



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001

Predefinert informasjon

Startdato:	25-02-2019 09:00	Termin:	2019 VÅR
Slutt dato:	25-04-2019 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F + Bestått)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 SYKHB30011 PRO1 2018 HØST Haugesund		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 55

Informasjon fra deltaker

Tittel *: Underernæring hos eldre på sykehjem

Antall ord *: 7737

Engelsk tittel *: Malnutrition among elderly in nursing homes

Egenerklæring *: Ja **Inneholder besvarelsen Nei**
konfidensiell materiale?:

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

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Underernæring hos eldre på sykehjem
Malnutrition among elderly in nursing
homes

Kandidatnummer: 55

Bachelorutdanning i sykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap/Institutt for helse-
og omsorgsvitenskap / Sykepleie i Haugesund

Veileder: Anne Lise Holm

Innleveringsdato: 25.04.2019

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, § 10.

Sammendrag

Bakgrunn: Forekomsten av underernæring hos pasienter på sykehjem og sykehus varierer mellom 10 % og 60 %. Det kan være en utfordring for eldre pasienter på sykehjem å få dekket sitt ernæringsbehov. Pasientene er generelt skrøpelige, har nedsatt appetitt, og flere har i tillegg sykdommer som kan påvirke ernæringstilstanden.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleiere bidra til å bedre ernæringsstatusen hos eldre underernærte pasienter på sykehjem?

Hensikt: Hensikten med denne oppgaven er å få mer kunnskap om hvordan sykepleiere kan bedre ernæringsstatusen hos eldre underernærte på sykehjem.

Metode: Metoden i oppgaven min er bygget på litteraturbasert studie, der jeg har valgt ut seks forskningsartikler som er relevante for min problemstilling. Oppgaven er også basert på pensum- og selvvalgt litteratur, samt egne erfaringer.

Resultater: Analysen av artiklene førte frem til fem hovedkategorier: kartlegging og vurdering av ernæringsstatus, bidra til bedre tverrfaglig samarbeid i ernæringsarbeidet, behov for økt kunnskap og kompetanse, medvirkning i måltidsaktiviteter og etiske dilemmaer i ernæringsarbeidet. Resultatene i oppgaven viser at sykepleiere trenger mer kunnskap om ernæring, samt behov for å innarbeide bedre rutiner i ernæringsarbeidet. Tverrfaglig samarbeid anses å være en nøkkelfaktor på dette området. Videre kommer det frem at pasientene deltar minimalt i måltidsaktiviteter, og pasientenes medvirkning blir i liten grad ivarettatt. Sykepleiere opplever etiske dilemmaer i møte med underernærte pasienter, men erfarer at de ofte ikke er lett å kommunisere og belyse disse, da press på ressurser medfører andre prioriteringer.

Konklusjon: Kunnskap og kompetanse på ernæringsområdet må styrkes. Kartlegging av ernæringsstatus på et tidlig tidspunkt er avgjørende. Tverrfaglig samarbeid og involvering av pasientene kan bidra til å bedre ernæringsstatusen hos den enkelte. Ledere på sykehjem bør legge til rette for etiske refleksjonsgrupper, samt ta ansvar for at kompetanse om ernæring er tilfredsstillende blant sykepleiere.

Nøkkelord: Sykehjem, underernæring, eldre, ernæringsstatus

Summary

Background: The instance of malnutrition among elderly in nursing homes and hospital, varies between 10 percent and 60 percent. It can be a challenge for elderly patients in nursing homes to get their nutritional needs covered. In general the patients are frail, has impaired appetite and in addition many have diseases which can affect the nutritional status.

Issues: How can nurses help improve the nutritional status of elderly malnourished patients in nursing homes?

Purpose: The purpose of this task is to get more knowledge about how nurses can improve the nutritional status of elderly malnourished patients in nursing homes.

Method: Literature-based study, where I have selected six research articles that are relevant to my issues. The task is also based on curriculum and self-selected literature, and my own experiences.

Result: The analysis of the articles resulted in five main categories: mapping and assessment of nutritional status, contributing to better interdisciplinary cooperation in nutritional work, need for increased knowledge and competence, involvement in meal activities, and ethical dilemmas in the nutritional work. The results in the task show that nurses need more knowledge about nutrition, as well as the need to incorporate better routines into the nutritional work. Interdisciplinary cooperation is considered a key factor in this area. Furthermore, patients have a minimal involvement in meal activities, and patient participation is largely not taken care of. Nurses experience ethical dilemmas in caring of undernourished patients, but experience that it is often not easy to communicate and illuminate these, as pressure on resources entails other priorities.

Conclusion: Knowledge and competence in the nutrition area must be strengthened. Mapping of nutritional status at an early stage is crucial. Interdisciplinary cooperation and involvement of patients can help to improve the nutritional status of the individual. Leaders in nursing homes should facilitate ethical reflection groups in the department, as well as take responsibility for the competence of nutrition to be satisfactorily among nurses.

Keywords: Nursing homes, malnutrition, elderly, nutritional status

1. Innholdsfortegnelse

1. Innledning	4
1.1 Bakgrunn for valg av tema	4
1.2 Hensikt.....	5
1.3 Problemstilling.....	5
1.4 Avgrensninger	5
2. Teori	6
2.1 Virginia Henderson	6
2.2 Sykepleierens ansvar i ernæringsarbeidet	7
2.3 Ernæring	7
2.4 Eldre og ernæring	8
2.5 Vurdering av ernæringsstatus	9
3. Metode	11
3.1 Beskrivelse av metode.....	11
3.2 Litteratursøk	12
3.3 Kildekritikk	12
3.4 Metodekritikk	13
3.5 Etske vurderinger	14
4. Resultat	15
4.1 Artikkel 1 (Gjerlaug, Harviken, Uppsata & Bye, 2018)	15
4.2 Artikkel 2 (Sortland, Gjerlaug & Harviken, 2013)	15
4.3 Artikkel 3 (Grøndahl & Aagaard, 2016)	16
4.4 Artikkel 4 (Kuven & Giske, 2018).....	16
4.5 Artikkel 5 (Forss, Nilsson og Borglin, 2018).....	16
4.6 Artikkel 6 (Kuven & Giske, 2015).....	17
4.7 Oppsummering av funn.....	17
5. Drøfting	18
5.1 Kartlegging og vurdering av ernæringsstatus	18
5.2 Bidra til bedre tverrfaglig samarbeid i ernæringsarbeidet	20
5.3 Behov for økt kunnskap og kompetanse.....	21
5.4 Medvirkning i måltidsaktiviteter	23
5.5 Etske dilemmaer i ernæringsarbeidet	25
6. Avslutning	27
7. Referanseliste	28
Vedlegg	32
Vedlegg 1.....	32
Vedlegg 2.....	34
Vedlegg 3.....	38
Vedlegg 4.....	42

1. Innledning

I dette kapittelet vil jeg først presentere bakgrunn for valg av tema. Deretter vil jeg presentere, hensikt med oppgaven, problemstilling og oppgavens begrensninger.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Temaet jeg har valgt å ta for meg, er underernæring hos eldre pasienter på sykehjem. I oppgaven vil jeg gå i dybden på hvordan sykepleiere kan bedre ernæringsstatusen hos denne gruppen. Forekomsten av underernæring på sykehus og sykehjem varierer mellom 10% og 60%, avhengig av hvilke metoder som er brukt, hvilke grupper som er undersøkt og hvilke grenseverdier som er satt for å stille diagnosen (Helsedirektoratet, 2013). En pasientgruppe som er særlig utsatt og har risiko for underernæring, er eldre (Sortland, 2015, s. 165), og i følge Brodtkorb, (2014, s. 304) har sykepleiere en sentral rolle knyttet til å forbedre og kartlegge ernæringsstatusen.

Gjennom studiet og arbeid har jeg erfart manglende veierutiner, at helsepersonell har for lite kunnskap og kompetanse om ernæring til eldre, og at man ikke har tilstrekkelig fokus på underernæring i en travel hverdag. Konsekvenser av underernæring kan blant annet føre til nedsatt immunforsvar, depresjon, forsinket sårheling og fallfare (Aagaard, 2016, s. 215). Underernæring, i noe varierende grad, har jeg observert i alle praksiser jeg har gjennomført. Jeg mener underernæring er et viktig og interessant tema, og ønsker i min fremtidige yrkesutøvelse å forhindre dette i størst mulig grad. Problemstillingen er relevant for pensumet og sykepleierutdanningen, og jeg mener dette aktuelle kunnskapsområdet bør fokuseres mer på i undervisning og praksis.

Helsepersonelloven § 4 (1999) sier at "Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig". For å kunne utøve faglig forsvarlig sykepleie når det gjelder ernæring er det viktig å ha kunnskap om pasientens ernæringsbehov, konsekvenser av feil- og underernæring, ernæringskomponenter og administrering av ernæring til pasienter (Stubberud, Almås & Kondrup, 2013, s. 478).

1.2 Hensikt

Den faglige hensikten ved denne oppgaven er å få mer kunnskap om hvordan sykepleiere kan bedre ernæringsstatusen hos eldre underernærte pasienter på sykehjem. Jeg håper at et bredere fokus på dette området kan føre til økt kunnskap hos sykepleiere. Den formelle hensikten med oppgaven er avsluttende eksamen i Bachelor i Sykepleie ved HVL, kull 2016-2019.

1.3 Problemstilling

Hvordan kan sykepleiere bidra til å bedre ernæringsstatusen hos eldre underernærte pasienter på sykehjem?

1.4 Avgrensninger

I denne oppgaven har jeg valgt å avgrense til eldre som bor på sykehjem. Før jeg begynte med litteratursøk tenkte jeg å avgrense oppgaven til demente på sykehjem, men etter jeg har lest en del litteratur viste det seg at de fleste artiklene har fokusert på pasienter generelt på sykehjem, og ikke spesifikke pasientgrupper. Derfor velger jeg også å gjøre det samme.

