



BACHELOROPPGAVE:

Hvordan kan pasienter i sykehjem opprettholde normal ernæringsstatus?

FORFATTERE:

Randi Merethe Randen
Tordis Smidesang Sveen
Berit Solum
Maria Ust

Dato:

14.05.2013.

SAMMENDRAG

Tittel:	<u>Ernæring blant eldre i sykehjem.</u>	Dato : 14.05.13
Deltaker(e)/	<u>Randi Merethe Randen, Tordis Smidesang Sveen, Berit Solum og Maria Ust</u>	
Veileder(e):	<u>Ingrid Landgraff Østlie</u>	
Evt. oppdragsgiver:		
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	<u>Sykehjem, underernæring og eldre.</u>	
Antall sider/ord: 49 sider. 12974 ord.	Antall vedlegg:1	Publiseringsavtale inngått: ja/nei: Ja
<p>Introduksjon: Det har vært forsket lite på tema eldre og ernæring i sykehjem. Tilgjengelig forskning viser at ernæring er et lavt prioritert område innen sykepleie.</p> <p>Hensikten: Hensikten med denne litteraturstudien er å søke kunnskap om hvordan sykepleier kan bidra til å forebygge underernæring og opprettholde normal ernæringsstatus blant eldre i sykehjem. Videre er hensikten å søke kunnskap om hvilke faktorer som påvirker fokuset på ernæringsrelatert sykepleieomsorg.</p> <p>Metode: Metoden er et litteratursøk, og følgende søkeord er benyttet: MNA, sykehjem, ernæring, underernæring, eldre, holdning, tiltak og ernæringsstatus.</p> <p>Hovedresultat og konklusjon: Det sees en sammenheng mellom sykepleiers kunnskaper, holdninger og handlinger, og det trengs en holdningsendring i forhold til ernæringsarbeid. Ernæring bør få økt fokus i sykepleierundannelsen og i utøvelse av praksis. MNA er et internasjonalt og anerkjent screeningsverktøy som er godt egnet til å identifisere risiko for- og etablert underernæring. Tiltak som kan bidra til opprettholdelse av normalernæringsstatus kan være bruk av pleieplan, individuell tilpassning av kosten, regelmessig ernæringskartlegging og redusert nattfaste.</p>		

ABSTRACT

Title:	Nutrition among elderly in nursing homes.	Date : 14.05.13.
Participants/	Randi Merethe Randen, Tordis Smidesang Sveen, Berit Solum og Maria Ust	
Supervisor(s)	Ingrid Landgraff Østlie	
Employer:		
Keywords (3-5)	Nursing home, malnutrition and elderly	
Number of pages/words: 49 pages. 12974 words.	Number of appendix: 1	Availability (open/confidential): Open
<p>Introduction: There has been little research on elderly and nutrition in nursing homes. Available research shows that nutrition has low priority in the nursing field.</p> <p>Aims: The aims of this study are searching knowledge of how nurses can prevent malnutrition and maintain a normal nutritional status among elderly in nursing homes. Further the aim is searching knowledge of factors which influence nutritional nursing care.</p> <p>Method: The method is literature review and these keywords have been applied: Mini Nutritional Assessment (MNA), nursing homes, nutrition, malnutrition, elderly, attitude, interventions and nutritional status.</p> <p>Main result and conclusion: A correlation is found between nurses knowledge, attitudes and activities, and a change of attitude towards nutritional programs is needed. Nutrition should receive more focus in nursing education and in practical nursing. MNA is an international and acknowledged tool well designed to identify risk of and established malnutrition. Interventions contributing to maintenance of normal nutritional status, can be use of care plan, individually adjusted diets, regular nutritional screening and reduced length of night fasting.</p>		

Innhold

1.0 Innledning.....	5
1.1 Introduksjon til tema.....	5
1.1.1 Sykepleiefaglig relevans	5
1.1.2 Relasjon til seksjonens forskningsområde	5
1.2 Bakgrunn	5
1.2.1 Eldre og ernæring	5
1.3 Sykepleiers funksjon relatert til forebygging av underernæring	9
1.3.1 Forebygging av underernæring	10
1.3.2 Behovs- og omsorgsteoretiske perspektiver	16
1.3.3 Lovverk, forskrifter og retningslinjer	18
1.3.4 Tidligere forskning	19
1.4 Hensikt med oppgaven.....	19
1.5 Avgrensning av problemstillingen	20
1.6 Presentasjon av problemstilling	20
2.0 Metode	20
2.1 Valg av metode.....	20
2.2 Fremgangsmåte.....	20
2.3 Forskningsetikk.....	23
2.4 Analyse	24
3.0 Resultat.....	25
3.1 Tabell med inkluderte artikler:.....	25
3.2 Sammenstilling av resultater.....	29
4.0 Drøfting	32
4.1 Betydning av kartlegging	32
4.2 Sykepleiers utdanning, kunnskap og holdning.....	35
4.3 Individuell tilpasning	37
4.4 Ernæring	39
4.5 Kritisk vurdering av valgt litteratur, forskningsetikk og metodiske overveielser.....	40
5.0 Konklusjon	42
6.0 Litteraturliste.....	44
7.0 Vedlegg 1.....	50

1.0 Innledning

1.1 Introduksjon til tema

Tema for denne oppgaven er eldre og ernæring. Forskning viser at underernæring blant eldre er et gjennomgående tema både i Norge, Skandinavia og Europa. Eldre er en pasientgruppe med særlig stor risiko for å bli underernært (Sortland 2007). Forekomsten av underernæring hos pasienter i sykehjem varierer mellom 10 % og 60%. Dette avhenger av hvilke grupper som ble undersøkt, hvilke metoder som er brukt og hvilke grenseverdier som er satt for å stille diagnosen (Helsedirektoratet 2006). Ernæring er en viktig del av sykepleiernes ansvarsområde og menneskers helse og velvære.

1.1.1 Sykepleiefaglig relevans

Som sykepleier er det viktig å ha kunnskap og fokus på ernæring i forhold til mennesket som helhet. Å tilstrebe god ernæringsstatus hos eldre er viktig innen forebyggende arbeid (Brodtkorb 2010). Ernæringsarbeidet er en viktig del av sykepleiers ansvarsområde og deres forebyggende funksjon.

1.1.2 Relasjon til seksjonens forskningsområde

Høyskolens fokusområder innen forskning i klinisk sykepleie er kvalitet i sykepleie, helse i dagliglivet og utdanningskvalitet (HiG 2013). Problemstillingen relateres til kvalitet i sykepleie, da ernæring har betydning som et grunnleggende behov og inngår i pasientens behov og sikkerhet.

1.2 Bakgrunn

1.2.1 Eldre og ernæring

Et måltid skal ikke bare møte behovet for mat, men også behovet for fellesskap og rekreasjon. Hvorvidt ernæringen blir tilfredsstillende, avhenger av om måltidet også tilfredsstillende behovet for fellesskap og rekreasjon (Valset 2005).

Kroppens aldring

Menneskekroppen eldes gjennom hele voksenlivet (Romøren 2008). Dette kalles biologisk aldring og er innebygd i alle kroppens celler. Det skjer også en psykologisk aldring, som betyr redusert evne til å lære og løse problemer, endringer i hukommelse og intelligens. Selvbildet endres med årene mye på grunn av samfunnets syn på eldre. Den sosiale aldringen innebærer endringer i de sosiale rollene (ibid).

Mowè (2005) beskriver endring i kroppsammensetningen ved aldring ved at muskelmassen og vann avtar med 10-15% og fettdepotene øker med 30-45%. Vekten økes opp til 60 års alder for kvinner og 50 års alder for menn, for deretter å avta. Høyden avtar med ca. 1 cm pr. 10 år fra 30 år til rundt 70 år, deretter 0,5 cm pr. år. Vekttap fører til tap av både muskelmasse, fett og vann. Disse endringene ønsker man å fange opp, når man registrerer ernæringsstatus. Endringene måles gjennom vekt, vekttap og Body Mass Index (BMI) (ibid). Den mengden mat som trengs for å holde vekten oppe, avtar med alderen. Behovet for proteiner, vitaminer og mineraler avtar ikke like mye. Aldring svekker oksygenopptaket og den fysiske kapasiteten. Ledd og muskler blir mindre bevegelige, svakere og bevegelseskapasiteten svekkes (Valset 2005).

Reduksjon i muskelmasse er den viktigste grunnen til at basalstoffskiftet og energibehovet avtar (Sortland 2007). Kaloribehovet for en 80-åring er 25% lavere enn for en 30-åring. Små og hyppige måltider øker absorpsjonen av næringsstoffene. Tørstefølelsen reduseres med alderen, og de eldre må motiveres til å drikke mer. De beveger seg mindre og kjenner ikke sultfølelse på samme måte som før. Det er viktig at det ikke går for lang tid mellom måltidene. Spesielt perioden mellom siste kveldsmåltid og frokosten må ikke overstige 12 timer (ibid). Leverens evne til å korrigere blodsukkeret reduseres hos gamle ved at evnen til å lagre glykogen reduseres. Dette medfører dårligere kontroll over blodsukkernivået, som i større grad må reguleres ved hjelp av regelmessige måltider (Sjøen 2005).

Hva påvirker matlyst

Risikofaktorer som kan gi vekttap hos eldre er stort medisinførbruk, demens, ensomhet, depresjon, dårlige tenner, fysisk handikap og nedsatt aktivitetsnivå (Bjerkreim 2005). Eldre

har i følge Brodtkorb (2008) dårligere luktesans og færre smaksløker. Dette gir redusert smakssans og nedsatt appetitt. Når eldre har dårlig matlyst, er det viktig at de får servert mat og drikke som frister og er delikat tilberedt. Det er viktig hva eldre spiser, hvor og når de spiser, og hvem de spiser sammen med. Jo eldre vi blir, jo viktigere blir den sosiale og kulturelle betydningen ved måltidet. Måltidene bør være hyggelige og preget av en god atmosfære. Dette kan bidra til at eldre spiser bedre og får dekket psykososiale behov som tilhørighet og hyggelig samvær med andre. Ensomhet og isolasjon kan redusere matlysten. Personalet har et spesielt ansvar, slik at måltidsmiljøet er best mulig. Noen eldre trenger fysisk og mental forberedelse før ett måltid. Å føle seg vel betyr mye, og morgenstell og tannpuss bør gjøres før frokost. Eldre som plages av smerter og kvalme, bør få legemidler i god tid før måltidet. Det kan være ulike årsaker til at eldre får nedsatt evne til å spise. Normale aldersforandringer i mage- tarm- kanalen og munnen kan virke negativt på matinntaket. Med årene reduseres spyttproduksjonen og kan gi skader som tannrøte. Dårlig tannstatus, munntørrehet og redusert evne til å tygge på grunn av svakere muskulatur, er viktige årsaker til at eldre får problemer med matinntaket. Lavt væskeinntak og liten fysisk aktivitet fører ofte til obstipasjon og redusert matlyst hos eldre. Depresjon, ensomhet og tapsopplevelser kan gi nedsatt næringsinntak (ibid).

Konsekvenser av manglende næringsinntak

Underernæring er en alvorlig konsekvens av manglende næringsinntak (Brodtkorb 2008). “Underernæring kan defineres som en langvarig tilstand der ubalanse i energi, proteiner eller andre næringsstoffer forårsaker målbare skadelige effekter på kroppsmasse, kroppssammensetning, funksjoner og klinisk utbytte”(Sortland 2007). Eldre er en pasientgruppe som har særlig stor risiko for å bli underernært. Tiltak som bidrar til å gi optimal ernæringsstatus, vil gi helsefremmende og forebyggende effekt. (Brodtkorb 2008). Undersøkelser har i følge Bjerkreim (2005) vist at eldre har større problemer med å regulere matinntaket enn yngre. Eldre legger lettere på seg, og de ekstra kiloene er vanskeligere å ta av. Ved vektnedgang vil det motsatte skje, og det blir vanskeligere å legge på seg. Vektkontroll ukentlig vil være en enkel metode for å vurdere om pasienten utvikler underernæring, mens han er i institusjon (ibid).

Pasienten kan være underernært, selv om det ikke umiddelbart er synlig (Brodtkorb 2008). Årsaken til underernæring hos eldre er ofte en kombinasjon av for lavt kalori- og

proteininntak. Underernæring gir nedsatt immunforsvar og generell svekkelse. Det kan lett utvikles infeksjoner og bruk av antibiotika øker. Underernæring øker komplikasjonsfaren og kan føre til dårligere sårheling (ibid).

Underernæring virker inn på flere organsystemer og kan bli svært alvorlig (Sortland 2007). Organer som hjerte og lever kan miste opp til 30% av normal størrelse. Proteinunderskudd på mer enn 20 % berører respirasjonsmuskulaturen og fører til redusert ventilasjon og hostekraft. Ved proteinunderskudd bruker kroppen først opp albumin, da albumin er en proteinreserve. Andre tegn på underernæring er sprekker i huden, hudblødninger, røde flekker på overkroppen, betennelse på tungen og negleforandringer. Den motoriske kapasiteten i tarmen nedsettes, og næringsstoffer opptas dårligere. Resultatet blir økt søvnbehov, og man blir fortere sliten. Summen av disse konsekvensene har en psykologisk effekt som depresjon og apati. Mangel på B1- og C vitamin, mineraler som magnesium, fosfat, sink og kalium fører til at sår gror dårligere. Lave C-vitaminverdier i serum kan utvikle skjørbuk. Ved underernæring kan eldre utvikle D-vitaminmangel og beintettheten reduseres. Studier viser at tungeatrofi er utbredt blant eldre undervektige (ibid).

Sykehjem - overgangen til en ny fase i livet

Målsetningen med sykehjem er å tilby god og tilpasset pleie, rett medisinsk behandling og et godt sted å bo. I 1988 ble sykehjem en kommunal institusjon som skal fungere som behandlings-, pleie- og omsorgsinstitusjon og som bolig med mulighet for privatliv (Hauge 2008). Sykehjemsbeboere kjennetegnes ved at de fleste er over 67 år, ca 75% er over 80 år. De har redusert funksjonsevne og er multisyke. 73% er kvinner og ca. 70% har en demenssykdom i varierende grad. Registreringer viser at beboere i sykehjem stadig får dårligere helsetilstand (ibid).

Det er en stor overgang å flytte til sykehjem. Flytting fra kjente omgivelser til et sted med mange ukjente kan gi mindre besøk og ensomhet. Mange har allerede mistet nære venner (Hauge 2008). De eldre må tilpasse seg nye rutiner og måter dagligdagse gjøremål utføres på. Overgangene oppleves og takles forskjellig. Studier viser at reaksjonene kan deles inn i tre faser: overveldelse, tilpasning og akseptasjon. I starten lengter mange hjem, gråter og føler seg ensom. Etter hvert blir en kjent med de ansatte og andre beboere og begynner å tilpasse seg. Mange tar et aktivt valg om å trives. Kontakt med personale og det å ha eget rom med eget bad, er viktige trivselsfaktorer. Mange eldre veksler mellom å akseptere situasjonen og

lengte hjem. Mens andre har bestemt seg for ikke å trives. Positive sider ved sykehjemmet er at det kan tilby trygghet og døgkontinuerlig kontakt med helsepersonell. Mange er engstelige for å være alene, og det gir trygghet å alltid ha kvalifisert hjelp i nærheten. Mange beboere har en favorittpleier som betyr mye for deres trivsel. For mange gir sykehjemmet et pulserende liv de kan observere og reflektere over (ibid).

