

Ingvild Øye

Førebygging av underernæring i sjukeheimen

Antall ord: 8695

Bacheloroppgåve i 050SY Bachelor i sykepleie

Veileder: Marianne Louise Frilund

Mai 2020

Ingvild Øye

Førebygging av underernæring i sjukeheimen

Antall ord: 8695

Bacheloroppgåve i 050SY Bachelor i sykepleie
Veileder: Marianne Louise Frilund
Mai 2020

Noregs teknisk-naturvitskaplege universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Ålesund



NTNU

Kunnskap for ei betre verd

Samandrag

Bakgrunn

20-60% av eldre som mottok helsetjenester i kommunen, er underernærte eller i risiko for å utvikle underernæring. Næring og væske er eit grunnleggande behov, og god ernæring er ein føresetnad for at eldre skal kunne bevare god helse og god livskvalitet. Temaet for oppgåva er korleis sjukepleiar kan førebygge underernæring i sjukeheim.

Hensikt

Litteraturstudien si hensikt var å finne ut korleis sjukepleiar kan førebygge underernæring i sjukeheim, som igjen kan bidra til at eldre får styrka livskvalitet og helse.

Metode

Oppgåva er ein systematisk litteraturstudium. Den er basert på åtte forskingsartiklar der fire av dei har brukt kvalitativ og tre har brukt kvantitativ forskingsmetode. Ein artikkel er basert både på kvalitativ og kvantitativ forskingsmetode.

Resultat

Resultata blei delt inn i tre hovudkategoriar: Ernæringskompetanse, sjukepleiaren sine prioriteringar og tverrprofesjonelt samarbeid- involvering av ulike profesjonar og pasienten. Ernæringskompetansen til sjukepleiarane kunne vore betre, og utvikling av ernæringskompetansen var positivt for vidare ernæringsarbeid. Ernæringspleie blir i mange tilfelle nedprioritert til fordel for andre sjukepleieoppgåver. Pasienten føler seg ikkje alltid involvert i ernæringsarbeidet og får ikkje alltid bidrege til vala som blir teke. Samtidig viser funna at eit godt samarbeid med ein fast sjukeheimslege er positivt for sjukepleiaren i vanskelege ernæringssituasjonar.

Konklusjon

Det er fleire strategiar som sjukepleiar kan ta i bruk for å førebygge underernæring i sjukeheim. Å heve ernæringskompetansen er kanskje den viktigaste. Sjukepleiaren bør ha større fokus på å prioritere ernæringspleie og pasientar som er i risiko for underernæring. Samtidig er eit godt samarbeid mellom sjukepleiar, lege og pasient viktig for å kunne oppnå eit felles mål, og for å førebygge at pasienten blir underernært.

Abstract

Background

20-60% of the elderly who receive community health services are malnourished or at risk of developing malnutrition. Nutrition and fluids are a basic need, and good nutrition is a prerequisite for the elderly to maintain good health and a good quality of life. The theme of the assignment is how nurses can prevent malnutrition in nursing homes.

Purpose

The purpose of the literature study was to find out how nurses can prevent malnutrition happening to patients in nursing homes, which in turn can help the elderly to strengthen their quality of life and health.

Method

The assignment is a systematic literature study. It is based on eight research articles, where four of them have used qualitative and three have used quantitative research methods. One article is based on both qualitative and quantitative research methods.

Results

The results were divided into three main categories: Nutrition competence, the nurse's priorities and cross-professional collaboration involving various professionals and the patient. Nutrition skills for nurses could be improved, and development of nutritional competence was positive for further nutritional work. Nutrition care is in many cases prioritized for the benefit of other nursing tasks. The patient does not always feel involved in the nutritional work and does not always have to contribute to the value that becomes tick. At the same time, finding that a good collaboration with a permanent home physician shows positive for the nurse in difficult nutritional situations.

Conclusion

There are several strategies that nurses can use to prevent malnutrition in nursing homes. Raising nutritional competence is perhaps the most important. Nurses should have a greater focus on prioritizing nutritional care and patients at risk for malnutrition. At the same time, good collaboration between the nurse, doctor and patient is necessary in order to achieve a common goal, and to prevent the patient from becoming malnourished.

Innhald

1	Innleiing	1
1.1	Problemstillinga eg har valt er:	1
1.2	Avgrensning	2
1.3	Begrepsavklaring.....	2
1.4	Oppbygging av oppgåva.....	2
2	Teoribakgrunn	3
2.1	Kva er underernæring?	3
2.2	Ulike årsaker som kan føre til underernæring og mulige konsekvensar.....	3
2.3	Sjukepleiaren sitt ansvar i det førebyggjande arbeidet	4
2.4	Sjukepleiar i samarbeid med lege og pasient	5
2.5	Joyce Travelbee- samhandling mellom sjukepleiar og pasient	5
2.6	Virginia Henderson- Grunnleggande behov	6
3	Metodebeskrivelsen.....	7
3.1	Datainnsamling	7
3.1.1	Søkestrategi	7
3.1.2	Kvalitetsvurdering	9
3.1.3	Etiskvurdering	9
3.2	Analyse.....	10
4	Resultat.....	12
4.1	Sjukepleiaren sin kompetanse.....	12
4.1.1	Sjukepleiaren sin ernæringskompetanse	12
4.1.2	Ernæringsutdanningsprogram	13
4.1.3	Kaloririk smoothie og kosttilskuddsdrikk- alternativ ernæring	13
4.2	Sjukepleiar si rolle- samarbeid med lege og pasient.....	14
4.2.1	Sjukepleiar og andre profesjonar.....	14
4.2.2	Involvering av pasienten	14
4.3	Sjukepleiaren sine prioriteringar.....	15
5	Diskusjon.....	16
5.1	Metodediskusjon	16
5.2	Resultatdiskusjon	17
5.2.1	Ernæringskompetansen til sjukepeiarane kunne vore betre	17
5.2.2	Viktig med god samhandling mellom sjukepleiar, lege og pasient	18
5.2.4	Ernæringspleie og førebyggjande arbeid blir nedprioritert til fordel for andre sjukepleie oppgåver	20

5.5 Konklusjon	21
6.0 Referanseliste.....	22

Tabell 1, s. 11

Vedlegg 1: Søketabellar, fire stk.

Vedlegg 2: Litteraturmatriser, åtte stk.

1 Innleiing

Tema i oppgåva er underernæring og korleis sjukepleiar kan førebygge underernæring i sjukeheim. Eg har valt å skrive oppgåva ut i frå sjukepleiarens perspektiv. Eg vil sjå korleis sjukepleiar kan møte utfordringa underernæring ved å ha større fokus på ernæring og måltid, og eg vil sjå på kva faktorar som kan spele inn positivt og negativt.

I følgje Helsedirektoratet (2018) er 20-60% av dei eldre som brukar kommunen sine tenestar, i risiko for å bli underernærte eller er underernærte. 46,1 prosent av sjukeheimsbeboerane over 67 år, har blitt kartlagt ernæringsmessig i Noreg. Innad i Noreg er det og store variasjonar på om sjukeheimsbeboarane har vorte vurdert for ernæringsmessig risiko eller ikkje. Resultatet av kartlegginga viser at 40,2 prosent av dei som vart vurderte, var i risiko for underernæring. Av dei som var vurderte til å vere i risikograppa, fekk 73,6 prosent utarbeida ein ernæringsplan. Underernæring kan gi alvorlege konsekvensar som auka fare for sjukdom og mortalitet, samt auka medisinske kostnadar og pleiehjelp (Helsedirektoratet, 2018).

I følgje Meld. St. 15 er *Leve hele live* ei reform som legg vekt på at god mat er grunnleggande for god livskvalitet og god helse. Denne reforma har som mål å redusere underernæring, ved å skape gode opplevingar i samheng med måltid. Vidare står det i reforma at anbefalt ernæringspraksis er ikkje samsvarande med det utøvande ernæringsarbeidet, og det viser seg at ikkje alle eldre får ivareteke ernæringsbehovet eller gode måltidsopplevingar (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 103).

Temaet og problemstillinga er valt på bakgrunn av mine personlege erfaringar som sjukepleiestudent som jobbar på sjukeheim, og mi interesse for underernæringsproblematikken blant eldre. Mi erfaring er at ernæring og tilrettelegging av måltid ikkje alltid blir prioritert like høgt som det burde, og resultatet av dette er at mange eldre blir underernærte og får dermed konsekvensar som følgje av dette. Erfaringsbasert kan årsaker til dette vere: mangel på tid, for dårlig variasjon på måltid og manglande rutinar for veging og oppfølging. Mine erfaringar kan og bekreftast av Thoresen (2016, s. 568) som også seiar at underernæringsproblematikken bør få større oppmerksomheit i åra som kjem.

Sjukepleiaren har eit stort ansvar for at eldre pasientar skal få i seg tilstrekkeleg med væske og næring. Arbeidet går mellom anna ut på å kartlegge risikoen for underernæring, å førebyggje underernæring og å betre tilstanden til underernærte pasientar (Aagaard, 2016, s.192; Brodtkorb, 2014, s. 301).

1.1 Problemstillinga eg har valt er:

« Korleis kan sjukepleiar bidra til å førebygge underernæring i sjukeheim? »

1.2 Avgrensning

Eg har valt å avgrense oppgåva til pasientar som bur på ei langtidsavdeling på sjukeheim. Dette er fordi denne gruppa med pasientar mest sannsynlig skal bu på avdelinga fram til livets slutt. Dette vil dermed ikkje vere i ein akutt fase, men i ein fase der ein får bli kjende med pasienten og har meir tid på å kartlegge pasienten sin situasjon og behov. I ei langtidsavdeling kan mange pasientar vere i ei eller anna form for kognitiv svekka, men eg vil konsekvent avgrense oppgåva til pasientar som ikkje er på ei lukka dement- avdeling. Dette vil seie at eg tek utgangspunkt i ei somatisk langtidsavdeling.

Personalet som jobbar på ein sjukeheim består både av sjukepleiarar, helsefagarbeidarar og ufaglærte. Eg vil dermed inkludere dei ulike gruppene innanfor helsepersonell i mi oppgåve, sidan ernæringspleie er ei oppgåve som vi jobbar i lag om.

1.3 Begrepsavklaring

Underernæring

Når inntak av næringsstoff og energi ikkje oppfyller behovet til vedkomande, blir det definert som underernæring. Dette er ein tilstand som blir definert visst den viser seg å vere vedvarande (Aagaard, 2016, s. 214).

Sjukeheim

Sjukeheim er ein helseinstutisjon der pasienten får behandling og pleie. Ein sjukeheim gir behandling som ikkje treng å skje på sjukehuset, men som av ulike årsaker ikkje kan ytast i heimen (Braut, 2018).

1.4 Oppbygging av oppgåva

Oppgåva inneheld ein teoridel med kunnskap om temaet underernæring. Deretter kjem metoddelen som inneheld datainnsamling og ei strukturert analyse av artiklane. Etter metodekapittelet kjem resultatdelen, og den inneheld funn som blei gjort gjennom analysen. Funna skal belyse problemstillinga og vere oppdelt i ulike kategoriar. Deretter kjem diskusjonskapittelet der eg har drøfta funna i artiklane opp i mot teoridelen. Avslutningsvis kjem ein konklusjon som ei oppsummering av oppgåva, og den vil også ta føre seg kva ein bør ha fokus på i vidare forskning og samtidig kva betydning den har for sjukepleie.

2 Teoribakgrunn

Dette kapitlet vil ta for seg ein teoribakgrunn om temaet underernæring. Eg vil først gå litt meir inn på kva underernæring er, årsaker og mulige konsekvensar det kan føre til. Deretter vil eg seie litt om sjukepleiaren sin funksjon og ansvar i ernæringsarbeidet. Vidare vil eg forklare om sjukepleiaren i samhandling med lege og pasient. Avslutningsvis står det kort forklart om Joyce Travelbee og Virginia Henderson sine sjukepleieteoriar.