Denne oppgaven kommer ikke til å omfatte ernæring til døende pasienter, og jeg velger også å ekskludere pasienter som trenger parenteral- og intravenøs ernæring.

2. Teori

I dette kapitlet vil jeg først presentere Virginia Hendersons sykepleieteori. Deretter vil jeg presentere teori om sykepleierens ansvar i ernæringsarbeidet, samt ernæring generelt, eldre og ernæring og vurdering av ernæringsstatus.

2.1 Virginia Henderson

I denne oppgaven har jeg, i all hovedsak, valgt å bygge min besvarelse på Virginia Henderson sin sykepleieteori. Teorien legger hovedvekt på menneskets grunnleggende behov, der blant annet spise og drikke tilstrekkelig er ett av punktene (Henderson, 1997, s. 18).

Hendersons definisjon på sykepleierens spesielle funksjon (Henderson, 1997, s. 9):

Sykepleierens særegne funksjon er å hjelpe individet, sykt eller friskt i utførelsen av de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse, noe han ville ha gjort uten hjelp om han hadde hatt tilstrekkelige krefter, kunnskaper og vilje, og å gjøre dette på en slik måte at individet gjenvinner uavhengighet så fort som mulig.

Henderson (1997, s. 18-19) har utarbeidet 14 punkter som betegner grunnleggende sykepleieprinsipper. Disse er knyttet til grunnleggende menneskelige behov. De første åtte punktene gjelder i stor grad fysiologiske behov, mens de seks siste gjelder behov av psykososial kultur (Henderson, 1997, s. 18-19). Henderson (1997, s. 30) påpeker at sykepleieren er den som best vet hva pasienten ønsker å spise, da sykepleieren tilbringer mest tid med pasienten. Henderson (1997, s. 32) skriver at det er viktig å legge forholdene til rette for pasienten i spisesituasjonen for å øke matinntaket. Videre skriver Henderson (1997, s. 32) at det er viktig å oppmuntre pasienten til å hjelpe seg selv, så han kan bli selvhjulpen fortest mulig. Det er sykepleieren som har ansvar for å sørge at pasientens næringstilførsel er tilstrekkelig, og observasjon og rapport fra sykepleiere er viktig i samarbeid med lege (Henderson, 1997, s. 33). I følge Henderson (1997, s. 15) må utgangspunktet for ivaretagelse av grunnleggende behov individualiseres, og sykepleieren må skaffe seg kjennskap til hvordan pasienten opplever sine behov, og hvordan disse kan tilfredstilles best.

2.2 Sykepleierens ansvar i ernæringsarbeidet

Helsedirektoratet (2016) skriver at sykepleieren har ansvar for at pasienten får tilstrekkelig mat og drikke som er tilpasset pasientens behov og ønsker. Sykepleieren har ansvar for ernæringskartleggingen, og har sammen med annet pleiepersonell ansvar for at ernæringsplanen blir fulgt opp (Helsedirektoratet, 2016). Aagaard (2016, s. 193-194) skriver at sykepleieren må ha kunnskap om ernæringsbehovet og de ulike næringsstoffene som må tilføres kroppen for å kartlegge om pasienten får dekket sitt ernæringsbehov.

Aagaard (2016, s. 221) skriver at det må iverksettes målrettede tiltak hvis kartleggingen viser at pasienten har ernæringsproblemer. Alle pasienter som er i ernæringsmessig fare, bør ha en individuell ernæringsplan. Det er viktig at planen tar hensyn til pasientens vaner og ønsker, og settes opp sammen med vedkommende. Planen skal beskrive de individuelle handlingene som iverksettes, hvilke behov for væske og ernæring pasienten har, og hva som er pasientens faktiske energi- og væskeinntak (Aagaard, 2016, s. 222).

I følge Brodtkorb (2014, s. 313) er tverrfaglig samarbeid ofte nødvendig for å lykkes i arbeidet med å sikre ernæringstilstanden hos eldre. Sykepleierens viktigste samarbeidspartnere er lege og ernæringsfysiolog (Brodtkorb, 2014, s. 313). Røkenes og Hanssen (2012, s. 246) skriver at dersom tverrfaglig samarbeid skal fungere godt, kreves det at ulike profesjoner finner en hensiktsmessig balanse mellom å bevare sin egenart og la andre få innflytelse. Kristoffersen (2016, s. 373) skriver at kommunikasjon er et sentralt verktøy i møte med pasienter, pårørende og kollegaer. Å lytte aktivt bidrar til å etablere en god og trygg relasjon, noe som er viktig i et godt samarbeid (Kristoffersen, 2016, s. 373).

2.3 Ernæring

For å ivareta helse og velvære er behovet for væske og ernæring et grunnleggende behov som må dekkes (Aagaard, 2016, s. 191). En viktig sykepleieoppgave er å hjelpe eller legge forholdene til rette for at pasienter skal få dekket sitt behov for næringsstoffer og væske. Dette innebærer blant annet inntak av tilstrekkelig mengde av mat og drikke med riktig sammensetning til å opprettholde normale kroppsfunksjoner, samt fremme helse, vekst og utvikling (Aagaard, 2016, s. 192).

Aagaard (Aagaard, 2016, s. 193) skriver at for å opprettholde de basale funksjonene, må kroppen produsere energi. Kroppen får tilført energi ved å forbrenne energigivende næringsstoffer som proteiner, fett og karbohydrater. Det er mange faktorer som påvirker energiomsetningen i kroppen, blant annet angst, sykdom og fysisk aktivitet (Aagaard, 2016, s. 193).

Helsedirektoratet (2016) anbefaler at for personer som er i ernæringsmessig risiko, skal 35-40% av energien komme fra fett, 15-20% komme fra proteiner og 40-50% komme fra karbohydrater. I følge Aagaard (2016, s. 197) er vitaminer livsnødvendige næringsstoffer som hovedsakelig blir tilført gjennom kosten. Ved mangel på ett eller flere vitaminer kan vi lett føle oss slappe og trette, og mangel over tid kan føre til alvorlige mangelsykdommer (Aagaard, 2016, s.197). Videre sier Aagaard (2016, s. 193-194) at hvis energiinntaket er større enn energibehovet, er energibalansen positiv. Men hvis energiinntaket er lavere enn energibehovet er energibalansen negativ, og kroppsvekten vil avta. En tommelfingerregel er at en persons energibehov er 30 kcal per kilo kroppsvekt per døgn (Aagaard, 2016, s. 193-194).

2.4 Eldre og ernæring

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer eldre som gruppen fra 60 år og oppover (Bastøe & Frantsen, 2016, s. 354). I følge Sortland (2015, s. 141) skjer det forandringer i kroppen ved økende alder, som kan få betydning for kosthold og ernæringsstatus. En av det viktigste endringene er at muskelmassen reduseres, som gjør at energibehovet avtar. Videre reduseres beinmassen, vekten på indre organer og mengden av væske i kroppen avtar. Det kan forekomme ernæringsmessige konsekvenser når energiforbruket og energiinntaket synker, hvis ikke næringstettheten økes. Lukte- og smakssansene blir dårligere med årene, og ved økende alder skjer det endringer i fordøyelsessystemet (Sortland, 2015, s. 141).

I følge Brodtkorb (2014, s. 303-304) er referanseverdien for kroppsmasseindeks (KMI) foreslått noe høyere hos eldre over 65 år. KMI uttrykker forholdet mellom vekt og høyde, og er kanskje den viktigste metoden for vurdering av pasientens ernæringsstatus. Sortland (2015, s. 142) skriver at KMI mellom 24 og 29 kg/m² vil sannsynligvis være tegn på et høyt innhold av muskelmasse, noe som er gunstig for funksjonsevnen. En KMI under 22 kg/m² kan være tegn på underernæring hos eldre. I følge Helsedirektoratet (2013) er underernæring en ernærings situasjon der mangel på energi og viktige næringsstoffer forårsaker en målbar

ugunstig effekt på funksjon og kroppssammenheng, samt klinisk resultat. I følge Sortland (2015, s. 165) oppstår underernæring når inntaket av energi og næringsstoffer er så lavt at man går ned i vekt. Grupper som er særlig utsatt for underernæring er eldre, demente, enslige, pasienter med kroniske lidelser som kreft og eldre med obstipasjonsproblemer. Høyest forekomst ser man blant eldre over 70 år (Sortland, 2015, s. 165). Sortland (2015, s. 167) skriver videre at det er mange mulige årsaker til underernæring. For eksempel er behovet for energigivende og vevsoppbyggende næringsstoffer større ved feber, skader og infeksjoner. Det som er utfordringen ved å dekke energibehovet og næringsbehovet er at pasienten sitt matinntak ofte kan være nedsatt. Dette er en stor utfordring som sykepleiere ofte står ovenfor, og det kan få alvorlige konsekvenser, dersom det ikke blir iverksatt nødvendige tiltak raskt (Sortland, 2015, s. 167). Appetittmangel kan være årsak til nedsatt ernæringsstatus, og det er mange faktorer som spiller inn. Blant annet kan medpasienter, miljø, lukt, spisestilling, smerter, kvalme, tenner, munn og svelg ha en innvirkning på appetitten (Sortland, 2015, s. 168). Det kan oppstå mange alvorlige konsekvenser for pasientens allmenntilstand og livskvalitet ved underernæring. Videre kan underernæring blant annet føre til økt falltendens, redusert bevegelighet, nedsatt immunforsvar, apati, depresjon og forsinket sårheling (Sortland, 2015, s. 166).

2.5 Vurdering av ernæringsstatus

Helsedirektoratet (2016) skriver at underernæring utvikler seg ofte fordi problemet ikke blir identifisert. En tidlig vurdering av ernæringsmessig risiko gjør det mulig å sette i gang tiltak før pasienten har utviklet underernæring (Helsedirektoratet, 2016).

