



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

# EKSAMENSINNLEVERING

---

Emnenavn: **Sjukepleie, forskning og fagutvikling -  
Bacheloroppgave**

Emnekode: **SYKHB3001**

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 26.02.15 kl 14.00

Kandidatnr.: 1025

Antall ord: 8924

# *DET GODE MÅLTIDET*

*- måltidet og dets innvirkning på forebygging  
av underernæring*

*"Dining table place setting" (Foto: Encyclopædia Britannica ImageQuest)*



Hentet fra [http://quest.eb.com/search/118\\_804189/1/118\\_804189/cite](http://quest.eb.com/search/118_804189/1/118_804189/cite)

Bacheloroppgave i sykepleie, Haugesund 2016, kull 2013

Antall ord: 8924

## Sammendrag

**Tittel:** Det gode måltidet: måltidet og dets innvirkning på forebygging av underernæring

**Bakgrunn:** Underernæring er en utfordring ved norske sykehjem. Dette kommer av både sykdom, normale aldersforandringer og funksjonssvikt som kan ramme eldre. Underernærte opplever blant annet lavere livskvalitet, økt komplikasjonsrisiko, forverret funksjon og økt dødelighet. Det har vært politisk fokus på å forebygge underernæring på sykehjem senere tid, men til tross for dette er ikke ernæring det høyest prioriterte på sykehjemmene. Sammen med økende andel eldre de neste tiårene, kan underernæring bli et større og større problem. Det trengs derfor økt fokus blant sykepleiere på hvordan underernæring kan forebygges.

**Problemstilling:** ”Hvordan forebygge underernæring hos eldre på sykehjem?”

**Hensikt:** Å undersøke hvordan sykepleieren kan forebygge underernæring blant eldre på sykehjem.

**Metode:** Oppgaven er et litteraturstudie. Data blir innsamlet via forskning og litteratur.

**Funn:** Et enkelt tiltak for å forebygge underernæring hos denne pasientgruppen er å gjøre noe med måltidet og måltidsituasjonen. Dette inkluderer: å informere beboerne om ernæring; la de ta del i beslutninger og komme med forslag; ha økt oppmerksomhet på aldersforandringer; et godt tilrettelagt måltidsmiljø; bevissthet rundt servering og matopplevelsen; måltidets sosiale betydning; og gode måltidsrutiner.

**Konklusjon:** De fleste eldre på sykehjem synes maten og måltidet er appetittvekkende og delikat. De opplever at miljøet er innbydende når det gjelder tekstiler og dekketøy, men når det kommer til det sosiale opplever mange at de ikke får bestemme hvem de skal sitte sammen med. At personalet sitter med dem, er også noe mange savner. De fleste har forslag og synspunkter på hva som kan forbedres, og ønsker å kunne påvirke måltidsituasjonen mer, gjerne i form av menyplanlegging, dekking og rydding av bord. En individuell tilnærming er av betydning.

## Summary

**Title:** "The good meal: Mealtime and its effect on preventing malnutrition".

**Background:** Malnutrition is a challenge in Norwegian nursing homes. This can be related both to sickness, normal age changes and malfunction, which may affect the elderly.

Residents, which suffer from malnutrition, may face challenges like reduced quality of life, increased risk of complications, reduced function and increased mortality. It has been a political area of focus lately, but despite of this nutrition has not been given the highest priority in nursing homes. Put together with the increased proportion of elderly in the near future, malnutrition might grow into a bigger and bigger problem. Therefore it is need for an increased focus among nurses on how to prevent malnutrition.

**Research question:** "How to prevent malnutrition among elderly residents in nursing homes?"

**Aim:** To investigate how the nurse may prevent malnutrition among elderly in nursing homes.

**Method:** A literary study. Data is collected through research and theory.

**Findings:** A simple measure to prevent malnutrition in this patient group is to do something about the meal and the mealtime. This include: to inform the residents about nutrition; let the residents be part in decision making and make suggestions; have an increased attention to age changes; a well organized meal environment; awareness on serving and the food experience; the meals social importance; and the mealtime routines.

**Conclusion:** Most of the elderly residents in nursing homes find the meal and the mealtime to be appetizing and delicate. They experience an environment, which is welcoming when it comes to textiles and crockery, but in the social aspect of the mealtime many experience that they do not have a say in who they should be placed with. Many also miss the company of the nursing staff during the mealtimes. Most residents have suggestions and views on how the mealtime may be improved, and they wish to influence the mealtime situation more – in planning of the menu, set and clean the table. An individual approach is of significance.

# Innholdsfortegnelse

<b>1.0</b>	<b>INNLEDNING</b>	<b>1</b>
1.1	BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	1
1.2	HENSIKT OG PROBLEMSTILLING	2
1.3	PRESISERING OG AVGRENSNING AV PROBLEMSTILLINGEN	2
<b>2.0</b>	<b>BEGREPSMESSIG RAMMEVERK</b>	<b>3</b>
2.1	BEGREPSAVKLARING	3
	ELDRE	3
	FOREBYGGING	3
	BRUKERMEDVIRKNING	3
	KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS	4
2.2	ERNÆRING OG ELDRE PÅ SYKEHJEM	4
	ERNÆRING OG UNDERERNÆRING	4
	ELDRES ERNÆRINGSTILSTAND	5
	NEDSATT MATLYST OG REDUSERT MATINNTAK	5
	MÅLTIDET	6
2.3	SYKEPLEIETEORETISK PERSPEKTIV	8
	VIRGINIA HENDERSON	8
	FLORENCE NIGHTINGALE	8
<b>3.0</b>	<b>METODE</b>	<b>10</b>
3.1	HVA ER METODE?	10
3.2	LITTERATURSTUDIE SOM METODE	10
3.3	FORSKNINGSETIKK	11
3.4	KILDEKRITIKK	11
3.5	SØKEPROSESSEN	12
<b>4.0</b>	<b>RESULTAT</b>	<b>13</b>
4.1	OPPSUMMERING AV ARTIKLER	13
4.2	HOVEDFUNN	16
<b>5.0</b>	<b>HVORDAN FOREBYGGE UNDERERNÆRING HOS ELDRE PÅ SYKEHJEM?</b>	<b>17</b>
5.1	BETYDNINGEN AV KUNNSKAP, INFORMASJON OG BRUKERMEDVIRKNING	17
5.2	Å VÆRE OPPMERKSOM PÅ ALDERSFORANDRINGER	18
5.3	MILJØET OMKRING MÅLTIDET	19
5.4	SERVERING OG MATENS BETYDNING	20
5.5	SAMMENHENGEN MELLOM MÅLTIDSFELLESSKAP OG MATINNTAK	21
5.6	MÅLTIDSRUTINER OG DETS PÅVIRKNING PÅ ERNÆRINGEN	24
<b>6.0</b>	<b>AVSLUTNING</b>	<b>26</b>
	<b>REFERANSELISTE</b>	<b>27</b>
	<b>VEDLEGG 1</b>	<b>I</b>
	<b>VEDLEGG 2</b>	<b>V</b>

## **1.0 Innledning**

Forekomsten av underernæring på helseinstitusjoner varierer etter hvilke kartleggingsmetoder som blir brukt, fra 10 % til 65 % (Eide, Aukner & Iversen, 2013; Brodtkorb, 2014, s. 301).

Underernæring er det vanligste og største ernæringsproblemet blant eldre. Årsaken er sammensatt – både sykdom, funksjonssvikt og normale aldersforandringer kan sammen eller hver for seg begrense evnen og lysten til å spise riktig og tilstrekkelig (Brodtkorb, 2014, s. 301). Konsekvensen er økt risiko for komplikasjoner, redusert motstand mot infeksjoner, forverret mental og fysisk funksjon, redusert livskvalitet, forsinket rekonvalesens og økt dødelighet (Helsedirektoratet, 2010, s. 11).

### **1.1 Bakgrunn for valg av tema**

Det har lenge vært snakket om den kommende eldrebølge. Andelen eldre vil øke fremover grunnet store fødselskull i etterkrigsperioden. Eldre er en aldersgruppe som særlig blir rammet av funksjonssvikt og sykdom. Kunnskap om konsekvensene høy alder har for ernæringsstatus og kosthold, samt ernæringens rolle i aldringsprosessen, er nyttig redskap for sykepleiere å ha (Sortland, 2015, s. 139) for å tilrettelegge forholdene for en best mulig alderdom på sykehjem. Norske myndigheter mener at et hovedproblem i helsetjenesten er at ernæring ikke vektlegges nok, og at helsepersonells manglende kompetanse er en av årsakene (Stubberud, Almås & Kondrup, 2013, s. 477).

Jeg har valgt å skrive om eldre da dette er den aldersgruppen jeg synes er mest interessant å jobbe med. Det er også her jeg har mest erfaring. I praksis og i jobbsammenheng har jeg fått en oppfatning av at ernæring er et område som lett blir nedprioritert. Interessen min for temaet er noe jeg har tilegnet meg utenom studiet, men etter å ha erfart underernæring og hva det kan føre til på sykehjem, har jeg tatt interesse for eldre og ernæring. Jeg anser dette som et viktig sykepleiefaglig område, som ikke bare har innvirkning på ernæringsstatusen, men så vel livskvalitet, trivsel, allmenntilstand og generell selvfølelse.

Ernæring og eldre er også et politisk fokusområde. Det er kommet ut en rekke nasjonale dokumenter for å bedre forholdene rundt ernæring ved helseinstitusjoner. Stortingsmelding nr. 25 (2005-2006) tar blant annet for seg mat og måltider, Kosthåndboken utgitt av Helsedirektoratet (2012) gir veiledning generelt og spesielt om kosthold. I 2010 kom

nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring ut (Helsedirektoratet, 2010). Samtidig er Statens Ernæringsråd sine retningslinjer for kostholdet i helseinstitusjoner fra 1995 like nyttige i dag som den gang. At retningslinjer som er tjue år gamle fremdeles er like gjeldende, er også en av grunnene til at jeg ønsker å fokusere på ernæring – det er fremdeles en utfordring og har vært det i mange år. I tillegg kom Forbrukerrådet (2015) sammen med Kost- og ernæringsforbundet ut med en rapport kalt *Appetitt på livet* i fjor med fokus på mat og måltider i sykehjem. Ernæring vil også være et fokusområde i videreføringen av pasientsikkerhetsprogrammet I Trygge Hender, med oppstart i år (Helsedirektoratet, 2015).