Det kan i følge Hauge (2008) oppleves som problematisk å leve tett sammen med mennesker man ikke har noe til felles med. Utfordringer kan være ivaretagelse av privatlivet og kjente rutiner. Det er vanskelig å opprettholde aktivitetsnivået og ha meningsfulle aktiviteter, da helsa er skrøpelig. For de som ikke ønsker å delta i aktiviteter kan det oppleves som tvang, dersom de ikke gis muligheten til å trekke seg tilbake. Den sosiale kontakten mellom beboerne kan være vanskelig og uønsket, men kan også utvikles til nære relasjoner for de med felles interesse og erfaringer. Det krever at personalet plasserer beboere som liker hverandre, sammen i dagligstua. Dårlig hørsel og taleevne gir kommunikasjonsproblemer mellom beboere. Sykehjemmet bidrar til redusert mulighet til å komme seg ut i frisk luft og møte andre mennesker og gir redusert fysisk aktivitet (ibid).

1.3 Sykepleiers funksjon relatert til forebygging av underernæring

Sykepleierens kompetanse har betydning for hvordan beboernes ernæringsbehov ivaretas. Det kreves kompetanse om ernæringsbehov, konsekvenser av feil- og underernæring, næringsstoffene og administreringen av ernæring. Sykepleieren har ansvar for å forebygge, behandle, kvalitetssikre og forbedre metodene som brukes. Sykepleieren har ofte et selvstendig ansvar for å ivareta alle forholdene rundt beboerens ernærings situasjon (Stubberud, Almås og Kondrup 2010).

I følge Ranhoff (2008) er hensikten med helseforebygging å oppnå et langt liv med god funksjon og minst mulig sykdom. Sykepleieren, i samarbeid med legen, må gi god og riktig informasjon om helse, være støttende og oppmuntrende og supplere for manglende ressurser. Sykepleierens ivaretagelse av beboernes egenomsorg og god ernæring vil være viktig i primærforebyggende arbeid. Deres rolle vil være å hjelpe den gamle til mestring og tilpassing (ibid). Sykepleiers oppgave er å dekke pasientenes grunnleggende behov (Brodtkorb 2008).

1.3.1 Forebygging av underernæring

Kartlegging av behov for ernæringsrelatert sykepleie

Helsedirektoratet ga i 2009 ut Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring, heretter kalt Nasjonale faglige retningslinjer. Retningslinjene gir anbefalinger i forhold til identifisering og behandling av underernærte i ernæringsmessig risiko i sykehus, sykehjem og hjemmebaserte tjenester. Hensikten er å bidra til å sikre god kvalitet ved forebygging og behandling av underernæring og oppnå målrettet ernæringsbehandling (Helsedirektoratet 2009).

Ved kartlegging av underernæring hos eldre er sykepleierens observasjoner veldig viktig. Nasjonale faglige retningslinjer anbefaler at alle beboere i sykehjem “skal vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse og deretter månedlig, eller etter et annet faglig begrunnet individuelt opplegg” (Helsedirektoratet 2009 s.16). Mini nutritional assesment scale (MNA) anbefales av Helsedirektoratet for å vurdere ernæringsmessig risiko av personer over 65 år. MNA er ett av fire screeningverktøy, der Malnutrition Advisory Group (MUST), Nutritional Risk Score (NRS) og Subjective Global Assessment (SGA) er de tre andre (ibid). I følge Vellas et al. (1999) er MNA et verktøy for kartlegging og vurdering av eldre i faresonen for underernæring. MNA-vurderingen ble utviklet av Nestlè i samarbeid med geriatrikere og er en av få valide kartleggingsverktøy for eldre. Verktøyet ble utviklet i løpet av 1990-årene og bygger på solid forskning fra ulike miljøer (ibid). Fossum et al. (2009) oversatte verktøyet fra engelsk til norsk i 2009. Den tar 10-15 minutter å gjennomføre og sees på som et gyldig og pålitelig verktøy både i Europa og USA (ibid).

MNA kan brukes til å identifisering vekttap, ernæringssvikt og andre ernæringsproblemer.

Med skalaen kan en systematisk kartlegge årsaksforhold ved underernæring hos eldre.

Anbefalt bruk er 1-2 ganger pr. år. Ved innleggelse i sykehjem hører kartlegging av beboerens drikke- og matinntak naturlig inn i sykepleierens innkomstrapport (Brodtkorb 2008).

Sortland (2007) mener det å vurdere ernæringsstatus krever en systematisk og tverrfaglig tilnærming. De viktigste metodene for bedømmelse av ernæringsstatus er kostintervju, kliniske undersøkelser, antropometriske målinger av vekt, høyde og overarm samt biokjemiske data. Det kliniske blikket og blodprøver kan begge gi viktig informasjon om de eldres ernæringsstatus (ibid).

Etternavn:		Fornavn:		Kjønn:		Dato:	
Alder:		Vekt, kg:		Høyde, cm:		ID-nummer:	

Besvar undersøkelsen ved å fylle inn de riktige poengsifferene. Bruk tallene fra hvert enkelt spørsmål og summer. Hvis oppnådd sum er 11 eller mindre på vurdering del I, fortsett med vurderingen del II for å komme fram til en gradering av ernæringsstilstanden.

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

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

C Mobilitet

- 0 = sengeliggende/sitter i stol
1 = i stand til å gå ut av seng/stol, men går ikke ute
2 = går ute

D Har opplevd psykologisk stress eller akutt sykdom i løpet av de 3 siste månedene

- 0 = ja 2 = nei

E Neuropsykologiske lidelser

- 0 = alvorlig demens eller depresjon
1 = mild demens
2 = ingen psykologiske lidelser

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

Undersøkelsespoengsum vurdering, del I

(sumtotal maks. 14 poeng)

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

H Bruker mer enn tre typer reseptbelagte medisiner pr dag

- 0 = ja 1 = nei

I Trykksår eller hudsår

- 0 = ja 1 = nei

J Hvor mange fullstendige måltider spiser pasienten pr dag?

- 0 = 1 måltid
1 = 2 måltider
2 = 3 måltider

K Utvalgte markører for proteininntak

- Minst en porsjon melkeprodukter (melk, ost, yoghurt) pr dag ja nei
 - To eller flere porsjoner belgfrukter eller egg pr uke ja nei
 - Kjøtt, fisk eller kylling/kalkun hver dag ja nei
- 0.0 = hvis 0 eller 1 ja
0.5 = hvis 2 ja
1.0 = hvis 3 ja

L Spiser to eller flere porsjoner frukt eller grønnsaker pr dag?

- 1 = ja 0 = nei

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

N Matinntak

- 0 = ikke i stand til å spise uten hjelp
1 = spiser selv med noe vanskeligheter
2 = spiser selv uten vanskeligheter

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

P Hvordan vurderer pasienten sin egen helsestilstand sammenlignet med mennesker på samme alder?

- 0.0 = ikke like bra
0.5 = vet ikke
1.0 = like bra
2.0 = bedre

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

R Leggomkrets (LO) i cm

- 0 = LO mindre en 31 cm
1 = LO 31cm eller større

Vurdering, del II (maks. 16 poeng)

Undersøkelsespoengsum, vurdering, del I

Totalvurdering, del I + del II (maks. 30 poeng)

Gradering av underernæringsstilstand

- 17 til 23.5 poeng i fare for underernæring
Mindre enn 17 poeng underernært

Ref. Velaz B, Villan H, Abellan G, et al. Overview of the MNA[®] - Its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2006;10:456-465.

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

Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA)[®] Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.

© Nestlé, 1994, Revision 2006. N67200 12/99 10M
For more information: www.mna-elderly.com

En person er i ernæringsmessig risiko ved MNA under 11 (Helsedirektoratet 2009). Moderat underernæring defineres ved minst ett av følgende kriterier:

- Et ufrivillig vekttap over 10% de siste 3-6 måneder eller over 5% siste 2 måneder
- BMI under 18,5
- BMI under 20 og samtidig ufrivillig vekttap over 5% siste 6 måneder
- Matinntak under halvparten av beregnet behov siste uke (ibid).

Verdens helseorganisasjon (WHO) har i følge Folkehelseinstituttet (2012) gjort vurderinger av sammenhengen mellom BMI og helse for voksne, uansett alder og kjønn.

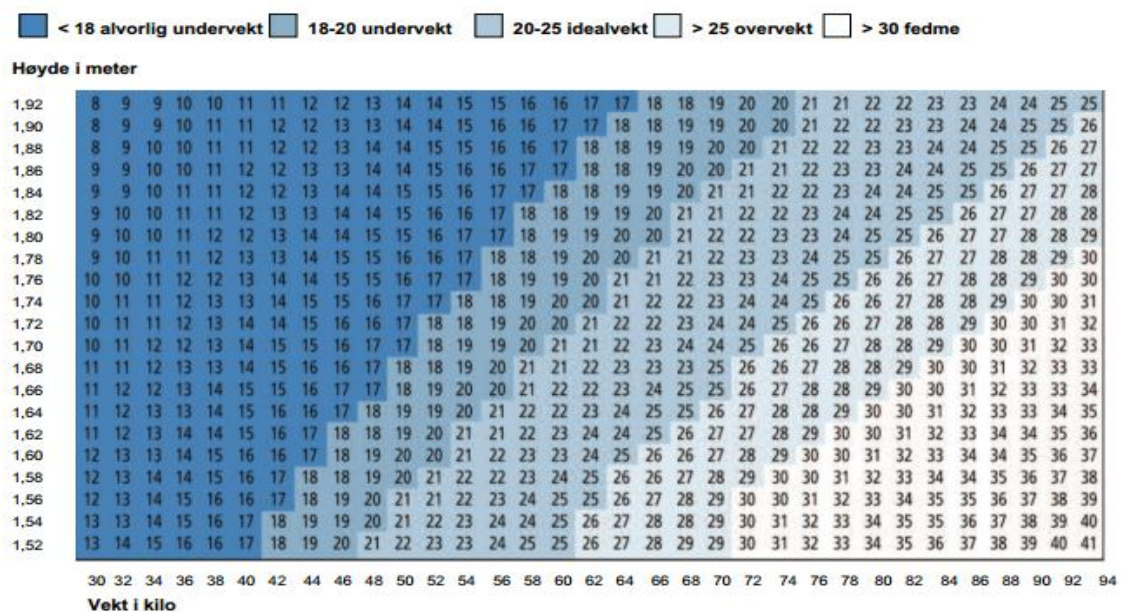
Normal vekt defineres som BMI mellom 18,5- 24,9.

Undervekt defineres som BMI under 18,5.

BMI = vekt (kg) /høyde² (m).

Brodtkorp (2008) beskriver BMI som et lite nyansert, men likevel det viktigste verktøyet for å identifisere underernæring. Eldre bør ha en BMI mellom 24-27. Ifølge Brodtkorp (2008) hevder Mowe at eldre bør ha en høyere BMI på grunn av høyere andel av fettvev.

Body Mass Index₅) BMI = kg/m²



(Helsdirektoratet 2009).

Tiltak for å sikre tilstrekkelig ernæring

Kartleggingsverktøy alene er ikke tilstrekkelig for å forebygge underernæring.

Helsedirektoratet anbefaler 4 enkle tiltak i ernæringsarbeidet:

- 1) *Å vurdere ernæringsmessig risiko*
- 2) *Å gi personer i ernæringsmessig risiko målrettet ernæringsbehandling.*
- 3) *Å dokumentere ernæringsstatus og -tiltak i pasientens journal og epikrise.*
- 4) *Å videreformidle dokumentasjonen til neste omsorgsnivå (Helsedirektoratet 2009, s.3).*

Ernæringsplan

For beboere i fare for å bli underernært, må en ernæringsplan med tiltak og oppfølging utarbeides. Ernæringsstatus, appetitt, matvaner, tannstatus, tyggeeivne, svelgevansker og evne til å spise selv må vurderes før man velger ernæringsbehandling. En ernæringsplan må inneholde pasientens energi- og væskebehov, faktiske inntak og tilrettelagte tiltak (Helsedirektoratet 2009).

Energi- og væskebehov

Statens ernæringsråd har gitt ut retningslinjer for beregning av energibehov for ulike pasientgrupper. Det beregnes 30 kcal/kg kroppsvekt/dag for energibehov og 30 ml/kg kroppsvekt/dag for væskebehov som korrigeres for aktivitetsnivå og sykdomstilstander (Helsedirektoratet 2009).

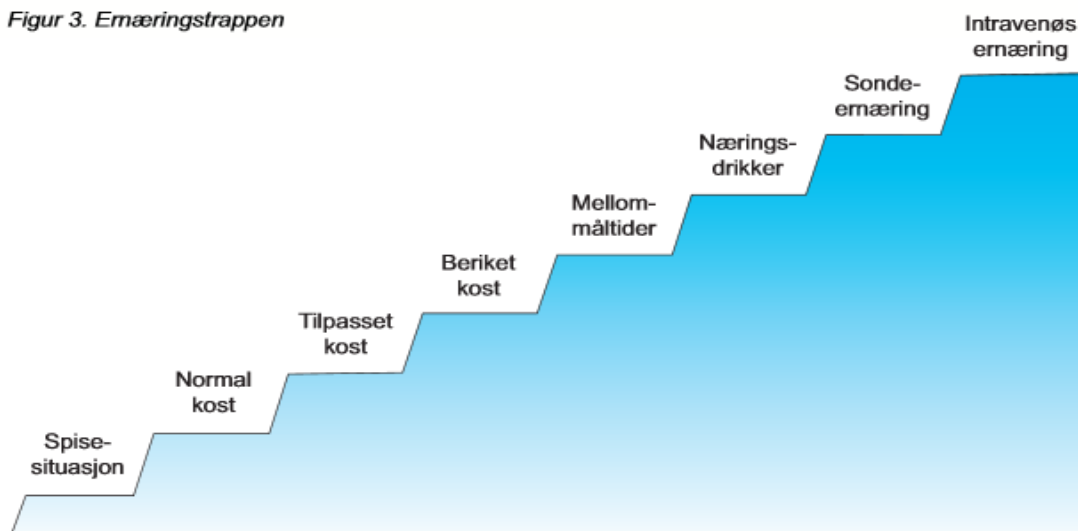
Mat- og drikkeinntak

For å kartlegge om matinntaket er tilstrekkelig, kan kostregistrering benyttes. All mat og drikke som pasienten får servert, noteres ned. Det som bæres ut trekkes fra og kalorimengden beregnes. Dette bør skje over en periode på 3 dager, for å gi et representativt svar (Mowè 2005).

Individrettede tiltak

Ut i fra ernæringsstatus, -behov og -inntak utarbeides mål for behandlingen. Mål kan være stabil vekt eller vektøkning. Ernæringstrappa viser trinnvis rekkefølgen av tiltakene. En kombinasjon av ulike tiltak er ofte nødvendig (Helsedirektoratet 2009).