Sortland (2015, a. 169) skriver at alle pasienter som innlegges på sykehjem skal vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse, og deretter bli vurdert månedlig eller etter et faglig begrunnet individuelt opplegg. Hensikten med kartleggingen er å identifisere de pasientene som er i risiko, slik at de kan få behandling og ernæring de har behov for. Det finnes ingen fasit for hvordan man skal måle ernæringsstatus, men det finnes en rekke ulike metoder en kan bruke. Viktigste metodene er kostintervju, kliniske og antropometriske undersøkelser som høyde- og vektmålinger, midje- og hoftemål, overarmsmål, biokjemiske analyser og hudfoldsmålinger med kaliper (Sortland, 2015, s. 169). Videre skriver Sortland (2015, s. 173) at det er utarbeidet ulike screeningskjemaer for å kartlegge risiko for underernæring, noe som

gjør det enklere for sykepleiere å skaffe seg en oversikt over pasientens ernæringsstatus. For eksempel er Nutritional Risk Screening (NRS) anbefalt å bruke til alle pasienter ved innleggelse på sykehus, mens screeningsverktøyet Mini Nutritional Assessment (MNA) anbefales til eldre i hjemmesykepleien og sykehjem (Sortland, 2015, s. 173).

3. Metode

I dette kapittelet presenteres beskrivelse av metode, litteratursøk, kildekritikk, metodekritikk og etiske vurderinger.

3.1 Beskrivelse av metode

I følge Dalland (2017, s. 51) forteller metoden oss om hvordan vi bør gå frem for å fremkalle eller etterprøve kunnskap. Metoden er redskapet vårt i møte med noe vi vil undersøke, og hjelper oss til å samle inn data, som vil si den informasjonen vi trenger til undersøkelsen vår (Dalland, 2017, s. 52). Metoden i denne oppgaven er en litteraturstudie. I følge Støren (2013, s. 17) er en litteraturstudie basert på systematisk kunnskap. Du skaffer deg en oversikt over kunnskapen din fremtidige yrkesgruppen er opptatt av, noe som er nyttig arbeid (Støren, 2013, s. 17).

Materialet i en litteraturstudie er basert på den allerede eksisterende kunnskapen som er presentert i artikler, som en henter fra ulike databaser. Litteraturstudien skaper ingen ny kunnskap, selv om nye erkjennelser kan komme frem når man sammenstiller kunnskap fra flere artikler/undersøkelser (Støren, 2013, s. 17). Jeg har brukt litteratur som er hentet fra pensumbøker, fagbøker og forskningsartikler for å besvare problemstillingen rundt temaet underernæring hos eldre på sykehjem. Personlige erfaringer fra praksis og som assistent på sykehjem, vil også bli belyst i drøftingen. I oppgaven har jeg inkludert artikler som er både kvalitative og kvantitative. I følge Dalland (2017, s. 52) har de kvantitative metodene den fordelen at de gir data i form av målbare enheter, mens de kvalitative metodene tar sikte på å fange opp opplevelser og meninger som ikke lar seg tallfeste eller måle. Begge metodene bidrar på hver sin måte til å bedre forståelsen av det samfunnet vi lever i, og hvordan enkeltmenneske, grupper og institusjoner handler og samhandler (Dalland, 2017, s. 52). Jeg har valgt å ha artikler som belyser både kvantitative og kvalitative metoder, da kombinasjon av disse metodene best belyser problemstillingen og gir en god forståelse om temaet underernæring blant eldre på sykehjem.

3.2 Litteratursøk

Jeg gikk inn på Høgskolen på Vestlandet sin nettside og fant frem til databaser for helsefag. Jeg gjorde totalt tre søk, og begynte å søke i databasen Svemed+, da jeg har god erfaring med denne databasen. Søkeordene jeg brukte var "malnutrition" og "nursing home", kombinerte disse med "AND", klikket av for "peer reviewed", og begrenset årstall fra 2008-2018. Med disse søkeordene fant jeg fire artikler. Videre gikk jeg inn på databasen PubMed, og brukte søkeordene "nurse", "experience", "nutrition" og "nursing home", klikket av på "10 years" og "English", og fant en aktuell artikkel som fokuserte på sykepleierens og pasientenes erfaringer i ernæringsarbeidet på sykehjem. Jeg var også inne på databasen CINAHL, og kombinerte søkeordene "meals", "nursing home" og "experience". Videre klikket jeg av for "aged: 65 + years" og begrenset årstallet fra 2008-2018. Med disse søkeordene fant jeg en aktuell artikkel. Vedlegg 1 viser hvilke databaser jeg brukte, hvilke søkeord jeg brukte, antall treff, antall leste abstrakt, og valgte artikler.

3.3 Kildekritikk

Det er viktig å være kritisk til kildene som benyttes. I følge Dalland (2017, s. 152) handler kildekritikk om å finne ut om kilden er troverdig eller ikke. Kilden må også vurderes i forhold til hvor relevant den er for din problemstilling eller ditt tema (Dalland, 2017, s. 153). I følge Dalland (2017, s. 152) er det to sider ved kildekritikk. Den første siden omhandler det å finne frem den litteraturen som best belyser din problemstilling, det vi kaller litteratursøking eller kildesøking. Den andre siden dreier seg om å gjøre rede for den litteraturen du har anvendt i oppgaven (Dalland, 2017, s. 152). Dalland (2017, s. 159) skriver at grunnlaget for å utøve kildekritikk er kunnskap. Det vil si at du må kunne det du skriver om, og kjenne til pensumet. For å finne relevant forskning har jeg brukt troverdige databaser gjennom biblioteket på Høgskolen, og jeg sjekket at alle artiklene var fagfellevurderte. Videre vurderte jeg om de var relevante for min problemstilling og for mitt tema, da jeg har sett på overskriften og lest sammendraget. For å oppnå mine kriterier måtte det omhandle eldre personer som bor på sykehjem, som er underernærte eller står i fare for det og som kan bidra til forbedring i ernæringsarbeidet. En av artiklene som jeg har valgt å ta med, omhandler hvilke etiske dilemmaer sykepleieren står ovenfor i arbeidet med ernæring hos mennesker med demens. Selv om jeg ikke har valgt å fokusere på demens i denne oppgaven, mener jeg artikkelen egner

seg godt til min problemstilling, da mange av de etiske dilemmaene som kommer frem er aktuelle for sykepleiere uavhengig av om pasienten er rammet av en demens lidelse eller ikke.

I følge Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim og Reinart (2012, s. 69) er de fleste vitenskapelige artiklene bygd opp etter IMRAD-prinsippet. IMRAD står for introduksjon, metode, resultat og diskusjon (Nortvedt et al., 2012, s. 69). I søket mitt etter relevante forskningsartikler, undersøkte jeg om artiklene var bygget opp etter IMRAD- strukturen. Jeg har brukt oppdatert forskning som ikke er eldre enn ti år, og har brukt fem artikler fra Norge. Dette er med på å styrke oppgaven, da resultatene beskriver noe om hvordan situasjonen er i Norge. Videre er det brukt sjekklister fra Folkehelseinstituttet (2019) for å kontrollere validiteten til artiklene. For å sjekke troverdigheten til artiklene har jeg søkt opp forfatterne. Jeg fant at artiklene var skrevet av professorer og høyskolelektorer, og på bakgrunn av dette vurderer jeg disse artiklene som egnet. For eksempel på kildekritikk fra artikkel 4 "Samhandling mellom sykepleier og lege er viktig for ernæringstilstanden til sykehjemspasienter (2018)", ligger som vedlegg 2 i slutten av oppgaven.

Svakheter med engelskspråklige artikler, kan være at jeg har oversatt og tolket teksten feil. Jeg har også lest gjennom mange overskrifter og sammendrag, og kan ha oversatt relevant litteratur. Jeg har benyttet meg av primærkilder i oppgaven, da det er fare for feiltolkning ved bruk av sekundærkilder (Dalland, 2017, s. 171). Det kan ha oppstått mistolkninger i boken "ICN Sykepleierens grunnprinsipper" utarbeidet av Virginia Henderson (1997), da den er oversatt til norsk. Boken er også over 10 år gammel, men jeg anser den allikevel som svært relevant for min litteraturstudie.

3.4 Metodekritikk

Metodekritikk går ut på å vurdere hvordan metoden har fungert, sammenlignet med andre alternative metoder (Dalland, 2017, s. 225). Litteraturstudie kan både ha fordeler og ulemper. Forsberg og Wengström (2015, s. 26) skriver at en ulempe med litteraturstudie er at studiens konklusjon kan være preget av forfatteren, da forfatteren velger ut hvilken forskning som skal brukes i sin studie, og de utvalgte artiklene kan da gjenspeile forfatterens meninger eller det

forfatteren ønsker å få frem. En fordel med litteraturstudie er at en kan få frem mange ulike synspunkter.

Det ble søkt i ulike databaser når jeg skulle finne artikler. Blant disse var SveMed+, PubMed og CINAHL, og felles for disse er at alle er rettet mot sykepleiefaglig forskning. Jeg har utført systematiske litteratursøk, men det er likevel ikke sikkert at jeg har funnet alt innenfor området. Hvis jeg hadde gjort et annet utvalg av artikler, kunne konklusjonen resultert annerledes.

3.5 Etiske vurderinger

Jeg har gjort etiske overveielser i min litteraturstudie, og fem av seks artikler er sjekket og godkjent av etisk komite. For artikkel 1 kan jeg ikke finne om artikkelen er vurdert av etisk komite, men anser allikevel denne artikkel som egnet til formålet med litteraturstudien min. Jeg har som mål å referere korrekt til kilder i teksten, og har så godt som mulig unngått direkte avskrift for å hindre plagiat.

