

Annemarie Kalvatn
Amanda Olise Tollefsen Kvalvik

Hvordan kan sykepleier bidra til forebygging av underernæring hos eldre på sykehjem?

Bacheloroppgave i sykepleie
Veileder: Gunn Jolanthe Bringsli
Mai 2022

Annemarie Kalvatn
Amanda Olise Tollefsen Kvalvik

Hvordan kan sykepleier bidra til forebygging av underernæring hos eldre på sykehjem?

Bacheloroppgave i sykepleie
Veileder: Gunn Jolanthe Bringsli
Mai 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Ålesund

Sammendrag

Hensikt: I denne bacheloroppgaven ønsker vi å se på hvordan sykepleiere kan arbeide med forebygging av underernæring hos eldre på sykehjem. Det viser seg at mange eldre ikke blir vurdert for ernæringsmessig risiko, noe som fører til utilstrekkelig oppfølging og behandling. Det kan oppstå alvorlige komplikasjoner ved underernæring, derfor er dette et viktig tema.

Metode: En systematisk litteraturstudie som inkluderer åtte forskningsartikler funnet via tre ulike databaser innen helsefag og medisin. Vi har drøftet problemstillingen ved hjelp av forskning og selvvalgt teori.

Resultat: Hovedfunnene tilsier at sykepleierne kjenner på et stort ansvar overfor pasientens ernæringsstatus. Det kommer frem hva de gjør for å forebygge underernæring i form av tiltak, hvordan kunnskap og kompetanse påvirker ernæringsarbeidet og hvilke utfordringer sykepleierne står overfor i det forebyggende arbeidet.

Konklusjon: Forebygging av underernæring hos eldre krever tilstrekkelig kunnskap og kompetanse av sykepleieren. Screeningsverktøy bidrar til kartlegging av årsaksforholdene. Det viser seg at det er behov for oppfriskning og opplæring av dokumentasjonen for ernæringsarbeidet, samt hvordan sykepleierne skal utføre tilstrekkelig ernæringsarbeid. Det er også viktig med et godt tverrfaglig samarbeid for at forebyggingen av underernæring blir av god kvalitet. Godt måltidsmiljø tilrettelagt av sykepleierne stimulerer psykososiale faktorer som bidrar til økt appetitt.

Abstract

Aim: In this bachelor thesis, we want to look at how nurses can help to prevent undernutrition among the elderly in nursing homes. It shows that many elderly aren't considered for nutritional risk, which leads to inadequate follow-up and treatment. There can be serious complications of undernutrition, therefore this is an important topic.

Method: A systematic literature study which includes eight research articles found through three different databases within health sciences and medicine. The issue is discussed with research and self-chosen theory.

Results: The main findings suggest that nurses feel a major responsibility towards the patient's nutritional status. It is evident what they do to prevent undernutrition in the form of measures, how knowledge and competence affect the work against undernutrition and what challenges the nurses have to face.

Conclusion: Prevention of undernutrition requires sufficient knowledge and expertise. Screening tools contribute to mapping of the causal conditions. There's a need for refreshing and training courses of the documentation for the nutritional work, and how the nurses should carry out adequate nutritional work. It is also important to have good interdisciplinary cooperation to ensure that the prevention of undernutrition is of good quality. A good meal environment facilitated by the nurses stimulates psychosocial factors that help increase appetite.

Innhold

Sammendrag	v
Abstract	vi
Innhold	ix
1 Innledning	11
1.1 Bakgrunn for valg av tema	11
1.2 Oppgavens hensikt og problemstilling	11
1.3 Begrepsavklaring.....	11
1.4 Avgrensinger	12
1.5 Oppgavens oppbygging	12
2 Teorigrunnlag	13
2.1 Underernæring.....	13
2.2 Sykepleierens ansvar i ernæringsarbeidet.....	13
2.3 Kartleggingsverktøy.....	14
2.4 Sykepleieprosessen	14
3 Metode	16
3.1 Datainnsamling	16
3.1.1 Søkestrategi	16
3.1.2 Søkeprosess	16
3.1.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	17
3.1.4 Kvalitetsvurdering	17
3.1.5 Etisk vurdering	18
3.2 Analyse.....	18
4 Resultat.....	19
4.1 Kartlegging og vurdering av ernæringsstatus	19
4.1.1 Innhenting av informasjon	19
4.1.2 Rutiner og oppfølging	19
4.1.3 MNA-SF – et nyttig verktøy	20
4.2 Forutsetninger for god ernæringspleie.....	20
4.2.1 Kompetanse	20
4.2.2 Tid og ressurs.....	20
4.2.3 Tilrettelegging	21
4.3 Samhandling og holdninger	21
4.3.1 Tverrfaglig samhandling og pårørendekontakt.....	21
4.3.2 Holdninger blant helsepersonell.....	22
5 Diskusjon.....	23
5.1 Metodediskusjon	23
5.2 Resultatdiskusjon	23

5.2.1	Kartlegging og vurdering av ernæringsstatus.....	23
5.2.2	Forutsetninger for god ernæringspleie.....	25
5.2.3	Samhandling og holdning	27
6	Konklusjon	28
6.1	Forslag til videre forskning	28
	Referanse	29
	Vedlegg	32
	Vedlegg 1: PIO-skjema.....	32
	Vedlegg 2: Søkehistorikk	33
	Vedlegg 3: Inklusjons - eksklusjonskriterier	34
	Vedlegg 4: Nøkkelfunn	34
	Vedlegg 5: Matriser.....	35

Antall ord: 7886

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Temaet vi har valgt til bacheloroppgaven omhandler underernæring hos eldre. Underernæring kan føre til mange komplikasjoner, og er et kjent problem innenfor eldreomsorgen. Mortensen (2019, s. 19) skriver at faren for å bli underernært er stor dersom vi ikke får nok energi og næringsstoffer fra mat og andre næringskilder, og man kan av den grunn stå i fare for å utvikle mangelsykdommer.

Helsedirektoratet (2021) skriver at 45% av beboere på sykehjem i Norge i alderen 67 år og eldre ble vurdert for ernæringsmessig risiko i 2020. Av disse ble 20-60 % vurdert som underernært eller til å være i ernæringsmessig risiko. Det er også store sprik i de ulike fylkene. I Oslo ble 74,4% av beboerne vurdert til å være i risikogruppen, mens andelen vurderte lå på 34,3% på Vestlandet (Helsedirektoratet, 2021). Videre påpeker pasientsikkerhetsprogrammet at det er et gap mellom anbefalinger fra myndighetene og yrkesutøvelsen i helsetjenesten; pasienter som har blitt vurdert til å være i risiko for underernæring, får ikke tilstrekkelig kartlegging eller videre igangsetting av tiltak (I trygge hender 24/7, u.d.).

Mortensen (2019, s. 19) forteller at risikoen for utvikling av underernæring og forekomsten av det er høyere blant eldre enn i befolkningen ellers. Videre sier forfatteren at eldre er overrepresentert som brukere av helsevesenet, som igjen betyr at de fleste sykepleiere vil møte disse utfordringene i jobben sin (Mortensen, 2019, s. 19). Vi har selv møtt mange underernærte eldre mennesker gjennom arbeid, og har fått kjent på utfordringene knyttet til forebygging av underernæring.

1.2 Oppgavens hensikt og problemstilling

Hensikten med oppgaven er å belyse problemet med underernæring hos eldre, samt hva sykepleier opplever som hinder i utførelsen av ernæringsarbeidet. Kunnskap om underernæring vil kunne resultere i bedre sykepleie og omsorg. På bakgrunn av dette har vi valgt følgende problemstilling:

Hvordan kan sykepleier bidra til forebygging av underernæring hos eldre på sykehjem?

1.3 Begrepsavklaring

Forebygging: handler om å redusere en uønsket utvikling (Aldring og helse, 2022).

Underernæring: en tilstand som skjer over tid der kroppens behov for energi og/eller næringsstoffer ikke tilfredsstilles gjennom inntak av mat og drikke. Dette resulterer i vekttap, muskelsvinn og mangel på flere vitaminer og mineraler (Bjørneboe & Tonstad, 2018). Underernæring går inn i begrepet «feilernæring», som er en samlebetegnelse for tilstander om ubalanse ved inntak og/eller opptak av næringsstoffer (Helsedirektoratet, 2022).