Figur 3. Ernæringstrappen



(Helsedirektoratet 2009)

Spisesituasjon og matomsorg

Ofte er det enkle tiltak som gjør at pasienten spiser mer. Undersøkelser viser at bedring av miljømessige forhold rundt spisesituasjonen og tilpasning av matens konsistens gjør at beboerne på sykehjem spiser vesentlig mer. Aktivisering av beboerne kan bidra til økt matlyst (Helsedirektoratet 2009).

Tilpasset kost og berikning

Beboere i risiko for underernæring, bør få energiberiket kost og eventuelt endret sammensetning av kosten (Helsedirektoratet 2009).

Mellommåltider og næringsdrikker

Mellommåltider og næringsdrikker tilbys pasienter som spiser lite. Næringsdrikker som mellommåltid kan øke det totale energiinntaket. For enkelte kan være enklere å drikke enn å spise. Å tilby tilpasset kost og næringsdrikker som rutine, bedrer ernæringsstatusen hos underernærte eldre i institusjon (Helsedirektoratet 2009).

Oppfølging av tiltakene

Underernæring er en tilstand som utvikles over tid. Dette betyr at ernæringsstatusen må følges opp jevnlig. Rutiner som sikrer risikopasienter god ernæringsmessig oppfølging av kvalifisert

personale, er vesentlig. Beboeren har ifølge pasientrettighetsloven rett til å medvirke. For å kunne medvirke kreves god, tilrettelagt og nødvendig informasjon om situasjon og helsehjelpen som gis. Helsehjelp kan bare gis med beboers samtykke (Helsedirektoratet 2009).

Sykepleieprosessen beskriver fasene i den problemløsende metode: datainnsamling, identifisering av behov, mål, sykepleiehandlinger og evaluering (Skaug og Andersen 2005). Evaluering er viktig for å kartlegge effekten av tiltakene og om målene ble nådd. Metoden består av systematisk tenkning og kan ses på som en sirkel eller en spiral, der ny informasjon gjør at man beveger seg mellom de ulike fasene. Når sykepleieren innehar kompetanse og tilgjengelige ressurser, har hun plikt å løse problemet. Det er sykepleierens verdier, holdninger, kunnskaper og ferdigheter som avgjør resultatet. Disse faktorene påvirker hva en ser etter, hva en oppfatter som viktig å gjøre noe med, de mål man setter og tiltak som iverksettes. Problemløsning i sykepleiesammenheng henger sammen med ivaretagelse av grunnleggende behov. Dette er sykepleiers fokus og dit oppmerksomheten skal rettes. Problemløsningen skal så langt som mulig gjøres sammen med beboeren. Individuell omsorg forutsetter en åpen, saklig og konkret kommunikasjon mellom sykepleier og beboer. Individuell omsorg har pasienten i sentrum (ibid).

Dokumentasjon

Den som gir helsehjelp, må føre journal. Dokumentasjon om ernæringsstatus og - behandling må føres inn i dokumentasjonssystemer (Helsedirektoratet 2009). Vurderinger, tiltak og gitt pleie må dokumenteres. Systematisk og god dokumentasjon av sykepleien i sykehjem er krevende og vanskelig å få til på en effektiv og oversiktlig måte (Hauge 2008).

Relasjonsbygging

I følge Eide og Eide (2007) brukes vanligvis begrepet relasjon om forbindelse mellom mennesker, kontakt eller forhold. Sykepleiernes relasjonskompetanse er viktig i forhold til tillit, dialog og kommunikasjon. Tillit bygges ved god kommunikasjon, slik at beboeren føler seg trygg. Kommunikasjonen bør være hjelpende, i den forstand at den er faglig begrunnet og til hjelp for beboeren.

Sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee har hovedvekt på samhandling mellom sykepleier og beboer. Relasjoner er basert på gjensidig tillit, en prosess som oppleves viktig og meningsfull

for begge parter. Ifølge Travelbee kommer tillit til uttrykk i troen på at andre vil hjelpe oss, når det trengs (Ibid). Travelbee hevder sykepleiernes rolle er å bruke seg selv terapeutisk i samhandling med beboeren. Relasjonen mellom sykepleier og beboer er et menneske-til-menneske-forhold, der partene er likeverdige personer- og ikke roller. Forhold utvikler seg gjennom forskjellige stadier: innledende møte, framvekst av identiteter, sympati, empati, gjensidig forståelse og kontakt (Kristoffersen 2005 a).

Pleie, omsorg og behandling forutsetter en god hjelperelasjon mellom den gamle og hjelperen (Kirkevold 2005). I følge Kirkevold (2008) er det pleiepersonalet som har makten og bestemmer vilkårene for relasjonen. Personalet påvirkes av samfunnets negative holdninger til sykdom, skrøpeligdom og alderdom. Disse holdningene kan påvirke interaksjonene med de gamle. Eldreomsorg omfatter stadige etiske utfordringer i forhold til daglige omsorgssituasjoner, ressurser og tvang. For å kunne ivareta beboernes integritet må sykepleieren kjenne deres ønsker. Muligheten til å etablere relasjoner begrenses av deltidstillinger, stor utskiftning i personalet, sykmeldinger og turnusplaner. Dette gir manglende kontinuitet i pleien (ibid).

Tverrfaglig samarbeid

En viktig oppgave i følge Brodtkord (2008), er å utvikle fleksible rutiner som gjør det mulig å ivareta individuelle ernæringsbehov. Et samarbeid med kjøkkenpersonalet om beboernes måltider kan bidra til dette. Legen er en viktig samarbeidspartner, da medisinsk behandling virker inn på beboerens matlyst og næringsinntak. Det bør etableres ernæringsteam som kan ivareta tverrfaglige utfordringer på en god måte (ibid). Sykepleieren samarbeider ofte tett med flere andre yrkesgrupper som hjelpepleiere, omsorgsarbeidere, leger, fysioterapeuter, ergoterapeuter og vernepleiere. Ved samarbeid over tid vil deres kompetanse integreres til en felles tverrfaglig innsikt (Kristoffersen og Jensen 2005).

1.3.2 Behovs- og omsorgsteoretiske perspektiver

Kjennskap til flere teoretiske perspektiver vil gi et bredere perspektiv på sykepleiefunksjonen enn kjennskap til kun en teori alene (Kristoffersen 2005,b).

Virginia Hendersons behovsteori bygger i følge Kristoffersen (2005,b) på ivaretagelsen av grunnleggende behov. Behov for mat er et av disse. Alder er en faktor som påvirker de

menneskelige ressursene, som igjen påvirker ivaretagelsen av de grunnleggende behov. Sykepleierens mål er å hjelpe mennesker å gjenvinne sin selvstendighet til å utføre gjøremål som ivaretar de grunnleggende behovene. Ressurssvikt kan skyldes mangel på kunnskap, krefter eller vilje. Årsaken trenger ikke å skyldes sykdom. Selv friske mennesker kan ha behov for sykepleie, dersom de selv ikke makter å ivareta sine behov. På dette området har sykepleieren en viktig forebyggende funksjon (ibid).

“Egenomsorg er de handlinger som et menneske tar initiativ til og utfører på egne vegne for å opprettholde liv, helse og velvære” (Kristoffersen, 2005,b, s. 39). Hensikten med Dorethea E. Orem's teori er å sikre normal menneskelig funksjon, utvikling og helse. Sykepleien skal kompensere for manglende egenomsorgsevne og utvikle denne, der dette er mulig. Orem beskriver 8 universelle egenomsorgsbehov. Ett av disse omhandler mat. Hun påpeker viktigheten av å utvikle gode vaner og handlingsmønstre som fremmer helse. Teoriens hovedmål er å fremme menneskets normalfunksjon, utvikling, helse og velvære, der egenomsorg er et viktig delmål. Behovene for egenomsorg endres med alderen (Ibid).

Betydningen av sykepleiernes holdninger til ernæringsarbeid

“En holdning er en spesiell tilbøyelighet til å reagere på en bestemt måte overfor andre mennesker, ting eller hendelser”(Håkonsen 2010, s. 205)

Ifølge Håkonsen (2010) og Lystad (2006) består holdninger av tre deler; tanker, følelser og atferd. Holdninger blir etablert over tid, og kan være positive, negative eller nøytrale. Positive holdninger kjennetegnes av interesse og åpenhet, mens negative holdninger er fastlåste oppfatninger man holder for seg selv av mangel på aksept fra andre. Nøytrale holdninger, som mangel på interesse eller det å bry seg, oppleves ofte som negative og er de farligste holdningene (Lystad 2006). Holdninger bygger på erfaringer, kunnskaper og påvirkninger og utvikles gjennom imitering, identifisering og integrering. Ved identifisering gjør man andres holdninger til sine egne. Gjennom integrering har holdningene blitt en del av oss og er dermed vanskelig å forandre. Holdningsendring er en vanskelig prosess, da atferd ikke endrer seg i takt med holdningene. Kunnskap kan være til stede uten å omdannes i handling. En viktig faktor for forandring er å identifisere etablerte holdninger, og om tilstrekkelig kunnskap ligger til grunn for disse (Ibid). Negative holdninger kan bygge på manglende kunnskap. Atferd gjenspeiler ikke alltid holdninger, men påvirkes av den enkelte situasjon. Mangel på tid kan være en slik faktor (Håkonsen 2010).

Lystad (2006) peker på arbeidsmiljøets betydning i forhold til utarbeidelse av rutiner og prosedyrer. Trivsel på arbeidsplassen og klart definerte mål har betydning for hvordan vi utøver arbeidet. Engasjement vil kunne motvirke en negativ holdning til arbeidet.

1.3.3 Lovverk, forskrifter og retningslinjer

Retningslinjene fra helsedirektoratet er ikke rettslig bindende, men skal være faglig styrende for valg som tas. Ved å følge dem vil sykepleiere bidra til å oppfylle kravene om faglig forsvarlighet i lovverket. Det at en praksis er vanlig, trenger ikke bety at den er forsvarlig. I forsvarlighetskravet ligger det et krav om helhetlig ansvar for pasienten og god omsorg, samt å gi tilfredsstillende behandling- og ernæringsmessige tiltak (Helsedirektoratet 2009).

Ifølge Forskrift for kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten (2003) skal kommunene utarbeide prosedyrer som ivaretar grunnleggende behov. Dette innebærer tilstrekkelig næring, variert og helsefremmende kost, rimelig valgfrihet, hjelp med måltider og ro til å spise.

Helse- og omsorgstjenesteloven §3-3 (2012) sier at kommunen skal fremme helse og forebygge sykdom. Dette skal skje gjennom opplysning, råd og veiledning. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011) pålegger sykepleiere en praksis som fremmer helse, forebygger sykdom og ivaretar pasientens behov for helhetlig omsorg.

I folkehelselovens kapittel 2 (2012) §7 plikter kommunen å sette i verk tiltak i forhold til utfordringer knyttet til blant annet ernæring.

Samhandlingsreformen (St.meld.nr 47, 2008-2009) hevder at et sunt kosthold har dokumentert, god effekt i forhold til forebygging og behandling av sykdommer og lidelser. Regjeringens mål er å prioritere veiledning og informasjon til kommunene om tiltak som har samfunnsøkonomisk dokumentert effekt. Kravet til forebygging er tatt inn i flere lover og forskrifter, men det viser seg i praksis å være vanskelig å stille krav til dette. Det har sammenheng med at forsvarlighetskravet er knyttet opp mot fare for liv og helse. Det er vanskelig å bruke forsvarlighetskravet opp mot forebygging. Samhandlingsreformen peker videre på behovet for forebyggende tiltak til å bedre folkehelsen, ved å fange opp risikopersoner og sette inn tiltak tidlig. Videre sier den at det er et dokumentert behov for å

styrke spisskompetansen innen ernæring i primærhelsetjenesten, og at dette spesielt gjelder for underernæring blant eldre (ibid).

1.3.4 Tidligere forskning

Søk etter tidligere forskning om ernæring og eldre i sykehjem, ga få funn. Det meste av denne forskningen har vært gjennomført i sykehus.

Adil et al. fastslår i sin reviewartikkel fra 1994 at protein- og kaloriunderernæring er et vanlig problem hos eldre i institusjon. Behandling av underernæring hos denne pasientgruppen blant sykehjemsansatte er mangelfull. Forfatterne påpeker viktigheten av forebygging og behandling av dette.

McCormack (1997) henviser til at Florence Nightingale så tidlig som i 1859 pekte på at mange pasienter sultet midt i overfloden. Dette mente McCormack kunne være like aktuelt i 1997.

Hun sier i sin artikkel at regjeringen kan gjøre mer ved å ta eldreomsorgen på alvor og gi mer penger til helsevesenet. De frivillige må på banen i forhold til arbeidet med eldre. Uavhengig av hva som fører til underernæring, har sykepleiere et stort ansvar for å forebygge underernæring blant eldre. Dette innebærer at det settes i verk tiltak på et tidlig tidspunkt.

Elmsthål et.al.(1997) konkluderer med at mange beboere på geriatrisk langtidsavdeling, har et næring- og energiinntak langt under det anbefalte. En høyere dødelighet ble funnet blant de med lavere energiinntak, uavhengig av diagnoser. En tettere oppfølging av geriatriske pasienter og deres ernæringsstatus anbefales.

1.4 Hensikt med oppgaven

Hensikten med denne litteraturstudien er å søke kunnskap om hvordan sykepleier kan bidra til å forebygge underernæring og opprettholde normal ernæringsstatus blant eldre i sykehjem. Videre er hensikten å søke kunnskap om hvilke faktorer som påvirker fokuset på ernæringsrelatert sykepleieomsorg.

1.5 Avgrensning av problemstillingen

Oppgaven avgrenses til å omhandle eldre mennesker over 65 år, som bor på sykehjem, og er delvis selvhjulpne. De trenger en del assistanse til å utføre dagliglivets aktiviteter og inntar føde pr. os. Underernæring omtales på et generelt grunnlag uten å relatere det til bestemte somatiske sykdommer eller andre diagnoser.

1.6 Presentasjon av problemstilling

Hvordan kan pasienter i sykehjem opprettholde normal ernæringsstatus?

2.0 Metode

2.1 Valg av metode

Oppgaven er en litteraturstudie der problemstillingen besvares ved hjelp av forskningsbasert litteratur (Polit og Beck 2010). Fordelene med en litteraturstudie er at det allerede er mye litteratur tilgjengelig i faglitteratur, forskningsdatabaser og annen litteratur. På denne måten kan man finne litteratur om mange ulike temaer. Ulempene er at det kan være tidkrevende å finne noe om akkurat et bestemt tema, siden mengden av tilgjengelig litteratur er stor å gjennomføre. Dersom man har en problemstilling der lite er gjort tidligere, vil dette kunne gi få eller ingen funn.

2.2 Fremgangsmåte

Temaet underernæring og eldre ble valgt, og det ble gjennomført søk, for å se hva som fantes av tidligere og nyere forskning om temaet. Søkeprosessen fulgte trinnene i en litteraturstudie, en grunnleggende struktur for litteraturstudier fra Polit og Beck (2010). Det ble søkt i databaser fra Høgskolen i Gjøvik.