4. Resultat

I dette kapittelet presenteres hensikt og resultat i forskningsartiklene. Artiklene er presentert hver for seg med egen tittel. Mer informasjon om artiklene finnes i vedlegg 3 i slutten av oppgaven.

4.1 Artikkel 1 (Gjerlaug, Harviken, Uppsata & Bye, 2018)

Hensikt: Hensikten med denne kvantitative studien er å identifisere hvilke kartleggingsverktøy som egner seg best for å avdekke risiko for underernæring blant eldre bosatt i langtidsinstitusjoner og eldre som mottar hjemmesykepleie.

Resultat: Det ble funnet fire kartleggingsverktøy: MNA-SF, SNAQ, MST og GNRI - fordelt på ni valideringsstudier. MNA-SF var validert flest ganger, og både spesifisitet og sensitivitet var høy. MST var validert i én studie med moderat spesifisitet, og de andre verktøyene viste moderat validitet. MNA-SF var best egnet for å avdekke ernæringsmessig risiko hos eldre som bor i institusjon og pasienter som mottar hjemmesykepleie.

4.2 Artikkel 2 (Sortland, Gjerlaug & Harviken, 2013)

Hensikt: Hensikten med denne kvantitative studien er å kartlegge vektendring, vektdokumentasjon, KMI, måltidsfrekvens og lengde på nattefaste blant eldre sykehjemspasienter.

Resultat: Det var kun 13% av pasientene som ble veid ved innkøst, resterende ble veid én til tolv måneder senere, og 26% var ikke vekt registrert. Helsemyndighetene anbefaler at eldre i institusjon skal veies en gang per måned, og disse anbefalingene ble fulgt for kun én tredel av pasientene. 15% av pasientene hadde KMI $<18,5 \text{ kg/m}^2$, og 40% hadde KMI $<22 \text{ kg/m}^2$. I studien kommer det også frem at for hele 98% av utvalget var nattefasten mer enn 11 timer. Totalt hadde 65% nattefaste på 15 timer eller mer. Videre inntok ca. 1/3 av pasientene fire måltider eller færre i døgnet, noe som ikke er tilfredsstillende i henhold til anbefalingene.

4.3 Artikkel 3 (Grøndahl & Aagaard, 2016)

Hensikt: Hensikten med denne kvantitative studien er å undersøke hvordan pasienter på sykehjem oppfatter deres deltakelse i aktiviteter relatert til mat og måltider, og mulige faktorer som påvirker deres involvering.

Resultat: Nær 30% av pasientene var sårbare for underernæring. Ingen av pasientene var involvert i menyplanleggingen, og mer enn 90% deltok ikke i matlaging. 10% kunne velge hvor de ønsket å sitte, og 5% når det kunne spise.

4.4 Artikkel 4 (Kuven & Giske, 2018)

Hensikt: Hensikten med denne kvalitative studien er å belyse hvordan sykepleiere samhandler med lege i forbindelse med ernæringsarbeidet på sykehjem.

Resultat: Det viser seg at samarbeidet mellom sykepleiere og sykehjemslegen spiller en viktig rolle i ernæringsarbeidet hos eldre på sykehjem. Pasienter og pårørende trygges når sykehjemslegen tar opp temaet ernæring ved innkomst, informerer om forventet utvikling, og kjenner til pasientens behov og ønsker. Sykepleierne har samtidig behov for en sykehjemslege som kjenner til den enkeltes behov og ønsker i ernæringsarbeidet, og er en viktig samarbeidspartner.

4.5 Artikkel 5 (Fors, Nilsson og Borglin, 2018)

Hensikt: Hensikten med denne kvalitative studien er å belyse erfaringer fra sykepleiere og eldre pasienter bosatt på sykehjem om deltakelse i ernæringsarbeidet.

Resultat: Analysen reflektere tre temaer: "Deltakelse i ernæringsmessig omsorg er like viktig som informasjon", "Ernæringsmessig omsorg med utgangspunkt i ansvarsområde og kompetanse" og "Ernæringsmessig omsorg er mer enn å bare velge smak". Det er nødvendig med tverrfaglig samarbeid for at ernæringsmessig omsorg skal bedres, og det er behov for økt kunnskap og kompetanse hos helsepersonell.

4.6 Artikkel 6 (Kuven & Giske, 2015)

Hensikt: Hensikten med denne kvalitative studien er å løfte frem hvilke etiske dilemmaer sykepleieren opplever i møte med underernærte pasienter med demens på sykehjem.

Resultat: Analysen viste at sykepleiere på sykehjem ofte opplevde etiske dilemmaer i ernæringsarbeidet. De etiske dilemmaene sykepleierne opplevde var: "Dårlig samvittighet eller overgrep mot pasienten", "Hensyn til pasient og pårørende", "Faglig skjønn eller nasjonale retningslinjer", "Ro og tid i måltidet eller vekttap for pasienten" og "Refleksjon i fellesskap eller faglig usikkerhet".

4.7 Oppsummering av funn

Felles for alle artiklene er at de sier noe om hvordan en kan bedre ernæringsstatusen til eldre på sykehjem. Ved bruk av riktig kartleggingsverktøy kan man identifisere personer med økt risiko for underernæring, og iverksette eventuelle tiltak for å hindre utvikling av underernæring. For å bedre ernæringsstatusen hos underernærte pasienter er det avgjørende med et godt samarbeid mellom pasient, pårørende, sykepleier og sykehjemslegen. Videre kommer det frem at det er viktig med gode rutiner for veiing og vektregistrering, samt det kan være nødvendig å endre på både antall hoved- og mellommåltider, og måltidsrytme, da det viser seg at nattefasten er alt for lang. Det kom frem at pasientene deltar minimalt i ulike måltidsaktiviteter, som menyplanlegging og matlaging. Sykepleiere opplever ofte å stå i etiske dilemmaer knyttet til prioriteringer i ernæringsarbeidet. Til slutt er det behov for økt kunnskap og kompetanse blant helsepersonell, som kan bidra til å bedre ernæringsarbeidet.

5. Drøfting

I dette kapittelet skal jeg drøfte hvordan sykepleiere kan bidra til å bedre ernæringsstatusen hos eldre underernærte pasienter på sykehjem. Drøftelsen gjøres med utgangspunkt i utvalgte artikler, samt egne erfaringer og relevant teori. Funnene er delt opp i fem hovedkategorier.

5.1 Kartlegging og vurdering av ernæringsstatus

I flere av studiene kommer det frem at forekomsten av underernæring er høy blant eldre pasienter på sykehjem (Grøndahl & Aagaard, 2015; Gjerlaug et al., 2018). Et kartleggingsverktøy kan være nyttig for å identifisere personer med økt risiko for underernæring. Ved bruk av verktøy, er høyde, vekt og vektutvikling viktige data for vurdering av ernæringsstatus. I tillegg har enkelte verktøy med grad av sykdom og matinntak, mens andre verktøy kartlegger kun matvaner og matlyst (Helsedirektoratet, 2013).

Helsedirektoratet (2013) anbefaler kartleggingsverktøyet MNA for å avdekke ernæringsmessig risiko på sykehjem. I studien til Gjerlaug et al. (2018) ble kartleggingsverktøyet MNA-SF, som er "kortversjonen" til MNA anbefalt til bruk på sykehjem. Bruk av kartleggingsverktøy vil kunne gi et bilde av pasientens ernæringsstatus på et gitt tidspunkt, og vil danne grunnlag for videre oppfølging. For en mest effektiv kartlegging, er det avgjørende at man velger riktig kartleggingsverktøy. Ut i fra artikkelen til Gjerlaug et al. (2018) kommer det frem at man ikke kan bruke samme kartleggingsverktøy for å påvise risiko for underernæring hos eldre på sykehjem, hjemmeboende og på sykehus. Med andre ord kan valg av riktig kartleggingsverktøy fremme bedre ressursutnyttelse, da man i større grad vil treffe den aktuelle pasient/pasientgruppen med større presisjon. Arbeidet med å kartlegge ernæringsstatus blir mer effektivt, noe som blant annet vil kunne bidra til å redusere opplevd tidspress og ressursmangler.

Bruk av standardiserte kartleggingsverktøy vil føre til en rent teknisk og statisk gjennomføring, med fare for å ikke se hele mennesket. Eksempelvis kan pasienten ha endret stemningsleie, svelgeproblematikk og andre underliggende årsaker som kan føre til vekttap. Erfaringsvis fra min praksis på sykehjem, var det ingen rutiner for bruk av kartleggingsverktøy. Dette bekreftes også i studien til Gjerlaug et al. (2018), der det blir poengtert at flere studier har avdekket mangelfulle rutiner og prosedyrer for vurdering av ernæringstilstand. Når kunnskapene er

mangelfulle, er det nesten en selvfølge at rutinene omkring ernæringskartleggingen er mangelfull.

To av de utvalgte studiene (Sortland et al., 2013; Grøndahl & Aagaard, 2015) viser at det er mangelfulle rutiner for å registrere vekt og følge opp vektendringer. I studien til Sortland et al. (2013) kommer det frem at kun 13 % av pasientene i utvalget ble veid ved innkomst. I studien til Grøndahl og Aagaard (2015) kommer det frem at 15,2 % av pasientene ikke hadde blitt registrert for KMI. Som resultat av dette, ble ikke Helsedirektoratets anbefalinger fulgt for alle pasienter. Man har da ingen grunnlag for å kunne følge vektutviklingen videre, når pasientene ikke blir veid ved innleggelse eller vekten ikke blir kontrollert regelmessig.