Sykehjem: en helseinstitusjon der pasientene får bo, behandling og pleie som ikke nødvendigvis trenger å skje på sykehus. Menneskene som bor her trenger helsefaglig innsats på et høyere nivå enn hva som er mulig eller forsvarlig i pasientens eget hjem (Braut, 2018). I denne oppgaven blir også heldøgns baserte omsorgstjenester inkludert.

Eldre: er en betegnelse på personer fra 65 til 75 år av norske myndigheter (Grini, 2022). Verdens helseorganisasjon definerer mennesker i aldersgruppen fra 60 år og oppover som eldre (WHO 2012 referert i Bastøe & Frantsen, 2016, s. 354). Vi har valgt å ta utgangspunkt i 65 år og oppover i denne oppgaven.

1.4 Avgrensinger

Problemstillingen tar utgangspunkt i sykepleieperspektivet. Oppgaven vår handler om hvordan sykepleier vil arbeide for å oppnå forebygging av underernæring og hvilke tiltak som fremmer dette arbeidet. Våre litterære søk er dermed avgrenset til eldre mennesker som bor på sykehjem ettersom oppgaven vår handler om denne pasientgruppen. Videre har vi avgrenset oppgaven vår til underernæring, som er et kjent problem blant denne gruppen mennesker.

1.5 Oppgavens oppbygging

I kapittel to blir relevant teori for oppgaven beskrevet. Dette skal belyse oppgavens problemstilling. I kapittel tre beskrives metoden som er anvendt, herunder datainnsamling, søkestrategi, inklusjons- og eksklusjonskriterier, kvalitets- og etisk vurdering, samt analysen. Kapittel fire tar for seg resultatene der vi legger frem sentrale funn fra artiklene. Kapittel fem er en drøfting av relevant teori og de sentrale funnene fra artiklene. Kapittel seks tar for seg oppgavens konklusjon.

2 Teorigrunnlag

I dette kapittelet gjør vi rede for relevant kunnskap som skal belyse vårt tema og gi grunnlag for drøftingen.

2.1 Underernæring

Underernæring reduserer allmenntilstanden, svekker immunforsvaret (Mortensen, 2019, s. 19), reduserer muskelmasse og øker infeksjonsfaren (Brodtkorb, 2014, s. 308). Gjenoppbygging og rehabilitering etter sykdom tar også lenger tid ved underernæring (Mortensen, 2019, s. 19). Brodtkorb (2014, s. 308) skriver at underernæring hos eldre gjerne skyldes en kombinasjon av for lavt kalori- og proteininntak, som resulterer i tap av fett- og muskelvev. Det er mange ulike risikofaktorer som fremmer underernæring, bl.a. redusert smaks- og luktesans, tann- og svelgeproblemer og ensomhet og depresjon. I pasientsikkerhetsprogrammet står det at medvirkende årsaker til at underernæring får utvikle seg også skyldes manglende kunnskap, oppmerksomhet og interesse for ernæringsstatus (I trygge hender 24/7, u.d.). Manglende kartlegging fører ofte til at underernæring får utvikle seg (Brodtkorb, 2014, s. 308). Helsedirektoratet (2022) sier at det er viktig med tidlig kartlegging og igangsetting av tiltak, da det er lettere å forebygge enn å behandle en allerede oppstått underernæring. Mortensen (2019, s. 19) skriver at komplikasjonsrisikoen og dødeligheten øker dersom pasientens ernæringsstatus er dårlig, men forteller også at med god ernæringsstatus har pasientene færre liggedøgn, og sjansen for å overleve alvorlig sykdom og å bli frisk, øker. Brodtkorb (2014, s. 308) påpeker at underernæring er et sammensatt problem og at sykepleietiltakene derfor bør rettes mot årsakene til problemet. Ernæringstrappen fra Helsedirektoratet veileder om hvordan helsepersonell bør prioritere ernæringstiltak. Slik er rekkefølgen; (1) underliggende faktorer, (2) måltidsmiljø, (3) mattilbud, (4) beriking og mellommåltider, (5) næringsdrikker, (6) sondeernæring, (7) intravenøs ernæring. Hensikten er å tilstrebe lavest mulig trappetrinn (Thoresen, Borchsenius og Sjøen, 2019, s. 171).

2.2 Sykepleierens ansvar i ernæringsarbeidet

Sykepleiere har en sentral rolle i ernæringsarbeidet med fokus på kartlegging og forbedring av pasientens ernæringsstatus. Dette arbeidet krever en systematisk og tverrfaglig tilnærming (Brodtkorb, 2014, s. 304). Sykepleiere bør avklare sin rolle i ernæringsarbeidet med den eldre pasienten og de nærmeste pårørende, da det i mange tilfeller kan være nødvendig og hensiktsmessig med et nært samarbeid med de pårørende (Brodtkorb, 2014, s. 306). I Pasient og brukerrettighetsloven (1999, § 4-6) fastslår man at pårørende også har en sentral rolle ved å beskytte pasientens interesser, samt bidra til beslutninger for pasientens beste. Brodtkorb (2014, s. 306) forteller at ved ernæringsproblem skal sykepleieren utarbeide en målrettet plan i samarbeid med pasienten hvor det fremgår hvordan ernæringstilstanden kan bedres. Videre skal sykepleietiltakene til enhver tid dokumenteres og jevnlig evalueres (Brodtkorb, 2014, s. 306). Sykepleieren har høyest kompetanse på sykehjemmet og er ansvarlig for utvikling og vedlikehold av et aktivt fagmiljø (Hauge, 2014, s. 279), samt ta ledelse for det tverrfaglige samarbeidet (Brodtkorb, 2014, s. 304). I tillegg til å lede helsefagarbeidere og assistenter, skal sykepleierne koordinere det daglige arbeidet med matserving og måltider (Brodtkorb, 2014, s. 304).

Brodtkorb (2014, s. 308) forteller at vi oppfatter hva og hvor vi spiser, og hvem vi spiser sammen med, som viktig. En god atmosfære ved måltidet kan bidra til at eldre spiser bedre, samtidig som de får dekket psykososiale behov som tilhørighet og samhold. Et godt miljø er ofte vanskelig for pasienter i institusjoner å skape på egen hånd, og sykepleiepersonalet har derfor et spesielt ansvar for tilrettelegging av et godt måltidsmiljø (Brodtkorb, 2014, s. 308). Måltid anses som et viktig avbrekk som pasientene kan se frem til (Aagaard, 2016, s. 220). Mortensen (2019, s. 20) forteller at inntaking av mat blir påvirket av psykososiale faktorer som opplevelse av at det er hyggelig å spise, at maten er fristende og blir servert, samt en følelse av god tid rundt måltidet. Matvanene våre er påvirket av identitet, trygghet, fellesskap og tilhørighet. Forfatteren forteller også at sykepleieren har ansvaret for at de grunnleggende behovene for ernæring blir ivarettatt. Dette er viktig for å fremme god helse hos pasienten, noe som er et felles mål for både sykepleier og andre helseprofesjoner (Mortensen, 2019, s. 20). Videre anses legen å være en viktig samarbeidspartner når sykdom og medisinsk behandling påvirker pasientens ernæringstilstand. Det er viktig å opprettholde dialog med legen ved ernæringsproblemer eller vektreduksjon. Utredelse av de medisinske årsakene og konsekvensene av ernæringssvikt er legens ansvarsområde (Brodtkorb, 2014, s. 306).

2.3 Kartleggingsverktøy

Brodtkorb (2014, s. 302-303) forteller at sykepleiere ved kartlegging av ernæringsstatus utforsker om pasienten har utviklet eller står i fare for å utvikle ernæringsproblem. Rutinemessig vektkontroll er en enkel metode ved oppfølging av pasientenes ernæringsstatus, og det er anbefalt å veie sykehjemsbeboere månedlig. Thoresen et al. (2019, s. 162) sier at det skal være enkelt og raskt å bruke verktøy for vurdering av underernæring. "Gode rutiner for å registrere vekt og oppdage vektendringer, oppmerksomhet på symptomer som vanskeliggjør matinntak eller fordøyelse av maten, og hvordan matinntaket er, vil bidra til at underernæring oppdages tidlig" (Thoresen et al., 2019, s. 160). Mini Nutritional Assessment (MNA) er et verktøy som er utviklet spesielt for kartlegging av eldre over 65 år (Thorsen et al., 2019, s. 163). Brodtkorb (2014, s. 304) forteller at bruk av MNA bidrar til å identifisere årsaksforholdene ved underernæring. Kartlegging av pasientens mat og drikkeinntak er vanlig ved innleggelse i sykehjem, og det er nødvendig med ny kartlegging ved vektforandringer eller endringer av matinntaket. Brodtkorb (2014, s. 304) skriver også at direkte spørsmål om matvaner, appetitt og næringsinntak er områder sykepleieren kan utforske, og at pårørende kan være behjelpelige med tilleggsopplysninger. Brodtkorb (2014, s. 303) skriver videre at body mass index (BMI) uttrykker forholdet mellom høyde og vekt, og at det er den viktigste metoden for vurdering av pasientens ernæringsstatus, selv om det er et lite nyansert mål. Aagaard (2016, s. 211) forteller at en høy BMI ikke sier noe om forandringene skyldes overskudd av væske, fett eller muskelmasse.