## **1.2 Hensikt og problemstilling**

Med denne oppgaven ønsker jeg å rette oppmerksomhet mot underernæring på sykehjem, og hvordan dette kan forebygges. Jeg håper at kunnskapen jeg tilegner meg ved å skrive denne oppgaven kan komme til nytte i fremtidige jobber, og at jeg kan spre kunnskapen der jeg kommer. Hensikten med oppgaven er å undersøke hvordan sykepleieren kan forebygge underernæring blant eldre på sykehjem. Problemstillingen min er derfor:

*Hvordan forebygge underernæring hos eldre på sykehjem?*

## **1.3 Presisering og avgrensning av problemstillingen**

Jeg velger å fokusere på eldre over 67 år med langtidsopphold på sykehjem. Jeg vil ikke fokusere på medikamentbruk og spesifikke sykdommer, og hvordan disse kan påvirke ernæringsstatusen. Dette fordi jeg ønsker å se på eldre og sykehjemmet i helhet. Jeg har valgt å utelukke pårørende og hvilken innflytelse de kan ha. Jeg tar heller ikke for meg utrekning av kaloriinntak, kartlegging og andre liknende tiltak. Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring påpeker at ernæringstiltak som skal igangsettes bør bli vurdert i prioritert rekkefølge. Et tidlig, enkelt tiltak er å gjøre noe med maten og måltidsituasjonen (Helsedirektoratet, 2010, s. 19). Hovedfokuset mitt kommer derfor til å være måltidet og måltidsituasjonen.

## **2.0 Begrepsmessig rammeverk**

Dette kapittelet inneholder en begrepsavklaring på begreper brukt i oppgaven, teori rundt ernæring til eldre på sykehjem og det sykepleieteoretiske perspektivet jeg har valgt å ha.

### **2.1 Begrepsavklaring**

#### **Eldre**

Eldre er den største mottakergruppen av kommunenes omsorgs- og pleietjenester.

Hjelpebehovet oppstår når kombinasjonen av sykdom og aldring fører til tap av funksjon, altså sviktende evne til selv å mestre roller og oppgaver i dagliglivet. Etter fylte 80 år øker helseplagene hos de fleste. Denne gruppen blir ansett som de "eldre eldre" (Romøren, 2014, s. 29, 31-32).

#### **Forebygging**

Forebyggende sykepleie dreier seg om både forebygging av skade, sykdom og død, og om å bevare og bedre funksjonsnivå, helse og livskvalitet. Dette innebærer blant annet: tilrettelegging av omgivelsene for en best mulig helseutvikling; stimulere den eldre sin egen evne til mestring, fleksibel funksjon og kontroll; og å bidra på alle måter til en best mulig livskvalitet for den gamle (Ranhoff, 2014, s. 162).

Det finnes to aspekter ved forebygging for eldre. *Primærforebyggende tiltak* er tiltak som fremmer god helse og forebygger at det oppstår skader og sykdom. Sunn livsstil spiller en rolle her, inkludert god ernæring. Det andre aspektet er *sekundærforebyggende tiltak*. Dette er tiltak som iverksettes etter en hendelse eller symptom har oppstått. Målet er å unngå nye hendelser (Ranhoff, 2014, s. 163-164, 166).

#### **Brukermedvirkning**

Brukermedvirkning handler om at brukeren sine synspunkter og erfaringer påvirker tjenesten. For at helsetjenestene skal ha god kvalitet må brukerne bli sett, tatt på alvor og bli møtt på en human måte. For å kunne påvirke tjenesten, må brukerne få tilstrekkelig god informasjon og bli kjent med hvilke valgmuligheter som er. De må få vite at de blir støttet i det valget de



anser som best for dem. Det har vist seg at brukermedvirkning fører til bedre funksjon i hverdagen, mindre forbruk av helsetjenester og bedre behandlingsresultat (Kveseth & Mikkelsen, 2010, s. 314-315).

### **Kunnskapsbasert praksis**

Kunnskapsbasert praksis betyr at fagutøvere bevisst tar i bruk ulike kilder for kunnskap i praksis. Denne kunnskapen inkluderer forsknings- og erfaringsbasert kunnskap, brukerkunnskap og brukermedvirkning (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012, s. 16-17).

Med forskning menes systematisk utført kreativ virksomhet for å oppnå mer kunnskap. Denne kunnskapen kan eksempelvis beskrive forekomsten av sykdom, øke forståelse for pasienters erfaringer og opplevelser, eller anslå hvilken effekt tiltak har (Nortvedt et al., 2012, s. 17-18).

Erfaringsbasert kunnskap erverves gjennom praksis. Den utvikles gjennom refleksjon der man lærer fra erfaring. Brukerkunnskap innbefatter at pasienten skal være en aktiv deltaker i valg som omfatter egen behandling og helse (Nortvedt et al., 2012, s. 18-19).

## **2.2 Ernæring og eldre på sykehjem**

### **Ernæring og underernæring**

Ernæring er kosthold, det vil si drikke- og matvarer som utgjør daglig føde. Det omfatter behovet for næringsstoffer og energi, hvordan næringsstoffene blir fordøyd og omsatt gjennom biokjemiske og fysiologiske prosesser i organismer og celler (Sortland, 2015, s. 17).

Underernæring kan defineres som en ernærings situasjon der mangel på protein, energi og/eller andre næringsstoffer fører til en målbar ugunstig effekt på kroppsfunksjon og – sammensetning, samt et klinisk resultat. Etersom problemet ofte ikke blir identifisert, får underernæring utvikle seg. Å identifisere pasienter i ernæringsmessig risiko på et tidlig stadium gjør det mulig å sette til verks tiltak før underernæringen oppstår (Helsedirektoratet, 2010, s. 14).

### **Eldres ernæringstilstand**

Ifølge Helsedirektoratet (2010, s. 10) er eldre en pasientgruppe i risiko for underernæring.

Eldres ernæringsbehov er knyttet opp mot aktivitetsnivå og muskelmasse. Det gjennomsnittlige energiinntaket til eldre er lavere enn for yngre, og de har behov for færre måltider. Behovet for energi synker med alderen. Dette vil si at kostholdet til eldre ikke nødvendigvis bør være energitett, men det bør være næringstett og variert (Helsedirektoratet, 2012, s. 44).

### **Nedsatt matlyst og redusert matinntak**

Matinntak, ernæringsstatus og matlyst kan påvirkes av kroppslige endringer som kommer med alderen. Slike endringer kan være redusert spyttsekresjon, tannstatus og smaksopplevelse; redusert svelge- og tyggefunksjon; raskere metthetsfølelse; redusert aktivitetsnivå; og langsommere fordøyelse (Helsedirektoratet, 2012, s. 44).

Dårligere smaksans og svakere luktesans fører ofte til redusert appetitt hos eldre. For mange blir dermed maten mindre fristende fordi den smaker mindre. Svekket syn kan for mange redusere spisegledden ytterligere. Å servere mat med utpreget lukt og smak kan øke næringsinntaket. Å tilby mat og drikke som den eldre liker kan også øke appetitten. Valgmuligheter i forhold til ønskekost og alternative middagsmenyer kan hjelpe (Brodtkorb, 2014, s. 308).

For mange kan det være forhold ved selve spisesituasjonen som reduserer matinntaket. Å undersøke spiseforholdene kan være lurt - om spisemiljøet fremmer matinntak og appetitt; om det er satt av nok tid til måltidet; pasientens sittestilling; plassering av bestikk, tallerken og glass; om maten er varm og porsjonene i passe størrelse; bruk av hjelpemidler; samt om vedkommende trenger hjelp (Sjøen, 2012, s. 276; Statens ernæringsråd, 1995, s. 13-14).

Statens ernæringsråd (1995, s. 13) trekker frem at det noen ganger ved redusert matlyst kan være tilstrekkelig å gi flere valgmuligheter når det kommer til mat, og tilby flere delikate små måltider. I Kosthåndboken til Helsedirektoratet (2012, s. 100) blir det fremhevet at valgmuligheter og informasjon om dette påvirker matlysten. Å presentere maten i mindre

porsjoner/biter, eventuelt bruke en større tallerken, kan også gjøre det lettere å øke matinntaket. En fargerik tallerken og mat med mye smak kan gjøre maten mer fristende. Å ha krydder tilgjengelig slik at beboeren selv kan krydre maten er også av betydning.

### **Måltidet**

En stor utfordring når det kommer til mat til beboere, er å kunne tilby tilstrekkelig og appetittvekkende mat som holder høy kvalitet, servert under hyggelige forhold, og å gi tilpasset hjelp til den enkelte under måltidet (Sjøen, 2012, s. 223).

### ***Estetikk***

Statens ernæringsråd (1995, s. 9-11) vektlegger i sine retningslinjer for kostholdet i helseinstitusjoner, at det er vel så viktig at maten ser god ut og smaker godt, som at den gjør godt. Det vil si at maten skal holde riktig temperatur, og de som blir servert skal føle at de bestemmer hva de vil ha, hvor mye de vil ha, krydderbruk og annet tilbehør. Det er også av betydning at maten serveres på dekketøy som er egnet, med bestikk som passer til formålet. Forholdene rundt måltidet skal være så trivelige og rolige som mulig. Utlufting av rommet og personlige ritualer har også betydning. En hjemmekoselig spisestue med gjenkjennbart dekketøy og interiør kan føre til økt matinntak, allmenntilstand og trivsel.

Det er en betydningsfull oppgave å servere mat. Måltidet påvirkes av hvordan maten frambyes, og kommunikasjonen mellom beboer og personal. Man må være kjent med beboernes ønsker og behov, og om noen har utfordringer som kan ha innvirkning på spisingen. Det er lett å nedprioritere måltidet på institusjoner, men å beskytte måltidet handler vel så mye om respekt for den enkelte som om maten. Det bør derfor være tilstrekkelig tid satt av til måltidet (Helsedirektoratet, 2012, s. 99-100).

### ***Måltidet og det sosiale behovet***

Å spise sammen med andre er noe de fleste foretrekker. Når personalet deltar under måltidet bidrar det til praktisk støtte og styrking av det sosiale fellesskapet. Noen ønsker også å spise alene (Helsedirektoratet, 2012, s. 100).

Hvem måltidet inntas sammen med, kan ha større betydning for måltidsopplevelsen enn maten. Måltidet kan være en positiv avveksling i hverdagen og gi samtalepartnere. Samtidig kan det å spise sammen med andre øke både matinntak og appetitt (Sortland, 2015, s. 147). Når det kommer til hvem som skal sitte sammen under måltidet er det mange hensyn å ta. Hva beboerne selv ønsker spiller inn, samt hvem som trives sammen og kjenner hverandre. Noen kan ha en atferd rundt bordet som påvirker medboeres matlyst og trivsel negativt. Dette bør skånsomt tas hensyn til. Å lage mindre spisegrupper satt sammen av beboere med tilnærmet samme hjelpebehov og funksjonsnivå, kan være gunstig (Brodtkorb, 2014, s. 308-309).