2.1 Kva er underernæring?

Med begrepet underernæring meiner vi ein tilstand der vedkommande sitt inntak av energi ikkje er tilstrekkelig ut i frå vedkommandes behov (Aagaard, 2016, s. 214). I følgje Thoresen (2016, s. 564) har eit vaksent menneske eit gjennomsnittleg behov på 25-30 kcal pr. kilo kroppsvekt. På grunn av at basalmetabolismen sekk hos eldre menneske, har eldre ca. 10% lågare energibehov.

Menneske i forskjellige aldersgrupper har også ulike matvaner. Ernæringsproblem og risiko for ernæringsproblem, kan dermed også vere ulikt ut i frå alderen. For at sjukepleiar skal kunne møte pasientar og vurdere ernæringsstatus, treng ein kunnskap og forståelse for kva ernæringsbehov ein har i dei ulike fasane i livet (Aagaard, 2016, s. 201).

Det er fleire måtar å oppdage underernæring på. Registrering av vekt og vektendring er kanskje den enklaste metoden, men også observasjon i forhold til fordøying og matinntak hos pasienten. Klinisk undersøking av pasienten kan og gi ein indikator på underernæring. Tydelig framtrekking av knoklar er eit av teikna (Sjøen & Thoresen, 2012, s. 249). For å kunne måle graden av underernæring, måler ein kroppsvekta opp i mot ein referanseverdi, kroppsmasseindeks. Å bruke denne indikatoren aleine er ikkje tilstrekkelig sidan ein person kan ha tapt mange prosent av kroppsvekta si på kort tid, men samtidig ligge på normal referanseverdi. Prosent vektta og tidsaspektet er dermed avgjerande for ei riktig vurdering (Sjøen & Thoresen, 2012, s. 248).

2.2 Ulike årsaker som kan føre til underernæring og mulige konsekvensar

Sjukdom og faktorar assosiert med sjukdomen, er den mest vanlege årsaka til underernæring. Ulike grupper som er spesielt utsett for underernæring: einslige, personer med kognitiv svikt, personer som er ramma av kronisk sjukdom, eldre og personar med svekka fysisk funksjon (Thoresen, 2016, s. 567).

Appetitt er kanskje det som har størst påverknad for kva vi et og drikk. Ved sjuke eller gamle menneske er nedsett matlyst ikkje uvanleg. Det kan vere mange grunnar til dårlegare matlyst. Fysiologiske årsaker som kvalme, sjukdom og problem med

tygge/svelg kan vere ein av årsakene. Smak og luktcellene svekkast med alderen, og eldre opplever at maten smaker annleis og mindre konsentrert. Einsamheit kan også vere ei årsak (Aagaard, 2016, s.207). Det kan og forekomme spesielle utfordringar for dei som blir lagt inn på institusjon. Andre klokkeslett for måltid samanlikna med det pasienten var vand med, og annleis mat og smakar kan vere ei utfordring. Det å sitte i lag med andre pasientar ein ikkje kjenner, kan og føre til ubehag og nedsett matlyst (Aagaard, 2015, s. 207-208).

Ernæring har vore for dårleg prioritert, og studiar viser at Noreg er dårlegare enn både Danmark og Sverige når det gjeld ernæringsarbeidet. Veging og registrering av næringsinntaket er også dårlegare i Noreg i forhold til Sverige og Danmark. Etter at Helsedirektoratet i 2009 kom ut med nasjonale retningslinjer for underernæring, ønskjer ein at desse skal bidra til auka fokus på underernæring (Thoresen, 2016, s. 568).

Konsekvensane av underernæring er mange, der det eine kan føre til det andre. For eksempel kan det lave energiinntaket ofte føre til slappheit som igjen kan virke inn på det psykososiale og den psykiske tilstanden. Dei vanlegaste konsekvensane er: svekka motstandskraft mot infeksjonar, auka risiko for mortalitet, samt auka risiko for trykksår og komplikasjonar postoperativt. Svekka muskelkraft og høgare forbruk av antibiotika er også på lista over konsekvensar (Sjøen & Thoresen, 2012, s. 254).

2.3 Sjukepleiaren sitt ansvar i det førebyggjande arbeidet

I følgje Stubberud (2018, s.20) er kompetansen til sjukepleiaren viktig for å kunne gi pasienten eit best mogleg behandlingstilbod og resultat. I følgje internkontrollforskrift i sosial/helsetjenesten (2002, §4) har alle sjukepleiarar ansvar for å tileigne seg kunnskap og kompetanse etter ein er ferdig med sjukepleieutdanninga. Arbeidsgivar har og eit ansvar for at alle sine ansatte får den nødvendige opplæringa dei treng, eller vidareutdanning ved behov.

Det er oftast enklare å førebygge underernæring, samanlikna med å behandle alvorleg underernæring som allereie har oppstått. Det er dermed anbefalt å bruke screeningsverktøy når ein pasient blir innlagt på ein helseinstitusjon for å kartlegge ernæringsstatusen. Ved å bruke screeningverktøy kan ein oppdage eventuelle problem og kartlegge risikoen, og dermed sette inn tiltak slik at ein kan førebygge mot underernæring. På denne måten er det lettare å unngå dei ulike konsekvensane som underernæring kan føre til. Dei mest brukte verktøya for screening av underernæring er: Nutritional risk screening, Malnutrition Universal Screening Tool, Subjective Global Assessment og Mini Nutritional Assessment. Spørsmål som inneheld utregning av kroppsmasseindeks, matinntak og eventuelle vektta er noko av det som går igjen i dei ulike skjemaene. Det er utarbeida nasjonale retningslinjer for å behandle og førebygge underernæring. Retningslinjene er gitt ut og godkjende av Helsedirektoratet (Sjøen & Thoresen, 2012, s. 249 og 252). Ein individuell ernæringsplan skal utarbeidast til pasientar som er i risiko for underernæring eller som er underernærte. Planen skal innehalde dokumentasjon av behovet for næring, næringsinntak og kva tiltak som faktisk har blitt gjort (Thoresen, 2016, s. 569).

Prioritering og målretta ernæringsarbeid kan gi meiningsfull gevinst. Riktig ernæringsbehandling kan gi auka livskvalitet samt lengre levetid. Samtidig vil riktig ernæringsbehandling i primærhelsetjenesta redusere behovet for spesialhelsetjenester,

og dermed kunne vere positivt i forhold til dei økonomiske kostnadane (Helsedirektoratet, 2009, s. 13).

2.4 Sjukepleiar i samarbeid med lege og pasient

Eit tverrfagleg samarbeid er nødvendig for å kunne løyse ernæringsproblemet til pasienten. Sjukepleiaren har ei viktig rolle for å lede det tverrfaglege arbeidet, og eit ansvar for å rettleie og informere andre som jobbar med pasienten. Dette kan for eksempel vere ufaglærte og helsefagarbeidarar. Informasjonen og rettleiinga kan vere alt i frå rutiner ved vektmålingar, måltid, sammensetning av kosten og utfordringar ved ernæringsarbeidet (Brodtkorb, 2014, s. 304). I følgje Kristoffersen (2016b, s. 234-237) er likeverd og respekt ein føresetnad for at det tverrprofesjonelle samarbeidet skal vere vellykka. Deltaking, haldning, kommunikasjonsferdigheiter, erfaringar, kunnskap og trygghet i rolla er og nokon av dei avgjerande faktorane for å lykkast.

Tverrprofesjonelt samarbeid skal sikre at det blir kvalitet og kontinuitet i helsehjelpa. Ein viktig faktor for å lykkast med teamarbeidet er at dei ulike profesjonane har same mål. Samtidig er det viktig at profesjonane er samde om hensikta med arbeidet, og at ein er klar over kva grad ein er avhengig av kvarandre om ein skal nå det ønska målet (Stubberud, 2018, s. 56). Ein viktig samarbeidspartner er legen. Ei medisinsk utredning er viktig for å kunne utelukke ulike medisinske årsaker til underernæring (Brodtkorb, 2014, s. 306).

Sjukepleiar kan benytte seg av ulike metoder innanfor helserettleiing for å nå eit bestemt mål. Dei metodene kan vere: støtte, råde, motivere, undervise, lytte/spørje og informere. Metodane kan og kombinerast eller skiftast ut ved behov. I forbindelse med helserettleiing og kosthald kan det vere lurt å nytte seg av ein kombinasjon av dei ulike metodane for å involvere pasient og pårørande. Grunnen til dette er at ein skal vere sikker på at innhaldet er forstått, og samtidig for å bidra til motivasjon og støtte i prosessen (Kristoffersen, 2016c, s. 369-370)

2.5 Joyce Travelbee- samhandling mellom sjukepleiar og pasient

Travelbees sjukepleieteori har fortsatt stor påverknad på utøving av sjukepleie den dag i dag. Mellommenneskeleg faktorar og empati har ei sentralrolle i teorien. Travelbee såg på mennesket som unikt, uerstatteleg og eineståande. Samtidig såg han at der var nokon fellestrekk ved mennesket og kva dei gjennomgår. Tap og lidning er ei slik fellesefaring, sjølv om det og vil opplevast individuelt. Travelbee peiker på at omgivnadane til det sjuke mennesket og familien, har ei betydning og viktig rolle. Travelbee legg vekt på eit «menneske- til- menneske-forhold». For å nå målet med sjukepleia må eit slikt forhold vere til stades. Dette skjer ved at ein ser kvarandre som unike menneske og går igjennom ulike fasar ilag. Resultatet av dette vil vere at kontakta mellom menneska er utvikla til eit nivå der sjukepleiar kan iverksette tiltak ut i frå pasienten sine ønskjer og behov (Kristoffersen, 2016a, s. 28-34).

2.6 Virginia Henderson- Grunnleggande behov

Virginia Henderson sin teori legg vekt på mennesket sine grunnleggande behov. Under grunnleggande behov finn vi mellom anna: kjærleik, mat, anerkjenning og å vere til nytte. Friske menneske klarer å dekke desse behova sjølve med aktiv handling og eigne ressursar. Henderson peiker og på at alder er ein av faktorane som kan spele inn på ivaretaking av eigne behov. Vidare seier Henderson at ein person har behov for sjukepleie når ressursane til personen er fråværande, slik ein ikkje klarer å dekkje sine grunnleggande behov (Kristoffersen, 2016a, s. 36-38).

Henderson har utarbeida 14 punkt med grunnleggande behov. Under punkt nummer to finn ein mat og drikke. Vidare seier Henderson at behova opplevast ulikt for kvar person, og det dermed er viktig at sjukepleiaren veit korleis ein på best mogleg måte kan tilfredsstillе behovet til kvar enkelt (Kristoffersen, 2016a, s. 39).

3 Metodebeskrivelsen

Metodekapittelet er delt i to, der den første delen inneheld ei datainnsamling. Datainnsamlinga inkluderer: søkestrategi (databaser og søkeord), inklusjon og eksklusjonskriterier, kvalitetsvurdering og etiskvurdering. Den andre delen av metodekapittelet inneheld ei analyse av det innsamla materialet. Her har eg sett på likheiter og ulikheiter med dei aktuelle forskningsartiklane, og utarbeida kategoriar.

Systematisk litteraturstudie bør vere basert på ei tydelig problemstilling som skal besvarast ved relevant forskning. Systematisk vurdering, analyse og identifisering av forskinga blir gjort i følgje Forsberg & Wengström (2016, s. 27). Systematisk litteraturstudie er metoden som blir brukt i bacheloroppgåva mi. Oppgåva er ei kvalitativ studie der eg har brukt sjukepleiarperspektiv.