2.4 Sykepleieprosessen

Sykepleieprosessen er sykepleierens problemløsende arbeidsmetode som bidrar til kartlegging av helsetilstanden til pasienten. Sykepleieprosessen identifiserer pasientenes helseproblemer og tar for seg planlegging og løsning (Kirkevold, 2021). Skaug (2016, s. 340) fremstiller den problemløsende metoden i fem faser: (1) datainnsamling, (2) problemidentifisering, (3) målidentifisering, (4) gjennomføring av målrettede handlinger og tiltak og (5) evaluering. Fasene bygger på hverandre og kan forstås som en sirkel; når alle fasene er gjennomført, blir sykepleier ført tilbake til første fase. Forfatteren

fortsetter med at man vil ha mer informasjon basert på forrige runde, og sykepleier får dermed et bedre utgangspunkt til å forstå pasientens situasjon. Ergo går problemløsningen ikke bare i sirkel, men også i en spiral. Man beveger seg også frem og tilbake mellom de ulike fasene gjennom prosessen (Skaug, 2016, s. 340).

Sykepleieprosessen skal bidra til ivaretagelse av pasientens grunnleggende behov, og utføres i samarbeid med pasienten (Skaug, 2016, s. 342).

Sykepleier er opptatt av hvordan pasientens liv er påvirket av helseproblemer og hvordan de kan hjelpe pasienten med de konsekvensene som medfølger. Det er også fokus på hvordan pasienten samhandler i sitt eget miljø og hvordan konsekvensene påvirker det sosiale livet til pasienten. Sykepleieprosessen handler om å forene mellommenneskelig prosess og en problemløsende metode (Heggdal, 2006, s. 65).

Sykepleieteoretikeren Ida Orlando vektla relasjonen mellom pasient og sykepleier som en viktig forutsetning for gjennomførelsen av sykepleieprosessen. Det at pasient og sykepleier har samme opplevelse av både situasjonen og behov, er viktig i denne prosessen (Kirkevold, 2021). Orlando beskrev hvordan dimensjonene i prosessen får frem sykepleierens rolle i møte med pasienten og sykepleierens ansvar for å identifisere behov for hjelp. Orlando påpeker at sykepleiere bør bruke sin egen oppfatning, persepsjon, tanker og følelser i møte med pasienten for å utforske hans oppførsel (Nursing theory, u.d.).

3 Metode

I dette kapittelet tar vi for oss hva en systematisk litteraturstudie er, hvordan vi har kommet frem til våre forskningsartikler og hvordan vi har jobbet med dem.

3.1 Datainnsamling

En systematisk litteraturstudie går ut fra et tydelig formulert spørsmål. Denne besvares systematisk gjennom å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning (Forsberg & Wengström, 2015, s. 27). En god systematisk litteraturstudie kjennetegnes av tilstrekkelig antall studier av god kvalitet som gir grunnlag for vurdering og konklusjon (Forsberg & Wengström, 2015, s. 26).

3.1.1 Søkestrategi

Grunnlaget for bacheloroppgaven er inspirert av prosjektplanen som vi utarbeidet høsten 2021. For å besvare problemstillingen vår, ble åtte relevante forskningsartikler valgt. Vi brukte STEG for å finne ulike databaser. Vi undersøkte CINAHL, SveMed+, Pubmed, Medline og Scopus, men endte til slutt opp med de tre første da Medline og Scopus ikke ga oss noen relevante treff.

Forsberg og Wengström (2015, s. 65) skriver at PubMed er en bred database som fokuserer på medisin, sykepleie og odontologi, mens CINAHL, i tillegg til sykepleie, også inkluderer fysioterapi og ergoterapi. Videre skriver forfatterne at SveMed+ er en bred database som fokuserer på helsefaglig forskning. Selv om vi fokuserte mest på kvalitative artikler som gir mye subjektiv data, utelot vi likevel ikke kvantitative artikler.

Å løse en problemstilling på en vitenskapelig måte krever refleksjon og fordypning i litteraturen om det valgte problemområdet. Det er fordelaktig å formulere mindre problemområder, og en metode som avgrenser områdene er PIO- modellen (vedlegg 1). PIO egner seg best for kvalitative problemstillinger (Forsberg & Wengström, 2015, ss. 60-61). PIO modellen bidrar til å strukturere valg av søkeordene etter hvem vi skulle skrive om (P), hva årsaken var (I) og hva resultatet skulle være (O) (Forsberg & Wengström, 2015, ss. 60-61). Søkeordene var inspirert av problemstillingen og ble plassert i PIO-skjema. (Forsberg & Wengström, 2015, ss. 60-61)

3.1.2 Søkeprosess

Problemstillingen vår var utgangspunktet for søkeordene som ble anvendt. Vi kombinerte flere av søkeordene våre som står i PIO-skjema med boolsk operatør AND og OR. De første søkene ga oss lite treff, og vi tillot oss å bruke relevante synonymord for å gjøre søket noe bredere. Eksempler på dette er «older adults» OR «old people» OR «elderly» OR «older». Dette var felles for alle databasene våre, og ulike kombinasjoner ga ulike treff. Inklusjons- og eksklusjonskriterier ble brukt for å spisse søket. Ved bruk av søkeordet «undernutrition» fikk vi også treff på artikler om «malnutrition», altså feilernæring. Underernæring inngår i feilernæring som nevnt i definisjonen om underernæring i kapittel 1.3.

Databasen CINAHL ga oss flere treff enn i SveMed+ og PubMed. Vi jobbet oss systematisk gjennom alle overskriftene til artiklene vi fikk treff på. Mange av artiklene ble tatt med videre i vurderingen basert på overskriftene. Artikler vi ekskluderte handlet

gjør om tilleggssykdommer og underernæring eller var av annen type artikkel/studie enn det vi så etter. Videre ble abstraktene til de inkluderte overskriftene lest. Abstraktene som vekket interesse, tok vi med videre til vurdering og ble lest i sin fulle helhet. Åtte artikler ble inkludert (vedlegg 2).

Seks av artiklene er sykepleierrettet, to er pasientrettet der en av dem også er sykepleierrettet. Vi har valgt å inkludere pasientrettede artikler for å bedre forståelse av deres meninger. Dette mener vi kan styrke oppgaven vår med tanke på helhetlig ernæringspleie. Vi har også valgt å ta med to studier som omhandler sykehus, da sykehus inngår i heldøgns basert omsorgstjenester. Innholdet av ernæringspleien foregår på samme måte.

3.1.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

For at søket etter forskningsartikler skulle bli mest mulig spisset til problemstillingen, hadde vi flere inklusjons- og eksklusjonskriterier (vedlegg 3) i søkene. Vi satt tidsavgrænsningen 2008-2022 da vi anser underernæring som like omfattende i dag som for 14 år siden. Vi startet med et smalt søk for å sikre nyere studier og utvidet etter hvert avgrænsningen da vi ikke fikk nok relevante studier. Vi la inn engelsk som avgrænsning for å få artikler skrevet på engelsk. Etter hvert inkluderte vi også språkene norsk og tysk, da dette kunne utvide søket. Vi fant dog ingen aktuelle artikler på tysk. Vi så også etter artikler fra Europa, USA og Australia, da disse områdene kan sammenlignes noe med det norske helsevesenet. Vi ekskluderte artikler fra Asia, Sør-Amerika og Russland. I PubMed brukte vi funksjonen «alder 65+» for å få treff på artikler som omhandler denne aldersgruppen. Vi forsikret oss også om at artiklene fra de andre databasene omhandler mennesker over 65 år. I flere av søkene våre brukte vi også en funksjon som låste søkeordene våre til tittelen, noe som hjalp oss med å finne aktuelle artikler. Vi brukte funksjonen "peer reviewed" for å få fagfellevurderte forskningsartikler i alle anvendte databaser.