Systematiske søk i databaser

Høgskolens databaser Cinal, Academic Search Elite og SweMed+ ble benyttet i søk etter artikler. I tillegg ble Google Scholar brukt. I følge Polit og Beck (2010) er databasen Cinahl

ekstremt viktig for sykepleiere. Databasen er en referansedatabase med referanser til alle engelskspråklige sykepleie- og helseartikler fra 1982. Databasen Academic Search Elite er en fulltekst database over temaene humanitær- og samfunnsvitenskap, helse og medisin fra 1985. Her kan man søke i 2030 elektroniske tidsskrifter og resyme fra 3300 titler. SweMed+ er en referansedatabase med lenker til fulltekst og med temaene helse og medisin. Den har referanse til artikler fra 1977 i nordiske tidsskrifter angående medisin, helsefag og sykepleie på skandinavisk og engelsk språk (HiG 2013). Ved å benytte oss av AND mellom søkeordene forsikrer vi oss om at alle ordene har blitt brukt i artiklene. Vi benyttet oss også av trunkering. Kun stammen av ordet skrives inn i søkefeltet, og avsluttes med et trunkeringstegn. Dette tegnet skrives ulikt i de forskjellige databasene. På denne måten blir alle endinger av ordet inkludert (Bjørk og Solhaug 2008).

Det ble gjennomført søk i flere databaser, for å sikre størst mulig bredde i artiklene. De ulike databasene overlapper hverandre bare delvis med hensyn til omfang av artikler. Artiklene som er benyttet i oppgaven er primærkilder, det vil si førstehåndskilder til faktaene og funnene. Rapporten er skrevet av den som utførte studien. Videre er de peer-reviewed, det vil si at de er vurdert av en annen forsker som gjennomgår, kritiserer og lager en anbefaling angående publisering eller støtte til forskningen (Polit og Beck 2010). Artiklene i oppgaven har alle vitenskapelig nivå 1.

I databasen Cinahl ble søkeordene nutritional AND nursing home AND attitude* brukt. Dette søket ga 39 treff. Et annet søk som ble gjort i Cinahl resulterte i 47 treff. Der ble søkeordene nursing home*AND nutritional status*AND malnutrition brukt. I Academic Search elite ble søkeordene nutritional status AND nursing home* AND Intervention* brukt. Dette resulterte i 43 treff. Søk i Swemed+ ga flere inkluderte artikler. I første søk ble søkeordene MNA AND "elderly nutrition" brukt. Dette ga 1 treff. En annen kombinasjon var mini nutritional assessment AND malnutrition. Dette ga 56 treff. I det tredje søket ble søkordene malnutrition AND nursing homes brukt, dette resulterte i 14 treff (vedlegg nr.1).

Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier:

- Studier gjennomført i sykehjem.
- Beboere over 65 år.

- Beboere som bare inntok ernæring pr os.
- Artikler som følger IMRAD struktur.
- Artiklene er peer reviewed/ fagfellevurdert.
- Studier gjort i land som kan sammenlignes med Norge.

Ekklusjonskriter:

- Studier gjort i sykehus.
- Buk av enteral eller parenteral ernæring.
- Sekundærkilder/ review-artikler.
- Artikler eldre enn år 2000.
- Forskning med begrenset antall deltagere.

Litteratursøket startet i desember 2012 og fortsatte i februar, mars, april og mai 2013. Første problemstilling ble utarbeidet og 41 potensielle artikler ble vurdert. Tittel, abstrakt og sammendrag fra disse artiklene ble lest. Tidsskriftene der artiklene var publisert ble sjekket i forhold til vitenskaplig nivå i publiseringskanalen Databaser for statistikk om høyere utdanning (DBH). Tidsskriftene kan ha vitenskaplig nivå 1 eller 2, der nivå 2 er høyest. Artiklene inkludert i vår litteraturstudie har alle nivå 1. Artiklene ble sjekket i forhold til IMRAD struktur; innledning, metodedel, resultatdel og diskusjonsdel (Bjørk og Solhaug 2008). Abstrakt, sammendrag og metode ble lest for å avgjøre relevans i forhold til vår problemstilling, og om de var godkjente forskningsartikler. Etter å ha lest gjennom de 41 artiklene ble 34 artikler ekskludert, det vil si 7 artikler inkludert. Ekklusjonskriterier var review- artikler som er sekundærkilder. Dette er beskrivelser av tidligere forskning (Polit og Beck 2010). Etter diskusjon ble problemstillingen innsnevret, da denne ble vurdert til ikke å være konkret nok. Dette resulterte i nytt søk etter artikler. Denne gangen ble det funnet 18 artikler. 14 av disse ble ekskludert på grunn av manglende relevans i forhold til problemstillingen. 4 artikler fra dette søket ble inkludert, og 3 tidligere ekskluderte artikler ble hentet inn igjen. Dette resulterte i til sammen 7 inkluderte artikler.

Etter bytte av veileder, ble enda en ny problemstilling utformet. Etter gjennomgang av 41 tidligere vurderte artikler, ble 6 inkludert. Nytt søk etter artikler resulterte i 23 leste abstrakter, men bare 1 ble inkludert. Totalt 7 artikler er inkludert i dette litteraturstudiet.

Begrunnelse for utvalg av artikler

Artikler inkludert i denne litteraturstudien har både kvalitativ og kvantitativ forskningsdesign. Kvalitative studier baserer seg i følge Polit og Beck (2010), på innsamling, bearbeiding og analyse av tekst som data. Målet kan være å undersøke menneskers erfaringer i en gitt situasjon eller sak. Forskerne benytter seg gjerne av observasjon eller intervjuer. Kvantitative studier er målbare, gjerne ved hjelp av tall, og analyseres ved hjelp av statistikk. Spørreskjemaer inngår i kvantitative studier. Kvalitative metoder blir ofte brukt for å forstå resultatene fra kvantitative undersøkelser (ibid).

Alle artiklene ble sjekket opp mot lister for kritisk vurdering av forskning fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2008). Disse listene er spesifisert i forhold til type studie. Hver artikkel ble gjennomgått i forhold til disse spørsmålene: Har artikkelen en klart formulert problemstilling? Kan vi stole på resultatet fra artikkelen? Hva sier resultatene fra artikkelen? Alle spørsmålene kunne besvares positivt, og artiklene ble dermed ansett å være egnede kilder i forhold til oppgaven (ibid).

2.3 Forskningsetikk

Med bakgrunn i tidligere brudd på menneskerettighetene i forbindelse med forskning, ble Nurnberkkoden utviklet i 1949 (Polit og Beck 2010). De som sto bak eksperimenter på mennesker under andre verdenskrig hevdet å ha loven på sin side, men Nurnberkkodens konkluderte med at etiske hensyn veide tyngre enn loven (Dalland 2007). Hovedpoenget her er at hensynet til enkeltmennesket står over hensynet til forskningen. Senere har flere internasjonale standarder kommet til, med Helsinkideklarasjonen i 1964. Denne setter krav til hvem som forsker, hvem det forskes på og forskningens fremgangsmåte (Ibid). Norge har Nasjonal Samfunnsvitenskaplig Datatjeneste (NSD) med fokus på personvern, og Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) som skal gi råd og veiledning angående forskningsetikk (Bjørk og Solhaug 2008). Nasjonal forskningskomite for medisin (NEM) er koordinator for REK (Dalland 2007).

Arbeidet med en litteraturstudie bygger på litteratur og forskning foretatt av andre (Polit og Beck 2010). Sammenfatning av andres forskning stiller derfor krav til gjennomgang av deres etiske vurderinger gjennom sine arbeider. Temaer belyst i forhold til artikler brukt i denne oppgaven er blant annet taushetsplikt, frivillig informert samtykke og anonymisering.

I følge Kirkvold (2005) er frivillig informert deltagelse en utfordring i forhold til skrøpelige gamle mennesker, da de har redusert evne til å motta informasjon. Nedsatt funksjonsevne i forhold til syn, hørsel, hukommelse, svekket helsetilstand og manglende kjennskap til forskning kan gjøre det vanskelig å oppfatte og vurdere informasjon om forskningsstudier. Det kan være vanskelig for forskeren å vurdere hvorvidt den gamle er samtykkekompetent eller ikke, i forhold til å delta på et fritt og rasjonelt grunnlag. Det er forskerens ansvar å vurdere om informasjonen om forskningen blir oppfattet og forstått. Det er vanlig å sette likhetstegn mellom samtykkekompetanse og fravær av kognitiv svikt. Kirkevold (2005) mener dette utelukker en stor gruppe eldre mennesker fra forskningen og er ugunstig og etisk betenkelig, da man mister viktig informasjon om denne gruppens situasjon og behov. Gamle med mild til moderat kognitiv svikt kan ta stilling til deltakelse såfremt informasjonen formidles på en tilpasset måte. En verge kan oppnevnes og ta stilling på vegne av pasienten, eventuelt pårørende og personalet kan sikre den gamles interesser. Men man må uansett spørre den gamle og gi vedkommende mulighet til å ta egne avgjørelser.

Videre må forskningen være skånsom og hensynsfull og ta hensyn til de eldres dårlige helsetilstand og begrensede krefter. Spørreskjemaer må ikke utformes for komplisert. En viktig utfordring er å redusere muligheten for frafall fra studien grunnet forverret helsetilstand eller død. Stort frafall og dermed et skjevt utvalg kan true gyldigheten av data og av funn. Ofte kompenserer man med et større antall deltakere enn nødvendig (ibid).

Oppgaver som bygger på andres verk skal ha klare, etterprøvbare henvisninger. Det må skilles klart mellom eget og andres materiale (Dalland 2007). Å benytte seg av andres resultater uten tilstrekkelige referanser, anses som plagiering (Polit og Beck 2010). Studenter må forholde seg til det forskningsetiske aspektet ved å ha stor åpenhet om kildene som benyttes og referere til dem med stor nøyaktighet. Det er viktig å gi et balansert bilde av det man beskriver ved også å ta med litteratur som påpeker kritikk til de synspunktene man hevder (Erikson 2010).

2.4 Analyse

Ved utvelgelse av artiklene, så vi først på nøkkelord, og leste gjennom abstraktet. Dette ga oss en indikasjon på om artikkelen kunne være relevant for vår problemstilling. Flere av kjerneordene så vi gå igjen i de fleste artiklene. Ved gjennomlesing av resultatdelen noterte vi stikkord for sentrale funn. Videre så vi etter fellesnevnerne mellom de forskjellige artiklene.

Temaer som gikk igjen var for eksempel bruk av MNA, pleieplan, protein- og energi beriket kost og veing, samt sykepleiers holdning, kunnskap og utdanning i forhold til ernæringsarbeid. Vi valgte deretter å kategorisere funnene i 3 hovedtema. Undervisning, kunnskap og holdning ble samlet i en, de to andre var ernæring og kartlegging. Ved å kategorisere funnene på denne måten ble det enklere å holde oversikt over artiklens innhold og deres relevans i forhold til vårt tema. Det gjorde det også lettere å finne likheter og ulikheter mellom artiklene.

3.0 Resultat

3.1 Tabell med inkluderte artikler:

<i>Referanse:</i>	<i>Studiens hensikt:</i>	<i>Metode:</i>	<i>Resultat:</i>	<i>Egne kommentarer:</i>
<p><u>Tidsskrift:</u> Vård i Norden, 2006.</p> <p><u>Tittel:</u> Pleiepersonalets viden og holdning om ernæring til eldre pleiehjemsbeboere- en spørgekemaundersøelse.</p> <p><u>Forfattere:</u> Munch,C. Pedersen,P. Færgeman,K Thulstrup, A.M.JA</p>	<p>- vurdere sykepleiers holdning og kunnskap i forhold til sykehjembeboeres ernæringstilstand.</p> <p>- Identifisere pleiepersonalets bruk av screening metoder, kunnskap om eldres ernæringsbehov og ernæringsfordeling.</p>	<p><u>Design:</u> Kvantitativ, Prevalensstudie gjennomført som Tversnittundersøkelse.</p> <p><u>Utvalg:</u> 136 helsearbeidere fra sykehjem i Århus var med i undersøkelsen. Gruppen inneholder sykepleiere og annet helsepersonell, der sykepleierne er i gruppen med lengst utdanning.</p> <p><u>Datainnsamlingsmetode:</u> spørreskjema og intervju.</p>	<p>-Respondentene med lang utdanning (sykepleiere og utdannede innen ernæring) har større kunnskap i forhold til å gjenkjenne underernæring.</p> <p>- 84 % av dem med lang utdanning benyttet en eller flere screeningsmetoder. 88 % av alle respondentene, benyttet seg av dette.</p> <p>-68 % av alle respondentene svarte korrekt på hvor ofte normalvektige bør veies. Av dem med lang utdanning svarte 79 % riktig.</p> <p>- 43 % av alle respondentene svarte korrekt på hvor ofte undervektige bør veies. Av dem med lang utdanning svarte 51 % riktig.</p> <p>-85 % av alle</p>	<p>Vi anser holdninger og kunnskaper som en svært viktig del av ernæringsarbeidet. Det var derfor viktig for oss å se om screeningverktøy faktisk ble brukt</p> <p>At undersøkelsen også omhandler andre yrkesgrupper kan være en svakhet.</p> <p>Ut i fra at artikkelen er fagfellevurdert og publisert i et vitenskapelig tidsskrift må vi anta at den tilfredsstillende etiske krav til forskning.</p>

			<p>respondentene svarte riktig på når BMI viser undervekt. 79 % av de med lang utdanning svarte riktig.</p> <p>- 87 % av alle respondentene gjennomførte ikke veiing hos normalvektige, i henhold til anbefalingene. Det samme gjaldt for 89 % av dem med lang utdanning.</p>	
<p><u>Tidsskrift:</u> Läkartidningen (2009).</p> <p><u>Tittel:</u> Nutritjonsbehandling i äldrevård - ett bortglömt perspektiv.</p> <p><u>Forfattere:</u> Johansson, U.M. Boseus, I Larsson, J Rothenberg, E. Stene, C Unosson, M</p>	<p>- Hvordan blir underernæring hos pasienter i sykehjem ivaretatt.</p> <p>-Hvilke rutiner finnes, hvordan er ansvarsfordelingen.</p> <p>-Bruke resultatene til å finne ut hva som hindrer godt ernæringsarbeid i sykehjem</p>	<p><u>Design:</u> Kvantitativ. Prevalensstudie gjennomført som spørreundersøkelse sendt ut pr. brev.</p> <p><u>Utvalg:</u> 765 sykepleiere innen eldreomsorg.</p> <p><u>Datainnsamlingsmetode:</u> 54 spørsmål som angår behandling og oppfølging av underernæring, ansvarsfordeling mellom yrkesgrupper, utdanning og kompetanse.</p>	<p>- Knappe 40 % anså at grunnutdanningen ga dem tilstrekkelig kunnskap for å kunne ta avgjørelser i forhold til ernæring.</p> <p>- 92 % påtok seg ansvaret for opprette en individuell plan angående ernæring, men bare 1/3 hadde kunnskaper nok til å utføre dette.</p> <p>-60 % av sykepleierne hevder at det største hinderet for inntak av tilstrekkelig ernæring ligger hos pasienten. 1/5 anså at mangel på kunnskap hos pleiepersonalet var den største årsaken.</p>	<p>-Denne artikkelen var aktuell, fordi den ser på hvilke faktorer som påvirker beboernes ernæringsstilstand og hvordan dette blir ivaretatt. - Artikkelen er svensk og vil derfor være realistisk å sammenligne med norske forhold. En styrke i denne studien er det høye deltagerantallet.</p> <p>Studiet har brukt et randomisert utvalg av sykepleiere. Ellers finnes ingen konkrete opplysninger angående etiske overveielser i denne artikkelen. Vi mener likevel dette er ivaretatt, da artikkelen er fagfellevurdert og publisert i et vitenskapelig tidsskrift.</p>
<p><u>Tidsskrift:</u> Scandinavian Journal of caring Science (2004).</p> <p><u>Tittel:</u> Meals in nursing homes.</p>	<p>- del av et forskningsprosjekt med fokus på forbedring av situasjonen rundt måltidet og reduksjon av undervekt hos</p>	<p><u>Design:</u> Kvalitativ etnografisk metode med kombinasjon av intervju og observasjon.</p> <p><u>Utvalg:</u></p>	<p>-Studien kunne ikke bekrefte teorien om forbedring av ernæringsstatus i små boenheter. Selv om en forbedret ernæringsstatus ble funnet i 2 av</p>	<p>Vi ønsket å se om mindre bo - enheter hadde en positiv betydning for beboernes ernæringsstilstand.</p>