Den kulturelle og sosiale betydningen ved måltidet blir kanskje viktigere desto eldre vi blir. Å spise skal være en hyggelig aktivitet, og en god atmosfære kan både føre til at den eldre spiser bedre, samt at vedkommende får dekket sitt psykososiale behov som hyggelig samvær, samhold og tilhørighet. Eldre på institusjon er ofte ikke i stand til selv å skape et slikt miljø, og derfor har personalet et særlig ansvar for å bidra til et godt miljø rundt måltidet (Brodtkorb, 2014, s. 308). For mange eldre blir felleskapet først meningsfullt når personalet er til stede (Sortland, 2015, s. 147).

### ***Rutiner***

I aldersinstitusjoner bør måltidsmønsteret ikke avvike i altfor stor grad fra det beboerne er vant med fra tidligere. For at tiden mellom kveldsmåltidet og første måltid kommende dag ikke skal bli for lang, er tilbud om mat senere på kvelden viktig. Den nattlige fasten bør ikke overstige tolv timer (Sortland, 2015, s. 148, 146). Dette er i samsvar med rådene fra Statens ernæringsråd, som i tillegg sier at beboerne i størst mulig grad bør få mat etter behov utenom måltidene (Statens ernæringsråd, 1995, s. 22).

Beboerne bør ha mulighet til å delta aktivt i matstellet i institusjonen, og oppmuntres til å delta ved matlaging, tilordning av måltider og planlegging av middagsmenyer (Statens ernæringsråd, 1995, s. 72). Helse- og omsorgsdepartementet (St.meld. nr. 25 (2005-2006)) framhever at et viktig premiss for omsorgstjenester i fremtiden er valgmuligheter, inkludert at brukeren skal medvirke på hvilken mat som lages og kunne velge drikke og mat fra meny.

### **2.3 Sykepleieteoretisk perspektiv**

Både Virginia Henderson og Florence Nightingale har synspunkter i sine sykepleieteorier som er aktuelle for min oppgave. Jeg vil derfor ta for meg relevante elementer fra begge teoriene.

#### **Virginia Henderson**

Henderson formulerte sin sykepleieteori i en lærebok for sykepleie, utgitt i 1955. Hendersons teori tar utgangspunkt i det ansvaret sykepleieren har for å ivareta de grunnleggende behovene til mennesket når dets egne ressurser ikke er tilstrekkelige, grunnet helsesvikt og sykdom (Kristoffersen, 2012, s. 209).

Henderson beskriver pasienten som en person uten tilstrekkelig kunnskap, vilje eller styrke til selv å utføre aktiviteter som trengs for å bli frisk fra sykdom, opprettholde helsen eller få en fredfull død. Hun framhever at sykepleien er god når man kan hjelpe pasienten med helseutfordringene vedkommende ikke klarer å mestre selv, inkludert å bidra til, i den grad det er mulig, at pasienten blir uavhengig av hjelp og greier seg selv (Mathisen, 2011, s. 155).

En sykepleier som anser seg for å være en som støtter opp om pasienten når vedkommende mangler styrke, kunnskaper eller vilje, vil prøve å bli kjent med vedkommende og forstå ham, skriver Henderson. Til dette kreves konstant observasjon, et lyttende øre og tolking av non-verbal atferd. En slik sykepleier tar heller ikke alt det pasienten sier bokstavelig, slik som at en pasient som svarer *ja, det går bra* ikke nødvendigvis har det bra (Henderson, 1998, s. 57).

Henderson mente at sykepleieren er en selvstendig utøver som er i stand til å foreta egne bedømmelser. Når det kommer til grunnleggende sykepleie, hevder Henderson at sykepleierne har autoritet. Hun skriver videre at med grunnleggende sykepleie menes å hjelpe pasienten til visse gjøremål eller sørge for forhold slik at han selv kan utføre disse. Hun lister opp fjorten grunnleggende behov, hvorav *å spise og drikke tilstrekkelig*, er ett av dem (Henderson, 1998, s. 46-47).

#### **Florence Nightingale**

Den første som skrev noe om hva sykepleie er, var Florence Nightingale (1820-1910). Hovedfokuset til Nightingale var ikke rettet mot selve sykdommen. Hun mente at sykepleie

skal være rettet mot pasientens egen opplevelse av sykdom – hvordan det er å være syk og hvilken virkning miljøet har på pasientens helse (Holter, 2011, s. 141-142).

Nightingale sa at de grunnleggende elementene i sykepleierens plikter består i observasjon, blant annet av virkningen av måltider. Hun var opptatt av hva systematisk og god observasjon betyr for tilstanden til den syke, samtidig som hun påpeker viktigheten av individuelt rettet sykepleie (Holter, 2011, s. 142).

*”(Sykepleie) burde bety å sørge for frisk luft, lys, varme, renslighet, ro og korrekt utvelgelse og oppfølging av dietten mens man hele tiden husker på at pasienten ikke må tappes for krefter.”* (Nightingale 1984, gjengitt i Nortvedt, 2008, s. 64).

I sin ”Håndbok i Sykepleie” (opprinnelig fra 1860) skriver Nightingale at sykepleiere ikke tilfredsstillende bruker framgangsmåtene som muliggjør for syke å innta næring, og derfor sulter mange pasienter i hjel. Hun påpeker blant annet at sykepleieren må ha et arbeidsopplegg for dietten til pasienten. Sykepleieren må tenke over hvor mye vedkommende har spist og hvor mye vedkommende burde ha spist. Videre skriver hun at det er en oppgave for alle som skal avgjøre kostholdet til pasienten å registrere de opplysningene som magen til pasienten gir, og ikke lese analyser av kosthold. Dette hevder hun er nest viktigst for pasienten, etter luften han puster i (Nightingale, 1984, s. 66, 70, 76-77).

## **3.0 Metode**

Her vil jeg ta for meg hva metode er, hva som kjennetegner litteraturstudiet, forskningsetikk, kildekritikk og hvordan søkeprosessen har vært.

### **3.1 Hva er metode?**

En metode kan sies å være en fremgangsmåte for å komme frem til ny kunnskap. Man velger den metoden som man mener vil gi gode data og belyse problemstillingen på en faglig interessant måte (Dalland, 2014, s. 111).

Man skiller mellom kvantitative og kvalitative metoder. Førstnevnte gir data i form av enheter som er målbare, mens sistnevnte fanger opp opplevelser og meninger som ikke kan måles (Dalland, 2014, s. 112).

### **3.2 Litteraturstudie som metode**

Denne oppgaven er et litteraturstudie. Forsberg og Wengström (2013, s. 30) beskriver litteraturstudiet som å systematisk søke og kritisk granske litteraturen, for deretter å sette den opp mot hverandre innenfor et gitt tema eller problemområde. Dalland (2014, s. 223) skriver at en gjennomgang av litteraturen kan bidra med tydeligere å se hva det er man ønsker å skrive om. Metoden bygger i hovedsak på skriftlige kilder, og det er vurderingen av disse kildene i form av kildekritikk som er det metodiske verktøyet.

For å vise hvilken forbindelse det er mellom oppgaven og arbeidet andre har gjort på området, må man redegjøre for forskningen man finner som har relevans for problemstillingen, og presentere hva litteraturen sier om emnet (Dalland, 2014, s. 228). Hvor mange studier som skal inngå i oppgaven er ikke fastsatt, men bør utgå delvis fra hva forfatteren klarer å finne, og delvis fra hvilke krav som stilles på studier som skal inkluderes. Svakheten med litteraturstudie som metode kan sies å være at det må finnes ett visst antall studier med god kvalitet for at man skal ha et grunnlag for drøfting og konklusjon (Forsberg & Wengström, 2013, s. 26, 30-31). Dette var derimot ikke noe problem ved min problemstilling. Jeg har tatt for meg 6 artikler i min besvarelse, hvilket jeg mener er et passende antall for å få til en god drøfting og svare på problemstillingen

### **3.3 Forskningsetikk**

Å tilegne seg ny innsikt og kunnskap fra forskningen skal ikke skje på bekostning av enkeltindividets velferd og integritet. En rekke forskningsetiske komiteer er blitt oppnevnt for å sikre nettopp dette. Deres oppgave er å gi råd og veilede om spørsmål knyttet til forskningsetikken utfra etiske verdier og normer som har bred aksept i samfunnet (Dalland, 2014, s. 96 & 98). Når jeg har valgt ut forskningsartikler har jeg vektlagt de som har fått sin forskning vurdert av en etisk komite eller som beskriver hvorfor de ikke har måttet få sin forskning godkjent.

Dalland (2014, s. 229) skriver videre at når man presenterer funnene, må disse presenteres på en slik måte at leseren selv kan danne seg egne meninger om det, og ikke lese hva du mener. Dette skal først komme frem i drøftingen. Jeg har presentert både forskning og annen teori på en slik måte at det ikke er tvil om hvor jeg har funnet det og hvem som skal krediteres for hva. Dette er gjort ved å følge retningslinjene for kildebruk.

### **3.4 Kildekritikk**

Metodene som brukes for å slå fast om en kilde er sann, kalles kildekritikk. Det betyr at kildene som brukes skal vurderes og karakteriseres. Kildekritikken har to sider. Den første handler om hvordan finne frem til litteratur som på best mulig vis belyser problemstillingen, såkalt litteratursøking. Den andre tar for seg hvordan man redegjør litteraturen man tar i bruk i oppgaven (Dalland, 2014, s. 67-68). I min oppgave har jeg valgt ut litteratur og forskning fra troverdige kilder jeg er blitt kjent med i løpet av utdannelsen. Forsberg og Wengström (2013, s. 119) anbefaler å anvende forskning som ikke er eldre enn fem år. Jeg har, så godt det har latt seg gjøre, brukt litteratur og forskning som ikke er eldre enn 10 år. Dette for å finne flere relevante artikler. Kildene er både primær- og sekundærkilder, og sistnevnte har jeg brukt for å få mer dybde og et bredere perspektiv.

Videre har jeg tatt i bruk sjekklister for vurdering av kvalitative og kvantitative forskningsartikler fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2015). Sjekklisene tar blant annet for seg om resultatene er til å stole på. Dette gjøres eksempelvis ved at man besvarer om design og utvalg er hensiktsmessig for studien, og om dataene er samlet inn på en måte som besvarer problemstillingen. Se vedlegg 1 og 2 for eksempler.



