, s.37). Salminen et al. (2019, s.474) sier at bedre ernæringsstatus er assosiert med bedre psykisk velvære blant pasienter på sykehjem. Livskvalitet blir sett på som et sentralt mål i omsorgen for pasienter i sykehjem. Salminen et al. (2019, s.474) viser til at en dimensjon av livskvalitet er funksjonsstatus. Tap av funksjon hos eldre pasienter blir dermed sett på som en risikofaktor for livskvalitet. Selv om min problemstilling omhandler pasienter med diabetes og ivaretagelse av ernæringsbehovet, så vil livskvalitet sannsynligvis ha en stor innvirkning. Eldre pasienter kan ha flere utfordringer som svekker deres livskvalitet. Men på bakgrunn av at et av målene med behandlingen av diabetes som er å opprettholde livskvalitet hos den eldre pasient, så spiller livskvaliteten en stor rolle i ivaretagelsen av ernæringsbehovet. I studien til Salminen et al. (2019, s.477) var ernæringsstatus assosiert med livskvalitet blant beboere av begge kjønn i institusjonene. I tidligere studier har livskvaliteten hos kvinner vist seg å være dårligere enn hos menn. Salminen et al. (2019, s.477) trekker frem at kjønnsforskjellen kan forklares ved at kvinner er mer villig til å rapportere om helseproblemer enn menn. Fra egne erfaringer har jeg opplevd at det kan være vanskeligere å snakke med menn på sykehjem om deres psykiske helse og livskvalitet. Kari Martinsen forteller at omsorg er det fundamentale i sykepleien og at det er en grunnleggende forutsetning for alt menneskelig liv (Kirkevold, 2001, s.168-169). Slik jeg tolker Martinsen er det mellommenneskelige forholdet mellom pasient og pleier vesentlig for å kunne utøve god sykepleie. Martinsen uttalelser om omsorg er basert på gjensidighet, fellesskap og solidaritet (Kirkevold, 2001, s.171). Jeg tolker dette ved at det virker nødvendig å skape et godt forhold med pasientene for å kunne snakke med de om livskvalitet. Studien til Salminen et al. (2019) viser at ernæringen er et viktig element for å kunne opprettholde god livskvalitet.

### 5.3 Samarbeid og rutiner

Ifølge Brodtkorb (2014, s.306) er manglende kunnskap grunnen til at pasienter i sykehjem ikke får oppfølgingen de trenger. Det er viktig at ufaglært personell får veiledning av sykepleiere. Studien til Graue et al. (2013, s.244) la frem at flere av deltakerne kjente på utfordringer rundt at arbeidsmiljøet ofte var preget av mange skrift med ulike ansatte. Sykepleieren har et ansvar for å undervise, veilede og lede annet pleiepersonalet (Brodtkorb, 2014, s.314). Vil et større arbeidspress på grunn av færre sykepleiere gjøre dette til en stor utfordring? Slik jeg tolker det så vil sykepleiere få et større lederansvar enn tidligere, spesielt i kommunehelsetjenesten. Da vil evnen til å samarbeide være svært relevant.

Studien til Graue et al. (2013, s.243) fremhever i resultatene at å ha nok kunnskap om diabetes og opprettholde samarbeid er avgjørende for å kunne gi omsorg av høy kvalitet til pasientgruppen. For eksempel ved måling av blodglukosen hos pasienter med diabetes. Som nevnt tidligere har sykepleiere et ansvar ved å følge opp blodglukosen til pasienter på sykehjem, da dette er en vesentlig del av behandlingen. Det er individuelt når dette blir gjort, men ofte før måltider og 1 ½ - 2 timer etter måltidene (Mosand & Stubberud, 2016, s.63). Dette er en oppgave som sykepleiere kan delegere til for eksempel helsefagarbeidere for å fordele arbeidsoppgaver. Slik det tolkes av Brodtkorb (2014, s.134) vil veiledning og undervisning være viktig for å kunne få til et godt samarbeid i slike situasjoner. Det kan også være hensiktsmessig å skape rutiner for hvem som skal gjennomføre det i løpet av en vakt, slik at kontinuiteten blir opprettholdt og at samme person kan registrere endringene i blodglukosen.