Rutinemessig vektkontroll og utregning av KMI er de enkleste metodene når man skal følge opp pasientens ernæringstilstand, noe også Sortland påpeker (2015, s. 171). For å fange opp pasienter som er i fare for å utvikle underernæring, må det iverksettes rutiner for vektregistrering på et tidlig tidspunkt. Man må utarbeide en tiltaksplan med tiltak og mål. På den ene siden vil gode rutiner bidra til å gjøre ernæringsarbeidet enklere for alt helsepersonell, da en grundig oversikt over tiltakene vil stå nedskrevet i den enkeltes journal. Her vil det for eksempel være beskrevet hvordan vektkontroll skal utføres, herunder tidspunkt, bekledning mv. – dette for å sikre en viss kontinuitet. Dette vil forhåpentligvis medføre at veiingen utføres under like forutsetninger, og gir et mest mulig korrekt grunnlag for kartlegging. I tillegg vil tiltak som er nedskrevet i journal, kunne bety bedre og oppdatert informasjonsflyt mellom helsepersonell. På den andre siden kommer det frem i studien til Sortland et al. (2013) at manglende tilgang på utstyr kan være en mulig årsak til at vektregistrering ikke blir gjennomført. På sykehjem må ofte flere avdelinger dele på vekt, som kan by på problemer når flere har behov for vekt samtidig. Dette kan føre til at pasientene ikke blir vektregistrert, og bidra til at pasienter som er i risiko eller er underernærte ikke blir identifisert. Dette vil igjen bidra til at tiltak ikke blir iverksatt raskt nok, noe som kan føre til uheldige konsekvenser for pasientene.

Et annet nyttig hjelpemiddel i vurderingen av pasientens ernæringsstatus er kostintervju. Kostintervju bidrar også til å se sammenhengen mellom sykdom og ernæring. Formålet med kostintervjuet er å gi en oversikt over pasientens matvaner og daglig kosthold. Det er viktig å innhente ulike data for å få oversikt over hva pasienten vanligvis drikker og spiser. Hvis

pasienten spiser lite, kan kostregistrering brukes for å registrere hva pasienten spiser. Den mest nøyaktige måten å registrere matinntaket til pasienten er å måle og veie maten. Denne metoden er derimot svært ressurskrevende, noe også Sortland (2015, s. 169-170) har påpekt.

5.2 Bidra til bedre tverrfaglig samarbeid i ernæringsarbeidet

Resultatene fra flere av studiene viser at tverrfaglig samarbeid spiller en svært viktig rolle i ernæringsarbeidet til eldre på sykehjem (Kuven & Giske, 2018; Forss et al., 2018; Kuven & Giske, 2015). Sykepleiere har en selvstendig rolle knyttet til å forbedre og kartlegge den enkelte ernæringsstatus. Arbeidet krever i tillegg en systematisk og tverrfaglig tilnærming for å løse den enkeltes ernæringsproblemer (Brodtkorb, 2014, s. 304). Sykepleierne i studien til Kuven og Giske (2018) opplevde ernæringsarbeidet som krevende og særlig utfordrende når pasientene ikke ville spise og gikk ned i vekt.

En viktig samarbeidspartner når sykdom og medisinsk behandling påvirker pasientens ernæringstilstand, er sykehjemslegen. Vekttap og ernæringsproblemer må jevnlig diskuteres med legen, da legen har hovedansvaret for å utrede de medisinske årsakene og konsekvensene av ernæringssvikt (Brodtkorb, 2014, s. 306). I følge Hendersons sykepleieteori (1997, s. 31) er det sykepleieren som vet best hva pasienten ønsker, da sykepleieren tilbringer mest tid med pasienten. Derfor samarbeider ofte sykehjemslegen med sykepleieren når en skal utføre en grundig kartlegging av pasientens ernæringsstatus, og iverksettelse av ernæringstiltak (Helsedirektoratet, 2016). Henderson påpeker også at samarbeid med sykepleier og lege er viktig for at pasientens næringstilførsel er tilstrekkelig (Henderson, 1997, s. 33).

Det er ofte sykepleierne som tar initiativ til samarbeid, og behovet for samarbeid med andre yrkesgrupper utløses av en pasientsituasjon som krever innspill fra flere faggrupper (Kristoffersen, 2016, s. 229). I ernæringsarbeidet kan lege og ernæringsfysiolog være nyttig. En ernæringsfysiolog har spesiell kompetanse til å kartlegge ernæringsstatus, og vurdere enkeltpasientens ernæringsbehov (Brodtkorb, 2014, s. 306). Jeg har samarbeidet med sykehjemslegen, men har dessverre ikke opplevd noe samarbeid med ernæringsfysiolog på sykehjem, da de ofte er lite tilgjengelige i kommunehelsetjenesten. En ernæringsfysiolog sitter med mye kunnskap om ernæring, og hadde vært en nyttig ressurs for oss sykepleiere som skal bedre ernæringsstatusen hos pasienter med ernæringsproblemer.

Andre viktige bidragsytere til det tverrfaglige samarbeidet er pasientens pårørende, samt pasienten selv. Gjennom arbeid og praksis har jeg erfart at samarbeid med lege og annet helsepersonell er svært viktig, men at den viktigste kommunikasjonen er den man har med pasienten. Det er viktig at man lytter, følger med og forstår hva den andre sier. I ernæringsarbeidet er det viktig at pasientens ønsker og behov blir ivaretatt, og at man sammen med pasienten utarbeider individuelle tiltak i en ernæringsplan (Brodtkorb, 2014, s. 306). Dette er i tråd med Hendersons teori (1997, s. 15), som belyser hvor viktig det er å ha et lyttende øre. Videre påpeker Henderson (1997, s. 15) at sykepleieren må oppmuntre pasienten til å gi uttrykk for det han har på hjertet, og hele tiden prøve å forstå.

Kuven og Giske (2018) får frem i sin studie, at samtaler med pårørende er en viktig del av ernæringsarbeidet. Pårørende kan være en god ressurs i det tverrfaglige samarbeidet, og i mange situasjoner er det ofte hensiktsmessig, nødvendig og hyggelig med et nært samarbeid mellom personal, pasient og pårørende (Brodtkorb, 2014, s. 304). På den ene siden kan pårørende ha kjennskap til pasienten som sykepleiere ikke har, og dermed få viktig informasjon som kan ha betydning for å bedre ernæringstilstanden. Pårørende kan bidra til en hyggelig atmosfære og økt appetitt ved å være til stede eller hjelpe til med matning. På den andre siden kan det oppstå konflikter med pårørende, da pårørendes ønsker ikke alltid kan ivaretas og er antageligvis ikke alltid det beste for pasienten. Dette bekrefter også sykepleiere i studien til Kuven og Giske (2015), da pårørende og helsepersonell ikke vurderer pasientens situasjon på samme måte. Ut i fra praksiserfaring har jeg opplevd at pårørende vil ofte, med gode hensikter, rette sterke ønsker om å iverksette tiltak for å bedre pasientens næringsinntak. Som sykepleier opplevde jeg dette som utfordrende, da det kunne komme i konflikt med min faglige kompetanse og vurderinger.

5.3 Behov for økt kunnskap og kompetanse

I tre av studiene kommer det frem at helsepersonell og sykepleiere har for lite kunnskap om ernæring til eldre på sykehjem (Grøndahl & Aagaard, 2015; Forss et al., 2018; Kuven & Giske, 2018). Det har ikke vært nok fokus på ernæring til eldre på sykepleiestudiet, noe som er forståelig da det er mye annet som også er viktig å lære. Jeg mener at ernæring er et område det bør fokuseres mer på. Mangel på kunnskap og kompetanse blant sykepleiere kan være en medvirkende faktor til at eldre på sykehjem ikke bedrer sin ernæringsstatus. Det kan ha

sammenheng med holdninger, manglende bevissthet og uklart ansvar omkring ernæringsbehovet til eldre, noe også Sortland har påpekt (Sortland, 2015, s. 142). En studie av Kuven og Giske (2015) omhandler manglende kompetanse særlig på senvakter, helger og ferier. Innleide vikarer og ekstravakter hadde lite kjennskap til den enkelte pasient eller kunnskap om ernæring, som førte til ekstra press på sykepleierne. Ufaglærte kan dermed ha en indirekte sammenheng med underernæring, da denne gruppen mangler kunnskaper om ernæring og de er ikke kompetente nok til å observere om pasienten er i risikogruppen. På den ene siden har sykepleiere en undervisende funksjon, i dette tilfelle gi kunnskap og veiledning om ernæring til ufaglærte (Brodtkorb, 2014, s. 306). På den andre siden kan dette bli noe utfordrende, da sykepleieren ofte selv ikke har tid til ernæringsarbeidet på grunn av at andre sykepleieroppgaver må prioriteres. Dersom ufaglærte ikke veiledes av sykepleiere, kan de blir brukt uheldige strategier og metoder (Brodtkorb, 2014, s. 306). Å undervise medarbeidere bidrar til å heve kvaliteten på tjenestetilbudet til pasientene ved at kunnskapsnivået heves (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016, s. 19). Dette er i tråd med Hendersons teori, som belyser hvor viktig det er å ha kunnskap om ernæring (Henderson, 1997, s. 31).

Studien til Kuven og Giske (2018) viser til mangel på målrettede kurs for helsepersonell innenfor ernæring. På den ene siden har sykepleiere selv et ansvar for å holde seg faglig oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde, i følge yrkesetiske retningslinjer pkt. 1.4. På den andre siden har ledelsen for sykehjemmene, i følge yrkesetiske retningslinjer pkt. 1.5, også et ansvar for å skape rom for fagutvikling og etisk refleksjon (NSF, 2016). Hvis sykepleiere og leger får bedre ernæringskompetanse, kan de lettere samarbeide og fokusere på ernæringsarbeidet til eldre på sykehjem (Kuve & Giske, 2018). Kurs om ernæring kan øke kunnskap hos helsepersonell. Men kurs koster, og tid er også her en utfordring. Men på den andre siden koster også underernæring mye, med tanke på lengre liggetid i institusjon og ikke minst uheldige konsekvenser for pasienten. Erfaringsvis ved ulike praksiser har det vært undervisning for ansatte, som bidro til økt kunnskap og bevisstgjøring rundt ulike temaer. Tilbud om undervisning virket i mange tilfeller å ikke være en del av en overordnet undervisningsplan, med utgangspunkt i en kartlegging av hvilke områder man ønsker å styrke kunnskapen på. Jeg har også opplevd at undervisning ble planlagt, men personal fikk ikke deltatt på grunn av ressursmangel og tidspress.