<p><u>Forfattere:</u> Kofod, J. Birkemose, A</p>	<p>sykehjemspasienter. -Undersøke situasjonen rundt måltidene i sykehjem -har mindre boenheter en positiv påvirkning på ernæring -hva kan øke matinntaket hos beboerne -hva kan redusere matinntaket hos beboerne.</p>	<p>19 sykehjemsbeboere over 75 år i 6 sykehjem. Beboerne som ble valgt måtte kunne forstå og svare på spørsmål. - tre avdelingsledere og fire ansatte deltok i studiet</p> <p><u>Datainnsamlingsmetode:</u> Intervju</p>	<p>sykehjemmene. -Psykiske og fysiske begrensinger kan påvirke matinntaket negativt. - Beboerne hadde mulighet til å påvirke planleggingen av måltidene, og ble tilbudt et annet alternativ om de ikke likte maten. - Beboerne hadde valgmuligheter i forhold til om de ville sitte alene å spise eller i selskap med andre.</p>	<p>En svakhet i studien kan være at kun 19 beboere deltok i studiet. Det er imidlertid positivt at det er en del av et større forskningsprosjekt.</p> <p>Forfatterne sier at etisk godkjenning ikke var nødvendig i forhold til studiet.</p>
<p><u>Tidsskrift:</u> Nutrition 24 (2008)</p> <p><u>Tittel:</u> Effects of food fortification on nutritional and functional status in frail elderly nursing home residents at risk of malnutrition.</p> <p><u>Forfattere:</u> Smoliner, C. Norman, K. Scheufele, R. Hartig, W. Pirlich, M. Lochs, H</p>	<p>-Evaluering av et 12 ukers program med fokus på ernæring og funksjonsstatus hos sykehjemsbeboere med fare for underernæring.</p>	<p><u>Design:</u> Kvantitativ, randomisert studie</p> <p><u>Utvalg:</u> 52 sykehjemsbeboere ved tre sykehjem</p> <p><u>Datainnsamlingsmetode:</u> Registrering og dokumentasjon av matinntak, samt MNA- registrering og bruk av statistikk</p>	<p>-ordinær mat i sykehjem hadde tilstrekkelig energi og næringsinnhold -utdeling av snacks gav ikke økt ernæringsinntak, da dette ble en erstatning for ordinær mat -Bedret ernæringsstatus gav ikke bedre funksjonsstatus - Ved evaluering av programmet ble det funnet en generell forbedring av MNA-score .</p>	<p>Det var interessant for oss å se hvorvidt innføring av ernæringsprogram i sykehjem hadde noen effekt på beboere med fare for underernæring. Et inklusjonskriterier for oss var at MNA ble brukt til å vurdere pasientenes ernæringsstatus.</p> <p>Studiet er godkjent av etisk komite.</p>
<p><u>Tidsskrift:</u> Journal of clinical nursing (2007).</p> <p><u>Tittel:</u> Assessment of the nutritional status among residents in a Danish nursing home- health effects of a formulated food and meal policy.</p> <p><u>Forfattere:</u> Kuosma, K. Hjerrild, J. Ulrich, P. Hundrup, Y. A.</p>	<p>- I hvilken grad kan systematisk ernæringsvurdering og tiltak i forhold til dette, bidra til vektstabilitet hos beboerne. Tiltakene gjennom studien var: - Vurdering av ernæringstilstand hver 3. måned, med vekt og observasjon av beboers appetitt. - Bruk av pleieplan. -Identifisere beboernes spiseproblemer, servere ekstra energi-protein drikke, ønskekost, små</p>	<p><u>Design:</u> Kvantitativ. Kvasiekperimentell metode med <i>time series</i> design.</p> <p><u>Utvalg:</u> 15 sykehjemsbeboere i Danmark.</p> <p><u>Datainnsamlingsmetode:</u> Innsamling av data før og etter gjennomføring av tiltak (time series design).</p>	<p>- 75 % av beboerne sto i fare for å bli underernærte. -Andelen av vekt stabile pasienter økte gjennom studien fra 52,2 % til 87,8 %. - Beboere som gikk ned i vekt ble gjennom studien redusert fra 42 % til 13.3 %. -Bruk av pleieplaner resulterer i vektstabilitet hos beboerne. - Studien understreker viktigheten av regelmessig ernæringsvurdering og bruk av pleieplan hos sykehjemsbeboere.</p>	<p>Studien gjennomførte konkrete, enkle tiltak i forhold til å stabilisere vekt. Dette er tiltak vi vet brukes i praksis, og det var interessant å se om de faktisk hadde en ønsket effekt. En svakhet kan være at kun 15 beboere deltok. En styrke er at studien er dansk, og sammenlignbar med norske forhold.</p> <p>De etiske overveielserne er</p>

	måltider og snacks til pasienter som hadde økt risiko for å bli underernærte. -screening verktøy (MNA) ble brukt som rettesnor i forhold til observasjon og tiltak gjennom studieperioden.			tatt hensyn til.
<p><u>Tidsskrift:</u> Age & Aging (2000).</p> <p><u>Tittel:</u> Protein-energy oral supplementation in malnourished nursing-home residents.</p> <p><u>Forfattere:</u> Lauque,S. Arnaud- Battandier, F. Mansourian, R. Guigoz, Y. Paintin, M. Nourhasemi, F. Vellas, B.</p>	<p>-Evaluering av ernæringsprogram.</p> <p>-Har protein-ernæringstilskudd gitt pr os en positiv effekt på MNA hos beboere i sykehjem?</p>	<p><u>Design:</u> Kvantitativ. Randomisert, kontrollert kohortstudie</p> <p><u>Utvalg:</u> 78 beboere fullførte studiet. Disse var delt inn i fire grupper, ut fra MNA- score: MNA over 24 (A) MNA 17- 23,5 (denne gruppen ble delt i to B og C). MNA under 17 (D).</p> <p><u>Datainnsamlingsmetode:</u> Daglig registrering av matinntak. Kartlegging av MNA ved oppstart og etter 60 dager.</p>	<p>- Gruppe A:MNA over 24 hadde uforandret MNA.</p> <p>- Gruppe B: MNA 17-23,5-uten ernæringstilskudd. Ustabil, varierende resultat.</p> <p>- Gruppe C: MNA 17-23,5 med ernæringstilskudd fikk forbedret av MNA.</p> <p>-Gruppe D: MNA under 17, 20 av 24 fikk forbedring av MNA.</p>	<p>Det var interessant for oss å se om ernæringstilskudd gitt pr. os hadde en positiv virkning på MNA. Artikkelen er fra 2000, men ble inkludert på grunn av at MNA er et like aktuelt screening- verktøy i dag</p> <p>Godkjent av etisk komite.</p>
<p><u>Tidsskrift:</u> Vård i Norden (2009)</p> <p><u>Tittel:</u> En hypotesegenererande studie av nattfastans längd, undernäring och hälsorelaterad livskvalitet hos äldre</p> <p><u>Forfattere:</u> Ebrahimi, Z. Wijk,H.</p>	<p>-Kartlegge sammenhen mellom nattfastens lengde og grad av underernæring hos sykehjemsbeboere.</p>	<p><u>Design:</u> Kvantitativ, deskriptiv studie.</p> <p><u>Utvalg:</u> 31 sykehjemsbeboere over 68 år</p> <p><u>Datainnsamlingsmetode:</u> Kartlegging av ernæringsstatus ved bruk av BMI og MNA-SF</p>	<p>-87 % hadde nattfaste over 11 timer- av disse var 8 underernært og 5 sto i fare for å bli det.</p> <p>- Beboere som allerede var underernært hadde en nattfaste på 14,6 t , og de som stod i fare for å bli underernært 14,5 timer. Gjennomsnittet for hele gruppen var 14,3 timer.</p> <p>- En mulig sammenheng sees mellom nattfastens lengde og grad av underernæring.</p>	<p>Vi ønsket å se om det var en sammenheng mellom antall timer mellom måltidene og grad av underernæring.</p> <p>Studien oppfylte kravene i forhold til etiske utprøvelser.</p>

3.2 Sammenstilling av resultater

Kartlegging

Lauque et al. (2000) viser gjennom sin forskning at bruk av MNA er et enkelt og pålitelig verktøy for identifisering og oppfølging av beboernes ernæringsstatus. Likevel gjør mangel på gode rutiner og bruk av screening verktøy at underernæring ofte blir oversett. Det pekes på at tiltak i forhold til identifisering og oppfølging kommer sent i gang. Tett oppfølging og registrering av beboernes daglige matinntak kan være en god måte å følge opp ernæringsstatusen på. Smoliner et al. (2008) mener at selv om MNA er et vel ansett verktøy i forhold til screening av ernæringsstatus blant eldre, kan MNA-score i enkelte tilfeller vise et større antall beboere med risiko for underernæring enn det som er tilfelle. Årsakene til dette kan være at MNA ikke skiller mellom utvikling av sykdom og forandringer i forhold til ernæring. Forbedret MNA- score resulterer heller ikke alltid i en forbedret funksjonsstatus (Ibid).

Ebrahimi og Wijk (2009) kartlegger gjennom sin forskning sammenhengen mellom nattfastens lengde og underernæring. Dette gjøres ved hjelp av MNA-SF og utregning av BMI. Kartlegging ved hjelp av disse verktøyene gir et godt innblikk i beboernes ernæringsstatus. Tallverdier er godt egnet for å få frem små variabler og endringer i forhold til ernæringsstatus.

Den danske studien til Munch et al. (2006) identifiserte pleiepersonalets bruk av screening metoder. I denne undersøkelsen viste det seg at kun 16 av totalt 136 deltagere benyttet seg av slike verktøy. Kun 44 av 136 deltagere visste hvor ofte normalvektige burde veies i forhold til anbefalingene.

Hos Johansson et al. (2009) mener 92 % av sykepleierne at utarbeiding av individuelle pleieplaner i forhold til ernæring er en sykepleie oppgave. Bruk av pleieplaner har i følge Kousma et.al (2007) en dokumentert effekt på å stabilisere vekt hos beboere i sykehjem. Forutsetning for dette er regelmessig vurdering av beboernes ernæringsstilstand. Individualisert ernæringsarbeid viser at færre gikk ned i vekt gjennom studieperioden, og at flere beboere stabiliserte vekten. Kuosma anbefaler i forhold til sine funn, regelmessig vurdering av ernæringsstatusen til sykehjemsbeboere.

Utdanning, kunnskap og holdning

Formålet med undersøkelsen til Munch et al. (2006) var å identifisere kunnskap og holdning hos pleiepersonalet i forhold til sykehjemsbeboeres ernæringstilstand. Pleiepersonalets bruk av metoder for ernæringscreening ble samtidig identifisert. Studiet benyttet et spørreskjema spesielt utformet til denne undersøkelsen. Bakgrunn for dette var nyere vitenskapelige undersøkelser. Undersøkelsen viser til at lang utdanning gir økt gjenkjennelse i forhold til underernæring.

Ernæringsarbeid er et lavt prioritert område på mange sykehjem. Dette til tross for kunnskapen om hvor viktig ernæring er for god helse og livskvalitet. Den lave prioriteringen av ernæring kan bero på personalets mangel på kunnskap. Bare 23 av totalt 136 deltagere hadde kunnskap om anbefalt energi-inntak, 6 svarte riktig angående protein, 18 svarte riktig angående fett. Mangel på kunnskap viser seg i mangel på handling. Teorien om mangel på kunnskap støttes av Johansson et al.(2009). Her mente 90 % av sykepleierne at det var deres ansvar å beregne beboernes ernæringsstatus. Kun 40 % av respondentene i deres undersøkelse mener at grunnutdanningen i sykepleie gir dem tilstrekkelig kunnskap om ernæring. En annen faktor ved studien til Johansson et al. (2009) er det faktum at også leger ble bedt om å delta i undersøkelsen. På grunn av deres svært lave svarprosent, kun 13,1 %, kunne ikke forskerne legge vekt på deres svar. En antatt årsak til dette var liten interesse for ernæring blant legene. I forhold til opprettelse av individuell ernæringsplan, mener bare 1/3 at de kan opprette en slik plan. Dette står i kontrast til at hele 92 % tar på seg ansvar for å utføre dette arbeidet. Munch et al. (2006) mener resultatet i deres undersøkelse, viser at det er behov for økt fokus og forskning på dette området.

Ernæring

Bruk av protein- og energi tilskudd hadde i følge Lauque et.al (2000) en positiv innvirkning på beboernes ernæringsstilstand. Deltagerne i undersøkelsen ble inndelt i 4 grupper på bakgrunn av MNA- score. Av beboere i fare for underernæring (MNA score 17-23,5) fikk halvparten protein- energi tilskudd. Denne gruppen fikk en høyere MNA score ved evalueringen av ernæringsprogrammet. Hos den andre halvparten uten dette tillegget, så man ingen klare forbedringer av resultatene. Hos gruppen som var undernært ved oppstart av

programmet, fikk 20 av 24 beboere en høyere MNA score etter bruk av protein- og energi tilskudd.

Smoliner et.al. finner i sin undersøkelse fra 2008 at maten i sykehjem har tilstrekkelig energi og næringsinnhold. Utdeling av snacks som mellommåltid gav ikke økt energi inntak, da dette ble en erstatning for vanlig mat og ikke et tillegg.

Kousma et al. (2007) fant at tilførsel av energi- protein drikke, variert snacks, små måltider og ønskekost ga positive resultater. Dette ga tydelig utslag på antall beboere som stabiliserte vekten og viste at færre av disse gikk ned i vekt gjennom studiet.