### 3.5 Søkeprosessen

I litteratursøkingen har jeg brukt databasene CINAHL, SweMed+ og ORIA. Jeg har også tatt for meg litteraturlisten til relevante artikler og bøker/kapitler, for å finne andre artikler som kan brukes. Søkeordene jeg brukte først i CINAHL var: malnutrition AND elderly AND nursing home. Dette førte meg til artikkelen ”Nutritional status and duration of overnight fast among elderly residents in municipal nursing homes in Oslo”. Denne artikkelen valgte jeg til fordel for andre ettersom den er fra Norge og har relevans for min problemstilling.

Videre i CINAHL brukte jeg ordene: elderly AND nutrition AND experience. Jeg tilførte ordet experience for å finne frem til kvalitative artikler, og tok nutrition i stedet for malnutrition for å utvide treffområdet. Jeg fikk et treff på 57 artikler. Den første (”Assisted-living elderly and the mealtime experience”) ble valgt fordi den tok for seg en rekke tiltak som kan virke forebyggende på underernæring, samt at den var skrevet på engelsk. Jeg brukte bevisst engelske søkeord for å få et bredere treff.

I SweMed+ brukte jeg søkeordene eldre + ernæring. Dette gav meg et treff på 35, hvorav artikkelen ”The willingness to eat” ble valgt grunnet dens relevans til problemstillingen samt at den er fra Sverige – et land det er naturlig å sammenligne Norge med. Svakheten med denne artikkelen er at den er fra 2004, men jeg vurderte den som fremdeles aktuell ettersom det ikke har skjedd store endringer innenfor det som forskes på i denne studien.

Eldre + ernæring var også søkeordene jeg brukte i ORIA, men artiklene jeg fant der hadde mindre relevans for problemstillingen enn artiklene jeg har valgt ut. Veileder tipset meg om at Heidi Aagaard hadde noen relevante artikler, og et søk ledet meg til ”Ærlig talt. Mat og måltider i sykehjem: En undersøkelse blant beboere i somatiske sykehjem i Østfold” og ”Mat og måltider i sykehjem. En nasjonal kartleggingsundersøkelse”. I litteraturlisten til den førstnevnte av Aagaard side studier, fant jeg studien til Bente Gunn Melheim – ”Pasientopplevelser av måltidsfellesskap i sykehjem”.

## 4.0 Resultat

Her følger en oppsummering av utvalgte artikler, samt hovedfunnene i dem.

### 4.1 Oppsummering av artikler

*Nutritional status and duration of overnight fast among elderly residents in municipal nursing homes in Oslo*

Hensikten med denne kvantitative studien er å undersøke varigheten av den nattlige fasten, og hvilken betydning det har for ernæringsstatusen til eldre sykehjemsbeboere om den er over eller under 11 timer. Studien fant at 98.5 % av deltakerne har en nattlig faste over 11 timer, hvorav 35.6 % er i middels eller høy risiko for underernæring og 20 % allerede undervektige. Medianen blant alle deltakerne for den nattlige fasten er 15 timer (Eide, Aukner & Iversen, 2013).

*Assisted-living elderly and the mealtime experience*

I denne kvalitative studien er hensikten å evaluere eldre beboere i omsorgsboliger sitt eget syn på mat og måltider, samt hvilken påvirkning dette har for deres helse og velvære. Deltakerne trekker frem muligheten til å ta sunne matvalg, sosialisere, interagere med personal, venner og familie, samt å nyte et smakfullt måltid i et varm og innbydende miljø, som viktige faktorer som bidrar til velvære under måltidene (Mahadevan, Hartwell, Feldman, Ruzsilla & Raines, 2013).

Studien fant at mat som ser tiltalende ut, er en viktig faktor for måltidsopplevelsen.

Deltakerne uttrykker at måltidet innebærer mindre glede med alderen grunnet tap av sanser og nedsatt appetitt. Følelse av isolasjon påvirker også muligheten til å glede seg over et måltid.

Den personlige helsetilstanden er en annen viktig faktor for hva, og til hvilken tid, deltakerne spiste. De fleste deltakerne føler at mer informasjon om ernæring vil være til hjelp for å velge riktig mat. Sykepleiere er en av gruppene som informantene opplever som troverdige til å tilegne dem slik kunnskap (Mahadevan et al., 2013).

### *The willingness to eat: An investigation of appetite among elderly people*

Denne kvalitative studiens hensikt er å identifisere og forklare viktige faktorer når det kommer til appetitt blant eldre på aldershjem. Deltakerne mener at deres villighet til å spise spiller en sentral rolle for appetitten. En viktig faktor for dette er humøret, hvordan et positivt humør øker appetitten. Det å være sammen med andre, gjøre hyggelige ting og at det er fint vær, påvirker humøret positivt ifølge deltakerne. Et negativt humør, med eksempelvis angst og sorg, demper appetitten (Wikby & Fägerskiöld, 2004).

Deltakerne forteller at personlige verdier som uavhengighet og integritet har en viktig rolle for deres appetitt. Videre var det å ha en god helse viktig. Kunnskap om hva som er sunt gir motivasjon til å spise selv om de ikke har appetitt. Mat som er godt forberedt og samsvarer med forventningene øker appetitten til deltakerne. Hvordan miljøet rundt måltidet er spiller også en rolle, med renhet, fine møbler og tekstiler etc. Deltakerne framhever også det å spise sammen med mennesker de kjenner, særlig slektninger og venner, som en viktig faktor, men også medboere de kan relatere seg med (Wikby & Fägerskiöld, 2004).

### *Mat og måltider i sykehjem. En nasjonal kartleggingsundersøkelse*

Denne kvantitative tverrsnittsundersøkelsen har som hensikt å beskrive hvordan leder/styrer av sykehjemmet vurderer maten som blir servert beboerne, tidspunkt for måltidene og antall måltider, samt rutiner for kvalitetssikring av ernæringsarbeidet. Den fant at ikke mange sykehjem hadde valgmuligheter fra meny, men at oppimot halvparten ønsket å innføre dette. Flesteparten mente at beboerne var fornøyd med maten, at den var appetittvekkende og delikat, samt at den var varm når den ble servert. Når det kommer til frukt oppga halvparten at dette ble servert daglig, og kun 33 % oppga at den nattlige fasten var < 11 timer. Angående kunnskap mente 80 % av respondentene at det var behov for mer når det gjelder ernæringsarbeid i sykehjem. Studien konkluderer med at tilbudet om frukt bør få mer fokus og at den nattlige fasten bør reduseres (Aagaard, 2010a).

### *”Ærlig talt”. Mat og måltider i sykehjem: En undersøkelse blant beboere i somatiske sykehjem i Østfold*

Hensikten med denne kvantitative tverrsnittsundersøkelsen var å finne ut hvordan beboerne ved sykehjem vurderer maten og måltidene ved sykehjemmet.

Funnene omfatter blant annet at 61 % av respondentene hadde god matlyst, mens 14 % hadde dårlig matlyst. De fleste hadde verken tygge- (83 %) eller svelgeproblemer (88 %). Det første måltidet ble for over halvparten inntatt mellom 09.00-09.30, mens tilnærmet like mange spiste det siste måltidet mellom 18.00-19.00. I underkant av halvparten hadde en nattlig faste på 14 timer. Når det gjelder mat utenom måltidene oppgir 25 % at de kan få dette, mens mange gir uttrykk for at de aldri har spurt om mat utenom måltider, blant annet fordi de ikke ønsker å være til bry (Aagaard, 2010b).

Studien tar så for seg hvordan beboerne vurderer de ulike mattypene (kjøtt, grønnsaker, dessert etc.). Desserten var det beboerne var mest fornøyd med, mens det for grønnsakene og brødet sin del ikke var nok variasjon. 25 % opplevde at brødet var tørt. Porsjonsstørrelsen ble for noen oppfattet som for stor, mens en høy andel mente maten var varm nok. Å få servert sin livrett var noe en del av respondentene savnet. 23 % oppgir at de alltid får servert frukt, og oppskåret frukt er å foretrekke. 90 % mener at maten i det store og hele alltid er delikat og appetittvekkende (Aagaard, 2010b).

Studien fant videre at det ikke var vanlig at beboerne deltok i noen form for matlaging og planlegging av middagsmeny, ei heller opprydding og pådekking. Over halvparten oppga at de ikke kunne bestemme når de skulle spise, men at de måtte følge måltidene. 21 % svarte at de ikke fikk tilbud om tann-/protesestell to ganger i døgnet, men 48 % oppga at de ordnet dette selv. De fleste oppga at rommet ble luftet og ryddet før servering, og at de hadde nok tid til å spise uten et for høyt støynivå. 63 % oppga også at de fikk den hjelpen de hadde behov for. Halvparten sier at de ikke kan velge hvem de skal sitte med, men at det er mer vanlig å kunne bestemme hvorvidt man skal spise i fellesskap eller alene. Ganske få (5 %) sier at personalet alltid spiser sammen med beboerne. Like under halvparten hygger seg alltid under måltidet, mens 1 av 4 ikke ser frem til det med glede. Det kommer også frem i studien at beboerne har en rekke synspunkter og forslag til forbedring av måltidet og maten (Aagaard, 2010b).

### *Pasientopplevelser av måltidsfellesskap i sykehjem*

Studien til Melheim (2007) har som hensikt å formidle hvordan pasienter kan oppleve det å være delaktig i et institusjonalisert måltidsfellesskap i sykehjem. Ved bruk av kvalitative forskningsintervjuer av 7 informanter ved ett sykehjem fant Melheim at hvordan maten blir

servert ikke er noe utvalget tenkte så mye over, men at stillhet og fred under måltidet er av betydning. Også miljøet rundt måltidet, i form av fint dekket bord, blomster og bilder, hadde betydning for informantene. Fellesskapet rundt bordet bidrar til trygghet og trivsel for noen, slik at måltidet ble noe å se frem til, mens andre ikke fant hygge i å spise sammen med andre. Årsaken til dette kunne være sansesvekkelser eller et ønske om ikke å være rundt så mye elendighet. Personalet ble beskrevet som travle under måltidene, med unntak av kaffemåltidet, hvor de hadde tid til å sette seg ned og bidra til mer samtale og fellesskap rundt måltidet. Dette måltidet ble også inntatt ved små bord hvilket informantene opplever gir rom for mer samtale.