I tillegg til samarbeid og rutiner blant helsepersonell på arbeidsplassen, er det også en annen viktig samarbeidspartner på sykehjemmet. Kjøkkenpersonalet må inkluderes når det gjelder ernæring og spesielt hos pasienter med diabetes. Matvarene til pasienten med diabetes som er rike på karbohydrater og gir rask blodsukkerstigning, bør erstattes med mat som inneholder komplekse karbohydrater (Helsedirektoratet, 2019). Det anbefales også å spise regelmessige måltider ved diabetes type 2. Maten bør være fiberrik, inneholde langsomme karbohydrater og lite mettett fett (Iversen, 2014, s.506). For å kunne opprettholde et slikt kosthold til pasientene kreves det god kommunikasjon mellom både pasient, kjøkken- og helsepersonell (Helsedirektoratet, 2016). Fra egen erfaring vil en kanskje tenke at det er selvforklarende for kjøkkenpersonell å vite hva de skal servere til pasienter med diabetes.

Men om pasienten har nedsatt matlyst og allikevel trenger fiberrik kost med langsomme karbohydrater, vil det trolig være viktig å kommunisere og samarbeide med pasient og kjøkkenpersonell. 80 prosent av deltakerne i studien til Aagaard (2010, s.42) mente at personalet i sykehjem trengte mer kunnskap om ernæringsarbeid og at det er behov for retningslinjer vedrørende bedømming av ernæringsstatus. Her vil muligens sykepleierne få en viktig rolle med opplæring om ernæringsarbeid til annet personell på sykehjem. Sykepleiere har jo tross alt mye kunnskap fra utdanningen angående ernæring.

## 5.4 Sykepleierens rolle

### 5.4.1 Ansvar

På den ene siden mener Iversen (2014, s.503) at sykepleiere har et ansvar for å kartlegge pasienter med diabetes og funksjonsproblematikk. På den andre siden sier Graue et al. (2013, s.241) at sykepleiere har utilstrekkelig kunnskap om diabetes og behandlingen for denne sykdommen. Imidlertid så viser Iversen (2014, s.505) til at sykepleieren kan bruke kartleggingsverktøy for ADL, kognitiv/mental helse, ernæring, smerte, egenomsorg og skrøpeligheit for å kartlegge pasienten. Dette viser at selv om sykepleiere ikke har tilstrekkelig kunnskap om diabetes og behandlingen, så kan en gjøre et stort arbeid ved å kartlegge pasienten. Graue et al. (2013, s.242) forteller også at Norges reformer og retningslinjer for primærhelsetjenesten åpner opp for utforsking av omsorgen eldre pasienter med diabetes har behov for. Samtidig åpner det opp for utforsking av kunnskapen og kompetansen sykepleiere er avhengig av å ha for å kunne ivareta pasientgruppen. Iversen (2014, s.505) forteller at å identifisere for eksempel ernæringsmessige endringer kan være avgjørende for den eldre pasienten med diabetes. Dette viser at kartlegging og identifisering som sykepleiere gjør kan være avgjørende i behandlingen, til tross for at en ikke har nok kunnskap om sykdommen og dens behandling.

I tillegg har sykepleieren et ansvar om å følge opp pasientens blodglukose. HbA1C er ønskelig å holde under 8% hos eldre med diabetes. Behandlingsmålet for ikke-fastende blodglukose er 6-12 mmol/L (Iversen, 2015, s.500). På bakgrunn av egne erfaringer ved arbeid på sykehjem, ser en at det er sykepleiere som ofte står overfor oppgaven med å vurdere pasientens blodglukose og tiltak som skal settes i verk om den er for høy eller lav.

Deltakerne i studien til Graue et al. (2013, s.244) fortalte at de ofte følte seg alene i avgjørelser rundt administrering av insulin, og at det var mangel på helhetlig faglig tilnærming. Funnene i forskningen tyder på at det er et stort avvik mellom kunnskapen deltakerne hadde om diabetes og kunnskapen de mente de burde ha for å kunne gi god omsorg til eldre med diabetes. Men hva er egentlig god omsorg? Martinsen mener at sykepleierens ansvar overfor pasienter som ikke har mulighet til å gjenvinne sin selvstendighet er viktig å tenke over. God omsorg kjennetegnes av Martinsen (Kirkevold, 2001, s.69) gjennom gjensidighet, fellesskap og solidaritet. I tillegg forteller Martinsen at det er avgjørende å inngå relasjoner der en er gjensidig med hverandre, for å kunne yte god sykepleie (Kirkevold, 2001, s.176).