3.1.4 Kvalitetsvurdering

På helsebiblioteket sine nettsider ligger det ute sjekklister som skal stimulere til kritisk vurdering og tenkning av vitenskapelig litteratur (Helsebiblioteket, 2016). Under søkeprosessen vurderte vi forskningsartiklene våre fortløpende opp mot den kvalitative sjekklisten fra den nevnte nettsiden. Sjekklisten har vært et nyttig redskap i søkeprosessen, da den kritisk stiller spørsmål om både formål og problemstilling. Forsberg og Wengström (2015, s. 104) forteller at bedømmingen av artikkelens kvalitet bør omfatte hensikt, problem, design, utvalg, analyse og tolkninger. I tillegg kan studiens publikasjonsår gi viktig informasjon med tanke på at klinisk forskning kan anses som ferskvare (Forsberg & Wengström, 2015, s. 104). Vi leste artiklene med et kritisk blikk der fokuset lå på artikkelens spørsmål og resultat. Vi forsikret oss om at artiklene fulgte IMRAD-strukturen. Dalland (2017, s. 163) forteller at IMRAD er en oppbyggingsstruktur som ofte brukes i forskningsartikler.

Via Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse (u.d.) kvalitetssjekket vi også tidsskriftene hvor artiklene er publisert. Her får vi vite om artiklene er fagfellevurdert og godkjent til bruk i vår oppgave. Av de åtte artiklene vi har funnet, fikk syv av dem nivå en, mens den siste fikk nivå to. Alle artiklene er dermed godkjent.

3.1.5 Etisk vurdering

Et krav til alle vitenskapelige studier er at det gjøres etiske overveiinger (Forsberg & Wengström, 2015, s. 132). Forsberg & Wengström (2015, s. 59) skriver at det er viktig at studier har blitt vurdert av en etisk komité, eller at det har blitt gjennomført nøye etiske vurderinger under utvalget. Vi sjekket artiklene og forsikret oss om at det er blitt gjennomført etiske vurderinger av dem; blant annet om deltakerne ble informert om studien på forhånd og at de samtykket til deltakelsen.

3.2 Analyse

Et vitenskapelig analyseringsarbeid innebærer å dele opp det undersøkte fenomenet i mindre deler, for deretter å sette sammen delene til en ny helhet (Forsberg & Wengström, 2015, s. 152). Vi støttet oss til Evans innholdsanalyse for analyseringen av forskningsartiklene. Evans innholdsanalyse er delt opp i fire trinn (Evans, 2002, s. 25). De ulike trinnene og våre handlinger rundt er beskrevet under.

Trinn én handler om innhenting av forskningsartikler som er relevant for problemstillingen ved hjelp av systematiske litteratursøk (Evans, 2002, s. 25). Gjennom denne prosessen identifiserte vi åtte aktuelle forskningsartikler som videre ble sjekket opp mot ulike vurderingskriterier som presentert tidligere i metodedelen.

Trinn to setter søkelys på å identifisere nøkkelfunnene ved å lese forskningsartiklene flere ganger på langs. Dette for å oppnå en oppfattelse av studiene som en helhet (Evans, 2002, s. 25). Vi leste artiklene flere ganger hver for oss og noterte ned nøkkelfunn, som vi deretter viste frem for hverandre. Vi ble så enige om hvilke nøkkelfunn vi ville fokusere videre på.

Trinn tre dreier seg om å kategorisere nøkkelfunnene i tema og undertema. Her blir artiklene sammenlignet på tvers, og fellestrekk/ulikheter blir avdekket (Evans, 2002, s. 25). Vi satt fargekoder på de ulike kategoriene og delte funnene våre inn i undertema. Vi markerte tekstene med tilsvarende farger for å systematisere kategoriene.

I trinn fire blir felles funn samlet i en sammenhengende tekst og fenomenet beskrevet ved hjelp av referering til artiklene for å støtte en nøyaktighet av beskrivelsen (Evans, 2002, s. 25). Vår problemstilling/fenomen blir ved hjelp av studiene belyst og presentert i resultatdelen. Våre hovedtema blir brukt som delkapitler som er listet opp i en tabell (vedlegg 4), med tilhørende forskningsartikkel.

4 Resultat

I dette kapitlet presenteres funnene fra forskningsartiklene som vi har kategorisert i tre hovedtema: *Kartlegging og vurdering av ernæringsstatus; kompetanse, ressurser og tilrettelegging og samhandling og holdninger.*

4.1 Kartlegging og vurdering av ernæringsstatus

Betydningen av kartlegging og vurderinger fremgår i artiklene til Juul og Frich (2013), Leirvik, Høye og Kvigne (2016), Sjögren Forss, Nilsson og Borglin (2018), Håkonsen, Pedersen, Bygholm, Thisted og Bjerrum (2019), Söderhamn og Söderhamn (2009), Kuven og Giske (2017) og Gjerlaug, Harviken, Uppsata og Bye (2016).

4.1.1 Innhenting av informasjon

Sykepleierne påpeker at faste rutiner for innhenting av informasjon med konkrete ernærings spørsmål vil gjøre den individuelle vurderingen lettere. Temaer som blir tatt opp i dialogen kan være vekttap, muligheter for sosiale kontakter, mulighet for matlaging, appetitt og spiseproblemer (Söderhamn et al., 2009, Kuven et al. 2017). Videre forteller sykepleierne at interesse og tid til dialog, samt evnen til å lytte til pasientens historie, er essensielt for at ernæringsarbeidet, sykepleiervurderingene og oppfølging av intervensjoner blir av høy kvalitet (Söderhamn et al., 2009). I tillegg påpeker sykepleierne også at dersom legen setter seg inn i pasientens ønsker og behov, får han et bedre innblikk i pasientens livssituasjon (Kuven et al. 2017). Sykepleierne uttrykker videre at pårørende er en viktig part ved innhenting av informasjon om ernæringstilstanden til pasienten, spesielt når pasienten selv oppga feil informasjon (Söderhamn et al., 2009).

“We understood, after having talked a lot with the next of kin, that it was not easy to get the patient to tell so much, because she thought that she ate enough. But it appeared that she drank [just] a little every day and she had eaten one day in the week when someone came with food to her” (Söderhamn et al., 2009 s. 434).

4.1.2 Rutiner og oppfølging

Sykepleierne i flere av studiene påpeker at gode rutiner og observasjoner bidrar til tilstrekkelige ernæringsvurderinger fordi man da vil oppnå kontinuitet i arbeidet (Söderhamn et al., 2009; Leirvik et al., 2016; Juul et al., 2013). Sykepleierne forteller om at mangelfull individuell oppfølging kunne rettes opp med tiltak som å registrere pasientens høyde, vekt og vektutvikling (Leirvik et al., 2016), og at forutsetningene for screeningarbeidet er at utstyret måtte være tilgjengelig (Juul et al., 2013). Sykepleierne opplevde at pasientene uttrykte angst og engstelse ved endret kroppsbilde. En pasient forteller om stor påkjenning med ernæringspleien siden han har vært slank hele sitt liv med lav BMI, og at han må legge på seg mer: “I am eating and gaining weight. Now I am scared to gain far too much weight” (Forss et al., 2018, s. 8).

Selv om BMI kan være en kilde til informasjon om pasientens ernæringsstatus, påpeker sykepleierne at man ikke kan tolke BMI litterær ettersom overvektige pasienter kan ha

behov for ernæringsintervensjoner (Söderhamn et.al., 2009). Ved hjelp av observasjoner og kostregistrering kunne de finne ut hvordan pasienten faktisk spiser. Rutine for kartlegging ved innleggelse synliggjorde pasientens spiseevne, og bidro videre til ernæringsmessige sykepleiervurderinger (Söderhamn et al., 2009). Sykepleierne uttrykker også hvor viktig det er å avdekke årsaken til eventuelle spiseproblemer, noe som kunne være relatert til dårlig munnhelse eller svelgeproblemer (Leirvik et al., 2016; Söderhamn et al., 2009).

4.1.3 MNA-SF – et nyttig verktøy

Sykepleierne mente at screeningverktøy ble hyppigere brukt i sykehjem og sykehus enn i hjemmesykepleien (Håkon et al., 2019), mens andre sykepleiere fortalte at ingen av dem brukte screeningverktøy (Söderhamn et.al., 2009). Avdelingssykepleierne forteller om manglende engasjement fra ledelsen om å innføre screeningsverktøy, og påpeker at dette er en svært hemmende faktor (Juul et al., 2013). MNA-SF viser seg å være et nyttig verktøy for kartlegging av ernæringsstatus, og egner seg spesielt til å avdekke ernæringsmessig risiko hos eldre i langtidsinstitusjoner (Gjerlaug et.al., 2016).