Teorien om at små boenheter kunne gi en forbedret ernæringsstatus kunne ikke bekreftes i studiet til Kofod og Birkemose (2004). Ideen bak de små boenhetene er å skape en boform mest mulig lik beboerens hjem. Det poengteres at det er personalets oppgave å etablere et godt fellesskap rundt måltidet. Dette kan være vanskelig på grunn av pasientenes fysiske og psykiske tilstand. Positive faktorer i forhold til denne boformen kan være beboernes mulighet til å påvirke planleggingen av, og situasjonen rundt måltidet. Beboerne kunne velge om de ville spise alene eller sammen med andre. De kunne også velge mellom ulike retter.

Ebrahimo og Wijk (2009) ser på sammenhengen mellom nattfastens lengde og underernæring hos beboere i sykehjem. De finner at 27 av 31 beboere inkludert i undersøkelsen hadde en nattfaste på over 11 timer. Av disse var åtte beboere underernært, mens fem beboere sto i fare for å bli det. Nattfasten varierte mellom 11,3 og 17,15 timer. Gjennomsnittet på nattfasten hos alle beboerne som var med i undersøkelsen var på 14,3 timer. Dette tyder på at kombinasjonen av lengden på nattfasten og beboernes underernæring har en sammenheng. Det bemerkes også at beboere med lavt aktivitetsnivå hadde lang nattfaste. Dette stiller ekstra krav til sykepleiernes observasjon, og regelmessig kartlegging av ernæringsstatus hos denne gruppen. Forfatterne påpeker at det trengs flere undersøkelser som går direkte på beboernes individuelle opplevelse av nattfasten, og som ser på sammenhengen mellom dette og underernæring.

4.0 Drøfting

Hensikten med denne litteraturstudien er å søke kunnskap om hvordan sykepleier kan bidra til å forebygge underernæring og opprettholde normal ernæringsstatus blant eldre i sykehjem.

Videre er hensikten å søke kunnskap om hvilke faktorer som påvirker fokuset på ernæringsrelatert sykepleieomsorg.

Helsedirektoratet kom i 2009 med Nasjonale faglige retningslinjer. Dette burde være et godt grunnlag for opprettholdelse av normal ernæringsstatus hos eldre i sykehjem. Som nevnt i tidligere forskning og sett ut fra egne erfaringer, kan det synes som det fortsatt er lite fokus på ernæringsarbeid innen eldreomsorgen. Bakgrunn for gjennomføring av alle forskningsartikler inkludert i dette studiet, er kunnskap om underernæring som et problem hos eldre i sykehjem.

4.1 Betydning av kartlegging

Munch et al. (2006) fant gjennom sin forskning at ernæringsarbeid har lav prioritet på mange sykehjem. Deres teori er at sykepleiere ikke har tilstrekkelig kunnskap om dette temaet. Den begrensede kunnskapen samsvarer ikke med anbefalingene. Denne teorien støttes av Johansson et al.(2009), der bare 40 % av respondentene i deres studie mener at grunnutdanningen i sykepleie gir dem tilstrekkelig kunnskap om ernæringsarbeid. Som et eksempel var det kun 38 % som følte de hadde et godt verktøy til å beregne de eldres energibehov. Vi mener dette er et lavt tall, med tanke på de kartleggingsverktøyene som faktisk finnes. Vår erfaring gjennom sykepleiestudiet er også at det settes lite fokus på ernæring under utdanningen. Nasjonale faglige retningslinjer (Helsedirektoratet 2009) gir gjennom sine anbefalinger sitt bidrag til identifisering av risiko for og behandling av underernæring. Disse retningslinjene bør være et viktig supplement til sykepleierens kunnskap.

Identifisering og opprettholdelse av de eldres normale ernæringsstatus er en stor og viktig sykepleie-oppgave. Sykepleiers kunnskap og fokus på ernæring vil derfor være en viktig del av det forebyggende arbeidet (Brodtkorb 2008). Samhandlingsreformen har stort fokus på behovet for forebyggende arbeid innen helsevesenet, også i forhold til ernæring. Dette bør gjøres ved å fange opp eldre med risiko for underernæring og sette inn tiltak tidlig. Jonvik, Sørland og Wibe (2011) mener at nøkkelen til ernæringsrelatert sykepleieomsorg er at vekttapet oppdages tidligst mulig og at næringsinntaket og ernæringsstatusen kontinuerlig følges opp. Det er også et dokumentert behov for å øke kompetansen, spesielt innen

forebygging av underernæring hos eldre (St.mld.nr. 47, 2008- 2009). Gode rutiner for kartlegging av ernæringsstatus vil slik vi har erfart fra praksis, kunne identifisere eldre sykehjemsbeboere i fare for underernæring på et tidlig tidspunkt. Ifølge Lauque et al. (2000) er nettopp mangel på gode rutiner og bruk av screeningverktøy en faktor som bidrar til at underernæring blir oversett. En naturlig konsekvens av dette er at tiltak settes i verk på et sent tidspunkt. Munch et al. (2006) fant at kun 16 av totalt 136 pleiere i sykehjem sa de benyttet seg av screeningmetoder. Den svenske studien til Johansson et al. (2009) hevder å være den første spørreundersøkelsen som sier noe om rutiner og behandling av underernæring i sykehjem. Det vises til tydelige mangler ved ivaretagelsen av de eldres ernæringsbehov sett i forhold til pleiepersonalets utdanning og kunnskap i klinisk ernæring.

For å kunne opprettholde eldre menneskers ernæringsstatus, må denne kartlegges. Sykepleiers observasjoner i forhold til dette arbeidet er avgjørende. Nasjonale faglige retningslinjer (Helsedirektoratet 2009) anbefaler vurdering av ernæringsstatus ved innleggelse i sykehjem, ved hjelp av blant annet MNA. Oppdatering av status bør deretter skje månedlig, eventuelt med andre tidsintervaller ut ifra en faglig begrunnelse.

MNA er et internasjonalt og anerkjent verktøy for kartlegging av ernæringsstatus (Helsedirektoratet 2009). Lauque et al. (2000) og Smoliner et al. (2008) anser begge MNA som et velegnet verktøy for identifisering av beboernes ernæringsstatus. Fossum et al. (2009) har oversatt dette verktøyet til norsk. Han konkluderer med at det er pålitelig og gyldig i forhold til bruk under norske forhold. Et argument for bruk av MNA er at det krever liten tid, små ressurser og kan gjennomføres i løpet av 10-15 minutter. Et ankepunkt mot MNA er at verktøyet ikke skiller mellom sykdom og ernæringsmessige forhold med hensyn til endring av score. Det er utarbeidet en kortversjon av MNA, kalt Mini nutrition assessment- short form (MNA-SF). MNA-SF tar kortere tid å utføre og krever derfor enda mindre ressurser. Ranhoff, Gjøn og Mowè (2005) fant at denne versjonen er mer følsom for forandringer med hensyn til score. Selv om deres undersøkelse er fra en medisinsk sengepost på sykehus, vil vi likevel anta at dette er overførbart til beboere i sykehjem. At MNA-SF krever mindre ressurser, mener vi kan være et argument for at den kan være lettere å ta i bruk. MNA-SF er konstruert for å identifisere både risiko for- og etablert underernæring (Ranhof et al. 2005). Tilfredsstillende score ved MNA-SF utelukker dermed gjennomføring av full MNA-kartlegging.

Smoliner et al. (2008) mener det vil være en mulig svakhet at verktøyet ikke skiller mellom sykdom og ernæringsmessige forhold med hensyn til score. Noe som vil vise seg ved at tallet på beboere i risikozonen blir høyere enn faktisk tilfelle. Det er viktig å være oppmerksom på dette, men etter vår vurdering bør de positive faktorene ved bruk av MNA tillegges størst vekt. En feilmargen i dette tilfellet er akseptabelt, da det uansett ikke vil få noen negative konsekvenser for beboeren. En annen svakhet ved MNA kan være at en forbedret score ikke nødvendigvis indikerer en forbedret ernæringsstilstand. En annen forklaring på forbedret score kan være forbedret funksjonsnivå (Ibid).

Lauque et al. (2000) mener MNA kan brukes både som en ernæringskartlegging og som et verktøy for oppfølging av ernæringsstatus. Jonvik, Sørland og Wibes (2011) prosjekt viser at beboerne som ble kartlagt ved hjelp av MNA, var de som oftest takket ja til ekstra måltider, når de fikk tilbud om det. Vi tenker at et økt fokus på kartlegging, også vil gjøre beboeren mer bevisst på sin egen ernæringsstilstand. Gjennomføringen av disse målingene mener vi kan gi nær kontakt mellom sykepleier og beboer. Beboeren kan gjennom dette få mer oppmerksomhet, føle seg mer sett og bedre ivaretatt. Slik kan relasjonen mellom sykepleier og beboer styrkes.

Den enkleste måten å kartlegge undervekt på vil være å benytte BMI. Dette innebærer måling av beboers høyde og vekt (Brodtkorb 2008). BMI inngår også som del av MNA kartleggingen. Det er derfor et tankekors at det ofte ikke finnes en fast rutine for veiing av beboerne. Det samme resultatet ble funnet i Munch et al.(2006) sin studie. Det kommer også frem at flere sykehjem verken hadde sittevekt eller vanlig vekt. I praksis har vi også erfart at vekter ikke alltid er tilgjengelig i sykehjems avdelinger. Dette mener vi burde være et enkelt og rimelig tiltak, og det burde være en selvfølge at alle sykehjem har dette tilgjengelig. Hva kan årsaken til dette være? Vi tenker at dette kan skyldes manglende fokus fra ledelsens side når prioriteringer angående investeringer utarbeides. Helsedirektoratet (2009) mener at oppfølging av ernæringsstatus må forankres i ledelsen og ansvaret må bli tydeligere fordelt, for å sikre kontinuitet i ernæringsbehandlingen.

Johansson et al. (2009) mener det er viktig å ikke fordele skyld på noen bestemt yrkesgruppe for den manglende oppfølgingen av ernæringsarbeid. Deres beskrivelse av praksis er at hjelpepleierne har størst oversikt over beboerne, men har ikke hovedansvaret for spørsmål angående ernæring. Sykepleierne jobber ofte ikke like tett på beboerne, og har dermed ikke samme oversikt. Likevel ligger hovedansvaret for disse spørsmålene hos sykepleierne. Legene har enda sjeldnere kontakt med beboerne, og har kanskje heller ikke satt av tilstrekkelig tid til

spørsmål i forhold til ernæring. Johansson et al. (2009) etterlyser en forandring på hele systemet. Vi deler synet på disse betraktningene.

4.2 Sykepleiers utdanning, kunnskap og holdning

Utdanning og kunnskap om ernæringsarbeid har ingen verdi før den omsettes i handling. Med bakgrunn i observasjoner fra praksis, kan sykepleiers holdning være et hinder mellom kunnskap om og utøvelse av ernæringsarbeid (Lystad 2006). 20 % av de spurte respondentene i Johansson et al. (2009) anså at mangel på kunnskap hos pleiepersonalet var det største hinderet for pasientens ernæringsinntak. 60 % av sykepleierne mente at problemet lå hos beboerne selv. Dette anser vi som bekymringsverdige resultater. Selv om 60 % av sykepleierne mener at problemet lå hos beboerne, har sykepleieren i følge sykepleieprosessen, plikt til og ansvar for å løse problemet (Skaug og Andersen 2005). Dette kan sees i sammenheng med Hendersson behovsteori. Hun sier at utgangspunktet i all sykepleie er ivaretagelse av grunnleggende behov, der behovet for ernæring er ett av disse (Kristoffersen 2005,b). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011), Forskrift for kvalitet i pleie og omsorgstjenesten (2003) og Helse- og omsorgstjeneste loven (2012) vektlegger alle forebygging av sykdom og ivaretagelse av grunnleggende behov. Vi mener det vil være lettere å forebygge underernæring enn å behandle den. Bedret ernæringsstatus for beboerne vil kunne gi økt livskvalitet og styrket immunforsvar. Noe som igjen vil bidra til mindre sykdomsutvikling. I en større sammenheng mener vi det vil være gunstig, også i forhold til samfunnsøkonomien. Samhandlingsreformen (St.Mld. 47,2008-2009) vektlegger også dette. Fokuset på forebygging av underernæring har kommet sterkere inn i anbefalinger og regelverk de siste årene. Kompetansen innen ernæring bør få større betydning generelt innen helse og omsorg. Økt fokus på ernæring etterlyses i flere av våre forskningsartikler. Dette fokuset sees ofte i sammenheng med sykepleiers kunnskap og holdninger. Dette er i tråd med Helsedirektoratets (2009) anbefalinger. De sier i sine anbefalinger at kommunene og helseforetakene skal bidra til opplæring i forhold til ernæring av helsepersonell.

Det tar tid å etablere holdninger, og som en naturlig konsekvens av dette tar det også tid å endre dem. Med bakgrunn i holdningers utviklingstrinn; imitering, identifisering og integrering (Lystad 2006), kan vi lettere forstå utviklingen av holdninger. Når man kommer ny som sykepleier på et sykehjem, vil man gjerne bli godtatt og være som de andre

(imitering). Etter en tid har man gjerne identifisert seg med de andre, og gjort deres holdninger til sine egne. Videre identifisering gjør andres holdninger til våre egne (ibid). Dette mønsteret er slik vi ser det, positivt ved sykehjem med fokus på ernæringsarbeid, og tilsvarende negativt der fokus på ernæringsarbeid har lav prioritet. I en større sammenheng vil sykepleiers og samfunnets holdninger påvirkes gjensidig (Kirkevold 2008). Negative holdninger til alderdom og sykdom kan være et hinder for utvikling av gode relasjoner og ivaretagelse av eldres grunnleggende behov. Gode holdninger vil gjenspeiles i at sykepleier tar ansvar og viser omsorg gjennom utøvelse av praksis og ivaretagelse av grunnleggende behov. Ifølge Orem (Kristoffersen 2005, b) skal sykepleier blant annet bistå i arbeidet med å dekke behovet for mat. Dette gjøres gjennom å kompensere for manglende evne til egenomsorg. Munch et.al.(2006) konkluderer i sin artikkel at ernæringsarbeidets lave prioritet kan skyldes sammenhengen mellom pleiepersonalets kunnskap, holdning og handling. Tverrfaglig samarbeid og god kommunikasjon mellom pleiepersonalet og andre yrkesgrupper, vil kunne bidra til å opprettholde normal ernæringsstatus (Ibid). Dette styrkes av Brodtkorb (2008) som påpeker viktigheten av sykepleiers samarbeid med blant annet leger, kjøkkenpersonalet og ernæringsfysiologer. Ut ifra egne erfaringer er ikke ernæringsfysiologer en del av personalet i sykehjem. Kan ernæringsfysiologers bidrag styrke fokuset på ernæringsarbeid i sykehjem? Det anbefales opprettelse av et ernæringsteam for å ivareta det ernæringsmessige samarbeidet. Dette vil være vesentlig for å ivareta individuelle ernæringsbehov og fleksible rutiner. Vi mener tverrfaglig samarbeid er nøkkelen for å få til et godt ernæringsarbeid.