Sykepleiere har et stort ansvar i sykehjem for å sikre tilstrekkelig ernæring til eldre pasienter. Tilpasset og gunstig ernæring hos eldre kan opprettholde funksjonsstatus og fremme en god helse hos pasientene (Brodtkorb, 2014, s.301). Sykepleiere skal kartlegge ernæringsstatus ved innkomst i sykehjem og om pasientens vekt eller matinntak endres (Brodtkorb, 2014, s.302). Allikevel legges det frem i studien til Graue et al. (2013, s.246) at det er behov for mer spesifikk utdanning rundt lederskap og faglig utvikling. Det blir der konstatert at geriatrisk sykepleie er et komplekst område og at det ofte kreves etterutdanning og heving av kompetanse innenfor spesifikke områder. En bør uansett som sykepleier ta ansvar når det gjelder kartleggingen av pasientene og oppfølgingen, så langt en har kunnskap. Brodtkorb (2014, s.306) sier blant annet at en kan systematisk kartlegge årsakene til underernæring hos pasienter ved hjelp av kartleggingsverktøyet Mini Nutritional Assessment. Samtidig er samarbeid med lege viktig når sykdom og medisinsk behandling virker inn på ernæringstilstanden til pasienten (Brodtkorb, 2014, s.306).

Eldre pasienter med diabetes rapporterer om dårligere helse enn pasienter uten diabetes. Pasientgruppen har en økt forekomst av underbehandlet smerte, depresjon og kognitiv svekkelse (Iversen, 2014, s.504). For at sykepleier kan møte denne pasientgruppen på best mulig vis vil det være viktig at pasientene tas på alvor. Dette underbygger Kirkevold (2014, s.107) ved at sykepleiere må ta pasienters erfaringer, synspunkt og verdier på alvor. Dette er essensielt for at pasienten skal føle seg i varetatt. I tillegg forteller Kirkevold (2014, s.111) at det er nødvendig at sykepleiere utvikler ferdigheter for å kunne avdekke hva som er viktig



for den enkelte pasient. I tillegg er sykepleieres ansvar å identifisere behovene til pasientene. Brodtkorb (2014, s.314) legger frem et eksempel ved at om pasienten er i risiko for underernæring, skal sykepleiere lage tiltaksplan for å sikre pasienten. Kirkevold (2014, s.108) legger vekt på kontinuitet i omsorgen for å kunne tilby personsentrert sykepleie på sykehjem. Kari Martinsen som har hatt en stor innflytelse på sykepleiefaget vektlegger dette og ser på omsorgen som det absolutt fundamentale i utøvelsen av sykepleie (Kirkevold, 2001, s.168).

#### 5.4.2 Dokumentasjon

Helsepersonelloven §39 fastslår at den som yter helsehjelp, skal registrere opplysninger som er nevnt i §40 i journal for den enkelte pasient (Helsepersonelloven, 1999). Fra egne erfaringer med geriatri har jeg sett spesielt viktigheten av dokumentasjon overfor denne pasientgruppen. De eldre pasientene kan ha symptomer som på sykdom som ikke er vanlig hos den yngre befolkningen. Graue et al. (2013, s.245) sin studie la vekt på at underbemanning og mangel på sykepleiere, førte til stor arbeidsbelastning og utilstrekkelig dokumentasjon, lite oppdaterte pasientprofiler og planer for pasienter med diabetes. Dette er en svikt, da helsepersonell er lovpålagt å dokumentere. Allikevel så kan jeg kjenne meg igjen i forskningen, da det blir vanskeligere å prioritere dokumentasjon når pasientene har behov for tiden våres.