4.2 Forutsetninger for god ernæringspleie

Funn om kompetanse, ressurser og tilrettelegging kommer frem i de ulike forskningsartiklene våre (Juul et al., 2013; Leirvik et al., 2016; Forss et al., 2018; Kuven et al., 2017; Watkins et al., 2017; Håkonsen et al., 2019; Söderhamn et al., 2009).

4.2.1 Kompetanse

Sykepleierne forteller at de har grunnleggende kunnskap om ernæringsarbeidet, men det var behov for undervisning og oppfriskning (Juul et al., 2013; Kuven et al., 2017). De anser ernæringsarbeidet på sykehjemmet som krevende grunnet begrenset ernæringskunnskap og dokumentasjon, og at kompetanse og erfaring påvirker engasjementet for ernæringspleien (Kuve et al., 2017; Forss et al., 2018). Sykepleierne sier også at usikkerhet påvirket eventuelle interaksjoner som kunne føre til raske løsninger og utilfredsstillende ernæringsarbeid (Forss, et al., 2018). En sykepleier uttrykker følgende: "When we have given complete nutritional supplement drinks, we believe we have done it all. One can tick it off and record it... then one has done something. Is that not strange?" (Forss et al., 2018, s. 7). En annen sykepleier gjengir ernæringsfysiologen som sier at næringsdrikke er den siste utveien, og at man heller bør tilpasse måltidsmiljøet i første omgang (Forss et al., 2018). I studien til Leirvik et al. (2016) kan man imidlertid se at kunnskapsbasert praksis og konkrete resultater bevisstgjorde sykepleiepersonalet, noe som igjen resulterte i bedre sykepleie for pasientene. Sykepleierne forteller om en stadig nedprioritering av ernæringspleien i arbeidsdagen, men at de ønsket å lære mer (Leirvik et al., 2016).

4.2.2 Tid og ressurs

Sykepleierne uttrykker at samtale med pårørende er en viktig del av ernæringsarbeidet, og at pårørende dermed er en god ressurs (Söderhamn et.al., 2009; Kuven et.al., 2017). Sykepleiere angir at mangel på tid og ressurs var avgjørende i ernæringsarbeidet (Håkonsen et.al., 2019; Forss et.al., 2018). Nedprioritering av ernæringspleien grunnet manglende tid resulterte i et variert og inkonsekvent arbeid (Håkonsen et al., 2019;

Forss et al., 2018). Pasientene mente dessuten at forsinkelsene relatert til måltidene og mangel på individuell omsorg skyldes ressursmangel blant sykepleierne (Watkins et al., 2017). Sykepleierne sier til at dette var blant grunnene til at den eldre ikke ble inkludert i egen ernæringspleie (Forss et al., 2017). "...well, we are not supposed to say it. But lack of time is an important factor that prevents us from doing our job..." (Håkonsen et al., 2019, s. 10).

4.2.3 Tilrettelegging

I tre av artiklene våre kommer det frem at tilrettelegging av måltider hadde stor betydning for beboerne da de fikk oppleve en viss grad for involvering (Forss et.al., 2018; Leirvik et.al., 2016; Watkins et al.,2017).

Sykepleierne legger til rette for at pasientene skal oppleve ro og trivsel rundt måltidet ved å forme omgivelsene ved bordet, hvilken mat de skal spise, tidspunkt og sitteplasser (Forss et al., 2018; Leirvik et al., 2016). Videre forteller sykepleierne at faste sitteplasser med bordkort var blant intervensjonene, og at det i noen tilfeller kunne være nødvendig med skjerming for å skape ro rundt bordet (Leirvik et al., 2016). "Personalet er blitt flinkere til å skape og holde ro rundt måltidene... Det handler om å bli oppmerksom på ting... ikke sette på oppvaskmaskinen, ikke rydde bort for tidlig osv" (Leirvik et al., 2016, s. 185).

I helgene ble det brukt hvite duker og stettglass for å gjøre forskjell fra ukedagene, og sykepleierne kunne fortelle at pasientene deltok mer aktivt under måltidene ved å forsyne seg selv (Leirvik et al., 2016; Watkins et al., 2017). Sykepleierne la også til rette for samtale under måltidene, og pasientene kunne fortelle at sosiale interaksjoner bidro til stimulering av appetitten (Watkins et al., 2017).

4.3 Samhandling og holdninger

Funn om samhandling og holdninger kommer frem i artikkelen til Juul et.al (2013), Kuven et.al. (2017), Håkonsen et.al. (2019).

4.3.1 Tverrfaglig samhandling og pårørendekontakt

Sykepleiere anser legen som en viktig støttespiller og diskusjonspartner i ernæringsarbeidet (Kuven et.al., 2017), og mener at samarbeidet kunne bli bedre dersom dokumentasjonen var tilstrekkelig (Juul et al., 2013). Likevel uttrykker avdelingssykepleier at det følte meningsløst å dokumentere ernæringspleien da legen ikke virket interessert eller utførte behandlingsmessige konsekvenser (Juul et al., 2013). Sykepleierne opplever også bedre kvalitet på oppfølgingen til pasientene dersom de kunne forholde seg til kun en fast lege, noe som bidro til færre sykehusinnleggelses dersom pasienten ble dårlig eller sluttet å spise (Kuven et al., 2017). Videre mente sykepleierne at dialog og godt samarbeid med både pårørende og sykehjemslegen er en viktig del av ernæringspleien. De mener også at det er viktig at pårørende ser at legen og sykepleiere har en felles tilnærming rundt pasientens ernæringsproblem, da de ofte opplever at legens ord blir oppfattet som viktigere enn sykepleierens ord (Kuven et.al., 2017).

4.3.2 Holdninger blant helsepersonell

Sykepleiernes og legenes personlige motivasjon, engasjement og holdning til screening og ernæringspleie påvirker kvaliteten på ernæringsarbeidet (Juul et.al., 2013; Håkonsen et.al., 2019, Kuven et al., 2017). Ifølge avdelingssykepleiere er interesse for ernæring og personlig motivasjon avgjørende for prioritering av arbeidet (Juul et al.,2013), og sykepleierne opplevde enkelte ganger at legen var mer interessert i medisinalisten enn hvordan ernæringstilstanden og den helhetlige situasjonen til pasienten var (Kuveu et al., 2017). Videre kommer det frem at enkelte sykepleiere mente de brukte for mye tid på ernæringspleie og dokumentasjon, mens andre ønsket at det var mer tid til dette (Håkonsen et al., 2019). En avdelingssykepleier sier følgende: "Det er veldig personavhengig, noen opplever det som veldig interessant og synes det er viktig, mens andre ... det blir kanskje en av de tingene de prioriterer ned" (Juul et al., 2013, s. 84).

5 Diskusjon

Dette kapittelet tar for seg metodediskusjonen og resultatdiskusjonen. Metodediskusjon retter seg mot styrker og svakheter ved analysen, datainnsamling og søkestrategi. Resultatdiskusjonen tar for seg sentrale funn og teori som blir knytt opp mot oppgavens problemstilling og hensikt.

5.1 Metodediskusjon

Vi har basert oss på Forsberg og Wengström (2015) og Evans (2002) sin innholdsanalyse gjennom arbeidet med denne systematiske litteraturstudien. Det finnes mye forskning om temaet vårt i de ulike databasene, og vi er bevisst på at vi tar for oss et begrenset innhold ettersom vår oppgave kun gjengir åtte forskningsartikler.

To av våre artikler får frem pasientens side og gir oss et lite innblikk i hva pasientene tenker. Vi anser dette som en styrkende faktor da det er viktig at sykepleiere også har forståelse for hva pasientene tenker. Det er viktig å nevne at en av disse artiklene også er sykepleierrettet. En svakhet i oppgaven vår er at andre land bruker begrepet "nursing homes" på ulike typer institusjoner og derfor kan begrepet ha flere betydninger enn "sykehjem". Av den grunn er det vanskelig å vite hvilke av studiene som kun handler om sykehjem slik vi kjenner til. Vi har likevel tillatt oss å ta med artikler som kan inkludere døgnbaserte omsorgstjenester, inkludert sykehus.