## **4.2 Hovedfunn**

Hovedfunnene i studiene er at underernæring på sykehjem er en utfordring. Den nattlige fasten er for lang, og beboerne føler at de ikke får den informasjonen de trenger for å ta rette ernæringsvalg. Det kom også frem at mange føler at de ikke får medvirke i planlegging og klargjøring av meny og måltider, og savner valgmuligheter. Det ble også funnet at aldersforandringer setter for mange en demper på appetitten og matgleden. En viktig faktor for de fleste beboerne er å kunne innta måltidet sammen med mennesker de kan relatere seg med, og de fleste opplever det positivt at personalet sitter sammen med dem. Et annet viktig funn er at inntrykket til lederne/styrerne av sykehjemmene ikke alltid samsvarer med slik beboerne opplever situasjonen. Beboerne har i tillegg en rekke synspunkter på hva som kan forbedres, og hvordan det kan forbedres.

## **5.0 Hvordan forebygge underernæring hos eldre på sykehjem?**

Jeg skal nå drøfte hvordan man kan forebygge underernæring hos eldre på sykehjem med fokus på måltidet og måltidsituasjonen. Dette skal jeg gjøre med utgangspunkt i følgende hovedpunkter:

- betydningen av kunnskap, informasjon og brukermedvirkning
- å være oppmerksom på aldersforandringer
- miljøet rundt måltidet
- servering og matens betydning
- sammenhengen mellom måltidsfellesskap og matinntak
- måltidsrutiner og dets påvirkning på ernæringen

### **5.1 Betydningen av kunnskap, informasjon og brukermedvirkning**

Aagaard (2010a) fant i sin forskning blant ledere/styrere av landets sykehjem at 80 % mente det var behov for mer kunnskap om ernæringsarbeid. Dette samsvarer med funnene til Mahadevan et al. (2013) om at eldre ønsker mer informasjon om ernæring, slik at de kan få hjelp til å velge riktig og sunn mat. Wikby og Fägerskiöld (2004) fant på sin side at det å ha kunnskap om hva som er sunt gir motivasjon til å innta mat selv når appetitten er fraværende. Virginia Henderson (1998, s. 57) vektlegger at en sykepleier skal støtte opp om pasienten når vedkommende mangler blant annet kunnskap. Å bidra til å styrke beboernes kunnskaper er med andre ord i tråd med Hendersons syn på god sykepleie. For å kunne gjøre dette er det av betydning at sykepleiere tilegner seg mer kunnskap om ernæring. Helsedirektoratet (2010, s. 12) hevder i sine retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring at nettopp manglende kunnskap er en betydelig medvirkende årsak til underernæring.

Statens ernæringsråd (1995, s. 13-14) påpeker at informasjon kan bidra til å øke matlysten, særlig informasjon om hvilke valgmuligheter som finnes når det kommer til mat. Det å informere om valgmuligheter vil på den annen side forsterke beboernes brukermedvirkning. Dette står i tråd med Helse- og omsorgsdepartementets visjon for fremtidens omsorgstjenester (St. Meld. 25 (2005-2006)). At beboerne er aktive deltakere i valg som omfatter deres velgående, er også i tråd med kunnskapsbasert praksis, som sier at brukermedvirkning er en viktig del av sykepleiepraksis (Nortvedt et al., 2012, s. 19). Mer brukermedvirkning blir ikke desto mindre fremhevet av Statens ernæringsråd (1995, s. 13 & 72). De skriver i sine

retningslinjer at beboere bør få mulighet til å delta aktivt i matstell, matlaging, tilordning av måltider og planlegging av menyer. De hevder også at et tiltak ved redusert matlyst kan være å gi flere valgmuligheter og at dette kan være nok til å øke matlysten.

Ifølge ledere/styrere ved en rekke sykehjem i Norge er det ikke mange som har valgmuligheter fra meny, men nærmere halvparten kunne tenke seg å innføre dette (Aagaard, 2010a). Dette bekrefter funnene til Aagaards andre studie. Her kommer det frem at det ikke er vanlig praksis at beboere deltar i noen form for planlegging av meny. Ei heller er det vanlig å delta med pådekking, opprydding og matlaging (Aagaard, 2010b). På den annen side blir det fremhevet i St. Meld. 25 (2005-2006) at slik deltakelse gir beboere mulighet til å ta del i dagligdagse og kjente aktiviteter. Derimot, som funnene til Aagaard (2010a, 2010b) viser, er det på dette området forbedringspotensial og en mulighet for på en enkel måte å bidra til forebygging av underernæring.

Sett i lys av dette kan informasjon om ernæring føre til økt matinntak, og dermed virke forebyggende for underernæring. I tillegg vil slik informasjon gi økt brukermedvirkning, hvilket på sin side påvirker matlysten i positiv retning og virker dermed forebyggende i seg selv.

## **5.2 Å være oppmerksom på aldersforandringer**

Mahadevan et al. (2013) fant at måltidet innebærer mindre glede med alderen på grunn av sansetap og redusert matlyst. Brodtkorb (2014, s. 308) skriver at svekket syn kan redusere spiseleden for mange, mens Helsedirektoratet (2012, s. 44) vektlegger at en rekke aldersforandringer kan påvirke matlysten. I Aagaards (2010b) studie kom det frem at det ikke var en så stor andel som hadde tygge- og/eller svelgevansker, men en del av beboerne fikk ikke tilbud om tann-/protesestell to ganger i døgnet. Det er rimelig å si at manglende tann-/protesestell kan redusere matlysten og –gleden da det ikke nødvendigvis er appetittvekkende med ustelt munn. På den annen side ordnet mange dette selv (Aagaard, 2010b).

Melheim (2007) fant i studien sin at årsaken til at noen beboere ønsker å innta måltidene alene kan blant annet være sansesvekkelser. Dette støttes av Brodtkorb (2014, s. 308), som skriver at redusert smaks- og luktesans som kommer med årene, fører ofte til redusert appetitt hos eldre. Nightingale (1984, s. 66) mente at mange pasienter får i seg for lite mat fordi

sykepleiere ikke er flinke nok til å tilrettelegge forholdene slik at syke klarer å innta næring. Brodtkorb (2014, s. 308) anbefaler å servere mat som lukter og smaker mye. Dette støttes opp i Kosthåndboka for mat i helseinstitusjoner, hvor det framheves at krydder som er tilgjengelig til å krydre maten kan gjøre den mer fristende. Det fremkommer også at det kan være nyttig å tenke på hvordan tallerkenen ser ut; en fargerik tallerken er mer fristende enn en ikke-fargerik tallerken (Helsedirektoratet, 2012, s. 100). Dette fremkommer også i studien til Mahadevan et al. (2013). På den annen side må man heller ikke glemme å spørre beboeren selv på hvilken måte vedkommende finner maten mest fristende, og ta dette i bruk for å støtte opp om å styrke appetitten til vedkommende. Som Aagaard (2010b) påpeker, har de mange forslag og synspunkter til hvordan måltidet og maten kan bli bedre, selv om de tilsynelatende virker fornøyd med situasjonen slik den er.

Med grunnlag i dette kan man påstå at ved å tilegne seg kunnskap om disse aldersforandringene som mange eldre på sykehjem har, kan man tilrettelegge maten og måltidsituasjonen på en slik måte at forandringene ikke påvirker matlysten i større grad enn nødvendig. Dette vil med andre ord bidra til å forebygge underernæring.

### **5.3 Miljøet omkring måltidet**

Funnene til Melheim (2007) indikerer at en betydelig faktor for en god måltidsopplevelse er hvordan forholdene er rundt. Et fint dekket bord, blomster og bilder ble trukket frem. Dette støttes av Wikby og Fägerskiöld (2004) som fant at miljøet rundt måltidet i form av fine møbler og tekstiler spiller en rolle når det kommer til appetitt. Mahadevan et al. (2013) fant på sin side at et innbydende miljø er en viktig faktor for å bidra til velvære under måltidene. Statens ernæringsråd (1995, s. 11) hevder at en hjemmekoselig spisestue med dekketøy og interiør de eldre kan kjenne igjen, kan medvirke til økt matinntak.

I studien til Wikby og Fägerskiöld (2004) kommer også viktigheten av et rent rom frem, hvilket også Aagaard (2010b) kom frem til. Hun fant at de fleste opplever at rommet hvor måltidet skal inntas blir ryddet og luftet før servering. Dette er i tråd med retningslinjene for kostholdet i helseinstitusjoner (Statens ernæringsråd, 1995). Nightingale (gjengitt i Holter, 2011, s. 141-142) trekker frem virkningen miljøet kan ha på pasientens helse. Slik både Sjøen (2012, s. 276) og Statens ernæringsråd (1995, s. 13) påpeker, kan glass, tallerken og bestikk plassert ute av rekkevidde bidra til redusert matinntak. Å sørge for en god sittestilling og at



beboerne får den hjelpen de trenger med eventuelle hjelpemidler, er også noe de påpeker. Henderson (1998, s. 46) påpeker at grunnleggende sykepleie innebærer blant annet å sørge for at forholdene blir lagt til rette slik at pasienten selv kan utføre visse gjøremål. Dette kommer frem i studien til Aagaard (2010b), hvor over halvparten av beboerne opplyste at de får den hjelpen de trenger under måltidene.

At måltidet finner sted i et rolig og fredelig miljø er også av betydning. Aagaard (2010b) fant at de fleste sykehjemsbeboere opplever stillhet under måltidet, som på den ene siden kan øke den gode opplevelsen av måltidet, slik funnene til Melheim (2007) indikerer. På den annen side har trivelige og rolige forhold rundt måltidet betydning for hvordan maten oppleves (Statens ernæringsråd, 1995, s. 9-11).

Helsedirektoratet (2010, s. 19) trekker også frem et hyggelig måltidsmiljø som et tidlig og enkelt tiltak for forebygging av underernæring. Det kan derfor være nyttig å bruke forskningsresultatene for å bedre miljøet rundt måltidet. Dette kommer frem i kunnskapsbasert praksis, som sier at man skal ta i bruk forskning for å opparbeide seg kunnskap (Nortvedt et al., 2012, s. 17). På denne måten kan man forebygge underernæring på en enkel og kostnadseffektiv måte. Dette bidrar ikke bare til økt matinntak, men også trivsel og velvære.

#### **5.4 Servering og matens betydning**

En av faktorene som bidrar til velvære under måltidet, er ifølge Mahadevan et al. (2013) sine funn, at beboerne kan nyte et smakfullt måltid. Hvordan maten blir servert er, ifølge Melheim (2007), ikke det som opptar beboerne mest. I Kosthåndboken til Helsedirektoratet (2012, s. 99) blir derimot betydningen av matservering presisert. Her fremkommer det at måltidet påvirkes av hvordan man frembyr maten, og hvordan personal og pasient kommuniserer seg i mellom. Dette støttes av Nightingale (1984, s. 68), som hevder at måten maten blir servert på, til hvilken tid og hvorvidt den blir stående over lengre tid, har betydning for hvor mye pasienten får i seg. Hun påpeker at dette i verste fall kan redusere vedkommende sin matlyst.