Allikevel så er det å dokumentere helsehjelp blitt enda viktigere enn noen gang, da vårt helsevesen er blitt mer moderne og sammensatt (Vabo, 2018, s.35). Vabo (2018, s.38) legger vekt på at informasjonen må være oversiktlig, strukturert og enkel å finne frem i. For å kunne opprettholde kontinuitet i pleien, må dokumentasjonen være nøyaktig og tilstrekkelig. Dette vil sammen bidra til økt pasientsikkerhet. Fra egne erfaringer har jeg flere ganger stilt spørsmål rundt dokumentasjon, da for eksempel ufaglærte ikke har kunnskap om dette lovverket. I tillegg så kan alle tolke for eksempel 'nødvendig informasjon' ulikt. Ufaglærte kan ha en annen oppfatning av hva nødvendig informasjon er, i forhold til hva en sykepleier tenker er nødvendig informasjon. Kirkevold (2014, s.123) la frem et eksempel ved at allmenntilstanden til pasienten ikke ble dokumentert ordentlig, som igjen gikk utover pasienten, fordi sykdom ble oppdaget senere enn det burde. Slike feil kan alle begå, men med sykepleiermangelen i kommunehelsetjenesten vil det antakelig være et større behov

for ufaglærte i helsevesenet. Dette kan igjen bli en utfordring når det gjelder dokumentasjon. Dette underbygger studien til Graue et al. (2013, s.245) ved at underbemanning førte til at ukvalifisert personell fikk ansvar de egentlig ikke var kapable til å ha. Det betyr at ukvalifisert personell også må dokumentere det de har gjort, som de i utgangspunktet ikke var kapable til. Trolig ville det vært hensiktsmessig at pasienter med diabetes hadde en primærsykepleier. På bakgrunn av den travle hverdagen i kommunehelsetjenesten og mangelen på sykepleier vil det nærmest være umulig at en sykepleier har ansvar for de samme pasientene hver vakt, da det ofte er kun en sykepleier på hver vakt på sykehjem. Det vil derfor være helt avgjørende med god dokumentasjon, for at den eventuelle primærsykepleieren kan følge opp pasienten forsvarlig.

## 6.0 Konklusjon

Hensikten med denne oppgaven var å finne svar på hvordan sykepleiere som jobber på sykehjem kan ivareta ernæringsbehovet til pasienter med diabetes. I tillegg ville jeg belyse viktigheten av sykepleieren sin kunnskap om diabetes og ernæring hos eldre. Litteraturen og forskningen jeg har brukt i oppgaven ser ut til å ha en sammenheng mellom utfordringer rundt diabetes og ernæringsproblematikk hos eldre. I tillegg vises det til at livskvaliteten til pasientgruppen har en stor betydning i hverdagen når det gjelder ernæring. Utifra dette spiller viktigheten av kartleggingsverktøy inn, både når det gjelder diabetes og ernæringsbehovet til pasienter på sykehjem. Ved å kartlegge vil pasientenes diabetes- og ernæringsstatus avdekkes, og en vil få en forståelse av hvilke tiltak en skal fokusere på. I tillegg er det viktig at dokumentasjonen og rutiner følges kontinuerlig. Samarbeidet blant sykepleiere og annet personell på sykehjem er avgjørende for å kunne gi pasienter med diabetes forsvarlig helsehjelp.

Sykepleiere føler allerede på et stort press grunnet mangel på personell. Den kommende sykepleiermangelen og eldrebølgen vil legge et enda større press på sykepleierne, og muligens mest de som jobber i kommunehelsetjenestene. Sett i lys av drøftingen, samt forskningen og litteraturen har jeg forstått at sykepleiere har et stort ansvar når det gjelder ernæringsbehovet til pasienter med diabetes, og spesielt i kommunehelsetjenesten. Mine egne erfaringer styrker også grunnlaget for å hevde dette, da jeg har sett hvilket ansvar

sykepleiere står overfor på sykehjem. For min egen del har jeg fått en bredere kunnskap om hvilket ansvar sykepleier har for å lede annet personell. I tillegg har sett hvilke samarbeidsevner som kreves for å kunne ivareta pasienter og fått mer kunnskap om ernæringsbehovet til pasienter med diabetes og hvordan en kan ivareta dette.