Vi undrer oss over den lave svarprosenten fra legene i studien til Johansson et al. (2009). På grunn av svært lav svarprosent (13,1 %) ble legenes svar ikke inkludert i studien. Liten interesse blant legene ble oppgitt som en mulig årsak av forfatterne. Vi gjør oss også noen tenker rundt disse resultatene. Indikerer dette en generell nedprioritering av ernæringsarbeid hos legene? Eller kan det skyldes tidspress? Legenes holdninger kan ha stor innflytelse på sykepleiers utøvelse av sitt arbeid, også i forhold til ernæring. Nesten 90 % av sykepleierne i Johansson et al.(2009) studie, anså at ernæringsarbeid var deres ansvarsområde, bare 6 % mente at dette var legens ansvar. I følge Stubberud, Almås og Kondrup (2010) ligger ofte ansvaret for ernæringsarbeid hos sykepleierne. Bør legene ha større fokus på ernæringsarbeid, siden de har så stor påvirkning på de prioriteringer som gjøres i helsevesenet? I kraft av sin stilling, kunnskap og makt kan leger ha stor innvirkning på holdninger til ernæringsarbeid.

4.3 Individuell tilpasning

Det vil bli vanskelig å utføre et individuelt ernæringsarbeid, dersom det ikke blir foretatt kartlegging over den enkeltes ernæringsstatus (Sortland 2007). Dersom man er i fare for å bli underernært, må en kartlegging kobles til en ernæringsplan med tiltak og oppfølging. Ernæringsstatus, appetitt, matvaner, tannstatus, tyggeeve, svelgevansker og evne til å spise selv er faktorer som må vurderes og dokumenteres før man velger ernæringsbehandling. En ernæringsplan må inneholde pasientens energi- og væskebehov og ut fra dette avgjøre aktuelle tiltak. (Helsedirektoratet 2009). Dokumentasjon er i følge Jonvik, Sørland og Wibe (2011), en viktig sykepleieoppgave. Gjennomføring av dokumentasjon og bruk av pleieplaner kan være en utfordring i følge Hauge (2008). Hun sier videre at vurderinger, tiltak og gitt pleie må dokumenteres. Kontinuerlig oppfølging av ernæringsarbeid over tid mener vi kan være en utfordring. I sykehjem er det ofte mange ansatte som har ansvar for å følge opp dette. Ut i fra egne erfaringer ser vi behov for bedre opplæring i bruk av dokumentasjonssystemene. Variasjonene er store i forhold til hva som faktisk dokumenteres og hvordan dette gjøres. Det er utfordrende å få til et godt dokumentasjonssystem hevdes også av Hauge (2008). God og detaljert dokumentasjon er derfor vesentlig. Registrering av næringsinntak, vektmåling og måltidstilbud i dokumentasjonssystemet er i følge Jonvik, Sørland og Wibe (2011) viktig i denne sammenhengen. Dette er i tråd med Helsedirektoratets (2009) anbefalinger som sier at ernæringsstatus- og behandling må føres inn i dokumentasjonssystemer.

Kousma et al. (2007) understreker viktigheten av regelmessig ernæringsvurdering og bruk av pleieplaner hos sykehjemsbeboere. Konkrete tiltak i deres undersøkelsen var blant annet vurdering av ernæringsstatus hver 3. måned med vekt og observasjon av beboers appetitt. Videre ble det brukt pleieplaner, identifisering av beboernes spiseproblemer, servering av energi- og proteindrikke, ønskekost, små måltider og snacks. Disse tiltakene resulterte i at flere av beboerne stabiliserte vekten og at færre beboere gikk ned i vekt gjennom studiet (ibid). Etter avslutningen av prosjektet til Jonvik, Sørvik og Wibe (2011) ble det innført skriftlige rutiner i forbindelse med månedlig veiing av beboerne. Dette for å raskere avdekke endringer i ernæringsstatusen. Tilrettelegging av måltidssituasjonen var et annet tiltak som ble innført, for å gi best mulig næringsinntak hos beboerne (Ibid).

Et måltid skal ikke bare inneholde riktig mengde næringsstoffer. Det er like viktig at beboeren føler seg ivaretatt og er en del av et fellesskap (Valset 2005). Miljøet rundt måltidet kan

påvirkes av flere faktorer. De sosiale forholdene under beboernes spisesituasjon kan være en slik faktor. I Kofod og Birkemoses (2004) undersøkelse bodde beboerne i små enheter. Ideen bak dette, var å skape en boform mest mulig lik beboernes hjem. Her hadde beboerne valgmuligheter i forhold til om de ville spise alene eller sammen med andre. De fant at matinntaket kunne påvirkes negativt av både fysiske og psykiske årsaker.

Kommunikasjonsproblemer som nedsatt hørsel og dårlige taleevner kan være en av mange medvirkende årsaker til at de eldre vegrer seg for å sitte sammen med andre under måltidet. I følge Hauge (2008) kan begrensede valgmuligheter i forhold til dette føles som tvang.

Hauge (2008) betegner det å flytte til sykehjem som en stor overgang for mange. Mange eldre vi har snakket med, betegner dette som et siste stoppested før døden. Reaksjoner på den store endringen i livssituasjonen kan være depresjon, ensomhet, sorg og følelse av tap (Hauge 2008). Beboerne i Kofod og Birkemose's (2004) studie, kom med utsagn som "This is just a nursing home. It is not what I would call a home", "I don't like to have my meal in company of strangers and people I don't like" og en mann som kommenterte situasjonen rundt morgenkaffen sa "I go there but only as a spectator. But if I stay in my apartment they come to pick me up" (Kofod og Birkemose s.131). Det er viktig å frem at det var variasjoner i dette bildet. Flere av beboerne hadde positive kommentarer til forholdet rundt måltidssituasjonen. "We are like a big family...as we spend so much time together", "Of course there are residents you prefer to others, but we are all friends" (Ibid). Dette illustrerer etter vår vurdering hvor viktig individuell tilpasning er i forhold til alle aspekter rundt dette. Beboere i sykehjem er ikke en ensartet gruppe. De har både fellestrekk og forskjeller, på lik linje med alle andre.

Undersøkelser har i følge Helsedirektoratet (2009) vist at tilrettelegging av miljøet rundt måltider kan gjøre at beboerne spiser mer. Det samme bekrefter Brodtkorb (2008), som sier at de eldre spiser bedre dersom det er en god atmosfære rundt måltidet. Den sosiale og kulturelle betydningen rundt måltidet er viktigere jo eldre en blir. Hauge (2008) mener at kontakten mellom beboerne også kan by på utfordringer, da mange har ulike interesser og ulike bakgrunn. Andre beboere søker gjerne kontakt og ønsker å danne nye relasjoner. Derfor er det viktig at sykepleierne tar hensyn til dette og plasserer likesinnede sammen rundt matbordet. Studien til Kuosma et al. (2008) indikerer at atmosfæren rundt måltidene indirekte har økt matlysten til beboerne og bidratt til å stabilisere vekten. Kofod og Birkemose (2004) påpeker at det er personalets jobb å legge til rette for å etablere et godt fellesskap rundt måltidet.

Vi ser at det er mange faktorer som påvirker næringsinntaket. De eldres funksjonsnivå påvirkes i følge Smoliner et al.(2008) mer av aldersrelatert sykdom enn av næringsinntaket. Bedret ernæringsstatus ga ikke nødvendigvis en bedring i funksjonsnivået. Vi ser sammenheng mellom økt aktivitet og bedret matlyst. Som sykepleiere er det viktig å være bevisst også på alle disse faktorene, og legge til rette for å opprettholdelse av normal ernæringsstatus hos den enkelte beboer.

4.4 Ernæring

Forhold som påvirker kroppssammensetningen blir beskrevet hos Brodtkorb (2008) og Mowè (2005). Mengden mat som trengs for å opprettholde kroppsvekten avtar med alderen, mens behovet for proteiner, vitaminer og mineraler endrer seg mindre (Valset 2005). Lauque et al. (2000) og Kuosma et al. (2007) fant at protein- energitilskudd hadde en positiv innvirkning på beboernes ernæringstilstand. Dette kan gjelde både beboere som er i fare for bli underernærte og de som allerede er det. Smoliner et al.(2008) hevder at det kan være fare for at snacks kan bli en erstatning for ordinær mat og ikke øke det totale næringsinntaket. Ved bruk av MNA registrering kunne Lauque et al. (2000) fremkalle konkrete tallverdier for å identifisere hvorvidt protein- energi tilskudd hadde effekt. Tilskuddet ga 300-500 kcal som et supplement til ordinær kost. 20 av 24 underernærte beboere hadde en høyere MNA score etter 60 dager med protein- energi tilskudd. Halvparten av beboerne som stod i fare for å bli underernært fikk protein- energi tilskudd. Utvelgelsen av deltagerne med tilskudd var randomisert. Beboere med god ernæringstilstand ved oppstart av programmet beholdt sin tilfredsstillende MNA score og vekten forble uforandret gjennom hele programmet.

Ifølge Smoliner et al. (2008) hadde den ordinære maten ved sykehjemmene i deres undersøkelse tilstrekkelig energi- og næringsinnhold. Etter vår vurdering kan vi anta at det er problemer med å innta tilstrekkelig mengde mat som er problemet hos disse beboerne. Helsedirektoratet (2009) anbefaler mellommåltider og næringsdrikker til beboer som spiser lite til hvert måltid. Vi ser utfordringene ved å gi tilstrekkelig næringstett kost i forhold til de små mengder mat eldre ofte spiser. Å tilpasse kosten individuelt og gi næringsdrikker kan gi bedret ernæringsstatus hos underernærte eldre i institusjon. Vår erfaring er at protein- og energiberiket kost, særlig i form av næringsdrikker, er lite tilgjengelig. Det finnes mange enkle tiltak i forhold til å berike kosten. Tilsetning av fløte, smør, olje og egg kan være gode og lett tilgjengelige råvarer. Dette forutsetter et godt samarbeid med kjøkkenpersonalet.

Egne erfaringer har vist at det ofte går svært mange timer mellom måltidene i sykehjem. Særlig gjelder dette tiden mellom siste kveldsmåltid og frokost. Sortland (2007) peker på viktigheten av at perioden mellom siste måltid om kvelden og første måltid om morgenen ikke bør være over 12 timer, da dette kan bidra til underernæring hos eldre mennesker (ibid). Eldre mennesker har større utfordringer i forhold til regulering av matinntak enn yngre, og ved vektreduksjon vil det være vanskelig å legge på seg igjen (Bjerkreim 2005). Ebrahim og Wijk (2009) fant i sin studie indikasjoner på sammenheng mellom nattfastens lengde over 11 timer og underernæring hos beboere i sykehjem. Hele 87 % av beboerne i deres undersøkelse hadde nattfaste over 11 timer. Det samme gjelder i Sortland et al. (2009) undersøkelse. Her gikk det 14 timer mellom det siste måltidet på kveld og frokost. De fleste eldre i denne undersøkelsen spiste 3 hovedmåltider i løpet av dagen (ibid). Et norsk prosjekt fra et sykehjem i Oslo, utført i 2010, konkluderer med at tiltak for å redusere nattfasten med sen kvelds og tidlig frokost kan øke de eldres matlyst. Dette vil også sikre et tilbud til dem som ikke selv ber om ekstra måltider (Jonvik, Sørland og Wibe 2011). Sortland et.al (2009) mener også at et tiltak for å få i seg nok energi kan være å øke antall måltider og mellommåltider.

En positiv effekt av hyppigere måltider vil være bedre regulering av blodsukkerverdier (Sjøen 2009 og Sortland et al. 2009). Forutsetning for regulering av blodsukkernivå er mindre hos eldre, da leverens evne til å lagre glykogen er redusert (Sjøen 2009). Som tidligere nevnt anbefaler Helsedirektoratet (2009) mellommåltider og næringsdrikker til beboere som spiser lite. I tillegg anbefaler de 4 måltider i løpet av dagen. Sett i forhold til Smoliner et al. (2008) er ikke utdeling av snacks og mellommåltider nødvendigvis et tiltak som gir bedre ernæringsstatus. Disse mellommåltidene kan bli en erstatning i stedet for et supplement til ordinær kost. Dette er nok et argument for at vi som sykepleier må ha kunnskap om, og være oppmerksomme på betydningen av kostens sammensetning.

4.5 Kritisk vurdering av valgt litteratur, forskningsetikk og metodiske overveielser.

Strukturen for vår oppgave baserer seg på undervisningsplanen for Bachelor i sykepleie 2012. Vi har valgt å følge trinnene i Polit og Becks grunnleggende struktur for litteraturstudier. Vi anser dem som meget anerkjente forfattere innen temaet.

Begrensning av oppgaven har vært utfordrende, da ernæring er et interessant og vidt tema.

Litteraturkildene til teoridelen er både primær- og sekundær kilder. Det er bevisst benyttet nyere litteratur, det vil si ikke eldre enn år 2000. Faglitteraturen er også forskningsbasert, og av den grunn er det vesentlig at den er mest mulig oppdatert. Selvvalgt litteratur, i tillegg til pensumlitteratur er benyttet for å belyse vår problemstilling. En del av denne litteraturen er sekundærkilder. Svakheten ved å bruke sekundærkilder er at disse inneholder tolkninger av andres verk. Våre egne vurderinger av litteraturen kan også inneholde feiltolkninger.

Bakgrunnsteorien vår er blant annet hentet fra litteraturlista i undervisningsplanen, høgskolens bibliotek etter søk i Bibsys og fra referanselister i fagbøker. Teoridelen er ganske omfattende, da vi mener at god bakgrunnskunnskap om temaet er avgjørende, for å kunne drøfte og komme frem til svar på vår problemstilling.

De valgte forskningsartiklene er alle primærkilder. Å finne forskningsartikler på studier gjort i sykehjem viste seg å en utfordring. Mange av artiklene vi i utgangspunktet fant, viste seg å være fra sykehus. Disse måtte derfor ekskluderes, da vi ønsket å ha fokus på beboere i sykehjem. Vi ekskluderte også artikler med svært få deltagere. Likevel er antall deltagere i våre inkluderte studier varierende. Dette kan være med på å påvirke resultatene, slik at de ikke blir like representative og pålitelige.

Svært mye tid har gått med til søk i skolens databaser. På bakgrunn av dette mener vi at artikkelsøket er grundig gjennomført. En styrke ved oppgaven vår er at artiklene er relevante i forhold til problemstilling. De er valgt ut fra et stort antall artikler. I forhold til bruk av søkeord kunne andre synonymer vært benyttet. Dette kunne gitt oss andre resultater i funn av artikler. I ettertid ser vi at det har vært en utfordring å finne alternative søkeord.

Resultater fra inkluderte artikler ble presentert i en tabell. Etter vår vurdering gir dette en god oversikt. Videre ble relevante resultater fra artiklene sammenstilt i tekst. Dette hjalp oss til å se sammenheng mellom de ulike funnene.

At flere av våre artikler er skrevet på engelsk og krever vår oversettelse til norsk, kan være en kilde til feiltolkninger. Arbeidet med denne oversettelsen har vært svært tidkrevende, og en stor språklig utfordring for oss. Vi kan heller ikke utelukke feil i oversettelsen. Vi føler oss trygge på at artiklene er pålitelige kilder, siden de alle er peer reviewed og har et vitenskapelig nivå 1.

Vi mener vi har vært konsekvente med hensyn til å skille mellom vårt eget arbeid og andres og oppgi referanser ved henvisning til andres verk. Videre viser resultatene våre

overenstemmelse i forhold til de synspunkter som hevdes. Vi stiller oss spørsmål om kombinasjoner av søkeord på en annen måte, kunne avdekket andre synspunkter.