3.1 Datainnsamling

3.1.1 Søkestrategi

Forsberg & Wengström (2016, s. 73) har utarbeidet seks trinn for å velje ut artikler på ein strukturert og grundig måte.

Trinn ein går ut på og definere søkeord og finne ut av interessa for området (Forsberg & Wengström, 2016, s. 73) . Eg gjorde først nokre prøvesøk for å sjå kva databaser som kunne innehalde relevant forskning for mi problemstilling. I prøvesøka brukte eg CINAHL, Medline, Pubmed og SweMed+. Ulike kombinasjonar av søkeorda blei brukt, og til slutt fann eg ut kva som gav resultata eg leita etter. Søkeorda eg har brukt er: «Malnutrition», «Nursing Homes», «Nurses», «Sykehjem» og «ernæring». Eg brukte også AND mellom søkeorda. I følgje Forsberg & Wengström (2016, s. 69) vil AND gjere slik at ein får opp artiklar som inneheld både A og B, og samtidig gje eit smalare resultat.

Det andre trinnet til Forsberg & Wengström (2016, s. 73) går ut på å bestemme kriteria: inklusjon, eksklusjon, tidsperiode og språk. Sidan eg vil ha oppdatert og relevant kunnskap, tok eg berre med artiklar som var frå år 2010 eller nyare. Artiklane måtte ha sjukepleiar perspektiv, sidan dette inngjekk i problemstillinga mi. Artiklane måtte vere på engelsk eller skandinavisk språklege. Dei måtte sjølvsagt vere fagfelleverderte. Forskinga måtte og vere relevant for mi problemstilling, og dei samla kriteria har eg lista opp under her:

Inklusjonskriterier:

- År 2010 til 2019
- Peer reviewed
- Research article
- Pasientar på sjukeheim
- sjukepleier-perspektiv

- Eldre- pasienter
- Risiko for underernæring eller underernærte
- langtidsavdeling
- engelsk, norsk, svensk, dansk
- Relevant i forhold til norsk helsevesen

Eg har valt å ekskludere terminal fase sidan det er mange andre faktorar som spelar inn både fysisk, psykisk og etisk, i denne fasen.

Eksklusjonskriterier:

- Terminal fase
- Pasientar på demens avdeling
- Parenteral ernæring

Vidare i Forsberg & Wengström (2016, s.73) var utvelgingsprosessen sitt tredje og fjerde å søke i aktuelle databaser, og eventuell manuell søk. Då eg gjorde prøvesøk kom eg fram til at det var databasen Cinahl og SweMed+ som hadde mest relevant forskning for oppgåva mi.

Det femte steget går ut på å velje ut titlar og sammenfatningar som ser relevante ut (Forsberg & Wengström, 2016, s. 73). Her blei ni artiklar valt ut, og detaljer om prosessen kan lesast under.

CINAHL

Cinahl er ein database som er spesialisert på sjukepleieforskning (Forsberg & Wengström, 2016, s. 65). Eg starta å søke i databasen CINAHL, og prøvde først eit par søk frå 2016-2019, men dette gav ikkje tilstrekkeleg med relevante resultat. Eg utvida dermed søket til år 2010-2019. Søkeorda som blei brukt var : «Malnutrition», «Nursing homes» og «Nurses». Eg brukte også den boolske operatøren AND.

Dette søket gav 11 treff, og eg valde å lese 7 abstracter. Eg valde dei 7 sammenfatningane ut i frå titlane, og ekskluderte dermed 4 artiklar som ikkje hadde relevante titlar til mi problemstilling. Vidare blei 4 av artiklane valt ut til å vere relevante til mi problemstilling. Dei fire artiklane var: Sjögren Forss, K., Nilsson, J., Borglin, G. (2018), Bauer, S., Halfens, R.J.G., Lohrmann, C. (2015), Fossum, M., Alexander, G.L., Göransson, K.E., Ehnfors, M., Ehrenberg, A. (2011) og Kennelly, S., Kennedy, N.P., Rughoobur, G.F., Slattery, C.G., Sugrue,S. (2010).

SWEMED+

SweMed+ er ein breid database som inneheld helseforskning (Forsberg & Wengström, 2016, s. 68). Eg prøvde å søke i databasen SweMed+ med dei same søkeorda: «Malnutrition», «Nursing homes» og «Nurses», og den boolske operatøren AND. Dette gav til saman 14 resultat. Eg las alle overskriftene, men såg at 8 av dei omhandla heimesjukepleie, pasientperspektiv eller annan tittel som ikkje var relevant for meg. Deretter las eg 6 sammenfatningar og to av dei viste seg å vere relevante for mi problemstilling. Dette var forskninga til Kuven, B.M., Giske, T. (2017) og Salomonsen, S.J.C., Berland, A., Bentsen, S.B. (2017).

Det andre søket eg gjorde i SweMed+ som gav resultat inneholdt berre norske nøkkelord. Nøkkelorda var «Ernæring» og «Sykehjem», og den boolske operatøren AND.

Eg prøvde og avgrense søket frå 2014-2019, slik eg berre fekk opp nyare forskning. Dette gav 10 treff, og ut i frå titlane blei 4 av dei ekskludert. Dei 6 siste las eg samanfatningane til. Ut i frå inklusjonskriteria mine var det berre 1 artikkel som eg kunne bruke til å svare på problemstillinga mi. Dette var forskinga til Leirvik, Å.M., Høye, S., Kvigne, K. (2016).

Det siste søket eg gjorde i SweMed+ var ein artikkel eg kom over då eg skulle søke med «Malnutrition» som nøkkelord. Artikkelen sto som nummer to av dei 44 treffa som kom opp. Eg såg at tittelen virka interessant, så eg las samanfatninga og fann ut at denne artikkelen var veldig relevant for mi oppgåve. Dette var forskinga til Håkonsen, S.J., Bjerrum, M., Bygholm.A, Kjelgaard, H.H., Pedersen, P.U. (2018)

3.1.2 Kvalitetsvurdering

Det sjette og siste steget i utvelgingsprosessen er å gjere ei kvalitetsvurdering. Dette gjor eg ved å lese heile artiklane, og følgje kvalitetsvurdering i Forsberg & Wengström (2016, s.104-107). Norsk senter for forskningsdata (2019) blei brukt for å vurdere om tidsskrifta til artiklane er godkjende og fagfelleverderte. Her fann eg ut at 8 av tidsskrifta var godkjende til nivå 1, og 1 artikkel var i eit tidsskrift som var på nivå 2.

Alle dei 9 utvalte forskingsartiklane har IMRAD struktur. I følgje Dalland (2015, s. 79-80) er IMRaD-struktur ein forkortelse for introduksjon, metode, resultat og diskusjon. Dette er og den mest brukte strukturen i artiklar.

I følgje Dalland (2015, s. 112-113) bidreg både kvantitativ og kvalitativ metode til at ein kan forstå korleis mennesket samhandlar og lever som kvar einskild i samfunnet eller som i gruppe. Kvalitativ metode er basert på meir ustrukturerte observasjonar, der ein heller får fram samanhengen og heilheita i situasjonen. Kvantitativ metode er basert på strukturert og systematiske observasjonar, målbare einheiter som kan reknast ut i prosent, og har faste svaralternativ.

Fire av dei artiklane eg har valt ut er basert på kvalitativ forskingsmetode, og tre av dei har brukt kvantitativ forskingsmetode. Det er også ein artikkel som er både kvantitativ og kvalitativ.

3.1.3 Etiskvurdering

Forskningsetikk handlar om å ivareta personvern, samtidig ivareta truverdighet av dei resultatane ein finn ut i løpet av forskingsprosessen. Det er viktig at deltakarane ikkje blir påførte unødige belastningar som følgjer av forskingsprosjektet. Å forske på ny kunnskap skal heller ikkje gå utover personen sin integritet (Dalland, 2015, s. 96). I følge Forsberg & Wengström (2016, s. 132) er god etikk eit viktig moment i vitenskapelig forskning. Før studien tek til er det viktig at forskingsprosjektet er godkjende av etisk komité eller annan etisk vurdering er lagt til grunne.

Tre av artiklane er godkjende av etisk komité. Dei fem resterande har ikkje hatt behov for godkjenning frå komité. Dei forklarar korleis dei har brukt anonymisering og

avidentifisering for å sikre at sensitiv personinformasjon ikkje kan bli gjenkjend. På grunn av den kritiske etisk vurderinga dei fem artiklane har gjort, har eg likevel valt å ta dei med i mi oppgåve. I følgje Dalland (2015, s. 102) er anonymisering ofte ei føresetnad for at deltakarar vil vere med i ein undersøkelse, og difor er det essensielt at anonymiteten må sikrast. Anonymisering skjer ved at opplysningar om personar ikkje kan gjenkjennast eller identifiserast på nokon måte. Avidentifisering er når ein brukar koder, nummer eller fiktive namn i staden for namn og personnummer. Både anonymisering og avidentifisering krev varsomheit.

Når det gjeld etisk vurdering av mitt eige arbeid med litteraturstudien, er dette og viktig å vurdere. Eg har eit ansvar for at det datamaterialet og litteraturen eg samlar inn, skal behandlast og bearbeida på ein ryddig og ærlig måte. Eg har vore kritisk i arbeidet med bruken av aktuell litteratur og studiane eg har i oppgåva mi, og meiner at dette er gjort etter beste evne.

3.2 Analyse

Den andre delen av metodekapittelet inneheld ei analyse av forskingsartiklane. I følgje Forsberg & Wengström (2016, s. 152) er eit vitskapeleg analysearbeid å dele opp det undersøkte fenomenet i mindre delar, og undersøke delane kvar for seg. Deretter sett ein saman delane til ei ny heilheit, og dette arbeidet kallar vi syntesen. I analysearbeidet har eg valt å bruke Evans (2002) sin analysemodell som inneheld 4 steg, der ein først gjer ei systematisk analyse av artiklane og deretter lagar ei syntese.

Steg 1: Går ut på å finne dei åtte forskingsartiklane (Evans, 2002). Den har eg tidlegare gjort greie for under første del av metodekapittelet. I søkeprosessen fann eg åtte artiklar som eg vurderte opp i mot inklusjons- og eksklusjonskriterier. Kvalitetsvurdering og etisk vurdering blei også gjennomført.

Steg 2: Her skal artiklane lesast fleire gongar, og alle nøkkelfunn skal skrivast ned (Evans, 2002). Eg starta med å lese alle åtte artiklane på langs, og samtidig noterte eg ord som eg synest var vanskelige. Eg brukte engelsk-norsk ordbok, men fekk også hjelp av norsk ordbok. Deretter noterte eg nøkkelfunn frå kvar enkelt artikkel på eit ark, slik eg hadde åtte ark med nøkkelfunn. Eg samanlikna nøkkelfunna, og laga eit fargesystem der nøkkelfunna fekk kvar sin farge.

Steg 3: Går ut på å samanlikne og systematisere funna i kategoriar på tvers av studiane (Evans, 2002). For å organisere funna på ein oversikteleg måte, laga eg ein tabell der ein kan sjå dei tre ulike hovudkategoriane og dei ulike underkategoriane.

Eg har valt å presentere artiklane først ved å gi dei nummer:

1. Sjögren Forss, K., Nilsson, J., Borglin, G. (2018)
2. Bauer, S., Halfens, R.J.G., Lohrmann, C. (2015)
3. Kuven, B.M., Giske, T. (2017)
4. Leirvik, Å.M., Høye, S., Kvigne, K. (2016)
5. Salomonsen, S.J.C., Berland, A., Bentsen, S.B. (2017)
6. Kennelly, S., Kennedy, N.P., Rughoobur, G.F., Slattery, C.G., Sugrue, S. (2010)
7. Fossum, M., Alexander, G.L., Göransson, K.E., Ehnfors, M., Ehrenberg, A. (2011)
8. Håkonsen, S.J., Bjerrum, M., Bygholm., Kjelgaard, H.H., Pedersen, P.U. (2018)

Vidare kan ein sjå tabell 1 Kategoriar (s. 11) for å sjå kva artiklar som innehalddt dei ulike funna.