En annen svakhet er at vi har gått utenfor tidsbegrensningen på 10 år, noe som kunne gitt oss utdatert informasjon. Vi har likevel valgt å gjøre dette fordi sykepleierens perspektiv på problemet «underernæring» er likt i dag som det var den gangen.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Kartlegging og vurdering av ernæringsstatus

Samspeilet mellom sykepleier og pasient er essensielt i ernæringsarbeidet, noe vi kan se igjen i sykepleieprosessen. Her knyttes mellommenneskelige prosesser og problemløsende metode sammen (Heggdal, 2006, s. 65). Ifølge Skaug (2016, s. 342) bidrar sykepleieprosessen med ivaretagelse av de grunnleggende behovene, og dette skjer i samarbeid mellom pasient og sykepleier. Datainnsamling er første delen i sykepleieprosessen der kartlegging skal identifisere pasientens helseproblemer (Kirkevold, 2021). I to av studiene blir nettopp datainnsamling reflektert av sykepleierne. De vektlegger viktigheten av rutiner for dialog ved innhenting av informasjon for å gjøre sykepleiervurderingene lettere. Under samtalen med pasienten skulle temaene omhandle ernæringsutforskende spørsmål (Söderhamn et al., 2009, Kuven et al. 2017). Ifølge Eide og Eide (2017, s. 202) kan sykepleierne bruke åpne spørsmål under dialogen som inviterer pasienten til å utforske egne tanker, følelser og opplevelser. Videre er matvaner, appetitt og næringsinntak eksempler på temaer som kan utforskes sammen med pasienten (Brodtkorb, 2014, s. 304). Det er nettopp i dialog med pasienten at sykepleieren får førstehåndsupplysninger (Skaug, 2016, s. 351). Ut ifra dette har sykepleier gode muligheter til å ivareta pasientens brukermedvirkning ved å anerkjenne og å gi rom for det pasienten vil gi uttrykk for. Samtidig kan dette bidra til høyere kvalitet på pasientens oppfølging. For å oppnå høy kvalitet på sykepleiervurderingene og oppfølgingen, forteller sykepleierne i den sammenheng at det er viktig å vise interesse og

sette av tid til dialog med pasienten, der vedkommende kan fortelle sin historie (Söderhamn et al., 2009). På den måten er sykepleieren interessert i hvordan helseproblemene påvirker pasientens liv (Heggdal, 2006, s. 65). I likhet med studien til Söderhamn et al. (2009) ser man for øvrig i en annen studie at sykepleierne forteller om pasienter som hadde vært slanke hele livet, reagerte med angst ved endret kroppsbilde. Pasientene fortalte om store påkjenninger ved vektoppgang, og var redd for å legge på seg for mye (Forss et al. 2018). Det kan tenkes at pasientens integritet blir krenket, og sykepleier må derfor her ta hensyn til pasientens ønsker og behov for å ivareta brukermedvirkningen. Videre viser det seg også at sykepleierne syns at legen bør ta mer initiativ til å sette seg inn i pasientens livssituasjon gjennom dialog (Kuven et al., 2017). Dersom både sykepleier og lege er engasjert, kan det tenkes at det forebyggende ernæringsarbeidet blir styrket ved at legen og sykepleieren utfyller hverandres kompetanse. Legen er dessuten viktig i ernæringsarbeidet da det kan være behov for utredelse av medisinske årsaker som kan påvirke pasientens ernæringsstatus (Brodtkorb, 2014, s. 306). Pårørende kan også være behjelpelige med tilleggsopplysninger (Brodtkorb, 2014, s. 304), særlig hvis pasienten oppgir feil informasjon (Söderhamn et al., 2009). Skaug (2016, s. 349) bekrefter dette med at opplysninger fra pårørende kan supplere det pasienten har sagt, men at sykepleier likevel må være bevisst på at det fremstiller pårørendes oppfatning. Samarbeidet mellom pårørende og sykepleier er for øvrig nært, og det er derfor lurt at sykepleier avklarer sin rolle i ernæringsarbeidet (Brodtkorb, 2014, s. 306). I likhet med dette forteller Orlando at sykepleier må få frem sin rolle og sitt ansvar overfor pasienten for å identifisere behovet for hjelp (Nursing theory, u.d.). Med andre ord handler neste fase i sykepleieprosessen om problemidentifisering (Skaug, 2014, s. 340).

For at sykepleier skal kunne bidra til forebygging av underernæring, må årsaksforholdene identifiseres. På samme måte kommer det frem i to av studiene at sykepleierne uttrykker viktigheten for å avdekke årsakene til eventuelle spiseproblemer og nevner både dårlig munnhelse og svelgeproblemer som eksempler (Leirvik et al., 2016; Söderhamn et al., 2009). Videre kommer det også frem at observasjoner og kostregistrering kan bidra til å identifisere hvor pasientens problem ligger og hvordan pasienten faktisk spiser. Kartlegging av pasientens spiseevne ved innleggelse er også av betydning for å oppnå tilstrekkelige sykepleiervurderinger (Söderhamn et al., 2009). I den sammenheng ser vi at Brodtkorb (2014, s. 303) forteller at sykepleiere, under kartleggingen, utforsker om pasienten har utviklet ernæringsproblemer. Forfatteren påpeker videre at underernæring dessuten er et sammensatt problem, og sykepleierne bør rette tiltakene mot årsakene til problemet (Brodtkorb, 2014, s. 308). Basert på denne informasjonen må sykepleier være oppmerksom på at det ofte kan være flere årsaker til underernæring hos eldre. Dette krever at sykepleierne har nødvendig kompetanse slik at alle årsaksforholdene blir avdekket. Ved manglende kunnskap kan pasientene oppleve fraværende oppfølging (Leirvik et al., 2016). Sykepleierne mente likevel at den individuelle oppfølgingen kunne bli bedre dersom de igangsatte tiltak som måling av høyde, vekt og vektutvikling. Brodtkorb (2014, s. 302) foreslår rutinemessige vektkontroller som en enkel måte å følge opp pasienten på, og sykehjemsbeboere bør måles månedlig. Videre sier forfatteren at BMI fremstiller forholdet mellom høyde og vekt, og at verdiene av denne er av stor betydning for vurdering av ernæringsstatusen (Brodtkorb, 2014, s. 303). I studien til Söderhamn et al. (2009) anser også sykepleierne BMI som en viktig informasjonskilde, men påpeker likevel at man ikke kan tolke BMI litterært ettersom overvektige pasienter kan ha behov for ernæringsintervensjoner. Brodtkorb (2014, s. 303) bekrefter dette med at BMI-verdien er et lite nyansert mål. BMI forteller altså ikke noe om hva forandringene skyldes (Aagaard, 2016, s. 211). Ut ifra denne kunnskapen bør sykepleier foreta flere undersøkelser som kan avklare hva en eventuelt høy BMI skyldes da verdiene kan være misvisende.

Sykepleiere har, som tidligere nevnt, et ansvar for å forebygge underernæring hos pasienten og bør derfor anvende screeningsverktøy for å avdekke ulike forhold. Thoresen et al. (2019, s. 160) beskriver nettopp bruken av screeningverktøy ved å nevne flere områder som blir tatt opp ved kartleggingen og som bidrar til tidlig oppdaging av underernæring. Screeningarbeidet blir derimot vanskelig dersom man ikke har tilgjengelig utstyr. I studien til Juul et al. (2013) forteller nemlig avdelingssykepleiere at en hemmende faktor for innføring av screeningverktøy skyltes ledelsens manglende engasjement. Videre påpeker de at tilgjengelig utstyr er en forutsetning for screeningsarbeidet. Imidlertid brukte ikke sykepleierne i en annen studie slike kartleggingsverktøy i det hele tatt (Söderhamn et al., 2009). Dette til tross for at Thoresen et al. (2019, s. 162) sier at screeningsverktøy skal være lett å bruke. Videre kommer det frem at sykepleierne mente at screeningverktøy ofte ble brukt i sykehjem (Håkonsen et al., 2019), og i studien til Gjerlaug et al. (2016) blir det konkludert med at kartleggingsverktøyet MNA-SF egner seg godt i langtidsinstitusjoner. Dette bekrefter Thoresen et al. (2019, s. 163) som sier at MNA ble utviklet spesielt for kartlegging av eldre over 65 år. MNA verktøyet bidrar nemlig til å identifisere årsaksforholdene ved underernæring (Brodtkorb, 2014, s. 304).