Aagaard (2010b) fant i sin studie at beboerne er mer opptatt av om maten er varm, kjøtt og grønnsaker nok kokt og at brødet er variert og ferskt. Hun fant derimot at langt i fra alle er fornøyd med hvordan kjøttet og grønnsakene er tilberedt, og en del opplever at brødet er tørt.

Dette samsvarer ikke med synspunktet til lederne ved sykehjemmene, som i Aagaards (2010a) studie beretter at de mener beboerne flest er fornøyd med maten. På den annen side mener bortimot alle i Aagaards (2010b) studie at maten er varm, delikat og appetittvekkende når den serveres, hvilket samsvarer med inntrykket til ledere/styrere ved sykehjemmene (Aagaard, 2010a). En passende porsjonsstørrelse er også av betydning for en god måltidsopplevelse, kom Aagaard (2010b) frem til. Flere små måltider er attpåtil noe Statens ernæringsråd (1995, s. 13) trekker frem.

På den annen side handler det mye om hva som ligger på tallerkenen, ikke bare hvor mye. Ifølge Aagaard (2010b) savnet en del av beboerne å få servert sin livrett. Brodtkorb (2014, s. 308) hevder derimot at noe som kan øke matlysten er å få servert mat og drikke man liker. En dyktig sykepleier skal, ifølge Nightingale (1984, s. 69), gjøre sitt ytterste for ikke å servere mindreverdig mat. Å få til dette er, ifølge Sjøen (2012, s. 223), en stor utfordring hva gjelder mat på sykehjem. Min erfaring er at mange sykehjemsbeboere synes det er uvant med mat som er laget av andre, når de selv har sine oppskrifter og måter å lage retter på, men at de til syvende og sist opplever maten som god.

Man kan også hevde at måltidene på sykehjem blir nedprioritert, som nevnt innledningsvis. Helsedirektoratet (2012, s. 100) trekker også frem dette. De påpeker at å beskytte måltidet handler om respekt for den enkelte beboer, og at det derfor bør være satt av nok tid til måltidet. Nightingale (1984, s. 67) hevder på sin side at punktlighet er en vesentlig del av sykepleien, særlig i forbindelse med måltider.

Med grunnlag i dette kan man hevde at måten maten blir servert på har betydning for beboernes matlyst, og at man ved å være bevisst på hvordan maten serveres kan bidra til å forebygge underernæring. Samtidig kan økt prioritet på måltidene i form av matens tilstand og tid satt av, bidra til å forebygge underernæring på sykehjem.

## **5.5 Sammenhengen mellom måltidsfellesskap og matinntak**

Wikby og Fägerskiöld fant at en viktig faktor for appetitt var å spise sammen med mennesker man kjenner, blant annet medboere man kan relatere seg med. Dette hevdes å ha sammenheng med at mange opplever det å være sammen med andre som positivt for humøret (Wikby & Fägerskiöld, 2004). Mahadevan et al. (2013) kom også frem til at muligheten til å sosialisere

seg bidrar til å forsterke måltidsopplevelsen. Dette kan for det første øke appetitten ved at måltidet blir en hyggelig aktivitet, med en god atmosfære og dekking av psykososiale behov (Brodtkorb, 2014, s. 308). For det andre blir måltidet noe å se frem til, slik det kom frem i studien til Melheim (2007). Dette støttes også opp av Sortland (2015, s. 147) som skriver at fellesskapet rundt måltidet bidrar til å gjøre det til en positiv avveksling i hverdagen. I en forskning foretatt blant geriatriske pasienter av Paquet, St-Arnaud-McKenzie, Ma, Kergoat, Ferland og Dubé (2008), kom det tydelig frem at matinntaket økte desto flere interaksjoner beboerne hadde med andre under måltidet. Dette gjaldt både når beboerne selv uttrykte seg ovenfor andre, men også når andre uttrykte seg ovenfor dem.

På den annen side er det viktig å ta hensyn til individuelle behov. Aagaard (2010b) fant at like under halvparten hygger seg under måltidet, og noen ser ikke frem til det med glede. Wikby og Fägerskiöld (2004) fant på den annen side at humøret er en viktig faktor for hvorvidt deltakerne har appetitt. Sykepleie skal rette seg mot hvordan pasienten selv opplever det å være syk, og være individuelt rettet, sier Nightingale (gjengitt i Holter, 2011, s. 142). I Melheims (2007) studie kom det frem at noen beboere hadde nok med sin egen elendighet, de ønsket ikke å måtte se andre sin i tillegg. Med grunnlag i dette vil jeg belyse betydningen av individuelt rettet sykepleie, og hvor viktig det er å aktivt lytte til beboernes egne behov. Det er rimelig å si at selv om det for flestparten bidrar til økt appetitt å spise med andre, vil det derimot heller føre til det motsatte for de som kunne tenke seg å spise alene.

Aagaard (2010b) fant at de fleste kunne velge hvorvidt de skulle spise i fellesskap eller alene, men at derimot knappe halvparten kunne velge hvem de skulle sitte med. Som belyst ovenfor er det av betydning for fellesskapet at man kan prate med noen man kan relatere seg med. Selv om personalet kan være en brobygger (se mer nedenfor), er det grunn til å tro at det ikke vil være nok om man ikke har noe til felles med de andre rundt seg. Dette kommer også frem hos Brodtkorb (2014, s. 308). Hun sier at man skånsomt må ta hensyn til at medboere kan ha en atferd som påvirker matlysten og trivselen til de rundt. Videre er det nødvendig å la beboerne få medvirke med sine egne ønsker, for å kunne plassere dem med noen de kjenner og trives sammen med. Igjen kan man trekke inn betydningen av å bli kjent med pasientene for å kunne opparbeide seg en forståelse for hva de ønsker og trenger, i tråd med Hendersons (1998, s. 57) visjon på sykepleie.

### *Spiller det noen rolle om personalet er tilstede?*

Både Mahadevan et al. (2013) og Melheim (2007) fant i sine studier at noe av det som bidro til bedre måltidsopplevelse og dermed økt appetitt, var at personalet er tilstede under måltidene og tilgjengelige for interaksjon med beboerne. Dette styrket fellesskapet, kom særlig Melheim (2007) frem til. Dette støttes av Sortland (2015, s. 147) som hevder at fellesskapet først får mening når personal er tilstede. Dette kan være på grunn av at man som sykepleier skal støtte opp om pasienten, bli kjent med ham og forstå ham (Henderson, 1998, s. 57). Å bidra til samtale rundt måltidsbordet kan med andre ord hevdes å være en viktig sykepleieroppgave.

På den annen side uttrykte deltakerne i Melheims (2007) studie at personalet er travle under måltidene. Ikke desto mindre fant Aagaard (2010b) at knappe 5 % fortalte at personalet hadde som rutine å sitte sammen med dem under måltider. Dette kan påstås å henge sammen med nevnte påstand om at måltidene blir lett nedprioritert. For at måltidsfellesskapet skal være av en slik karakter at det bidrar til å øke beboernes appetitt, kan det hevdes at personalet må være tilstede. Deltakelse av personalet kan for det første styrke fellesskapet rundt måltidet (Helsedirektoratet, 2012, s. 100), mens det for det andre kan skape et godt miljø (Brodtkorb, 2014, s. 308), og bidra til samtale rundt bordet. Ikke desto mindre kan personalet bistå med praktisk støtte (Helsedirektoratet, 2012, s. 100). Min erfaring er også den at når noen av personalet sitter seg ned ved eksempelvis middagsbordet, blir stemningen med ett mer munter – hvilket kan settes sammen med Wikby og Fägerskiöld (2004) sitt funn, om at godt humør øker appetitten.

I studien til Melheim (2007) blir særlig kaffemåltidet trukket frem som et godt måltid sosialt sett. Beboerne knytter dette sammen med at personalet har tid til å sitte med dem. Gjerne tar de seg en kopp kaffe selv. Jeg har også et inntrykk av at det er noe eget ved kaffemåltidet; det er preget av mer ro, tiden er ikke så nøye og personalet hygger seg i lag med beboerne og legger et godt grunnlag for en god kveld videre. En annen grunn til at kaffemåltidet blir trukket frem, kan være bordsammensetningen. Ifølge Melheim (2007) blir kaffemåltidet inntatt ved små bord som gir rom for mer samtale. Dette støtter påstanden til Brodtkorb (2014, s. 309), om at mindre spisegrupper kan være gunstig for måltidsmiljøet, særlig om de er satt sammen av pasienter med tilsynelatende likt funksjonsnivå.

Sett i et slikt lys kan man hevde at personal som sitter seg ned sammen med beboerne under måltidene, bidrar til økt fellesskap samt økt appetitt, og dermed forebygger underernæring.

## **5.6 Måltidsrutiner og dets påvirkning på ernæringen**

### *Nattlig faste*

Aagaard (2010b) kom frem til at over halvparten av beboerne i studien spiste frokost mellom 09.00-09.30 og kveldsmat mellom 18.00-19.00. Like under halvparten hadde en nattlig faste på 14 timer. Eide et al. (2013) fant på sin side at nærmere 100 % hadde en nattlig faste på over 11 timer, og at medianen var 15 timer. Av disse var det en høy andel som enten allerede var eller stod i fare for å bli undervektige. På den annen side mener lederne/styrene i Aagaard (2010a) sin studie at mindre enn halvparten har en nattlig faste på over 11 timer. Som Aagaard (2010a) selv påpeker kan dette ha sammenheng med at deltakerne ikke er ærlige overfor seg selv, og svarer delvis utfra hvordan de ønsker det skal være. Den nattlige fasten bør nemlig ikke overstige tolv timer (Sortland, 2015, s. 146).

Min erfaring er også at tiden mellom kveldsmat og frokost er lengre enn disse tolv timene. Det er rimelig å si at en så lang nattlig faste kan bidra til underernæring da kroppen går lenge uten inntak av energi og må tære på sine egne lagre.

### *Mat utenom måltidene*

Ifølge Aagaard er det mange beboere som oppgir at de ikke spør etter mat utenom måltidene, fordi de ikke ønsker å være til bry. Kun et fåtall oppgir at de får mat når de måtte ønske det. De fleste har derimot et inntrykk av at de ikke kan bestemme selv når de skal spise, men må følge tidspunkt for måltidene (Aagaard, 2010b). Retningslinjene fra Statens ernæringsråd (1995, s. 22) sier på den annen side at beboerne, i størst mulig grad, bør ha tilgang til mat utenom måltidene.