Tabell 1 Kategoriar

Funna inndelt i hovedkategoriar	Underkategoriar	Artikkel nummer
4.1 Sjukepleiaren sin kompetanse	4.1.1 Sjukepleiaren sin ernæringskompetanse	2, 3 og 8. (rosa)
	4.1.2 Ernæringsutdanningsprogram	4 og 6 (lilla)
	4.1.3 Kaloririk smoothie og kosttilskuddsdrikk – alternativ ernæring	1 og 5 (grøn)
4.2 Sjukepleiar si rolle- i samarbeid med lege og pasient	4.2.1 Sjukepleiar og andre profesjonar	1 og 3. (brun)
	4.2.2 Involvering av pasienten	1, 2 (orange)
4.3 Sjukepleiaren sine prioriteringar		1,2,3,7,8 (blå)

Steg 4: Det siste steget er ei syntese av funna (Evans, 2002). Tabellen i steg 3 illustrerer hovedkategoriane i syntesen, og vidare vil syntesen bli gjort greie for i kapittel 4.

4 Resultat

I dette kapitlet tek eg utgangspunkt i analysen av artiklane, og vil gjere greie for dei sentrale funna som har blitt gjort. Ut i frå analysen har eg kome fram til å presentere funna i fem ulike kategoriar. Desse kategoriane er: sjukepleiaren sin ernæringskompetanse, utvikling av ernæringskunnskap, alternativ ernæring, sjukepleiar og tverrprofesjonelt samarbeid og involvering av pasienten. Eg vil legge vekt på sentrale funn innanfor kategoriane, som kan belyse problemstillinga mi: « *Korleis kan sjukepleiar bidra til å førebygge underernæring i sjukeheim?*»

4.1 Sjukepleiaren sin kompetanse

Under denne hovudkategorien skal eg belyse funn i underkategoriane; Sjukepleiaren sin ernæringskompetanse, ernæringsutdanningsprogram og kaloririksmoothie og kosttilskuddsdrikk- alternativ ernæring.

4.1.1 Sjukepleiaren sin ernæringskompetanse

I tre av artiklane (Bauer et al, 2015; Håkonsen et al, 2018; Kuven & Giske, 2017) er det gjort funn som indikerer på at sjukepleiarar treng meir kunnskap om ernæringspleie. På same tid har dei også sett på kva konsekvensar som kan komme av at sjukepleiarane ikkje har nok kunnskap innanfor ernæringsfeltet og arbeidet med pasientar som er i fare for underernæring eller er underernærte.

Mangel på dokumentasjon eller for dårleg dokumentasjonspraksis er noko som har blitt gjort funn på i to studiar (Håkonsen et al, 2018; Kuven & Giske, 2017). Resultatet av undersøkinga til Håkonsen et al. (2018) viste at både dokumentasjonspraksis, ernæringsrutinar og ernærings messig kunnskap var for dårleg blant sjukepleiarane. I undersøkinga til Kuven & Giske (2017) beskriv sjukepleiarane ernæringsarbeidet i sjukeheimen som krevjande. Dette blir grunna med blant anna begrensa kunnskap om ernæring og mangelfull dokumentasjon. Dei påpeika og at dette gjorde at kvaliteten på ernæringsarbeidet ikkje var tilfredstillande, og oppfølginga av kvar enkel pasient dermed var mangelfull.

Funna gjort i studien til Bauer et al. (2015) viste at sjukepleiarane hadde eit betydelig forbettringspotensiale blant kunnskap om ernæringsarbeid. Samla resultat av spørjeskjemaet viste at sjukepleiarane svarte rett på 65,6% av det dei blei spurt om. Det var store variasjonar innad i spørjeundersøkinga og kva områder sjukepleiarane hadde mest og mindre kunnskap på. På spørsmålet om: mulige konsekvensar av underernæring?, svarte 88.1% av informantane rett. På spørsmålet om: kva yrker som bør involverast i behandlinga av underernærte pasientar?, svarte berre 33,1% rett.

4.1.2 Ernæringsutdanningsprogram

I fleire av artiklane blei det gjort tydelige funn på at fokus på å tileigne seg meir ernæringskunnskap var positivt for ernæringsarbeidet. To av studiane hadde ulike typar utdanningsprogram eller tok utgangspunkt i å ha fokus på ernæring, der det var som hovudmål å heve kompetansen innanfor ernæringskunnskapen blant sjukepleiarane og anna helsepersonell (Kennelly et al., 2010; Leirvik et al., 2016).

90% av informantane i studien til Leirvik et al. (2016) meinte at prosjektet ved å heve kompetansen og fokus på mat, måltid og ernæring var vellykka. Studien til Leirvik et al. (2016) viser at eit sjukepleiarnettverk var til stor hjelp for å bli meir bevisst på ernæringsarbeidet, og at pasientane derav fekk betre sjukepleie. Ein sjukepleiar uttrykte;

«... Å dele erfaringer og forslag til forbedring er viktig. ..Man drar veksler og lærdom av hverandre og får innspill og ideer, slik ser man tingene fra flere hold. ..Det gjør at vi ser med mer 'kritiske' øyne på egen virksomhet. ...Det gir økt fokus, og forpliktelse til framdrift. ...Det blir mer spennende å jobbe i geriatrien!» (Leirvik et al., 2016, s. 187).

Om lag femti prosent av nettverksgruppa meinte og at kunnskap frå forskning var nyttig. Informantane gav og uttrykk for at lokale fagdagar førte til faglige diskusjonar, engasjement og inspirasjon (Leirvik et al., 2016).

I studien til Kennelly et al. (2010) kan ein sjå at sjukepleiarane heva sin ernæringsmessige kompetanse og betra dokumentasjonspraksisen betydelig, seks månader etter at dei hadde utført utdanningsprogrammet som hadde fokus på ernæring. Ernæringskunnskapstest blei tatt både før, etter og seks månader etter ernæringsutdanningsprogrammet. 80% av sjukepleiarane rapporterte at dei gav kosthaldsråd til pasientar som hadde behov for det, og 69% rapporterte at dei vegde pasientane oftare. På same tid gav 80% av informantane uttrykk om at «Malnutrition Universal Screening Tool» var eit godkjend ernærings screeningsverktøy.

4.1.3 Kaloririk smoothie og kosttilskuddsdrikk- alternativ ernæring

I studien til Salomonsen et al. (2017) blei det gjort viktige funn i forhold til eldre pasientar på sjukeheim som fekk kaloririk- smoothie. Dei pasientane som var undervektige gjekk ikkje opp i vekt ved å drikke dei spesial-laga smoothiane. På same tid opplevde fleire av pasientane obstipasjon og halsbrann i forbindelse med smoothien. Nokon av informantane sa på same tid at der var pasientar som synest smoothien var veldig god på smak, men at dette var veldig individuelt og at nokon meinte den var alt for søt og kvalmande. Resultatet av studien viste også at fleire av sjukepleiarane meinte at det var vanskeleg å dokumentere kaloriinnhaldet i smoothien, sidan dei fylgde ei oppskrift og der ikkje var dokumentert noko om kaloriinnhaldet.

I studien til Sjögren Forss et al. (2018) seier ein av sjukepleiarane at ofte blei kosttilskuddsdrikk første valet, fordi dette også var noko ein kunne krysse av på ei liste. Ein annan sjukepleiar gav uttrykk for at næringsdrikk ofte var det første ein tenkte på ved underernæring, men at kosthaldsveiledaren hadde sagt at næringsdrikk var ein

siste utvei. Dei fekk beskjed om å heller fokusere på å tilpasse måltidet og finne ut av kva som forårsaka at pasienten ikkje ville ete (Sjögren Forss et al., 2018).

4.2 Sjukepleiar si rolle- samarbeid med lege og pasient

Under denne hovudkategorien vil funna i underkategoriene belyst; sjukepleiar og andre profesjonar og involvering av pasienten.

4.2.1 Sjukepleiar og andre profesjonar

I to av artiklane har det blitt gjort funn på kva betydning tverrprofesjonelt samarbeid har i ernæringsarbeidet, og med størst fokus på samhandling med legen (Sjögren Forss et al., 2018; Kuven & Giske 2017). I Sjögren Forss et al. (2018) sin undersøkelse seier ein av sjukepleiarane at dei tek kontakt med ernæringsseksperter når pasienten har vanskeleg for å svelge, eller når ein pasient slit med å gå opp i vekt. Sjukepleiaren meiner og at dei heller vil kontakte ein kosthaldseksperter i staden for fastlegen, sidan dei meiner at fastlegen ikkje alltid er like interessert i ernæringsarbeidet.

Resultatet av undersøkinga til Kuven & Giske (2017) viste at samhandling mellom sjukepleiar og lege var viktig. Sjukepleiarane meinte at dei hadde behov for ein fast sjukeheimslege som kjende til pasientane sine ønskjer og behov. Samtidig som ein fast lege opprettheld interessa og etterspurnaden i ernæringsarbeidet på avdelinga.

Sjukepleiarane i studien til Kuven & Giske (2017) meinte også at pasientane ofte hørte meir på kva anbefalingar legen gav, i forhold til råda som sjukepleiarane gav. Sjukepleiarane understreka også at legen var ein viktig diskusjonspartner for sjukepleiarane. Det var betryggande for sjukepleiar å ha ein god dialog heile vegen, slik at dei visste kva både pasient og lege ønska og meinte i ein kvar situasjon. Informantane følte og at eit godt samarbeid med legen gjorde at utfordrande ernærings situasjonar blei mindre krevjande.

4.2.2 Involvering av pasienten

Studien til Sjögren Forss et al. (2018) og studien til Bauer et al. (2015) viser tydelige funn på at pasienten blir i liten grad involvert i ernæringsarbeidet. Sjögren Forss et al. (2018) peiker på at sjukepleiarane opplever at det er utfordrande å involvere eldre som føler at livet ikkje gir meining lenger. Å motivere og engasjere pasientar som ikkje har noko interesse for å ete lenger, er vanskeleg. Undervurdering av pasienten sin vilje og evne, vil også føre til at ein i mindre grad prøver å involvere pasienten (Sjögren Forss et al., 2018).

Ein sjukepleiar uttrykte at den brukte å spørje kva pasienten ønska å ete, men at det ikkje blei gjort så mykje meir enn det for å prøve og involvere pasienten:

«One tries to ask if they have any particular likings in regards to food. I do not ask them much more than that. I actually do not think that much about that part-nutrition- at all. ... » (Sjögren Forss et al., 2018, s. 7).

Sjögren Forss et al. (2018) sin studie tok for seg å involvere pasienten i ernæringsarbeidet ved å bruke informasjon som den viktigaste strategien. Sjukepleiarane gav uttrykk for at informasjonen dei gav til pasientane kunne vore av betre kvalitet. Dette gjaldt både informasjonen om å forhindre/forebygge underernæring, men også informasjonen om kva mål, forventna utvikling og kva sjukepleie tiltak som kunne bli nødvendig. Ein av sjukepleiar i Sjögren Forss et al. (2018) sin studie, opplevde at det var varierende frå pasient til pasient i kva grad pasienten ville vere involvert i ernæringspleien. Sjukepleiaren meinte og at dette kunne ha samanheng med ikkje alle pasientane var nok informert, og visste om dei moglege konsekvensane ved underernæring.