5.2.2 Forutsetninger for god ernæringspleie

Ifølge Helsedirektoratet (2022) er tidlig kartlegging og igangsetting av tiltak essensielt da det er bedre å forebygge enn å behandle underernæring. Mortensen (2019, s. 19) og Brodtkorb (2014, s. 308) forteller nemlig om flere komplikasjoner ved dårlig ernæringsstatus som blant annet kan føre til økt infeksjonsfare. Dersom sykepleier ikke har tilstrekkelig kunnskap om forebyggende underernæring, kan altså komplikasjoner utvikle seg. I to av studiene uttrykker sykepleierne at de har begrenset kunnskap om ernæring og dokumentasjonen av det, noe som gjør ernæringsarbeidet krevende (Kuven et al., 2017; Forss et al., 2018). Sykepleiere uttrykker også at det foreligger behov for undervisning og oppfriskning av temaet (Juul et al., 2013; Kuven et al., 2017). Brodtkorb (2014, s. 308) forteller at underernæring fort kan utvikle seg dersom sykepleier ikke har tilstrekkelig kunnskap. Dette bekrefter også pasientsikkerhetsprogrammet (I trygge hender 24/7, u.d.) som legger til at pasienten kan stå i fare for underernæring dersom sykepleier mangler kunnskap, oppmerksomhet eller interesse. I studien til Forss et al. (2018) fremkommer det at usikkerhet påvirket nettopp sykepleierens evne til å igangsette gode tiltak, noe som førte til utilfredsstillende ernæringsarbeid. En sykepleier uttrykte at de trodde de gjorde noe riktig ved å gi ernæringsdrikke som første tiltak. Samtidig var det en annen sykepleier som ble opplyst av ernæringsfysiologen om at man heller skal tilpasse måltidsmiljøet først og at ernæringsdrikke er siste utvei (Forss et al., 2018). Dette ser vi igjen i ernæringstrappen, der hensikten er å tilstrebe lavest mulig trinn og om hvilke tiltak man bør iverksette (Thoresen et al., 2019, s. 171).

Man kan trekke flere likheter mellom studiene, og basert på innholdet bør sykepleier aktivt holde seg faglig oppdatert for å unngå usikkerhet. Det kan da tenkes at sykepleierens kompetanse blir styrket gjennom tverrfaglig samarbeid, noe som igjen kan påvirke sykepleierens evne til å lære bort sin kunnskap. Dette blir trukket frem av Hauge (2014, s. 279) som sier at sykepleier er den som hovedsaklig har mest kompetanse om ernæring på sykehjemmet, og videre er ansvarlig for utvikling og vedlikehold av aktive fagmiljø. På grunn av sykepleierens mange ansvarsområder, kan enkelte oppgaver falle bort og bli mindre prioritert. Dette er noe vi ser igjen i studien til Leirvik et al. (2016) der arbeidet stadig blir nedprioritert av sykepleierne selv. Sykepleierne ble imidlertid motivert til å lære mer når de fikk en innføring i hva kunnskapsbasert praksis og konkrete resultater gikk ut på. Dette tyder på at det kan være behov for en systematisk og tverrfaglig tilnærming der sykepleieren inntar en ledende og organiserende rolle

(Brodtkorb, 2014, s. 304). Sykepleier har nemlig en sentral rolle i dette arbeidet, hvor fokuset blant annet også er å utarbeide en målrettet plan i samarbeid med pasienten (Brodtkorb, 2014, s. 304 og 306). Sykepleierne legger til at pårørende kan være en god ressurs i dette arbeidet (Söderhamn et.al., 2009; Kuven et.al., 2017). Utarbeiding av mål anses å være den tredje fasen i den problemløsende metoden.

Som ellers i sykepleieprosessen er det også viktig at det er en god relasjon mellom pasient og sykepleier. Orlando forteller nemlig at det er avgjørende at partene har samme opplevelse av situasjon (Kirkevold, 2021). Her er det aktuelt at sykepleier tar i bruk kommunikasjonsferdighetene sine. Eide og Eide (2017, s. 83) forteller at man viser menneskelighet ved aktiv lytting. Dette ser vi også igjen i Orlandos teori om at sykepleier bør bruke sin egen oppfatning og persepsjon i møte med pasienten (Nursing theory, u.d.). Likevel ser man at det ikke kun er kompetanse, kunnskap og god relasjon som er avgjørende for et godt forebyggende arbeid, men også tid og ressurser er essensielle faktorer. Tidspress er et kjent problem i helsesektoren, og Orvik (2015, s.91) bekrefter dette der han forteller at tid er en knapphetsressurs som er avhengig av bemanningen og prioritering. Dette fremkommer i studiene til Håkonsen et al. (2019) og Forss et al. (2018) der sykepleierne forteller om at manglende tid førte til nedprioriteringer, samt et variert og inkonsekvent arbeid. Man ser også i studien til Watkins et al. (2017) at pasientene gir uttrykk for at ressursmangel blant personalet har preget deres individuelle omsorg. Tid påvirker nemlig kvaliteten på arbeidet (Orvik, 2015, 91), og er en forutsetning for tilstrekkelig omsorg. Basert på dette bør arbeidshverdagen omstruktureres slik at sykepleier får frigjort tid til å utføre nødvendig ernæringsarbeid, samt forebygge underernæring hos de eldre på sykehjemmet.

Den fjerde fasen i sykepleieprosessen tar for seg tiltak og målrettede handlinger (Skaug, 2016, s. 340). For at sykepleier skal kunne skape bedre ernæringsssituasjon for den eldre, kreves det, som tidligere nevnt, igangsetting av ulike tiltak. Mortensen (2019, s. 20) forteller at sykepleiere har ansvar for å dekke de grunnleggende behovene for ernæring, og at de bør være bevisst på at ulike faktorer som identitet og fellesskap påvirker matvanene. I tre av studiene fremhever sykepleierne flere tiltak som bidrar til forebyggende underernæring (Leirvik et al., 2016; Watkins et al., 2017; Forss et al., 2018). Sykepleierne formet en god atmosfære rundt og ved matbordet, og oppnådde dermed ro og trivsel under måltidene (Forss et al., 2018; Leirvik et al., 2016). På samme måte forteller Brodtkorb (2014, s. 308) at oppfattelsen av hva og hvor vi spiser bidrar til en god atmosfære, og gjør at den eldre spiser bedre. I tillegg ser man også i studien til Leirvik et al. (2016) og Watkins et al. (2017) at sykepleierne blant annet gjorde forskjell på helg og ukedager. Sykepleierne utførte intervensjoner som bordkort og sitteplasser, og dersom det var nødvendig kunne skjerming skape ro rundt bordet (Leirvik et al., 2016). Sykepleieren bør tilrettelegge for et godt spisemiljø, da pasientene ofte ikke klarer dette selv på sykehjemmet (Brodtkorb, 2014, s. 308). Et hyggelig måltidsmiljø er noe sykepleier derfor bør prioritere da det viser seg at både appetitten og trivsel blir stimulert. Videre kan samtale bli stimulert dersom pasientene er samlet rundt bordet. Man ser også dette i studien til Watkins et al. (2017) der sykepleierne forteller at tilrettelegging for samtale under måltidene stimulerte sosiale interaksjoner, noe som økte appetitten (Watkins et al., 2017). Her får pasientene dekket de psykososiale behovene sine ved å føle tilhørighet og samhold med de andre beboerne (Brodtkorb, 2014, s. 308). Mortensen (2019, s. 20) bekrefter også dette og legger til at pasienten skal få tilstrekkelig tid til å spise maten. Måltidet skal fungere som både et avbrekk for pasientene og noe de kan se frem til (Aagaard, 2016, s. 220). Dette tenker vi er faktorer som påvirker sykepleierens forebyggende arbeid av underernæring positivt.