For lite kunnskap kan føre til underernæring, da pasientens ernæringsstatus ikke blir identifisert og relevante tiltak ikke blir iverksatt. Videre kan for lite kunnskap bidra til negativ holdning på arbeidsplassen, da ernæringsarbeidet blir satt til side og kan ofte bli belastende på deres tidsplan. Sykepleiere som jobber med og rundt pasienten må ha tilstrekkelig kompetanse om ernæringsbehov og ernæringsstatus (Helsedirektoratet, 2016).

5.4 Medvirkning i måltidsaktiviteter

I studien til Grøndahl og Aagaard (2015) kommer det frem at pasientene deltok minimalt i aktiviteter knyttet til mat og måltider. Alle pasientene i studien sa at de aldri deltok i menyplanlegging, og 90% sa de ikke deltok i matlaging eller var med på forberedelser som å dekke på bordet (Grøndahl & Aagaard, 2015). Ut i fra egne praksiserfaringer vurderte sykepleierne pasientene for svake til å delta i aktiviteter, og pasientene fikk lite informasjon, noe som også blir påpekt i studien til Grøndahl og Aagaard (2015). I følge pasient- og brukerrettighetsloven (1999) jf. §3 har pasienten rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester, og har rett på den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Imidlertid følger det ingen plikt for pasientene til å medvirke. Det er viktig med et nært samarbeid mellom pasienter og sykepleiere, for å oppnå gode behandlings- og pleieresultater. Sykepleiere har et faglig ansvar for at pasientens mulighet til å medvirke blir ivarettatt, og det forutsetter vilje og evne til åpen kommunikasjon mellom pasientene og sykepleiere (Molven, 2016, s. 160). Eldre pasienter på sykehjem bør få mulighet til å påvirke middagsmenyene, og delta i måltidsaktiviteter. Når planlagt middagsmeny foreligger fra institusjonskjøkkenet, kan denne gjøres kjent på avdelingen, for så å kunne endres etter pasientenes ønsker og behov. Det bør gis anledning for at pasientene kan forsyne seg selv, som kan bidra til å økt næringsinntak, noe også Sortland (2015, s. 147) har påpekt.

Det kommer frem i studien til Grøndahl og Aagaard (2015) at en av ti fikk velge hvem de ville sitte med rundt måltidet. I studien til Forss et al. (2018) opplevde pasientene på sykehjem felles spisestue som noe de måtte utholde, selv om de ønsket å velge sitt eget selskap. Spisemiljøet og felles spisestue er faktorer som kan påvirke appetitten. Det er viktig å lytte til individuelle ønsker og behov, og samarbeide med pasienten og pårørende for å bli bedre kjent med pasientens vaner. Dette er i tråd med Henderson (1997, s. 11), da hun påpeker at

ivaretagelse av grunnleggende behov skal individualiseres. Miljøet ved måltidet spiller en viktig rolle i ernæringsarbeidet, og sykepleieren har ansvar for å opprettholde en god atmosfære og et helsefremmende miljø (Sortland, 2015, s. 147). På den ene siden kan en god atmosfære ved måltidene bidra til at den eldre spiser bedre og får dekket psykososiale behov, som hyggelig samvær med andre. På den andre siden er det mange hensyn å ta når en skal vurdere hvem som skal sitte sammen. Pasientens egne ønsker spiller inn, og enkelte pasienter kan ha en spiseatferd som kan virke negativt inn på medpasientenes matlyst og trivsel. En løsning kan være å lage mindre grupper, der pasienter med tilnærmet lik funksjonsevne og likt hjelpebehov sitter sammen. Så langt det lar seg gjøre, bør det respekteres hvor den eldre ønsker å innta måltidet om det er i felles spisestue eller i en mer privat sone (Brodtkorb, 2014, s. 308-309). Henderson (1997, s. 32) belyser i sin teori at det er viktig å legge forholdene til rette for pasienten i spisesituasjonen for å øke matinntaket.

I studien til Grøndahl og Aagaard (2015) kommer det frem at 4 % av utvalget følte at de kunne velge når de ønsket å spise. I artikkelen til Sortland et al (2013) kommer det frem at for hele 98% av utvalget er nattefasten på mer enn 11 timer. Tiden mellom måltider i sykehjem har vist seg til å være lange. Norske helsemyndigheter anbefaler at nattefasten ikke overstiger 11 timer. På den ene siden kan det være nødvendig å forandre måltidsrytme og antall hoved- og mellommåltider (Sortland et al, 2013). Hvis pasientene selv kan medvirke til å bestemme tidspunkt for når måltider skal serveres, kan dette resultere i at nattefasten vil kunne bli redusert. Det bør kunne åpnes for å utvide måltidsdøgnet hvis dette kan gi positiv ernæringsmessig effekt for pasienten. Ved å utvide måltidsdøgnet vil dette kunne medføre at tiden mellom hvert hovedmåltid blir lengre enn tre timer. I de tilfeller hvor pasientene bør stimuleres til økt næringsinntak, kan enkle mellommåltider være en løsning (Brodtkorb, 2014, s. 311). Som sykepleier har jeg ansvar for å observere pasientens appetitt, og legge til rette for å tilby mat og drikke når pasienten gir uttrykk for dette. På den andre siden, har jeg som assistent på sykehjem, erfart at ved endring i måltidsrytme kunne man påvise at pasienter gikk ned i vekt. I mitt tilfelle ble tidsrommet mellom middag og kveldsmat kortet ned, hvorav mange fremdeles var mette etter middagservering. Endringene bør ikke være så radikale, at de fraviker pasientenes generelle måltidsmønster. Det er viktig å påpeke at små og større endringer i måltidsdøgnet vil kunne oppleves forskjellig i den aktuelle pasientgruppen, og man vil måtte observere og kartlegge den enkeltes behov for å sikre tilstrekkelig næringsinntak.

5.5 Etske dilemmaer i ernæringsarbeidet

I studien til Kuven og Giske (2015) kommer det frem at sykepleiere opplevde etiske dilemmaer i møte med underernærte pasienter. I følge Nordby (2012, s. 38) er et etisk dilemma, et dilemma som oppstår når du må velge mellom to eller flere handlingsalternativer, og ingen av alternative virker riktige. Helsehjelpen som sykepleiere utøver skal være faglig forsvarlig, men kan i noen situasjoner være vanskelig å imøtekomme. Skal man lokke og lure maten i pasientene eller stoppe når pasientene gir uttrykk for at de ikke orker mer. På den ene siden kan det føles ut som ett overgrep om man nærmest tvinger maten i pasientene, men på den andre siden kan sykepleiere fort stå i et etisk dilemma, da pasientene ikke spiser tilstrekkelig mengde til å dekke sitt ernæringsbehov. En kan i slike tilfeller føle at en ikke utøver faglig forsvarlig sykepleie. Forsvarlighetskravet har to litt ulike fokus, helsehjelpen skal være "faglig forsvarlig" og det skal ytes "omsorgsfull hjelp". Faglig forsvarlighet retter fokuset mot det faglige tekniske, mens omsorgsfull hjelp handler om å opptre atferdsmessig på (Molven, 2016, s. 131).

Studiene til Kuven og Giske (2018), Grøndahl & Aagaard (2015), og Forss et al. (2018) viser at sykepleiere på sykehjem ikke er nok oppmerksomme på ernæringsarbeidet, da andre sykepleieoppgaver blir mer prioritert. Sykepleierne i studien til Kuven og Giske (2015) opplevde tid som et etisk dilemma. Sykepleierne må ofte hjelpe til i måltidsituasjoner, og samtidig administrere medisiner og driften i avdelingen. Det kan ofte bli utfordrende å ha ro rundt måltidene og tid til å sette seg ned. Stress i forbindelse med spisesituasjonen kan ha negativ innvirkning på fordøyelsen, og høye lyder kan forstyrre måltidet, noe som også Sortland påpeker (2015, s. 147). Et etisk dilemma som fremkom i studien til Kuven og Giske (2018) i forbindelse med måltidsituasjon var om sykepleieren skulle ha fokus på pasienten eller svare på telefonen som ringte. I praksis har jeg observert lignende situasjoner hvor sykepleier er i en posisjon hvor hun må prioritere pasientens behov opp mot administrative oppgaver i avdelingen. Det måtte også prioriteres mellom ulike pasienters behov for sykepleie. I min sykehjempraksis observerte jeg situasjoner hvor sykepleier matet pasient i fellesareal, men som ble avbrutt av alarm fra pasienter som hadde valgt å innta måltidet på sitt eget rom. Dette skapte mye uro, da sykepleieren ofte måtte avbryte mating av pasient, for å se til pasienter plassert på egne rom. I dette tilfellet valgte sykepleier til slutt å delegere oppgaven, ved at annet personal overtok alarmhenvendelsene.