Vidare i studien til Sjögren Forss et al. (2018) ser ein at nokre av sjukepleiarane meinte at det å involvere den eldre pasienten i ernæringspleien blei sett på som ein naturleg del av sjukepleien. Ein sjukepleiar meinte det var viktig å informere pasienten om kva betydning ernæring hadde for den fysiske funksjonen til kroppen, og at det var større risiko for infeksjonar når ein er underernært:

«I usually inform that one has no energy, one cannot move around as much as one wishes. That the risk of attracting infections is bigger, and that one's pain threshold is lower if one is malnourished. On the whole, one can withstand much if one is normally nourished, so to speak» (Sjögren Forss et al., 2018, s. 6)

4.3 Sjukepleiaren sine prioriteringar

I tre av studiane kan ein sjå at mangel på tid førar til nedprioritering av ernæringsarbeidet (Bauer et al., 2015; Sjögren Forss et al., 2018; Fossum et al., 2011). Mangel på tid var også en barriere som gjorde at personalet heller prioriterte andre typer pleieoppgåver, framfor å bruke tid på ernæring (Bauer et al., 2015).

Sjukepleiarane i studien til Fossum et al. (2011) meiner at underbemanning fører til tidspress som igjen går ut over kvaliteten på ernæringspleia og dei tiltaka som sjukepleiarane ville ha gjort:

«A problem in the nursing home is that we are understaffed. We are really struggling with residents who do not drink. We would like to have more staff, so we could go in every 10 minutes to ensure that they drink. But there is not enough time for that» (Fossum et al., 2011, s. 2430).

Samtidig som ein ser at ernæring blir nedprioritert, har studiar også vist at sjukepleiarane kjenner ansvarsområdet sitt innan ernæringsarbeidet. I fleire av studiane (Håkonsen et al., 2018; Kuven & Giske, 2017) seier sjukepleiarane at dei kjenner til sitt ansvarsområde innanfor ernæring og førebygging av underernæring. Kuven & Giske (2017) understreka at sjukepleiarane meinte at ernæringstilstanden var ein viktig del av pasientbehandlninga, sjølv om det kan bli nedprioritert ovanfor andre sjukepleieroppgåver.

5 Diskusjon

Diskusjonskapittelet startar først med ein metodediskusjon der eg kritisk har vurdert mitt eige arbeid med oppgåva. Etter metodediskusjonen kjem resultatdiskusjon. I resultatdiskusjonen vil eg diskutere funna i resultatata ilag med relevant teori, for å belyse problemstillinga mi.

5.1 Metodediskusjon

Diskusjonen skal innehalde ein kritisk metodediskusjon der ein vurderer eige arbeid med litteratursøk, innhald og kvalitet, og resultat med eventuelle begrensningar (Forsberg & Wengström, 2016, s. 158).

Gjennom arbeidet med å skrive oppgåva har eg fått god hjelp av litteratur frå Forsberg & Wengström (2016), Dalland (2015) og Evans (2002). Førelingsnotater har også vore til god hjelp underveis i prosessen.

Då eg starta arbeidet med oppgåva var eg usikker på korleis eg skulle utforme problemstillinga mi. Samtidig var søkinga mindre strukturert og eg brukte mykje tid på å få kontinuitet i søkearbeidet. Etter kvart har det blitt gjort justeringar på problemstillinga underveis, og eg vart til slutt fornøgd med problemstillinga si formulering. I starten var eg veldig bestemt på at artiklane skulle vere frå år 2014 og nyare. Dette på grunn av at eg ville ha så oppdatert forskning som mogleg. Eg fann ut at denne begrensninga gjorde det vanskelig å finne tilstrekkelig med forskning, så søket blei utvida til 2010. Sidan problemstillinga inneheldt «sjukeheim», vart søket med eingong meir begrensa og mange artiklar blei ekskluderte på grunn av dette. Dei mange inklusjons- og eksklusjonskriteriene ser eg på som ei styrke sidan dei gav meg eit smalare spekter, og at oppgåva mi blei avgrensa.

I sjølve litteratursøket synest eg databasene Cinahl og SweMed+ er dei som mest brukarvennelege, og samtidig gode databaser som eg har brukt tidlegare. Seks av artiklane eg har brukt er frå nordiske land. Derav er fire av studiane norske, ein er dansk og ein er svensk. Dette ser eg på som ei styrke i oppgåva, sidan helsevesenet i desse landa er tilsvarande norsk helsevesen og funna dermed blir meir truverdige og brukbare i diskusjonen. Dei to resterande artiklane er frå Australia og Irland, dette er ikkje nordiske land og kan dermed vere ei svakheit i oppgåva.

Oppgåva mi er bygd på fire kvalitative artiklar, tre kvantitative artiklar og ein som er både kvalitativ og kvantitativ. Dette kan både vere ei styrke, og svakheit i studien. Kvantitative resultat er meir målbare og lettare å tolke, men samtidig seier dei lite om sjølve opplevinga sjukepleiaren har i underernæringsproblematikken. Eg valte likevel å ta med artiklane då dei hadde viktige funn som kunne belyse problemstillinga mi.

Engelske artiklar har eg oversett til norsk, der eg har brukt både google-translate men og engelsk-norsk ordbok. Eg har prøvd å oversett etter beste evne, men tek forbehold om at noko kan vere tolka feil slik det kan ha påverka resultatet.

5.2 Resultatdiskusjon

I resultatdiskusjonen skal funna frå resultata bli diskutert i lag med relevant teori og egne erfaringar, for å belyse problemstillinga: « *Korleis kan sjukepleiar bidra til å førebygge underernæring i sjukeheim?* ». I diskusjonsdelen har eg valt å endre oversikriftene som eg brukte i resultatdelen, og heller bruke tre hovedkategoriar. Dette var for å lettare kunne drøfte forskning og teoribakgrunn på ein ryddig måte, og samtidig belyse konsekvensen det har for sjukepleien. Diskusjonsdelen vil til slutt munne ut i ein konklusjon.

5.2.1 Ernæringskompetansen til sjukepleiarane kunne vore betre

Ernæringskompetansen kunne vore betre blant sjukepleiarane. Ein kan sjå at sjukepleiarane har eit forbettringspotensiale når det gjeld dokumentasjonspraksis, ernæringsrutiner og ernæringskunnskap (Bauer et al., 2015; Håkonsen et al., 2018; Kuven & Giske, 2017). Sjukepleiaren sin kompetanse er viktig for eit best mogleg behandlingstilbod og for å kunne oppnå eit velfungerande og vellykka ernæringsarbeid (Helsedirektoratet, 2018; Stubberud, 2018). Helsedirektoratet (2013) har kome ut med retningslinjer som har fokus på førebygging og behandling av underernæring. Under retningslinjene kan ein sjå at den generelle anbefalinga seier at dokumentasjon av ernæringsstatus er eit nødvendig tiltak i forbindelse med å identifisere underernæring og behandle underernæring (Helsedirektoratet, 2013, s.8). For at sjukepleiar skal kunne fylgje opp pasienten og jobbe målretta med det førebyggjande arbeidet, krev det dermed at sjukepleiar har god kompetanse innanfor underernæringsfeltet. Ved at kompetansen ikkje er tilstrekkeleg og at ernæringsarbeidet ikkje får nok merksemd, kan konsekvensane bli at underernæring kan utvikle seg over tid (Devik & Olsen, 2018).

Kunnskap innanfor dokumentasjon og screening er ein viktig del av det førebyggjande arbeidet, men på ei anna side må ein ikkje gløyme den viktige kunnskapen sjukepleiaren bør ha om dei ulike fysiologiske forandringane som kan føre til nedsett matlyst og underernæring. Det kan vere mange årsaker til dårleg matlyst hos den eldre pasienten for eksempel kvalme, sjukdom, svekka mat/lukt sans mm. Ei av utfordringane som pasientane og kan møte på når dei blir innlagde på sjukeheim er at det kan vere annleis mat, andre klokkeslett og at ein må ete i lag med andre pasientar (Aagaard, 2016, s.207-208). Kompetanse må både utviklast og haldast ved like for å sikre god kvalitet i helsetjenesten (Stubberud, 2018, s. 89). Kvar enkelt sjukepleiar har ansvar for å fortsette å vidareutvikle sin kompetanse etter ein er ferdig med sjukepleieutdanninga. Samtidig har arbeidsgivar eit ansvar for at dei tilsette får den opplæringa som er nødvendig og at dei får moglegheit til å vidareutdanne seg (Intertnkontrollforskrift i sosial/helsetjenesten, 2002, §4). Å utvikle ernæringskompetansen burde få meir oppmerksomheit, samtidig som sjukepleiarane sjølv har eit ansvar for å tileigne seg kunnskap og kompetanse på områder ein er usikker på.

Vidare kan vi sjå at sjukepleiarane som deltok i studiar der dei hadde ekstra fokus på å heve ernæringskompetansen, gav positive resultat for vidare ernæringsarbeid og betre oppfylgning av pasientar som var i fare for underernæring eller som var underernærte. Det blei registrert grundigare kartlegging av pasientane som var i risiko for

underernæring og blei gitt hyppigare kosthaldsråd til pasientane (Kennelly et al., 2010; Leirvik et al., 2016). Ved å ta i bruk utdanningsprogram kunne ein sjå at 90% av sjukepleiarane meinte at prosjektet ved mat, måltid og ernæring var vellykka. Samtidig gav utdanningsprogramma rom for refleksjon over eiga verksemd. Deling av erfaringar og idear bidrog til meir fokus og forplikting til framdrift i ernæringsarbeidet (Leirvik et al., 2016). Dette samsvarar med forskninga til Devik & Olsen (2018) som viser at heving av kompetanse er eit av tiltaka for å førebygge underernæring. Deira forskning viser og at helsepersonell har eit forbettringspotensiale når det gjeld kunnskap om å førebygge underernæring. For at pasienten skal få trygg og forsvarlig helsehjelp, krev det ofte at sjukepleiar har spesialisert kompetanse, meir enn det kravet som bachelor utdanninga har (Stubberud, 2018, s. 90). Alt tyder på at eit kompetanselyft ser ut til å vere verdifullt for pasientar og sjukepleiar, og for å sette meir fokus og bevisstheit rundt eiga utøving av ernæringsarbeid.

På same tid bør sjukepleiar ha kunnskap om dei ulike mat og nærings alternativa som ein kan tilby å servere pasientane, og samtidig ha ei oversikt over kva produkta eller matvarene inneheld. Eg har sjølv erfaring med å servere kaloririk smoothie på sjukeheim, og ser på funna til Salomonsen et al. (2017) som oppsiktsvekkande. Pasientar som fekk servert kaloririk smoothie gjekk ikkje opp i vekt, og fleire opplevde obstipasjon, halsbrann og synest at smaken var kvalmande (Salomonsen et al., 2017). Å tilby pasientane noko som kan gjere at dei blir obstiperte eller kvalme, er ikkje heldig når ein skal førebygge underernæring.

Sjukepleiarane synest det var vanskeleg å dokumentere kaloriinnhaldet og kor mange kaloriar pasienten hadde fått i seg ved å drikke smoothien, sidan der ikkje var noko etikett med næringsinnhaldet på (Salomonsen et al, 2017). Ved underernærte pasientar er dokumentasjon av energiinntak ein viktig del av ernæringsplan og ernæringsoppfølginga (Thoresen, 2016, s. 569). Med tanke på ingen vektaukning, obstipasjon og kvalme ved fleire tilfelle, er det grunn til å vere meir kritisk til bruk av denne type alternativ ernæring. Samtidig kunne ein av studiane vise til at dei eldre pasientane gav og uttrykk for at dei heller ville ete normal mat framføre næringsdrikk (Sjögren Forrs et al., 2018). Ein bør prøve ut andre ernæringstiltak før ein prøver ut næringsdrikk (Sjögren Forrs et al, 2018; Sjøen & Thoresen, 2012).