Å tilby frukt kan hevdes å være et enkelt tiltak. Skal man tro resultatene til Aagaard (2010a) serveres frukt daglig ved halvparten av sykehjemmene, hvilket ikke er mye. På den annen side svarte langt mindre av beboerne at de får servert dette (Aagaard, 2010b). Det er dermed rimelig å si at det blir servert for lite frukt ved landets sykehjem. Beboerne mente også at når

frukten først blir servert er det best om den er oppskåret. Dette kom i tillegg frem som et forslag på forbedring (Aagaard, 2010b), hvilket igjen påpeker betydningen av brukermedvirkning og kunnskapsbasert praksis, der ønsker og behov pasienten har blir lyttet til, og effekten det har på måltidsopplevelsen og matinntaket. Som Henderson (1998, s. 57) påpeker, skal man ikke som sykepleier gå utfra at pasienten sier alt vedkommende ønsker, og det kan være ting pasienten ikke er fornøyd med selv om han tilsynelatende virker som. Denne påstanden støttes opp av funnene til Aagaard (2010b), ettersom beboerne hadde mange forslag til forbedring selv om de uttrykte at de var fornøyd.

Jeg har erfart at det å ha et fat med oppskåret frukt fremme, eller legge frukt i skåler som beboerne kan ta med inn på rommet sitt, gjerne på kveldstid, kan være lettvinde måter å møte beboernes ønsker om mer frukt på. Samtidig blir tiden mellom matinntakene ikke lengre enn anbefalt. Frukt kan på den måten bidra til å forebygge underernæring.

## 6.0 Avslutning

Hvordan kan sykepleieren forebygge underernæring hos eldre på sykehjem? I denne oppgaven har jeg tatt for meg hvordan måltidet og måltidsituasjonen kan tilrettelegges for å forebygge underernæring. Jeg har kommet frem til at informasjon og kunnskap om ernæring, rettet mot beboere, vil virke forebyggende. Samtidig vil det øke deres brukermedvirkning, som virker forebyggende i seg selv. Jeg har også kommet frem til at fokus på aldersforandringer, som svekkede sanser og tannstatus, samt økt kunnskap om dette hos sykepleierne, vil bidra til å kunne øke appetitten og matinntaket hos beboerne, og slik virke forebyggende. Videre vil et innbydende, ryddig og fredelig måltidsmiljø med fint dekket bord, blomster og bilder bidra til å forsterke måltidsgleden. Å servere appetittvekkende, godt tilberedt mat på en delikat måte, og ha nok tid satt av til måltidet, vil også kunne bidra til å forebygge underernæring, da maten vil være mer innbydende og beboerne får den tiden de trenger til å innta måltidet. Å sitte seg ned med beboerne, og la beboerne få sitte sammen med mennesker de kan relatere seg med og konversere med, er også tiltak som vil virke forebyggende. Sist, men ikke minst, må ikke tiden mellom kveldsmat og frokost overstige tolv timer, og oppskåret frukt på kveldstid/tidlig morgen kan være med på å korte ned denne tiden. Samtidig må det være rom for at beboerne kan få mat når de måtte ønske det, utenom fastsatte måltidspunkter.

Forskningen på dette feltet var omfattende når det kom til kartlegging av forekomst på underernæring i sykehjem, men ikke fullt så omfattende når det gjelder hva beboerne selv synes om maten og måltidet. Jeg møtte ikke på problemer når jeg skulle finne forskning, og fant noen artikler fra Norge. Det skulle gjerne vært mer fokus på hva beboerne selv synes kan være aktuelle tiltak for å forebygge underernæring på sykehjem, da det tydelig kom frem i forskningen som var, at de har klare meninger om hva de ønsker og hva som skal til for å styrke matlysten.

Jeg håper at denne oppgaven kan bidra til å øke oppmerksomheten på underernæring i landets sykehjem, og at de som leser den kan forstå at det ikke alltid skal så mye til. Enkle tiltak som å sitte seg ned med beboerne har en høyere gevinst enn folk flest kanskje tenker.

## Referanseliste

- Aagaard, H. (2010a). Mat og måltider i sykehjem. En nasjonal kartleggingsundersøkelse. *Sykepleien Forskning*, 5(1), 36-43. DOI:10.4220/sykepleienf.2010.0023
- Aagaard, H. (2010b). "Ærlig talt". *Mat og måltider i sykehjem: En undersøkelse blant beboere i somatiske sykehjem i Østfold* (Oppdragsrapport 1). Halden: Høgskolen i Østfold
- 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 ). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Dalland, , O. (2014). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Eide, H. D., Aukner, C. & Iversen, P. O. (2013). Nutritional status and duration of overnight fast among elderly residents in municipal nursing homes in Oslo. *Nordic Journal of Nursing Research/Vård i Norden*, 33(1), 20-24.
- Forbrukerrådet (2015, 02. juli). *Våre eldre fortjener appetitt på livet*. Hentet 05. februar 2016 fra <http://www.forbrukerradet.no/vi-mener/2015/fpa-offentlig-2015/vare-eldre-fortjener-appetitt-pa-livet/>
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier* (3. utg.). Stockholm: Natur och kultur
- Helsedirektoratet (2010). *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-underertering>
- Helsedirektoratet (2012). *Kosthåndboken: Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet



Helsedirektoratet (2015, 19. juni). *Fire nye innsatsområder i programmet*. Hentet 12.01.16 fra <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/I+trygge+hender/Nyheter/fire-nye-innsatsområder-i-programmet>

Henderson, V. (1998). *Sykepleiens natur: En definisjon og dens konsekvenser for praksis, forskning og utdanning. Refleksjoner etter 25 år*. Oslo: Universitetsforlaget

Holter, I. M. (2011). Sykepleierprofesjonens kjernekompetanse. I I. M. Holter & T. E. Mekki (red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (4. utg, s. 139-148). Oslo: Akribe

Kristoffersen, N. J. (2012). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (red), *Grunnleggende sykepleie bind 1: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg, s. 207-280). Oslo: Gyldendal Akademisk

Kveseth, B. & Mikkelsen, J. (2010). Sykepleierens rolle i kvalitetsarbeid. I U. Knutstad (red.), *Sentrale begreper i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 2* (3. utg., s. 309-346). Oslo: Akribe

Mahadevan, M., Hartwell, H. J., Feldman, C. H., Ruzsilla, J. A. & Raines, E. R. (2013). Assisted-living elderly and the mealtime experience. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 27, 152-161. doi: 10.1111/jhn.12095

Mathisen, J. (2011). Hva er sykepleie? Virginia Hendersons svar. I I. M. Holter & T. E. Mekki (red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (4. utg, s. 149-198). Oslo: Akribe

Melheim, B. G. (2007). Pasientopplevelser av måltidsfellesskap i sykehjem. *Klinisk sykepleie*, 16(2), 26-34

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2015). *Sjekklister for vurdering av forskningsartikler*. Oslo: Kunnskapssenteret. Hentet fra

<http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklister-for-vurdering-av-forskningsartikler>

Nightingale, F. (1984). *Håndbok i sykepleie: Hva det er og hva det ikke er*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Nortvedt, M., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok* (2. utg.). Oslo: Akribe

Nortvedt, P. (2008). *Sykepleiens grunnlag: historie, fag og etikk*. Oslo: Universitetsforlaget

Paquet, C., St-Arnaud-McKenzie, D., Ma, Z., Kergoat, M.-J., Ferland, G. & Dubé, L. (2008). More than just not being alone: The number, nature, and complementarity of meal-time social interactions influence food intake in hospitalized elderly patients. *The Gerontologist*, 48(5), 603-611. doi: 10.1093/geront/48.5.603

Ranhoff, A. H. (2014). Forebyggende og helsefremmende sykepleie. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., 162-173). Oslo: Gyldendal Akademisk

Romøren, T. I. (2014). Eldre, helse og hjelpebehov. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., 29-38). Oslo: Gyldendal Akademisk

Sjøen, R. J. (2012). *Sykepleierens ernæringsbok* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Sortland, K. (2015). *Ernæring – mer enn mat og drikke* (5. utg.). Bergen: Fagbokforlaget

Statens ernæringsråd (1995). *Retningslinjer for kostholdet i helseinstitusjoner*. Oslo: Universitetsforlaget

St.meld. nr. 25 (2005-2006). *Mestring, muligheter og mening: Framtidens omsorgsutfordringer*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Stubberud, D.-G., Almås, H. & Kondrup, J. (2013). Ernæring ved sykdom. I H. Almås, D.-G. Stubberud & R. Grønseth (red.), *Klinisk sykepleie 1* (4. utg, s. 477-505). Oslo: Gyldendal Akademisk

Wikby, K. & Fägerskiöld, A. (2004). The willingness to eat. An investigation of appetite among elderly people. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(2), 120-127. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-6712.2004.00259.x>

# Vedlegg 1

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk

## SJEKKLISTE FOR Å VURDERE KVALITATIV FORSKNING

Målgruppe: studenter og helsepersonell

Hensikt: øvelse i kritisk vurdering

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

*Kan vi stole på resultatene?  
Hva forteller resultatene?  
Kan resultatene være til hjelp i min praksis?*

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på de ulike punktene.