Flere sykepleiere i studien til Kuven & Giske (2015) opplevde å stå alene med sine bekymringer rundt pasientens ernæringstilstand, og de var urolige for konsekvensene av manglende matinntak – samtidig som de ønsket å la pasienten beholde sin autonomi. Autonomi handler om sykepleierens og pasientens selvbestemmelse. Pasientautonomi kan forstås i tre ulike måter: enten som et prinsipp, en egenskap eller en rettighet. Pasientens ønsker og behov bør bli respektert når sykepleiefaglige eller medisinske avgjørelser skal fattes (Slettebø, 2013). Kommunikasjon er det grunnleggende verktøyet for å bearbeide etiske dilemmaer. Fire kommunikasjonsrelasjoner er spesielt relevante: Hjelpetrengende, pårørende, ledere og kolleger (Nordby, 2012, s. 42). På den ene siden har jeg gjennom praksis erfart at refleksjonsgrupper har vært svært nyttig, da det skapte god refleksjon rundt utfordrende situasjoner, og jeg fikk gode innspill fra kollegaer. Dette erfarte også sykepleiere fra et av sykehjemmene i studien til Kuven og Giske (2015). Men dette avhenger av at det blir satt av tid og nok ressurser for at det er gjennomførbart. På den andre siden erfarer mange sykepleiere at tid og ressurser ikke strekker til i en travel hverdag, og man opplever ofte at man ikke har tilgang til et kollegium hvor etiske problemstillinger blir løftet frem og diskutert. Det er viktig å understreke at leder på avdelingen har overordnet ansvar for at sykepleiere har tilstrekkelige muligheter til å bearbeide og diskutere aktuelle etiske dilemmaer man opplever å stå i. At man har rutiner for etisk refleksjon, for eksempel i refleksjonsgrupper hvor man har mulighet for å spille hverandre gode, er i seg selv et premiss for å yte faglig forsvarlig sykepleie (Nordby, 2012, s. 29).

6. Avslutning

I denne oppgaven har jeg sett på hvordan sykepleiere kan bedre ernæringsstatusen hos eldre underernærte pasienter på sykehjem.

Det må iverksettes gode rutiner på et tidlig tidspunkt for å kartlegge og vurdere den enkeltes ernæringsstatus. Ved bruk av kartleggingsverktøyet MNA, KMI og vektkontroll kan man identifisere de pasientene som er i fare-/ eller er underernærte. Kostintervju og kostregistrering er også nyttige verktøy i kartleggingen.

Studier (Kuven & Giske, 2018; Forss et al., 2018; Kuven & Giske, 2015) viser at tverrfaglig samarbeid har stor betydning for ernæringsarbeidet. Lege, ernæringsfysiolog, pårørende og pasient er viktige samarbeidspartnere for sykepleieren. Det kommer også frem i flere av studiene (Grøndahl & Aagaard, 2015; Forss et al., 2018; Kuven & Giske, 2018) at det er behov for økt kunnskap og kompetanse hos sykepleiere. Sykepleiere har selv et ansvar for å holde seg faglig oppdatert, men ansvaret ligger også hos lederne. Kurs og undervisning kan være gode tiltak for å øke kunnskap og kompetanse hos sykepleiere.

Ifølge Grøndahl og Aagaard (2015) deltar pasienter på sykehjem i liten grad i måltidsaktiviteter. Pasientenes medvirkning i ernæringsarbeidet kan bedre ernæringsstatusen hos underernærte pasienter. For eksempel ved å påvirke middagsmenyen, og bestemme selv når, og hvor en ønsker å innta måltidet. Videre kan nattefasten bli mindre, hvis pasientene er med på å bestemme måltidsrytmen. Som sykepleier er det viktig å legge forholdene til rette for en tilpasset måltidsrytme for pasienten, noe også Henderson (1997, s. 32) er opptatt av.

Sykepleiere på sykehjem opplever ofte å stå i vanskelige etiske dilemmaer knyttet til ernæringsarbeidet, hvor man ville måtte foreta valg som kan komme i konflikt med å utøve faglig forsvarlig sykepleie. Det er viktig at sykepleiere bearbeider og kommuniserer etiske problemstillinger når disse måtte oppstå. Etiske refleksjonsgrupper kan bidra til å belyse disse. Det er viktig å påpeke at lederen på avdelingen må ha kompetanse på ernæringsområdet, samt ta ansvar for å sikre at man har innarbeidet gode rutiner.

7. Referanseliste

- Aagaard, H. (2016). Væske og ernæring. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie – bind 2* (3. utg., s.191-242). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bastøe, L. K. H., & Frantsen, A-M. (2016). Behovet for søvn og hvile. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie – bind 2* (3. utg., s.347-372). Oslo: Gyldendal akademisk.
- 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. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Folkehelseinstituttet. (2019, 28. januar). *Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler*. Hentet 12. Mars 2019 fra <https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartikler/>
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2015). Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning. Sverige: Natur og kultur.
- Forss, K. S., Nilsson, J., & Borglin, G. (2018). Registered nurses' and older people's experiences of participation in nutritional care in nursing homes: a descriptive qualitative study. *BMC Nursing*, 17(1). doi: 10.1186/s12912-018-0289-8
- Gjerlaug, A. K., Harviken, G., Uppsata, S., & Bye, A. (2018). Verktøy ved screening av risiko for underernæring hos eldre. *Sykepleien*, 11(2), 148-156. Doi: 10.4220/Sykepleienf.2016.57692

Grøndahl, V. A., & Aagaard, H. (2016). Older people's involvement in activities related to meals in nursing homes. *International journal of older people nursing*, 11(3). doi:10.1111/opn.12111

Helsedirektoratet (2013). *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*. Hentet 17. November 2018 fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/916/Nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-underernering-IS-1580.pdf>

Helsedirektoratet. (2016, september). *Kosthåndboken – veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*. Hentet 5.mars 2019 fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/51/Kosthaandboken-IS-1972.pdf>

Helsepersonelloven. (1999) *Lov om helsepersonell*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Henderson, V. (1997). *ICN: sykepleierens grunnprinsipper*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E-A., & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie?. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug, & G. Grimsbø. (Red.), *Grunnleggende sykepleie - bind 1*. (3.utg., s.15-27). Oslo: Gyldendal akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleierens ansvar og arbeidsområder i helsetjenesten. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug, & G. Grimsbø. (Red.), *Grunnleggende sykepleie - bind 1*. (3.utg., s.193-265). Oslo: Gyldendal akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2016). Å styrke pasientens ressurser – sykepleierens helsefremmende og pedagogiske funksjon. I N. J. Kristoffersen F. Nortvedt, E. Skaug & G. H Grimsbø(Red.), *Grunnleggende sykepleie – bind 3*. (3.utg., s. 349-406). Oslo: Gyldendal akademisk.

Kuven, B. M., & Giske, T. (2015). Når mor ikke vil spise – etiske dilemmaer i møte med underernærte mennesker med demens i sykehjem. *Nordic Journal of Nursing Research*, Vol. 35(2), 98-104. doi:10.1177/0107408315578593

Kuven, B. M., & Giske, T. (2018). Samhandling mellom sykepleier og lege er viktig for ernæringstilstanden til sykehjemspasienter. *Sykepleien*, 12(64510)(e-64510). doi:10.4220/Sykepleienf.2017.64510

Molven, O. (2016). *Sykepleie og jus*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Nordby, H. (2012). *Etiske dilemmaer i helse og omsorgsarbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

NSF. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 29.mars 2019 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven#KAPITTEL_3

Røkenes, O. H., & Hanssen, P-H. (2012). *Bære eller bryte. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget.

Slettebø, Å. (2013). *Sykepleie og etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.

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

Sortland, K., Gjerlaug, A. K., & Harviken, G. (2013). Vektdokumentasjon, kroppsmasseindeks, måltidsfrekvens og nattefase blant eldre sykehjemsbeboere – en pilotstudie. *Nordic*

Journal of Nursing Research & Clinical Studies/ Vård i Norden, 33(1), 41-45. Hentet fra <https://www.journalguide.com/journals/nordic-journal-of-nursing-research-and-clinical-studies-vård-i-norden> (CINAHL)

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.

Støren, I. (2013). *Bare søk! Praktisk veiledning i å gjennomføre en litteraturstudie*. Cappelen Damm akademisk.

Vedlegg

Vedlegg 1. Søkehistorikk av artikler.

Søk gjort i databasene: SveMed+, Pubmed og Cinahl.

SveMed+

Søkeord	Antall treff	Antall leste abstrakt	Antall valgte artikler	Tittel på artikler
Malnutrition og nursing home	26	19	4	"Verktøy ved screening av risiko for underernæring hos eldre", "Vektdokumentasjon, kroppsmasseindeks, måltidsfrekvens og nattfaste blant eldre sykehjemsbeboere", "Samhandling mellom sykepleier og lege er viktig for ernæringstilstanden til sykehjemspasienter" og "Når mor ikke vil spise – Etske dilemmaer i møte med underernærte mennesker med demens i sykehjem".

PubMed

Søkeord	Antall treff	Antall leste abstrakt	Antall valgte artikler	Tittel på artikler
Nurse, experience, nutrition og nursing home	23	23	1	Registered nurses' and older people's experiences of participation in nutritional care in nursing homes: a descriptive qualitative study

CINAHL

Søkeord	Antall treff	Antall leste abstrakt	Antall valgte artikler	Tittel på artikler
Meals, nursing home og experience	16	16	1	"Older people's involvement in activities related to meals in nursing homes"

Vedlegg 2. Kildekritikk – kritisk vurderingsskjema

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk

Artikkel 4

"Samhandling mellom sykepleier og lege er viktig for ernæringsstilstanden til sykehjemspasienter"

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

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk

INNLEDENDE SPØRSMÅL

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

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?

3. Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen? <i>TIPS:</i> <ul style="list-style-type: none"> Er utvalg, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet og begrunnet? 	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	Uklart <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen? <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"> Er det gjort rede for hvem/hva som ble valgt ut og hvorfor? Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (rekrutteringsstrategi)? Er det gjort rede for hvorfor noen valgte ikke å delta? Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, osv.)? 	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	Uklart <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart? <i>TIPS:</i> <p>Datainnsamlingen må være omfattende nok både i bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.</p> <ul style="list-style-type: none"> Er metoden som ble valgt god for å belyse 	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	Uklart <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>

2

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2014.