5.2.2 Viktig med god samhandling mellom sjukepleiar, lege og pasient

Sjukepleiarane såg at ein fastlege ikkje alltid var like oppteken av ernæringsarbeidet, men at ein fast- sjukeheimslege sette meir fokus på ernæringspleie (Forrs et al., 2018; Kuven & Giske 2017). Sjukepleiar har ei viktig rolle ved å lede det tverrfaglege samarbeidet, og både lege og ernæringsfysiolog er viktige samarbeidspartnarar (Brodtkorb, 2014, s. 304-306). Tverrprofesjonell samhandling er eit viktig tiltak for å betre kvalitet og kontinuitet i pasientarbeidet (Stubberud, 2018, s. 56). Eit godt samarbeid og dialog med ein fast sjukeheimslege, kunne hjelpe sjukepleiar til å ta vanskelige beslutningar. Sjukepleiarane synest og at dei utfordrande situasjonane kring ernæring blei mindre krevjande når dei hadde ein god dialog med legen (Kuve & Giske, 2017). Det er fleire faktorar som spelar inn ved korleis sjukepleiar fungera og deltek i det tverrfaglege samarbeidet. Kunnskap, erfaring, kommunikasjonsferdigheiter, sjølvtilitt og

trygghet i rolla si, er sett på som nokon av dei viktigaste faktorane (Kristoffersen, 2016b, s. 234).

Sjukepleiarane hadde ei oppfatning av at pasienten hørte meir på råda som legen gav i staden for å høyre på dei råda som sjukepleiaren gav (Kuven & Giske, 2017). For at ein skal lykkast med det tverrprofesjonelle samarbeidet er det viktig at dei ulike profesjonane jobbar mot det same målet. Det er viktig at ein i lag blir einige om hensikta med arbeidet, og kva grad ein er avhengig av kvarandre. Dette er og eit argument for at det er viktig at sjukepleiar har ein god dialog med legen og veit kva legen vil, slik at begge kan gi dei same råda til pasienten (Stubberud, 2018, s. 56). Dermed kan sjukepleiaren seie til pasienten at det er legen som har foreslått det aktuelle tiltaket, og på denne måten kan pasienten ha meir tiltru til det rådet som sjukepleiaren også gir.

Pasientane meinte at sjukepleiarane ikkje gav dei tilstrekkelig med informasjon, og samtidig var det fleire pasientar som uttrykte at dei ønskja å vere meir involverte i ernæringsarbeidet. Pasientane ønskja å vere involverte i å utforme måltidsmiljøet og å kunne bidra til utvikle å fornye menyen. Det blei og uttrykt misnøye med at der ikkje var noko val eller alternativ ut i frå den menyen som blei servert (Sjögren Forss et al., 2018). Tiltak som bidreg til å fremme pasienten sin deltakelse, engasjement og kunnskap innanfor ernæring, blir sett på som positive (Devik & Olsen, 2018). Det er fleire metodar som sjukepleiar kan nytte seg av ved helserettleiing og kosthald, slik at pasienten blir inkludert i prosessen. Dei ulike metodane går ut på å støtte, råde, motivere, undervise, lytte/spørje og informere. Dei ulike metodane kan både kombinerast og skiftast ut, alt ettersom behov og kvar ein er i prosessen (Kristoffersen, 2016c, s. 369-370). På ei anna side er det viktig å hugse på Virginia Henderson sin teori som går ut på at mennesket har individuelle behov (Kristoffersen, 2016a, s. 36-38). Menneske i forskjellige aldersgrupper kan og ha ulike matvaner, og ernæringsproblema kan såleis vere ulikt ut i frå alderen og frå person til person (Aagaard, 2016, s. 201). Dermed er det viktig at sjukepleiar legg til rette for at pasientane har ulike ønskjer også når det gjeld deltakelse, og at det er ulikt frå person til person korleis dette behovet tilfredsstillast.

Sjukepleiar treng meir enn berre kostkunnskap for å kunne hjelpe og rettleie pasienten, og evna til å lytte og kommunisere er og ein viktig faktor for å lykkast med å involvere pasienten. For å skulle nå målet om at ein pasient som er i risiko for underernæring skal gå opp i vekt, er det nødvendig at informasjonen blir til ein dialog og dermed toveis kommunikasjon. På den måten kan sjukepleiaren vurdere om pasienten har forstått informasjonen, og finne ut kva pasienten sjølv meiner og dermed blir pasienten involvert i ernæringsarbeidet. Ein kostsamtale bør dermed innehalde både einvegs nøytral informasjon og ein dialog som går begge vegar (Sjøen & Thoresen, 2012, s. 378). Dette er og i tråd med Travelbee sin teori. Travelbee sin sjukepleieteori legg vekt på at eit «menneske- til menneske forhold» må vere tilstade om ein skal kunne nå målet med sjukepleia. Pasient og sjukepleiar må ha utvikla ein slik relasjon for at sjukepleiar skal kunne setje i gong tiltak ut i frå pasienten sine individuelle behov og ønskjer (Kristoffersen, 2016a, s. 32-34). Basert på Travelbee sin teori, kan det tenkast at sjukepleiar bør utvikle eit slik «menneske- til menneske forhold» med pasienten, for å kunne vere sikker på kva individuelle behov og ønskjer pasienten har. På denne måten er ein sikra å få vite kva grad pasienten vil vere med å involvere seg i ulike avgjersler i prosessen med ernæringsarbeidet.

5.2.4 Ernæringspleie og førebyggende arbeid blir nedprioritert til fordel for andre sjukepleie oppgaver

Fleire av studiane viser at mangel på tid førar til at andre sjukepleiaroppgåver blir prioriterte framføre å bruke meir tid på ernæringsarbeidet (Bauer et al., 2015; Sjögren Forrs et al., 2018; Fossum et al., 2011). Dette samsvarar og med ulike studiar der ein ser at Noreg er dårlegare på å prioritere ernæring i forhold til Danmark og Sverige. I Noreg kunne ein sjå at pasientane blei sjeldnare våge, sjeldnare dokumentering av næringsinntaket og at pasientane i fleire tilfelle mangla ein ernæringsplan (Thoresen, 2016, s.568). Dei negative konsekvensane av underernæring som høgare mortalitet, nedsett muskelkraft, høgare risiko for infeksjon og sjukdom mm., bør og belyst som eit av argumenta for at førebygging av underernæring bør få meir merksemd (Aagaard, 2016, s. 215; Sjøen & Thoresen, 2012, s. 254).

Fleire av studiane viser at sjukepleiarane kjenner til viktigheita og ansvarsområdet sitt innan ernæring, sjølv om det kunne bli nedprioritert ovanfor andre pleieoppgåver (Håkonsen et al, 2018; Kuven & Giske, 2017). Sjukepleiar har eit stort ansvar når det gjeld å førebygge underernæring, kartlegge risiko for underernæring og betre tilstanden til underernærte pasientar (Brodtkorb, 2014, s. 301; Aagaard, 2016, s.192). Det er oftast lettare å førebygge underernæring i forhold til å behandle underernæring (Sjøen & Thoresen, 2012, s. 349). Som sjukepleiar tenkjer eg at ein viktig føresetnad for å kunne drive med førebyggende arbeid innanfor ernæring, er å forstå viktigheita av arbeidet og samtidig konsekvensane som underernæring kan føre til. Deretter må ein prioritere dei rette tiltaka og eventuelle løysningar ut i frå situasjonen.

Sjukepleiarane skulle ønske dei var fleire på jobb, slik at alle pasientar som har behov for ekstra oppfølging kring ernæring fekk dette (Fossum et al, 2011). Mangel på tid er ofte ein årsak til at sjukepleiar ikkje får gjennomført alle sjukepleieoppgåvene i løpet av ei vakt.

Underernæring kan føre med seg mange fysiologiske og psykososiale konsekvensar (Sjøen & Thoresen, 2012, s. 254). Prioritering og målretta ernæringsarbeid kan gi betydnings full gevinst. Riktig ernæringsbehandling kan gi auka livskvalitet samt lengre leve tid. Samtidig vil riktig ernæringsbehandling i primær helsetenesta redusere behovet for spesial helseteneste, og dermed gi ein økonomisk gevinst (Helsedirektoratet, 2009, s. 13). Både helsegevinsten og den økonomiske fordelten er to viktige argument for at ernæringsarbeid bør prioriterast høgare i tida framover på lik linje med andre pleieoppgåver. Å prioritere meir tid til dokumentasjon, veging og screening er heilt klart den beste løysninga for å få til eit velfungerande førebyggende arbeid mot underernæring.

5.5 Konklusjon

Hensikta med denne oppgåva var å finne ut korleis sjukepleiar kan bidra til å førebygge underernæring i sjukeheimen. Dermed var det viktig å finne ut kva utfordringar sjukepleiaren kan møte på i ernæringsarbeidet, og korleis ulike tiltak kan hjelpe sjukepleiaren i møte med utfordringane.

Hovudfunna i studia heng saman med kvarandre, og påverkar kvarandre i større eller mindre grad. God ernæringskompetanse er ein føresetnad for sjukepleiaren i arbeidet med å førebygge underernæring. Ernæringskompetansen kunne vore betre blant sjukepleiarar, samtidig som ein ser at ernæringsprogram med fokus på å utvikle og heve ernæringskunnskap forbetrar sjukepleiaren sin ernæringskompetanse. Å tileigne seg meir ernæringskompetanse gjorde at pasientane blei våge hyppigare og fleire pasientar fekk informasjon og rettleiing om ernæring og underernæring.

Alternativ ernæring som høgkalori smoothie og næringsdrikk er ikkje det beste alternativet då det kan føre med seg både obstipasjon og kvalme samtidig som pasienten ikkje gjekk opp i vekt. På same tid var det vanskeleg å dokumentere innhaldet. Vanleg kost bør dermed prioriterast først.

Ernæringsarbeidet blir nedprioritert til fordel for andre sjukepleie oppgåver. Ein bør rette meir merksemd på helsegevinsten og den økonomisk fordel ein kan få ut av eit målretta ernæringsarbeid. Samtidig ha fokus på at førebygging ofte er mindre komplisert i forhold til behandling mot underernæring. Konsekvensane av underernæring bør belyst oftare slik at tiltak mot underernæring blir prioritert meir framover.

Eit godt samarbeid mellom sjukepleiar og ein fast sjukeheimslege gav positive resultat. God kommunikasjon mellom lege og sjukepleiar gjorde at sjukepleiar blei meir sikker i vanskelege situasjonar, og sjukepleiar følte ei trygghet ved å vite både kva legen og pasienten ønskja.

Pasienten blir i liten grad involverte i ernæringsarbeidet. Det er varierende i kva grad pasienten vil vere involverte, og dette må ein ta i betraktning. Kvar enkelt pasient sine ønskjer og behov bør bli høyrte, og ulike metodar av helserettlegg kan takast i bruk.

Eit forslag til vidare forskning kan vere å undersøke nærmare på kva utfordringar pasienten sjølv opplever rundt ernæring og måltid på sjukeheim. Meir informasjon om pasientane sine synspunkt, kan vere gunstig for helsepersonellet i arbeidet med å førebygge underernæring.