## Referanseliste

- Aagaard, H. (2010). Mat og måltider i sykehjem. *En nasjonal kartleggingsundersøkelse. Sykepleien forskning*, 5(1), s.36-43. <http://doi.org/10.4220/sykepleief.2010.0023>
- Brodtkorb, K. (2014). Ernæring, mat og måltider. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s.301-315). Gyldendal Norsk Forlag.
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7.utg.). Gyldendal akademisk.
- Det kongelige helse- og omsorgsdepartementet. (2009, 19.juni). *St. Meld.nr. 47, Samhandlingsreformen: rett behandling – på rett sted – til rett tid.*  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Diabetesforbundet. (2022, 25.mars). *Høyt blodsukker (hyperglykemi).*  
<https://www.diabetes.no/diabetes-type-1/behandling/blodsukker/hoyt-blodsukker-hyperglykemi/#section6>
- Folkehelseinstituttet. (2019, 23.april). *Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler.*  
<https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartikler/>
- Graue, M., Dunning, T., Hausken, M. F. & Rokne, B. (2013). Challenges in managing elderly people with diabetes in primary care settings in Norway. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 31(4), s.241-247.  
<https://doi.org/10.3109/02813432.2013.854445>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017, 13. desember). *Nasjonal diabetesplan 2017-2021.*  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-diabetesplan-2017-2021/id2582010/>

Helsedirektoratet. (2016, 14.juni). *Ernæring, kosthold og måltider i helse- og omsorgstjenesten* [nasjonale faglige råd]. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/ernaering-kosthold-og-maltider-i-helse-og-omsorgstjenesten/god-ernaeringspraksis>

Helsedirektoratet. (2016, 14.september). *Blodsukkersenkende behandling og behandlingsmål ved diabetes type 2* [nasjonal faglig retningslinje]. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/diabetes/behandling-med-blodsukkersenkende-legemidler-ved-diabetes/blodsukkersenkende-behandling-og-behandlingsmal-ved-diabetes-type-2/behandlingsmal-for-hba1c-ved-diabetes-type-2>

Helsedirektoratet. (2019, 20.desember). *Diabetes* [nasjonal faglig retningslinje]. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/diabetes>

Helsedirektoratet. (2022, 30.mai). *Folkehelse gjennom livsløpet – eldre*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/folkehelse-i-et-livsloppsperspektiv-helsedirektoratets-innspill-til-ny-folkehelsemelding/folkehelse-gjennom-livslopet-eldre/en-aldrende-befolkning>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-06). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

Iversen, M. M. (2014). Diabetes. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2.utg., s. 497-510). Gyldendal Norsk Forlag.

Kirkevold, M. (2001). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering* (2.utg.). Gyldendal Akademisk.

Kirkevold, M. (2014). Kartlegging. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s.122-144). Gyldendal Norsk Forlag.

Kirkevold, M. (2014). Personsentrert og individualisert sykepleie. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb

& A, H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s.106-121). Gyldendal Norsk Forlag.

Mahadevan, M., Hartwell, H., Feldman, C., Ruzsilla, J., & Raines, E. (2014). Assisted-living elderly and the mealtime experience. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 27(2), s. 152-161. <https://doi.org/10.1111/jhn.12095>

Mosand, R. D. & Stubberud, D.-G. (2016). Sykepleie ved diabetes mellitus. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5.utg., s.51-82). Gyldendal Akademisk.

Norsk sykepleierforbund. (2021, 20.mai). *Norge mangler nesten 7000 sykepleiere*. <https://www.nsf.no/artikkel/norge-mangler-nesten-7000-sykepleiere>

Salminen, K. S., Suominen, M. H., Soini, H., Kautiainen, H., Savikko, N., Saarela R., K., T., Muurinen, S. & Pitkala, K. H. (2019). Associations between nutritional status and health-related quality of life among long-term care residents in Helsinki. *The journal of nutrition, health & aging*, 23, 474-478. <https://doi.org/10.1007/s12603-019-1182-1>

Sinclair, A., Dunning, D. & Colagiuri, S. (2017, 3.mai). *Managing older people with type 2 Diabetes – global guideline*. International Diabetes Federation. <https://www.idf.org/e-library/guidelines/78-global-guideline-for-managing-older-people-with-type-2-diabetes.html>

Statistisk sentralbyrå. (2019). *Eldrebølgen legger press på flere omsorgstjenester i kommunen*. <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/eldrebolgen-legger-press-pa-flere-omsorgstjenester-i-kommunen>

Thidemann, I. J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter – den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Universitetsforlaget.

Vabo, G. (2018). *Dokumentasjon i sykepleiepraksis* (3.utg.). Cappelen Damm Akademisk.