Referanse:

1. Critical Appraisal Skills Programme. [www.casp-uk.net](http://www.casp-uk.net)

"Pasientopplevelser av måltidsfellesskap i sykehjem" - Bente Gunn Melheim

## INNLEDENDE SPØRSMÅL

<b>1. Er formålet med studien klart formulert?</b> <i>TIPS:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>Er det oppgitt en problemstilling for studien?</li> </ul>	<b>Ja</b> <input checked="" type="radio"/>	<b>Uklart</b> <input type="radio"/>	<b>Nei</b> <input type="radio"/>
<b>2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</b> <i>TIPS:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?</li> </ul>	<b>Ja</b> <input checked="" type="radio"/>	<b>Uklart</b> <input type="radio"/>	<b>Nei</b> <input type="radio"/>

## KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?

<b>3. Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</b> <i>TIPS:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>Er utvalg, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet og begrunnet?</li> </ul>	<b>Ja</b> <input checked="" type="radio"/>	<b>Uklart</b> <input type="radio"/>	<b>Nei</b> <input type="radio"/>
<b>Kommentar:</b>			
<b>4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?</b> <i>TIPS:</i> <p>I strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Er det gjort rede for hvem/hva som ble valgt ut og hvorfor? Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (rekrutteringsstrategi)?</li> <li>Er det gjort rede for hvorfor noen valgte ikke å delta?</li> <li>Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, osv.)?</li> </ul>	<b>Ja</b> <input checked="" type="radio"/>	<b>Uklart</b> <input type="radio"/>	<b>Nei</b> <input type="radio"/>
<b>Kommentar:</b> Utvalget er laut, hvilket forfatteren selv påpeker og sier at funnene derfor ikke er allmenngyldige.			
<b>5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?</b> <i>TIPS:</i> Datainnsamlingen må være omfattende nok både i bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger. <ul style="list-style-type: none"> <li>Er metoden som ble valgt god for å belyse</li> </ul>	<b>Ja</b> <input checked="" type="radio"/>	<b>Uklart</b> <input type="radio"/>	<b>Nei</b> <input type="radio"/>
<b>Kommentar:</b>			

<p>problemstillingen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Går det klart fram hvilke metoder som ble valgt for å samle data? For eksempel <b>feltstudier</b> (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), <b>intervjuer</b> (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), <b>dokumentanalyse</b>.</li> <li>• Er måten data ble samlet inn på beskrevet (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)?</li> <li>• Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?</li> </ul>	
--	--

<p><b>6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</b></p> <p><i>TIPS:</i> En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er det redegjort for hvilken type analyse som er brukt (for eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.).</li> <li>• Er det tydelig redegjort for hvordan analysen ble gjennomført (f. eks. de ulike trinnene i analysen)?</li> <li>• Er motstridende data tatt med i analysen?</li> <li>• Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskeren har kommet fram til?</li> </ul>	<p><b>Ja</b> ⊗</p> <p><b>Uklart</b> 0</p> <p><b>Nei</b> 0</p> <p><b>Kommentar:</b></p>
<p><b>7. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</b></p> <p><i>TIPS:</i> Forskningsresultatene blir nødvendigvis påvirket av perspektivet til forskeren. I tillegg vil konteksten som datainnsamlingen foregår innenfor påvirke resultatene.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Har forskeren gjort rede for konteksten som datainnsamlingen foregikk innenfor?</li> <li>• Har forskeren gjort rede for sitt teoretiske ståsted og sin faglige bakgrunn?</li> </ul>	<p><b>Ja</b> ⊗</p> <p><b>Uklart</b> 0</p> <p><b>Nei</b> 0</p> <p><b>Kommentar:</b></p>
<p><b>8. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?</b></p> <p><i>TIPS:</i> Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller å få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilde gir helt likt uttrykk. Imidlertid bør slike forskjeller forklares</p>	<p><b>Ja</b> ⊗</p> <p><b>Uklart</b> 0</p> <p><b>Nei</b> 0</p> <p><b>Kommentar:</b> Forfatteren viser til andre forskningsfunn gjennom hele drøftingen.</p>

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk

<p>tilfredsstillende.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?</li> </ul>			
<p><b>9. Er etiske forhold vurdert?</b></p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ble studien forklart for deltagerne (f.eks. gjennom informert samtykke)?</li> <li>Dersom relevant, ble studien forelagt Etisk komite?</li> </ul>	<p><b>Ja</b></p> <p>⊙</p>	<p><b>Uklart</b></p> <p>0</p>	<p><b>Nei</b></p> <p>0</p>
	<p><b>Kommentar:</b>                  klarsignal fra regional komite for medisinsk forsknings-etikk.</p>		

HVA ER RESULTATENE?

<p><b>8. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kan du oppsummere hovedfunnene?</li> <li>Ble funnene diskutert i lys av det opprinnelige formålet med studien?</li> </ul>	<p><b>Ja</b></p> <p>⊙</p>	<p><b>Uklart</b></p> <p>0</p>	<p><b>Nei</b></p> <p>0</p>
	<p><b>Kommentar:</b>                  Gode overskrifter både i resultat- og drøftingsdel</p>		

KAN RESULTATENE BRUKES I MIN PRAKSIS?

<p><b>Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</b></p> <p>TIPS:                  Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. Isteden kan resultatene gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kan resultatene hjelpe meg til bedre å forstå sammenhengen jeg arbeider i?</li> <li>Drøft hvordan funnene kan utvide eksisterende kunnskap og forståelse?</li> </ul>	<p><b>Kommentar:</b>                  Disse resultatene kan brukes for å belyse min problemstilling da de tar for seg mye av akkurat det jeg vil skrive om.</p>		
--	---	--	--

## Vedlegg 2

Kritisk vurdering - prevalensstudie

### SJEKKLISTE FOR VURDERING AV PREVALENSSTUDIE

(Tverrsnittstudie, spørreundersøkelse, survey)

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

*Kan vi stole på resultatene?*

*Hva forteller resultatene?*

*Kan resultatene være til hjelp i praksis?*

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på spørsmålene.

Basert på EBMH Notebook. Guidelines for evaluating prevalence studies. May 1998, Vol 1, No 2 pp 37-9. URL: [http://www.psychiatry.ox.ac.uk/cebmh/journal/contents/1\(2\)/37-9.html](http://www.psychiatry.ox.ac.uk/cebmh/journal/contents/1(2)/37-9.html)

Cathryn Thomas, Sheila Greenfield and Yvonne Carter. Questionnaire design. Chapter 6 in "Research Methods in Primary Care" (1997) Oxford: Radcliffe Medical Press.

"Kærlig talt". Mat og måltider i sykehjem: En undersøkelse blant beboere i somatiske sykehjem i Østfold. - Hagaard, (2010b)



### INNLEDENDE SPØRSMÅL

<b>1. Er problemstillingen i studien klart formulert?</b>	<b>Ja</b> <input checked="" type="radio"/>	<b>Uklart</b> <input type="radio"/>	<b>Nei</b> <input type="radio"/>
<b>2. Er en prevalensstudie en velegnet metode for å besvare problemstillingen / spørsmålet?</b>	<b>Ja</b> <input checked="" type="radio"/>	<b>Uklart</b> <input type="radio"/>	<b>Nei</b> <input type="radio"/>

### KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE

<b>3. Er <u>befolkningen</u> (populasjonen) som utvalget er tatt fra, klart definert?</b> <i>TIPS:</i> - Er det gitt opplysninger om befolkningsgruppen som alder, kjønn, språk, etnisk tilhørighet og sosio-økonomiske forhold? - Er det gjort rede for subgrupper i befolkningen som ikke dekkes av studien?	<b>Ja</b> <input checked="" type="radio"/>	<b>Uklart</b> <input type="radio"/>	<b>Nei</b> <input type="radio"/>
<b>4. Ble <u>utvalget</u> inkludert i studien på en tilfredsstillende måte?</b> <i>TIPS:</i> - En god studie inkluderer et utvalg som nøyaktig representerer en definert befolkningsgruppe. Dette sikres ved bruk av statistiske utvalgsmetoder og ved en vurdering av respondentenes karakteristika - Var utvalget representativt for en definert befolkningsgruppe?	<b>Ja</b> <input checked="" type="radio"/>	<b>Uklart</b> <input type="radio"/>	<b>Nei</b> <input type="radio"/>

<p><b>5. Er det gjort rede for om <u>respondentene</u> skiller seg fra dem som ikke har respondert?</b></p> <p>TIPS: Ikke-respondenter er frafall i utvalget.</p>	<p>Ja <input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart <input type="radio"/></p>	<p>Nei <input type="radio"/></p>
<p><b>6. Er svarprosenten høy nok?</b></p> <p>TIPS: I spørreundersøkelser er det vanligvis OK med en svarprosent på &gt;70, så lenge forfatterne viser at respondenter og ikke-respondenter har like karakteristika som befolkningen de er utvalgt fra.</p>	<p>Ja <input checked="" type="radio"/></p> <p>88</p>	<p>Uklart <input type="radio"/></p>	<p>Nei <input type="radio"/></p>
<p><b>7. Bruker studien <u>målemetoder</u> som er pålitelige (valide) for det man ønsker å måle?</b></p> <p>TIPS: Er det brukt spørreskjemaer som er valide, testet og anvendt i tidligere studier? Ble spørreskjemaet pilottestet, evt validert?</p>	<p>Ja <input checked="" type="radio"/></p> <p>Pilottestet</p>	<p>Uklart <input type="radio"/></p>	<p>Nei <input type="radio"/></p>
<p><b>8. Er <u>datainnsamlingen</u> standardisert?</b></p> <p>TIPS: Er datainnsamlingen identisk for alle utvalgte individer? Alle avvik fra en standard kan gi skjevhet når dataene samles inn. (F.eks intervjuetoder og personer) Sikres ved opplæring av intervjuer, veiledning, metode for å sikre data fra respondenter, spørreundersøkelsens utforming (avkryssing, Liker- skala etc) Standardiserte og valide målemetoder ved tester</p>	<p>Ja <input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart <input type="radio"/></p>	<p>Nei <input type="radio"/></p>
<p><b>9. Er <u>dataanalysen</u> standardisert?</b></p> <p>TIPS: Analysen skal kunne skille individuelle forskjeller som er reelle fra forskjeller som er tilfeldige. Se på hvordan "åpne spørsmål" er behandlet. Er analysering av data gjort av to uavhengige personer?</p>	<p>Ja <input checked="" type="radio"/></p> <p>åpne spørsmål behandlet manuelt</p>	<p>Uklart <input type="radio"/></p>	<p>Nei <input type="radio"/></p>

## HVA FORTELLER RESULTATENE?

<p><b>10. Hva er resultatet i denne studien?</b></p> <p><i>TIPS:</i> Hva er hovedkonklusjonen? Kan du oppsummere resultatene i én setning?</p> <p><b>Kan resultatene skyldes tilfeldigheter?</b> Presenterer studien resultatene med konfidensintervall for statistiske estimater? Er det oppgitt p-verdier?</p>	<p>Her er det mange resultater da studien dekker mye, men et klart funn å trekke frem er at selv om beboerne sier de er fornøyd, kommer det likevel frem når man går inn i detaljer at det er en del de ønsker kunne vært forbedret.</p>
--	--

## KAN RESULTATENE VÆRE TIL HJELP I MIN PRAKSIS

<p><b>11. Kan resultatene overføres til praksis?</b></p>	<p><b>Ja</b> <input checked="" type="radio"/></p>	<p><b>Uklart</b> <input type="radio"/></p>	<p><b>Nei</b> <input type="radio"/></p>
<p><b>12. Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene i andre tilgjengelige studier?</b></p> <p><i>TIPS:</i> Prevalensstudier gjøres for å bekrefte en eksisterende teori eller kunnskap, ikke for å lage en ny teori! Eksisterende kunnskap kommer fra kliniske og epidemiologiske studier som fokuserer på etiologi, prognose og effekt av tiltak.</p>	<p><b>Ja</b> <input checked="" type="radio"/></p>	<p><b>Uklart</b> <input type="radio"/></p>	<p><b>Nei</b> <input type="radio"/></p>