6.0 Referanseliste

- Aagaard, H. (2016). Væske og ernæring. I N.J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E.A. Skaug, & G.H. Grimsbø (Red.) *Grunnleggende sykepleie: Grunnleggende behov* (3.utg., bind 2, s. 191-215). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bauer, S., Halfens, R.J.G., Lohrmann, C. (2015). Knowledge and attitudes of nursing staff towards malnutrition care in nursing homes: A multicentre cross-sectional study. *Journal of nutrition*, 19 (7), 734-740. <http://dx.doi.org/10.1007/s12603-015-0535-7>
- Braut, G.S. (2018, 4. desember). Sykehjem. I Store medisinske leksikon. Henta frå <https://sml.snl.no/sykehjem>
- Brodtkorb, K. (2014) Ernæring, mat og måltider. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2.utg.,s. 301-310) Oslo: Gyldendal akadmeisk.
- Dalland, O. (2015). *Metode og oppgaveskriving*. (5.utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Devik, S.A., Olsen, R.M. (2018) Underernæring og pasientsikkerhet blant eldre i kommunene. *Omsorgsbiblioteket*. Henta frå <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/handle/11250/2583947>
- Evans, D (2002): Systematic reviews of interpretive research: interpretive data of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20(2), 22-26
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier* (4.utg.). Stockholm: Natur og kultur.
- Fossum, M., Alexander, G.L., Göransson, K.E., Ehnfors, M., Ehrenberg, A. (2011). Registered nurses' thinking strategies on malnutrition and pressure ulcers in nursing homes: a scenario-based think-aloud study. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 2425–2435
- Helsedirektoratet. (2009). *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*. (IS-1580). Henta frå <https://www.helsedirektoratet.no/tema/underernaering>
- Helsedirektoratet. (2018, 25. juni). Ernæringsoppfølging hos sykehjemsbeboere. Henta frå <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/oppf%C3%B8lging-av-ern%C3%A6ring-hos-beboere-p%C3%A5-sykehjem>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Leve hele livet- en kvalitetsreform for eldre*. (Meld. St. 15 (2017-2018)). Henta frå <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/?ch=1>

- Håkonsen, S.J., Bjerrum, M., Bygholm, A., Kjelgaard, H.H., Pedersen, P.U. (2018). The Routines, Knowledge and Attitudes towards Nutrition and Documentation of Nursing Staff in Primary Healthcare: A Cross-Sectional Study. *Journal of community & Public health nursing*, 4 (3), 38-49. 10.4172/2471-9846.1000220
- Internkontrollforskrift i sosial/helsetjenesten. (2002). Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten.(FOR-2002-12-20-1731).Henta frå <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2002-12-20-1731>
- Kennelly, S., Kennedy, N.P., Rughoobur, G.F., Slattery, C.G., Sugrue,S. (2010). An evaluation of a community dietetics intervention on the management of malnutrition for healthcare professionals. *Journal of Human Nutrition and Dietetics* 23, 567–574. 10.1111/j.1365-277X.2010.01111.x
- Kirkevold, M., Brodtkorb, K., Ranhoff, A. H. (2014) *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N.J. (2016a). Sykepleiefagets teoretiske utvikling: en historisk reise. I N.J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E.A. Skaug, & G.H Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., bind 3, s. 28-39). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N.J. (2016b). Sykepleierens ansvar og arbeidsområder i helsetjensten. I N.J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E.A. Skaug, & G.H Grimsbø (Red.), *Grunnleggende Sykepleie: Sykepleie- fag og funksjon* (3. utg., bind 1, s. 234). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N.J. (2016c). Å styrke pasientens ressurser: sykepleierens helsefremmende og pedagogiske funksjon. I N.J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E.A. Skaug, & G.H Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., bind 3, s. 369-370). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kuven, B.M., Giske, T. (2017). Samhandling mellom sykepleier og lege er viktig for ernæringstilstanden til sykehjemspasienter. *Sykepleien Forskning*,12(64510)(e-64510). 10.4220/Sykepleienf.2017.64510
- Leirvik, Å.M., Høye, S., Kvigne, K. (2016). Mat, måltider og ernæring på sykehjem: erfaringer fra et aksjonsforskningsprosjekt. *Nordisk Sygeplejeforskning* 6(2), 179-197 <https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2016-02-07>
- Norsk senter for forskningsdata (2019, 5. november). Register over vitenskapelige publiseringskanaler. Henta frå <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>
- Salomonsen, S.J.C., Berland, A., Bentsen, S.B. (2017). High-energy smoothies for patients in nursing homes: Health personnel find that high-energy smoothies do not always have the intended effect. Some patients become obstipated or nauseous, and undernourished patients do not gain weight. *Norwegian Journal of Clinical Nursing/Sykepleien Forskning*. 1-11. <http://dx.doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.62986>

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

Sjögren Forss, K., Nilsson, J., Borglin, G. (2018). Registered nurses' and older people's experiences of participation in nutritional care in nursing homes: a descriptive qualitative study. *BMC nursing* 17 (19), 1-13. <http://dx.doi.org/10.1186/s12912-018-0289-8>

Stubberud, D.G. (2018) *Kvalitet og pasientsikkerhet* (1.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk

Thoresen, L. (2016) Næringsbehov ved sykdom. I S. Ørn & E. Bach- Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling*. (2. utg., s. 564-568) Oslo: Gyldendal akademisk.

Vedlegg

Vedlegg 1: Søkehistorikk

Vedlegg 2: Litteraturmatriser, åtte stk.

Søkehistorikk- tabell 1

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracter (antall)	Leste artikler (antall)	Inkluderte artikler (forfatter, årstall)
Malnutrition (S1)	27.03.20	CINAHL	5030			
Nursing Homes (S2)	27.03.20	CINAHL	7822			
Nurses OR nurses (S3)	27.03.20	CINAHL	37 160			
S1 AND S2 AND S3 Begrensing: Peer reviewed, research article. År: 2010-2019	27.03.20	CINAHL	11	7	5	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sjögren Forss, K., Nilsson, J., Borglin, G. (2018). 2. Bauer, S., Halfens, R.J.G., Lohrmann, C. (2015). 3. Fossum, M., Alexander, G.L., Göransson, K.E., Ehnfors, M., Ehrenberg, A. (2011). 4. Kennelly, S., Kennedy, N.P., Rughoobur, G.F., Slattery, C.G., Sugrue, S. (2010).

Søkehistorikk -tabell 2

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracter (antall)	Leste artikler (antall)	Inkluderte artikler (forfatter, årstall)
Malnutrition (#1)	27.03.20	SweMed+	134			
Nursing Homes (#2)	27.03.20	SweMed+	494			
Nurses (#3)	27.03.20	SweMed+	1657			
#1 AND #2 AND #3 Begrensninger: Peer reviewed, Årstall: 2010-2019	27.03.20	SweMed+	14	6	3	1.Kuven, B.M., Giske, T. (2017). 2.Salomonsen, S.J.C., Berland, A., Bentsen, S.B. (2017).

Søkehistorikk – tabell 3

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracter (antall)	Leste artikler (antall)	Inkluderte artikler (forfatter, årstall)
Ernæring (#1) Årstall: 2014-2019. Peer reviewd.	12.12.19	SweMed+	273			
Sykehjem (#2) Årstall: 2014-2019. Peer reviewd.	12.12.19	SweMed+	172			
#1 AND #2	12.12.19	SweMed+	10	6	3	1. Leirvik, Å.M., Høye, S., Kvigne, K. (2016).

Søkehistorikk – tabell 4

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracter (antall)	Leste artikler (antall)	Inkluderte artikler (forfatter, årstall)
Malnutrition (#1) Årstall: 2016-2019. Peer reviewd.	26.03.20	SweMed+	44	2	1	1.Håkonsen, S.J., Bjerrum, M., Bygholm., Kjelgaard, H.H., Pedersen, P.U. (2018)

Litteratormatrise 1: Registered nurses' and older people's experiences of participation in nutritional care in nursing homes: a descriptive qualitative study.

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Sjögren Forss, K., Nilsson, J., Borglin, G. (2018).</p> <p>Registered nurses' and older people's experiences of participation in nutritional care in nursing homes: a descriptive qualitative study.</p> <p><i>BMC nursing</i>, 1-13</p>	<p>Målet med denne studien var å få fram både sjukepleiar og pasienten sine opplevingar med å delta i ernæringsomsorga. Både sjukepleiarar og pasientar er informantar for å få eit betre bilete av situasjonen, og at ein lettare kan belyse pasient og sjukepleiar sine ulike erfaringar.</p>	<p>Care</p> <p>Content analysis</p> <p>Interviews</p> <p>Malnutrition</p> <p>Nursing interventions</p> <p>Older people</p> <p>Patient involvement</p> <p>Registered nurses</p>	<p>Dette er en kvalitativ studie, der det blei brukt semi strukturert intervju. Intervjuene varte i 30-40min og det blei også brukt lydopptak. Det var 12 informanter med i studien: 3 kvinner og 1 som var 65+. Dei fire måtte bu på sjukeheim og var vurderte som underernærte eller i fare for å bli underernært. Resten av informantane var åtte sjukepleiara som alle måtte jobbe minst 75% fast på sjukeheim, og jobbe på ei avdeling der hovudgruppa ikkje hadde kognitiv tilbakegang.</p>	<p>Resultatet av undersøkelsen viser at det framleis er ei paternalistisk haldning som gjenspeilar seg når det gjeld utøvinga av sjukepleie til eldre. Sjølv om deltaking og medbestemmelse ved pasienten skal stå i fokus også i forhold til ernæring, blir ikkje dette like godt praktisert i verkelegheita. Det blei også konkludert med at ein må styrke sjukepleiaren sin kunnskap når det gjeld ernæringspleie.</p>	<p>Denne artikkelen er relevant for mi oppgave sidan studien undersøker både kunnskapsnivået og haldning til sjukepleiar når det gjeld ernæring. Eg synest denne studien også var spesielt interessant/ relevant på grunn av metoda dvs. at det er ein kombinasjon i frå sjukepleiar sitt perspektiv (2/3) av informantane og pasient perspektiv (1/3). Eg har valt sjukepleiar sitt perspektiv i oppgåva mi, men å ha med forskning basert på ein kombinasjon mellom pasient og sjukepleiar kan gi ei større heilheit av underernæringsbilete.</p>

Litteratormatrise 2: Knowledge and attitudes of nursing staff towards malnutrition care in nursing homes: A multicentre cross- sectional study.

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel- begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Bauer, S., Halfens, R.J.G., Lohrmann, C. (2015).</p> <p>Knowledge and attitudes of nursing staff towards malnutrition care in nursing homes: A multicentre cross- sectional study.</p> <p><i>Journal of nutrition</i> 19 (7), 734-740.</p>	<p>Studien sitt mål var å undersøke sjukepleiarane og helsefagarbeidarane si haldning og kunnskap opp i mot underernæring i sjukeheim.</p>	<p>Knowledge</p> <p>Attitudes</p> <p>Nursing staff</p> <p>Malnutrition</p> <p>Nursing homes</p>	<p>Kvantitativ metode med eit tverrsnittsdesign blei brukt. Det blei brukt spørreskjema i forhold til å undersøke ernæringskunnskap, og ein skala blei brukt for å vurdere personalet sine haldningar. Det var 1152 deltakarar i studien. 458 av dei var sjukepleiarar, 619 var fagarbeidarar og dei siste 75 hadde ikkje utdanning innan helse og omsorg.</p>	<p>Resultatet av studien viser at 39.2% av informantane hadde ei positiv haldning til ernæring og korleis ein jobbar med ernæring opp i mot pasientar. I forhold til ernæringskunnskap svarte 65,6% av sjukepleiarane rett, mens hos helsefagarbeidarar var det 57,3% som svarte rett. Denne studien kartlagde kva ernæringsområde sjukepleiarar og helsefagarbeidarar treng meir kunnskap på. Ein konkluderar med at det er fleire områder der kunnskapen kunne vore betre.</p>	<p>Denne artikkelen vil eg bruke i mi oppgåve sidan den seier noko om kva haldning og kunnskapsnivå dei som jobbar på sjukeheimen har innanfor ernæring. Sidan sjukepleiar og helsefagarbeidarar, samt ufaglærte jobbar så tett i lag, er det viktig å undersøke om kunnskapsnivået er tilstrekkelig for å gi pasientane best mogleg ernæringspleie.</p>

Litteratormatrise 3: Samhandling mellom sykepleier og lege er viktig for ernæringstilstanden til sykehjemspasienter