Vedvik, S. (2021, 16.november). *Diabeteskompetanse i eldreomsorgen må styrkes.*

Diabetesforbundet. <https://www.diabetes.no/om-oss/nytt-fra-forbundet/nytt-fra-forbundet-2021/horing-i-helse--og-omsorgskomiteen/>

Wiig, F. L. (2019, 29.september). *Retningslinjer for eldre med diabetes blir ikke fulgt i praksis.*

Diabetesforbundet. <https://www.diabetes.no/for-helsepersonell/nyheter-for-helsepersonell/retningslinjer-for-eldre-med-diabetes-blir-ikke-fulgt-i-praksis/>

World Health Organization. (2022, 16.september). *Diabetes.* <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>

World Health Organization. (2022). *Ageing.* [https://www.who.int/health-topics/ageing -- tab=tab 1](https://www.who.int/health-topics/ageing--tab=tab_1)

## Vedlegg

### Vedlegg 1: Tabell for litteratursøk

<i>Søk nr.:</i>	<i>Dato:</i>	<i>Søkeord</i>	<i>Avgrensning:</i>	<i>Database:</i>	<i>Antall treff:</i>	
S1	23.10.22	Elderly or aged or older or elder or geriatric		Cinahl	1 199 068	
				Medline	6 235 832	
				Academic Search Elite	963 760	
S2	23.10.22	Nursing home		Cinahl	62 284	
				Medline	71 133	
				Academic Search Elite	44 139	
S3	23.10.22	Diabetes mellitus type 2		Cinahl	74 901	
				Medline	182 361	
				Academic Search Elite	77 864	
S4	23.10.22	Nutrition		Cinahl	137 993	
				Medline	670 656	
				Academic Search Elite	516 861	
S5	23.10.22	Quality of life or Life quality or Health-related quality of life or HRQOL		Cinahl	236 436	
				Medline	444 742	
				Academic Search Elite	274 243	
S6	23.10.22	Mealtime-experience		Cinahl	130	
				Medline	122	
				Academic Search Elite	96	
S7	19.10.22	S1 and S2 and S4 and S5	Publication date: 2012-2022 Language: English Peer Reviewed Geography: Europe	Cinahl	57	
				Medline	126	
				Academic Search Elite	71	
				DATABASER SAMLET:	20	
					Abstrakt lest:	5
					Fulle artikler lest:	2
					Valgte artikler:	1



**Funn:** <https://doi.org/10.1007/s12603-019-1182-1>

'Associations between nutritional status and health-related quality of life among long-term care residents in Helsinki'

S8	25.10.22	S2 and S3	Language: English	Cinahl	239
		and S4	Peer Reviewed	Medline	267
			Geography: Europe	Academic Search Elite	169

DATABASER SAMLET: 92

Abstrakt lest:	12
Fulle artikler lest:	4
Valgte artikler:	1

**Funn:** <https://doi.org/10.3109/02813432.2013.854445>

'Challenges in managing elderly people with diabetes in primary care settings in Norway'

S9	25.10.22	S1 and S6	Publication date:	Cinahl	51
			2012-2022	Medline	61
			Language: English	Academic Search Elite	30
			Peer Reviewed		

DATABASER SAMLET: 142

Abstrakt lest:	12
Fulle artikler lest:	3
Valgte artikler:	1

**Funn:** <https://doi.org/10.1111/jhn.12095>

'Assisted-living elderly and the mealtime experience'

S10	25.10.22	Eldre og ernæring	Artikkeltype:	Sykepleien.no	10
			forskning		
			Språk: norsk eller engelsk		

Abstrakt lest:	4
Fulle artikler lest:	2
Valgte artikler:	1

**Funn:** <http://doi.org/10.4220/sykepleief.2010.0023>

'Mat og måltider i sykehjem. En nasjonal kartleggingsundersøkelse'