Det å være en stor gruppe på fire medlemmer har vært både en styrke og en utfordring.

Styrken ser vi blant annet i drøftingsdelen, der dette ga rom for flere innspill. Utfordringen her er at det er tidkrevende å komme til enighet innad i gruppa. For å jobbe mer effektivt har vi delt gruppa i to. Vi har jobbet to og to sammen mye av tiden, og hatt jevnlig samlinger av hele gruppa.

5.0 Konklusjon

Ernæringsarbeid har lav prioritet i mange sykehjem. Det trengs et økt fokus på hvor viktig dette arbeidet er i forhold til den totale helse hos eldre. Dette vil kunne lette gjennomføringen av tiltak i forhold til opprettholdelse av normal ernæringsstatus.

Ved å etablerte rutiner med bruk av MNA på et tidlig tidspunkt, vil man kunne avdekke hvilke beboere som er underernærte og hvilke som er i faresonen for å bli det.

Det trengs en holdningsendring i forhold til ernæringsarbeid. Det sees en sammenheng mellom sykepleiers kunnskaper, holdninger og handlinger. Fokuset på ernæring i sykepleieutdannelsen bør vies større oppmerksomhet. Dette er ikke minst viktig i forhold til det forebyggende aspektet god ernæringsstatus har. Hovedansvaret for ernæringsarbeid ligger hos sykepleierne. Ansvar fordrer kunnskap og evne til samarbeid. Et godt tverrfaglig samarbeid mellom sykepleier og andre yrkesgrupper vil være en styrke i ernæringsarbeidet.

Ledelsen må ha fokus på opplæring innen ernæring. Det må etableres gode rutiner for oppfølging av underernæring. Den enkelte sykepleier kan påvirke dette arbeidet gjennom positive holdninger til ernæringsarbeid, og gjennomføring av god praksis. Nasjonale faglige retningslinjer er en god kilde til kunnskap for sykepleiere. Det økte fokuset på forebygging gjennom samhandlingsreformen og nye forskrifter, vil trolig gi økt prioritering av forebygging i fremtiden.

Tiltak som kan bidra til å opprettholde normal ernæringsstatus kan være bruk av pleieplan, et positivt spisemiljø, individuell tilpasning av kosten, tilbud om næringsdrikker, regelmessig ernæringskartlegging og redusert antall timer mellom kveldsmat og frokost (nattfaste).

Dagens forskning på ernæring viser mye av det samme som for 15-20 år siden. Flere av våre inkluderte studier konkluderer med at det er et behov for videre forskning. Faktorer som påvirker prioritering av ernæringsarbeid og hva som kan øke sykepleiers fokus innen dette området, bør undersøkes. Videre slås det fast at det er behov for ytterligere forskning på nattfastens betydning og konsekvenser for de eldre.

6.0 Litteraturliste

Abbasi, A. A. og D., Rudman (1994) Undernutrition in the Nursing Home: Prevalence, Consequences, Causes and Prevention. I: *Nutrition reviews* [online]. 52 (4), 113.

URL:

<http://search.proquest.com/docview/212294092/fulltextPDF/13DD476BC115CF67C9C/1?accountid=43158> (03.05.2013).

Bjerkreim, T. (2005) Væske og ernæring. I: Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. og E.A., Skaug (red). *Grunnleggende sykepleie, b.2*. Oslo: Gyldendal, s. 117-158.

Bjørk, I. og Solhaug, M. (2008) *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie. En ressursbok*. Oslo: Akribe.

Brodtkorb, K. (2010) Ernæring, mat og måltider. I: Kirkeveld, M., K., Brodtkorb og A. Høyen Ranhoff (red). *Geriatrisk sykepleie, god omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal, s. 254- 266.

Dalland, O. (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal.

Ebrahimi, Z. Og H. Wijk (2009) En hypotesegenererende studie av nattfastans lengd, undernæring och hälsorelaterad livskvalitet hos äldre. I: *Vård i Norden* [online]. 91 (1), s.45-48. URL:

http://svemedplus.kib.ki.se/Default.aspx?queryparsed=%28%28%28mesh_no:N02.278.825.610*%29%20OR%20%28nursing%20AND%20homes%29%29AND%20%28%28mesh_no:C18.654.521*%29%20OR%20%28malnutrition%29%29%20AND%20%28and%29%29&query=malnutrition%20and%20nursing%20homes&start=0&searchform=simple&prevDok_ID=11113&Dok_ID=110511&pos=9&rows=10 (12.04.13)

Eide, H. og T. Eide (2007) *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal.

Elmsthål, S., M. Persson, M. Andren, V. Blabolil (1996) Malnutrition in geriatric patients: a neglected problem? *Journal of Advanced Nursing* [online]. 26 (59), s.851-855.

URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=21e73b3f-4ff1-4644-907e-e70498d924dc%40sessionmgr104&vid=1&hid=117&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=afh&AN=6939431> (02.05.2013)

Erikson, M. G. (2010) *Riktig kildebruk. Kunsten å referere og sitere*. Oslo: Gyldendal.

Folkehelseloven (2012) *Lov om folkehelsearbeid* [online]. Lovdata.

URL: <http://www.lovdata.no/all/hl-20110624-029.html> (26.02.13)

Folkehelseinstituttet (2012) *Kroppsmasseindeks og helse* [online].

URL: <http://www.fhi.no/tema/overvekt-og-fedme/kroppsmasseindeks-kmi> (25.04.13)

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten (2003) *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting. Fastsett ved kgl. res. 01. juli 2003 med hjemmel i lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr 81 om sosiale tjenester m.v.* [online].

URL: <http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20030627-0792.html> (27.02.13)

Fossum, M., S. Terjesen, A. Ehrenberg, M. Enfors, O. Söderhamn (2009) Evaluation of the Norwegian version of Mini Nutrition Assessment (MNA) among older nursing home patients. I: *Vård i Norden* [online]. 92 (29), s. 50-52. URL:

http://svemedplus.kib.ki.se/Default.aspx?queryparsed=MNA&query=MNA&start=0&searchform=simple&prevDok_ID=112658&Dok_ID=111736&pos=1&rows=10&nextDok_ID=73444 (10.04.13).

Hauge, S. (2008) Sykepleie i sykehjem. I: Kirkevold, M., K., Brodtkorb og A. Høyen Ranhoff (red). *Geriatrisk sykepleie, god omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal, s.219-236.

Helsedirektoratet (2006) *Når matinntaket blir for lite* [online] URL:

<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nar-matintaket-blir-for-lite/Publikasjoner/nar-matintaket-blir-for-lite.pdf> (27.02.13).

Helsedirektoratet (2009) *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring* [online]. URL: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig->

[retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-underertering/Publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-underertering.PDF](#) (19.02.13)

Helse- og omsorgstjenesteloven (2012) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* [online]. Lovdata. URL: <http://www.lovdata.no/all/hl-20110624-030.html> (27.02.13)

Helse- og omsorgsdepartementet (2008-2009) *Samhandlingsreformen*. St.meld. nr 47 [online]. URL: <http://regjeringen.no/pages/2206374/PDFS/STM200820090047000DDDPDFS.pdf> (27.02.13)

Hig (2013) *Beskrivelse av databasene* [online]. URL: http://www.hig.no/biblioteket/databaser2/database_info

Håkonsen, K., M. (2010) *Innføring i psykologi*. Oslo: Gyldendal

Johansson U.M., I. Bosaeus og J. Larsson (2009) Nutritjonsbehandling i äldrevård - ett bortglömt perspektiv. I: *Läkartidningen* [online]. 40 (106). URL: <http://www.lakartidningen.se/07engine.php?articleId=12841> (19.04.13)

Jonvik, K. L., R. Sørland og T. Wibe (2011) Spiste flere måltider. I: *Sykepleien* [online]. 99 (08),s. 72-73. URL: <http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/678655/spiste-flere-maltider> (10.05.13)

Kirkevold, M. (2005) Hva trenger vi å vite og hvordan skal vi få vite det? Forskningsmessige utfordringer innen eldreomsorgen. I: Nord, R., G. Eilertsen og T. Bjerkreim (red.) *Eldre i en brytningstid*. Oslo: Gyldendal, s. 275-282.

Kirkevold, M. (2008) Den gamles integritet I: Kirkevold M., K., Brodtkorb og A. Hylén Ranhoff (red). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal, s. 91-99.

Kofod,J. og A.M. Birkemose (2004) Meals in nursin homes. I: *Scandinavian journal of caring sciences* [online]. 18 (2),s. 128-134. URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=3&sid=783bb395-f895-4d78-b9f4->

[d6ef88b19d77%40sessionmgr104&hid=121&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=cin20&AN=2004120873](#) (19.04.13)

Kristoffersen, N. J. og F. Nortvedt (2005) Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I: Kristoffersen, N., F. Nortvedt og E.-A. Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie, b. 1*. Oslo: Gyldendal, s.137-183.

Kristoffersen, N. J. og K. O. Jensen (2005) Sykepleier i organisasjon og samfunn I: Kristoffersen, N., F. Nortvedt og E.-A. Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie, b. 4*. Oslo: Gyldendal, 184-235.

Kristoffersen, N. J. og F. Nordtvedt (2005) Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: Kristoffersen, N., F. Nortvedt og E.-A. Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie, b. 4*. Oslo: Gyldendal, s.13-99.

Kuosma, K., J. Hjerrild, P.U. Pedersen og Y.A. Hundrup (2008) Assessment of the nutritional status among residents in a Danish nursing home- health effects of a formulated food and meal policy. I: *Journal of clinical nursing* [online].17 (17), s. 288-93. URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=6&sid=783bb395-f895-4d78-b9f4-d6ef88b19d77%40sessionmgr104&hid=121&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=cin20&AN=2010088904> (10.04.13)

Lauque, S., F.Arnaud- Battandier, R.Mansourian, Y., Guigoz, M. Paintin, F. Nourahshemi og B. Vellas (2000) Protein energy oral supplementation in malnourished nursing-home residents. A controlled trial. I: *Age and aging* [online]. 29 (1),s. 51-56. URL: <http://ageing.oxfordjournals.org/content/29/1/51.short> (01.05.13)

Lystad, A. M. (2006) *Håndbok i konflikthåndtering*. Oslo: Akribe.

McCormack, Paula (1997) Undernutrition in the elderly population living at home in the community: a review of the literature. I: *Journal of advanced Nursing* [online]. 26 (5),s. 856-863. URL:

<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=a8815b6e-6ec3-4de3-aabf-e59694e54e6f%40sessionmgr114&vid=1&hid=117&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=afh&AN=6939434> (30.04.2013).

Mowè, M. (2005) Men mat må de ha. I: Nord, R., G. Eilertsen og T. Bjerkreim (red.) *Eldre i en brytningstid*. Oslo: Gyldendal, s. 207-218.

Munch, C., P. Pedersen, K. Og Færgeman, A.M. (2006) Pleiepersonalets viden og holdning om ernæring til ældre plejehjemsbeboere- en spørgeskemaundersøgelse. I: *Vård i Norden [online]*. 79 (26), s. 20-24. URL: <http://search.proquest.com/docview/607002024/fulltextPDF/13D87B4AD616F30BFE9/6?accountid=43158> (18.04.13)

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2008) *Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler* [online]. Kunnskapssenteret. URL: <http://www.kunnskapssenteret.no/Verkt%C3%B8y/Sjekklistor+for+vurdering+av+forskingsartikler.2031.cms> (13.05.13).

Polit, D. F og C.T, Beck (2010) *Essentials of Nursing Research. Appraising evidence for nursing practice*. Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Ranhoff, A. H. (2008) Forebyggende og helsefremmende sykepleie I: Kirkevold, M., K. Brodtkorb og A. Høyen Ranhoff (red). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal, s. 137-147.

Ranhoff, A. H., A.U.Gjøen og M.Mowen(2005) Screening for malnutrition in elderly acute medical patients: the usefulness of MNA-SF. I: *The journal of nutrition, health and aging* [online]. 9 (4). URL: <http://www.mna-elderly.com/publications/199.pdf> (21.04.13)

Romøren, T. I. (2008) Eldre, helse og hjelpebehov I: Kirkevold, M., K. Brodtkorb og A. Høyen Ranhoff (red). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal, s. 29-37.

Sjøen, R. J., og L. Thoresen (2005) *Sykepleierens ernæringsbok*. Oslo: Gyldendal.

Skaug, E.-A. og I. D. Andersen (2005) Beslutningsprosesser i sykepleie I: Kristoffersen, N., F. Nortvedt og E.-A. Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie, bind 1*. Oslo: Gyldendal, s. 184-214.

Smoliner, C., K. Norman, R. Scheufele, W. Hartvig, M. Pirlich, og H. Lochs (2008) Effects of food fortification on nutritional and functional status in frail elderly nursing home residents at risk of malnutrition. I: *Nutrition* [online]. 24 (11/12), s. 1139-1144. URL:

<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=4&sid=2decc9db-f2e3-41d1-aae8-634438334aec%40sessionmgr104&hid=121&bdata=JmxvZ2luLmFzcCZzaXRlPWVob3N0LWxpdmU%3d#db=afh&AN=34744546> (20.04.13)

Sortland, K. red. (2007) *Ernæring-mer enn mat og drikke*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.

Sortland, K., G. Skjegstad, L. Jansen og A.-L. Berglund (2009) Eldre personers ernæring og matinntak ved et sykehjem - en pilotstudie I: *Vård i Norden* [online]. 4 (29), s. 25-29. URL: https://oda.hio.no/jspui/bitstream/10642/821/1/vaardinorden_4_2009_sortland.pdf (08.04.13)

Stubberud, D.-G., Almås, H. og J. Kondrup (2010) Ernæring ved sykdom I: Almås H., D.-G. Stubberud og R. Grønseth (red.) *Klinisk sykepleie 1*, Oslo: Gyldendal, s. 477-505.

Sykepleierforbundet (2011) Ykesetiske retningslinjer for sykepleiere [online] URL : https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf (27.02.13)

Valset, S. (2005) Eldres livskvalitet og samfunnets rammefaktorer I: R. Nord, G. Eilertsen og T. Bjerkreim (red.) *Eldre i en brytningstid*. Oslo Gyldendal, s. 23-45.

Vellas, B., P. J. Garry og Y. Guigoz (1999). *Mini Nutritional Assessment (MNA): Research and practice in the elderly*. Basel: Reinhardt Druck.

Søking og resultater

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
1. Nursing home residents and malnourished	Google scholar		
2. Mini nutritional assessment 3. Malnutrition	Swemed+	2 and 3	56
4. Mini Nutrition Assessment 5. Malnutrition	Swemed+	4 and 5	56
6. Nutritional 7. Nursing home 8. Attitude*	Cinahl	6 and 7 and 8	39
9. Nursing home* 10. Nutritional status 11. Malnutrition	Cinahl	9 and 10 and 11	47
12. Nutritional status 13. Nursing home* 14. Intervention*	Academic search elite	12 and 13 and 14	43
15. Malnutrition 16. Nursing homes	Swemed+	15 and 16	14