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Kuven, B.M., Giske, T. (2017).</p> <p>Samhandling mellom sykepleier og lege er viktig for ernæringstilstanden til sykehjemspasienter</p> <p><i>Sykepleien Forskning</i> 12(64510)(e-64510)</p>	<p>Studien si hensikt var å undersøke korleis sjukepleiarar samarbeidar med lege når det gjeld ernæringsarbeidet, og korleis dette samarbeidet verkar inn på pasientane I sjukeheimen. Samtidig har studien og undersøkt kva pårørende sine tankar om dette samarbeidet.</p>	<p>Sykehjem</p> <p>Samarbeid</p> <p>Lege</p> <p>Sykepleier</p> <p>Ernæring</p>	<p>Dette er ei kvalitativ studie der 15 sjukepleiarar var informantar, og dei kom frå sju ulike sjukeheimar. Informantane hadde jobba frå fire til tjuefem år i sjukeheim. Det blei brukt fokus gruppeintervju, med tre-fire informantar i kvar gruppe.</p>	<p>Resultatet av studien viser at sjukeheimslegen og sjukepleieren sitt samarbeid er viktig når det gjeld ernæringsarbeid. Eit godt samarbeid mellom desse partane vil fremme det faglige innanfor ernæring. Det er viktig med ein sjukeheimslege som kjenner pasientene, slik dei kan følgje opp ernæringsarbeidet og pasientane sine behov og ønskjer. Eit samarbeid mellom sjukepleiar og lege førte også til at pårørende følte seg meir trygge.</p>	<p>Eg vil bruke denne artikkelen i mi oppgave for å belyse at det er viktig med eit tverrprofesjonelt samarbeid når det gjeld å betre ernæringstatus i sjukeheim. Denne artikkelen viste at ved eit godt samarbeid mellom sjukepleiar og sjukeheimslege kan ein fremme det faglige innanfor ernæring, noko som er heilt essensielt når ein skal redusere risikoen for underernæring.</p>

Litteratormatrise 4: Mat, måltider og ernæring på sykehjem - erfaringer fra et aksjonsforskningsprosjekt

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Leirvik, Å.M., Høye, S., Kvigne, K. (2016). Mat, måltider og ernæring på sykehjem - erfaringer fra et aksjonsforskningsprosjekt. <i>Nordisk Sygeplejeforskning</i> 6(2), 178-197</p>	<p>Hensikta med studien var å styrke sjukepleia innanfor ernæring, mat og måltid. Studien ville undersøke korleis ein kan forbetre kunnskapsnivået til sjukepleiarane, og kva metodar som kan vere nyttige å bruke for å få til eit kunnskapsløft.</p>	<p>Kompetanseheving, kunnskapsbasert praksis, kvalitetsutvikling, sykepleienettverk.</p>	<p>Studia var basert på en aksjonsforskningsorientert tilnærming. Det er brukt både kvalitativ og kvantitativ metode ved datainnsamling. Den kunnskapsbaserte arbeidsprosessen blei brukt som framdriftsplan for prosjektet. 6 ulike sjukeheimar deltok i studien som varte over 3 år. Nettverksgrupper på to til tre sjukepleiara frå tre sjukeheimar blei danna. Kvar gruppe hadde ein sentral og to lokale prosjektleiarar. Første års sjukepleiarstudentar frå tre ulike kull, deltok også i prosjektet.</p>	<p>Resultatet av studien viser at det blei oppnådd kvalitetsforbedringar på fleire ulike områder i løpet av forskningsperioden. Blant anna i forhold til mellommåltid, energitett- kost , kartlegging av ernæringsstatus og tilrettelegging av måltid. Kompetansesnivået til sjukepleiepersonalet, blei også auka gjennom kunnskapsbasert forskning.</p>	<p>Denne artikkelen er relevant for mi oppgave på grunn av den svarer på korleis sjukepleiar kan møte utfordringar i forhold til ernæring og måltid, og korleis ein kan jobbe for å styrke sjukepleien innanfor dette området. Den viser og at ved å tilegnes seg meir kunnskap, vil dette vere med å forbetre kvaliteten i helsehjelpa.</p>

Litteratormatrise 5: High-energy smoothies for patients in nursing homes: Health personnel find that high-energy smoothies do not always have the intended effect. Some patients become obstipated or nauseous, and undernourished patients do not gain weight.

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Salomonsen, S.J.C., Berland, A., Bentsen, S.B. (2017).</p> <p>High-energy smoothies for patients in nursing homes: Health personnel find that high-energy smoothies do not always have the intended effect. Some patients become obstipated or nauseous, and undernourished patients do not gain weight.</p> <p><i>Norwegian Journal of Clinical Nursing/Sykepleien Forskning</i>, 1-11.</p>	<p>Målet med denne studien var å undersøke helsepersonell et si erfaring med smoothie til pasientar på sjukeheimen.</p>	<p>Energirike smoothies</p> <p>Eldre</p> <p>Sykehjem</p> <p>Underernæring</p> <p>Nattfaste</p>	<p>Denne studien var ei kvalitativ studie, der det blei brukt tre fokusgruppeintervju for å samle inn data. Det var 12 helsepersonell med i studien, som jobba i to ulike sjukeheimar. Intervjua varte i frå 1.5 til 2 timar, og det blei brukt lydopptak.</p>	<p>Resultatet og analyse av gruppeintervjua viser at dei som var underernærte ikkje gjekk opp i vekt ved å drikke smoothie med høgt energiinnhald. Det kom også fram at smoothien kunne føre til kvalme og obstipasjon. Nokre av pasientane har også opplevd halsbrann. To av informantane synest også det var utfordrande å gi smoothie til pasientar med drikkelister eller andre individuelle behov, sidan ein ikkje sikkert viste kva som var det nøyaktige innhaldet i smoothien. Informantane understrekte at nokon av pasientane synest smoothie var veldig godt, og nokon likte det ikkje.</p>	<p>Denne artikkelen vil eg bruke i mi oppgåve for å vise til at det ein tenkjer er sunt og godt, ikkje alltid har den beste effekten for alle aldersgrupper. Eg har sjølv erfaring med å servere smoothie på sjukeheim to dagar i veka som mellommåltid. I følgje denne studien ser ein at det kanskje ikkje er heilt heldig å servere smoothie med tanke på at det ikkje gir ønska effekt eller resultat. Obstipasjon og kvalme er veldig uheldig, og vil heller kunne gi motsatt effekt og dårlig matlyst til neste måltid.</p>

Litteratormatrise 6: An evaluation of a community dietetics intervention on the management of malnutrition for healthcare professionals

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/ Konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Kennelly, S., Kennedy, N.P., Rughoobur, G.F., Slattery, C.G., Sugrue, S. (2010).</p> <p>An evaluation of a community dietetics intervention on the management of malnutrition for healthcare professionals.</p> <p><i>Journal of Human Nutrition and Dietetics</i> 23, 567–574</p>	<p>Studien sin hensikt var å undersøke ernæringsmessig kunnskap hos helsepersonell, og samtidig korleis dei handterte rapportering av underernærte pasienter. Samtidig blei det gjennomført eit utdanningsprogram for helsepersonell i forbindelse med ei innføring av ein diet for pasienter med risiko for underernæring.</p>	<p>community nutrition, malnutrition, nutrition education programme, nutrition screening, oral sip feeds.</p>	<p>Kvalitativ studien med totalt 82 sjukepleiarar frå primæromsorg, sjukeheim og helsestasjon, deltok. Utdannelse programmet inkluderte opplæring av "Malnutrition Universal Screening Tool». Ved hjelp av fleirvalgsspørreskjema blei ernæringskunnskapen til deltakarane evaluert både før, rett etter og 6 måneder.</p>	<p>Resultatet av studien viste at det var ei betydelig aukning i ernæringsmessig kunnskap 6 måneder etter utdanningsprogrammet blei gjennomført. Etter studia var det 69% som rapporterte at dei vegde pasientane oftare, og 80% rapporterte at dei hadde gitt kosthaldsråd i forbindelse med førebygging/behandling av underernæring.</p>	<p>Eg vil bruke denne artikkelen i oppgåva mi til å belyse kvifor det er viktig å utvikle ernæringskunnskapen til sjukepleier (og samarbeidande helsepersonell).</p>

Litteratormatrise 7: Registered nurses' thinking strategies on malnutrition and pressure ulcers in nursing homes: a scenario- based think- aloud study

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat og konklusjon	Relevans: Korleis vil eg bruke denne artikkelen I mi oppgåve?
<p>Fossum, M., Alexander, G.L., Göransson, K.E., Ehnfors, M., Ehrenberg, A. (2011).</p> <p>Registered nurses' thinking strategies on malnutrition and pressure ulcers in nursing homes: a scenario-based think-aloud study.</p> <p><i>Journal of Clinical Nursing, 20, 2425–2435</i></p>	<p>Studien sitt mål var å undersøke sjukepleiarar sine tankestrategiar og kva kliniske analyseprosessar som blei brukt når dei planlagde å gi omsorg til pasientar i kategorien underernæring og trykksår.</p>	<p>Clinical reasoning, content analysis, pressure ulcers, registered nurses, thinkaloud method, thinking strategies</p>	<p>I denne studien blei det brukt kvalitativ metode. Data blei samla inn I løpet av 6 måneder, og blei analysert med kvalitativ deduktiv innhaldsanalyse. 30 sjukepleiarar frå ni ulike sjukeheimar var informantar.</p>	<p>Resultatet av studien gir ei innsikt i sjukepleiaren sin tankestrategi i forbindelse med underernæring. Studien konkluderte med ei manglende systemisk risikovurdering av pasientene. «Å gjere val» og «å danne relasjonar» var to av dei mest brukte tankestrategiane.</p>	<p>Eg vil bruke denne artikkelen til å begrunne kva tankestrategiar sjukepleiaren har i møte med pasienter og underernæring, og korleis dette påverkar vala som sjukepleiaren tek når den gir helsehjelp til pasienten</p>

Litteraturmatrise 8: The Routines, Knowledge and Attitudes towards Nutrition and Documentation of Nursing Staff in Primary Healthcare: A Cross-Sectional Study

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/ Konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Håkonsen, S.J., Bjerrum, M., Bygholm., Kjelgaard, H.H., Pedersen, P.U. (2018).</p> <p>The Routines, Knowledge and Attitudes towards Nutrition and Documentation of Nursing Staff in Primary Healthcare: A Cross-Sectional Study.</p> <p><i>Journal of community & Public health nursing, 4, 38-49.</i></p>	<p>Studien sin hensikt var å undersøke helsepersonellet sin kunnskap med forebygging av ernæring og rutiner. Studien skulle og sjå på haldninga som sjukepleiar har til arbeidet med ernæring og dokumentasjon av dei tiltaka som blir gjort.</p>	<p>Cross-sectional Study, Primary Health Care, Community, Healthcare Professionals, Healthcare Personnel, Routines, Attitudes, Documentation, Nutrition</p>	<p>Kvantitativ metode som inkluderte eit beskrivande tverrsnittdesign. Eit spørjeskjema med 40 spørsmål innanfor fire ulike kategoriar. 449 informantar deltok i studia, og dette inkluderte både sjukepleiarar, helsefagarbeidarar og assistentar.</p>	<p>Resultat av studien viste at både nivået på ernæringsmessig kunnskap, dokumentasjonspraksis og ernæringsrutiner var under det som var forventa. Det var store variasjonar både på kunnskap og rutiner blant respondentane. Samtidig kunne ein sjå at sjukepleiarane hadde ei positiv haldning til arbeidet med dokumentasjon og ernæring.</p>	<p>Eg vil bruke denne artikkelen til å belyse kunnskapsnivået til sjukepleiarane i arbeidet med å forebygge underernæring. Dette innebærer både rutiner og dokumentasjonspraksis.</p>