Vedlegg 2: Litteratormatrise 1

Tittel og publiseringsår Forfattere Tidsskrift Land	Hensikten med studien	Metode  Utvalg/populasjon	Hovedfunn/resultater/svar på problemstillingen	Kvalitetsvurdering	Forskningsetikk
<p>Associations between nutritional status and health-related quality of life among long-term care residents in Helsinki. (2019).</p> <p>Salminen, K. S., Suominen, M. H., Soini, H., Kautiainen, H., Savikko, N., Saarela R., K., T., Muurinen, S. &amp; Pitkala, K. H.</p> <p><i>The journal of nutrition, health &amp; aging.</i></p> <p>Finland.</p>	<p>Å få et helhetlig bilde av ernæringsstatusen, oppfølgingen av ernæring og relaterte faktorer hos eldre beboere i institusjoner. En skulle se sammenhengen mellom ernæringsstatus og livskvalitet hos pasientene.</p>	<p>Kvantitativ.</p> <p>54 langtidsinstitusjoner deltok i studien. Data ble innhentet av sykepleiere. Sykepleiere vurderte beboernes ernæringsstatus ved hjelp av MNA. Diagnoser og bruk av medisiner ble også inkludert. Vurdering av livskvalitet ble gjort gjennom 15D-skjema. I tillegg ble det brukt ADL.</p>	<p>64% av deltakerne var utsatt for underernæring og 18% led av underernæring. Pasientene i disse kategoriene hadde en lavere 15D-score. Livskvalitet hadde en signifikant assosiasjon med MNA-score hos både kvinner og menn. Studien understreker at ernæring er et svært viktig element for å opprettholde livskvalitet. Det legges også frem at årsakssammenhengen mellom ernæringsstatus og livskvalitet trenger ytterligere studier.</p>	<p>Fagfellevurdert tidsskrift og artikkel.</p> <p>Tidsskrift: Nivå 1</p> <p>IMRaD-struktur.</p>	<p>Til sammen 2545 beboere ga informert samtykke. Av disse var det 2160 som hadde data om både MNA og 15D tilgjengelig og dette ble inkludert. Frafallet på 385 beboere var enten avslag eller at beboerne ikke hadde fullmakt til å gi informert samtykke.</p> <p>Den lokale etiske komiteen på Helsinki University Hospital har godkjent studien.</p>

Vedlegg 3: Litteratormatrise 2

Tittel og publiseringsår Forfattere Tidsskrift Land	Hensikten med studien	Metode  Utvalg/populasjon	Hovedfunn/resultater/svar på problemstillingen	Kvalitetsvurdering	Forskningsetikk
<p>Challenges in managing elderly people with diabetes in primary care settings in Norway. (2013).</p> <p>Graue, M., Dunning, T., Hausken, M, F. &amp; Rokne, B.</p> <p><i>Scandinavian Journal of Primary Health Care.</i></p> <p>Norge.</p>	<p>Å utforske de erfaringene og utfordringene helsepersonell møter når de gir diabetesspesifikk behandling og omsorg for eldre mennesker med diabetes i primærhelse-tjenesten.</p>	<p>Kvalitativ, fokusgruppeintervju.</p> <p>En gruppe med 12 sykepleiere og 4 assistenter deltok i fokusgruppeintervju. Deltakerne var mellom 32-59 år og hadde arbeidserfaring fra 1,5-38 år. Alle deltakere jobbet i helseinstitusjoner som hadde pasienter med diabetes type 1 eller type 2.</p>	<p>Deltakerne opplevde en rekke utfordringer ved å gi omsorg til eldre med diabetes. Disse hovedtemaene gikk igjen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tilgjengelighet til informasjon og støtte.</li> <li>- Faglig samhold.</li> <li>- Tillit og autonomi.</li> </ul>	<p>Fagfellevurdert tidsskrift og artikkel.</p> <p>Tidsskrift: Nivå 1</p> <p>IMRaD-struktur.</p> <p>Bli lagt frem at fokusgruppeintervju ble brukt som metode fordi deltakere da kan dele erfaringer og en kan få en dypere innsikt rundt diskusjonstemaene.</p>	<p>Ble gjort lydopptak og tatt notater ved intervjuene. Lydbåndene ble transkribert ordrett etter hver fokusgruppe og sjekker nøyaktig opp mot utskrifter og notater. Etter alle intervjuene fikk deltakerne mulighet til å rette opp eventuelle misforståelser og avklare sine uttalelser.</p> <p>The Norwegian Social Science Data Services har godkjent artikkelen.</p>