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk

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

<p>6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</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"> • Er det redegjort for hvilken type analyse som er brukt (for eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.). • Er det tydelig redegjort for hvordan analysen ble gjennomført (f. eks. de ulike trinnene i analysen)? • Er motstridende data tatt med i analysen? • Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskeren har kommet fram til? 	<table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Kommentar: Analyse av fokusgruppe - intervjuer.</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
<p>7. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</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"> • Har forskeren gjort rede for konteksten som datainnsamlingen foregikk innenfor? • Har forskeren gjort rede for sitt teoretiske ståsted og sin faglige bakgrunn? 	<table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Kommentar:</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
<p>8. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?</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 forklare</p>	<table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Kommentar:</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk

<p>tilfredsstillende.</p> <ul style="list-style-type: none"> Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene? 			
<p>9. Er etiske forhold vurdert?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ble studien forklart for deltagerne (f.eks. gjennom informert samtykke)? Dersom relevant, ble studien forelagt Etisk komite? 	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>Uklart</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="checkbox"/></p>
	<p>Kommentar: Godkjent av NSD.</p>		

HVA ER RESULTATENE?

<p>8. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Kan du oppsummere hovedfunnene? Ble funnene diskutert i lys av det opprinnelige formålet med studien? 	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>Uklart</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="checkbox"/></p>
	<p>Kommentar: Tre funn som var sentrale i analysen.</p>		

KAN RESULTATENE BRUKES I MIN PRAKSIS?

<p>Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</p> <p>TIPS:</p> <p>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"> Kan resultatene hjelpe meg til bedre å forstå sammenhengen jeg arbeider i? Drøft hvordan funnene kan utvide eksisterende kunnskap og forståelse? 	<p>Kommentar: Ja. Studien handler om hvor viktig samarbeid er i ernæringsarbeidet, som kan hindre/forebygge underernæring, noe som er relevant for min oppgave.</p>
--	--

Vedlegg 3. Informasjon om artiklene

Forfatter, årstall og land	Metode og datasamling	Utvalg	Konklusjon
Gjerlaug, Harviken, Uppsata & Bye (2018). Norge.	En systematisk litteraturstudie.	Denne litteraturstudien baserer seg på ni artikler og validering av fire ulike screeningsverktøy.	Fire screeningsverktøy var validert i de to gruppene: MNA-SF, SNAQ, MST og GNRI. MNA-SF var best egnet for å avdekke ernæringsmessig risiko hos eldre som bor i institusjon og pasienter som mottar hjemmesykepleie.
Sortland, Gjerlaug & Harviken (2013). Norge.	Pilotstudien er basert på kvantitativ metode.	Det totale utvalget bestod av 243 sykehjemsbeboere med gjennomsnittsalder på 84 år.	Over halvparten av innbyggerne ble ikke veid etter retningslinjene, ca. 60% av pasientene i studien var underernærte eller i risikoen for å utvikle underernæring. Gode rutiner for veiing og vektregistrering er nødvendig for å sikre faglig forsvarlig ivaretagelse av elders ernæringsbehov i sykehjem. Nattefasten

			var for lang, og det kan være nødvendig å endre både måltidsrytme og antall hoved- og mellommåltider.
Grøndahl & Aagaard (2015). Norge.	En tverrsnittundersøkelse ble brukt. Det ble gjennomført et intervju-spørreskjema om mat og matopplevelser.	Totalt 204 innbyggere ble enige om å delta.	Pasientene i denne studien syntes å være sårbare for underernæring. Resultatene indikerte at pasientene i liten grad var involvert i aktiviteter knyttet til mat og måltider på sykehjem. Ledelsen og sykepleiere bør fokusere på pasientenes ernæring. Pasientene bør bli spurt om de ønsker å delta i ulike måltidsaktiviteter.
Kuven & Giske (2018). Norge.	Studien har et kvalitativt design, med analyse av fokusgruppeintervjuer med sykepleiere som er involvert i direkte pleie.	15 sykepleiere fra sju sykehjem i fire ulike fylker deltok i studien.	Sykepleiere i sykehjem erfarer at samarbeid med sykehjemslegen spiller en viktig faktor i ernæringsarbeidet. Et godt samarbeid fremmer faglig forsvarlig ernæringsbehandling

			for pasienter i sykehjem, som trygger både sykepleiere, pasienter og pårørende.
Forss, Nilsson & Borglin (2018). Sverige.	Studien har et kvalitativt design. Data ble samlet ved hjelp av fokusgruppeintervju.	I studien deltok åtte sykepleiere og fire eldre pasienter fra ulike sykehjem.	For å lykkes i ernæringsarbeidet er det nødvendig med en tverrfaglig tilnærming mellom sykepleier, lege og annet helsepersonell. For å fremme et effektivt samarbeid er det viktig med god kommunikasjon, avklare roller og lage arbeidsavtaler. Det er også behov for økt kompetanse og kunnskap blant helsepersonell.
Kuven & Giske (2015). Norge.	Studien har et kvalitativt design. Det ble samlet inn data ved hjelp av fokusgruppeintervju.	15 sykepleiere fra seks sykehjem i tre ulike fylker deltok i studien.	Det er viktig å reflektere de ulike formene for press sykepleierne står i, og ledere på sykehjem må legge til rette for etiske refleksjonsgrupper hvor både etikk og underernæring er sentrale tema.

			<p>Kompetanse og kunnskap innen fagfeltet bør kartlegges, og man må sikre at personalet får god og grundig innføring både i sykehjemmets rutiner og ernæringsbehov. Et godt tverrfaglig samarbeid mellom personalet og pårørende er nødvendig for å kunne kvalitetssikre ernæringsomsorgen til eldre sykehjemspasienter.</p>
--	--	--	--

Vedlegg 4. Mini Nutritional Assessment (MNA)

Vurdering, del I	
A Har matinntaket gått ned i løpet av de 3 siste månedene pga nedsatt appetitt, fordøyelsesproblemer, vanskeligheter med å tygge eller svelge? 0 = alvorlig nedsatt appetitt 1 = moderat nedsatt appetitt 2 = ikke nedsatt appetitt	<input type="checkbox"/>
B Vekttap i løpet av de 3 siste månedene 0 = vekttap over 3 kg 1 = vet ikke 2 = vekttap mellom 1 og 3 kg 3 = ikke vekttap	<input type="checkbox"/>
C Mobilitet 0 = sengeliggende/sitter i stol 1 = i stand til å gå ut av seng/stol, men går ikke ute 2 = går ute	<input type="checkbox"/>
D Har opplevd psykologisk stress eller akutt sykdom i løpet av de 3 siste månedene 0 = ja 2 = nei	<input type="checkbox"/>
E Neuropsykologiske lidelser 0 = alvorlig demens eller depresjon 1 = mild demens 2 = ingen psykologiske lidelser	<input type="checkbox"/>
F Kroppsmasseindeks (KMI) (vekt kg) / (høyde x høyde) 0 = KMI mindre enn 19 1 = KMI 19 til mindre enn 21 2 = KMI 21 til mindre enn 23 3 = KMI 23 eller større	<input type="checkbox"/>
Undersøkelsespoengsum vurdering, del I (sumtotal maks. 14 poeng)	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
12 poeng eller mer: Normal - ikke i faresonen - ikke nødvendig å gjennomføre vurderingen, del II	
11 poeng eller mindre: mulig underernæring - fullfør vurderingen, del II	
Vurdering, del II	
G Bor i egen bolig (ikke på alders/sykehjem eller sykehus) 1 = ja 0 = nei	<input type="checkbox"/>
H Bruker mer enn tre typer reseptbelagte medisiner pr dag 0 = ja 1 = nei	<input type="checkbox"/>
I Trykksår eller hudsår 0 = ja 1 = nei	<input type="checkbox"/>
J Hvor mange fullstendige måltider spiser pasienten pr dag? 0 = 1 måltid 1 = 2 måltider 2 = 3 måltider	<input type="checkbox"/>
K Utvalgte markører for proteininntak • Minst en porsjon melkeprodukter (melk, ost, yoghurt) pr dag ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> • To eller flere porsjoner belgfrukter eller egg pr uke ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> • Kjøtt, fisk eller kylling/kalkun hver dag ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> 0.0 = hvis 0 eller 1 ja 0.5 = hvis 2 ja 1.0 = hvis 3 ja	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
L Spiser to eller flere porsjoner frukt eller grønnsaker pr dag? 1 = ja 0 = nei	<input type="checkbox"/>
M Hvor mye væske (vann, juice, kaffe, te, melk...) inntas pr dag? 0.0 = mindre enn 3 kopper 0.5 = 3 til 5 kopper 1.0 = mer enn 5 kopper	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
N Matinntak 0 = ikke i stand til å spise uten hjelp 1 = spiser selv med noe vanskeligheter 2 = spiser selv uten vanskeligheter	<input type="checkbox"/>
O Eget syn på ernæringsmessig status 0 = ser på seg selv som underernært 1 = er usikker på ernæringsmessig tilstand 2 = ser ikke på seg selv som underernært	<input type="checkbox"/>
P Hvordan vurderer pasienten sin egen helsetilstand sammenlignet med mennesker på samme alder? 0.0 = ikke like bra 0.5 = vet ikke 1.0 = like bra 2.0 = bedre	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
Q Overarmens omkrets (OO) i cm 0.0 = OO mindre enn 21 cm 0.5 = OO 21 til 22 cm 1.0 = OO mer enn 22 cm	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
R Leggomkrets (LO) i cm 0 = LO mindre en 31 cm 1 = LO 31cm eller større	<input type="checkbox"/>
Vurdering, del II (maks. 16 poeng)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
Undersøkelsespoengsum, vurdering, del I	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
Totalvurdering, del I + del II (maks. 30 poeng)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
Gradering av underernæringstilstand	

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nut Health Aging 2006;10:456-465.

Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Geront 2001;56A: M366-377.

(Helsedirektoratet, 2013)