Vedlegg 4: Litteratormatrise 3

Tittel og publiseringsår Forfattere Tidsskrift Land	Hensikten med studien	Metode  Utvalg/populasjon	Hovedfunn/resultater/svar på problemstillingen	Kvalitetsvurdering	Forskningsetikk
<p>Assisted-living elderly and the mealtime experience. (2014).</p> <p>Mahadevan, M., Hartwell, H., Feldman, C., Ruzsilla, J., &amp; Raines, E</p> <p><i>Journal of Human Nutrition and Dietetics.</i></p> <p>USA.</p>	<p>Å undersøke faktorer som påvirket beboere i omsorgsboliger sitt syn på måltider og deres velvære under måltider.</p>	<p>Kvalitativ, fokusgruppe-diskusjoner.</p> <p>Det ble utdelt brosjyrer angående studien i området der omsorgsboligene var. De som viste interesse i studien, ble ringt opp og forklart nærmere hva det gikk ut på. Etter endt gjennomgang var det 38 menn og kvinner over 65 år som deltok i fokusgruppe-diskusjoner.</p>	<p>Flere funn er knyttet til forskningen, men faktorer nevnt under gikk igjen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Matens presentasjon.</li> <li>- Muligheten til å velge sunne alternativer.</li> <li>- Sosial kontakt.</li> <li>- Nyte måltider.</li> <li>- Flere gav uttrykk for at de hadde mistet gleden av måltider på grunn av tap av sanser og nedsatt appetitt.</li> </ul>	<p>Fagfellevurdert tidsskrift og artikkel.</p> <p>Tidsskrift: Nivå 1</p> <p>IMRaD-struktur.</p>	<p>Hver deltaker i studien ble bedt om å gi sitt skriftlig informerte samtykke før datasamlingen ble satt i gang.</p>

Vedlegg 5: Litteratormatrise 4

Tittel og publiseringsår Forfattere Tidsskrift Land	Hensikten med studien	Metode  Utvalg/populasjon	Hovedfunn/resultater/svar på problemstillingen	Kvalitetsvurdering	Forskningsetikk
<p>Mat og måltider i sykehjem. En nasjonal kartleggingsundersøkelse. (2010).</p> <p>Aagaard, H.</p> <p><i>Sykepleien forskning.</i></p> <p>Norge.</p>	<p>Hensikten med denne studien var at ledere ved sykehjemmene skulle vurdere maten som ble servert, antall måltider, tidspunkt for måltidene og rutiner rundt dette for å kvalitetssikre ernæringsarbeidet.</p>	<p>Kvantitativ tverrsnittsundersøkelse.</p> <p>Ledere på 570 sykehjem i Norge svarte på et strukturert spørreskjema med faste svaralternativer. Ble i tillegg tatt kontakt med ekspertgrupper og personer som jobber med ernæringsproblematikk hos eldre.</p>	<p>Undersøkelsen avdekket områder som trenger forbedring:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inntak av frukt bør øke.</li> <li>- Lange nattefasten ved sykehjem bør tas på alvor.</li> <li>- Unngåelse av sparetiltak som går utover ernæringsarbeid ved sykehjem i Norge.</li> <li>- Behov for nasjonale retningslinjer knyttet til bedømmelse av ernæringsstatus.</li> </ul>	<p>Fagfellevurdert tidsskrift og artikkel.</p> <p>Tidsskrift: Nivå 1.</p> <p>IMRaD-struktur.</p> <p>For bedring av validiteten på undersøkelsen ble det utført en pilotstudie med spørreskjema. Deretter ble det utført endringer, for å forbedre spørreskjema.</p>	<p>Meldeskjema ble sendt inn til datatilsynet. Etter samråd med sekretær i REK ble det ikke sendt søknad til komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk.</p> <p>Respondentene i studien var anonymisert, da det kun var fylkene som ble registrert. Deltakelsen i undersøkelsen var frivillig.</p>



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave i sykepleie

SK152-O-2022-HØST-FLOWassign

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	09-12-2022 09:00 CET	<b>Termin:</b>	2022 HØST
<b>Sluttdato:</b>	12-12-2022 14:00 CET	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave i sykepleie		
<b>Flowkode:</b>	203 SK152 1 O 2022 HØST		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	343
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	7517
----------------------	------

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

### Gruppe

<b>Gruppenavn:</b>	(Anonymisert)
<b>Gruppenummer:</b>	2
<b>Andre medlemmer i gruppen:</b>	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja

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

Nei

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

Nei