5.2.3 Samhandling og holdning

Som nevnt skal sykepleierne ivareta de grunnleggende behovene på best mulig måte. Et tverrfaglig samarbeid vil sikre ivaretagelsen. Dette kommer også frem i Mortensen (2019, s. 20) som sier at god helse er et felles mål for helseprofesjonene. Sykepleierne trekker frem hvor viktig det er at pårørende forstår dette, og påpeker videre at de kan være behjelpelige i ernæringsarbeidet (Kuven et al., 2017). At pårørende også er viktig å inkludere kommer frem i Pasient og brukerrettighetsloven (1999, § 4-6). Godt samarbeid mellom både sykepleier, lege og pårørende er essensielt for at pasienter skal få best mulig oppfølging og behandling. Dette ser vi i Kuven et al. (2017) der sykepleierne forteller om bedre kvalitet av pasientens oppfølging dersom det kun var én lege å forholde seg til. Legen blir nemlig ansett som en god og viktig støttespiller av sykepleierne. Brodtkorb (2014, s. 306) bekrefter det sykepleierne uttrykker og sier at legen blir sett på som en god samarbeidspartner. Til tross for dette opplevde sykepleiere likevel at legen viste mindre interesse for den helhetlige ernærings situasjonen (Kuven et al., 2017). I en annen studie uttrykker avdelingssykepleierne på samme måte håpløshet da legen virket uinteressert i ernæringspleien. Sykepleierne mente at dokumentasjon var meningsløst da det ikke førte til behandlingsmessige konsekvenser. På en annen side tror de at samarbeidet med legen kunne forbedres dersom dokumentasjonen ble bedre (Juul et al., 2013). Det kan tenkes at utfordringen bunnar i kvaliteten på dokumentasjonen, og det er nødvendig med forbedringer. Vabo (2018, s. 46 og 50) har en forklaring på hvordan dokumentasjon skal foregå. Forfatteren sier at en strukturert dokumentasjon viser en tydelig oversikt over bakgrunn, innhold og resultat av helsehjelpen som ble gitt, samtidig som kvaliteten på arbeidet blir synliggjort. Videre kommer det frem ulike holdninger rundt ernæringsarbeidet i to av studiene. Sykepleiere var nemlig uenige om hvor mye tid som skulle settes av til ernæringspleien (Håkonsen et al. 2019). Avdelingssykepleiere uttrykte i en annen studie at personlig motivasjon og interesse påvirket prioriteringene (Juul et al., 2013). På bakgrunn av informasjonen over ser vi at sykepleierne bør få tilstrekkelig opplæring i dokumentasjon, slik at kvaliteten på ernæringsarbeidet kommer tydelig frem. Videre kan det tenkes at gode holdninger hos sykepleieren, som motivasjon og interesse, vil spre seg til annet helsepersonell slik at arbeidsgruppen får et løft i holdninger og kompetanse om forebyggende underernæring.

Sykepleieprosessens femte og siste fase er evalueringsfasen (Skaug, 2016, s. 340). Som tidligere nevnt blir pasienten kartlagt ved innleggelse i sykehjem, og Brodtkorb (2014, s. 304) forteller at ny kartlegging er nødvendig ved forandringer. Dermed bør sykepleie tiltakene dokumenteres og evalueres jevnlig av sykepleier (Brodtkorb, 2014, s. 306). Det er nettopp dette sykepleieprosessen handler om: en kontinuerlig vurdering og evaluering av pasientsituasjon. Sykepleieren går altså frem og tilbake i de ulike fasene og når det skal foretas en ny evaluering, har sykepleier allerede informasjon fra forrige runde (Skaug, 2016, s. 340).

6 Konklusjon

I denne oppgaven har vi undersøkt hvordan sykepleier kan bidra til forebyggende ernæringsarbeid rettet mot underernæring hos eldre på sykehjem.

Samspeilet mellom sykepleier og pasient er essensielt i det forebyggende ernæringsarbeidet. Under kartleggingen er det viktig at sykepleier har gode rutiner og tar seg tid til pasienten. Sykepleieprosessen bidrar til tett samarbeid og god oppfølging der sykepleier kan ivareta pasientens medvirkning. Sykepleiernes kompetanse er helt avgjørende i forebygging av underernæring, særlig når årsaksforholdene skal avdekkes. Det er lettere å forebygge enn å behandle underernæring, og det vil derfor være avgjørende at sykepleier oppdager tilstanden tidlig. Screeningverktøy er svært nyttig å bruke i dette arbeidet, da underernæring ofte er en komplisert og sammensatt tilstand. Opplæring og oppfriskning vil bidra til bedre kompetanse i ernæringsarbeidet og stimulerer til gode holdninger samt økt motivasjon blant sykepleierne. Tid og ressurs er også avgjørende for god kvalitet på ernæringsarbeidet. Ledelsen bør legge til rette slik at sykepleierne får gjennomført ernæringsrelaterte oppgaver, ved for eksempel å frigjøre tid for sykepleierne. Sykepleierne bør innføre nødvendige intervensjoner for at pasienten skal få en bedre ernæringsstatus. Tilrettelegging for et godt måltidsmiljø vil også stimulere psykososiale faktorer og appetitten hos pasienten. Det er viktig å tilstrebe et godt samarbeid med andre helseprofesjoner for å oppnå best mulig oppfølging og behandling hos pasienten. Legen kan være behjelpelig for avklaring av medisinske spørsmål. God dokumentasjon og et godt samarbeid mellom lege og sykepleier bidrar til helhetlige ernæringsvurderinger og sikrer nødvendig oppfølging.

Samlet sett ser vi altså at økt kunnskap, engasjement og godt tverrfaglig samarbeid bidrar til forebygging av underernæring hos eldre på sykehjem av sykepleierne.

6.1 Forslag til videre forskning

Videre forskning burde være rettet mot konkrete tiltak som sykepleier bør implementere i sin arbeidshverdag. Vi ser behov for mer forskning om hvordan kartlegging kan gjennomføres på best mulig måte.

Referanse

- Aldring og helse: Nasjonalt senter. (u.d.). Oppslagsord: Forebygge. Hentet fra https://www.aldringoghelse.no/ordbok/forebygge/?doing_wp_cron=1649266707.4264531135559082031250
- Bastøe, L. H., & Frantsen, A.-M. (2016). Behovet for søvn og hvile. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 2: Grunnleggende behov* (3. utg., ss. 347-372). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bjørneboe, G.-E., & Tonstad, S. (2018, 22. november). Underernæring. Hentet fra <https://sml.snl.no/underern%C3%A6ring>
- Braut, G. S. (2018, 04. desember). *Sykehjem*. Hentet fra <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., ss. 301-315). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Direktoratet for høgare utdanning og kompetanse. (u.d.). *REGISTER OVER VITENSKAPELIGE PUBLISERINGSKANALER*. Hentet fra https://kanalregister.hkdir.no/publiseringsskanaler/Forside?fbclid=IwAR0nKpwiKHpHEoyVBBUId_N5yeZHby0gW13reMJPkXKnKwYCZQWryg-EwA
- Eide, H., & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner* (3. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*. Hentet fra Australian Journal av Advanced Nursing: <https://www.ajan.com.au/archive/Vol20/Vol20.2-4.pdf>
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (4. utg.). Stockholm: Natur & kultur.
- Fors, K. S., Nilsson, J., & Borglin, G. (2018). Registered nurses' and older people's experiences of participation in nutritional care in nursing homes: a descriptive qualitative study. *BMC Nursing*, 17(19), ss. 1-13. doi:<https://doi.org/10.1186/s12912-018-0289-8>
- Gjerlaug, A. K., Harviken, G., Uppsata, S., & Bye, A. (2016). Verktøy ved screening av risiko for underernæring hos eldre. *Sykepleien forskning*, 11(2), ss. 148-156. doi:<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2016.57692>
- Grini, I. B. (2022, 23. mars). Alder og aldring. Hentet fra <https://nofima.no/fakta/alder-og-aldring/>
- Hauge, S. (2014). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., ss. 265-283). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Heggdal, K. (2006). *Sykepleiedokumentasjon* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Helsebiblioteket. (2016, 03. juni). *Sjekklistor*. Hentet fra helsebiblioteket.no: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Helsedirektoratet. (2021, 24. juni). *Ernæringsoppfølging hos sykehjemsbeboere*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/oppfo%3%B8lging-av-ern%3%A6ring-hos-beboere-p%3%A5-sykehjem>
- Helsedirektoratet. (2022, 14. mars). *Om underernæring*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/underernaering/om-underernaering>
- Håkonsen, S. J., Pedersen, P. U., Bygholm, A., Thisted, C. N., & Bjerrum, M. (2019). Lack of focus on nutrition and documentation in nursing homes, home care- and home nursing: the self-perceived views of the primary care workforce. *BMC Health Services Research*, *19*(642), ss. 1-15. doi:<https://doi.org/10.1186/s12913-019-4450-1>
- I trygge hender 24/7. (u.d.). Hentet fra Underernæring: <https://www.itryggehender24-7.no/reduser-pasientskader/underernaering#hva-vet-vi?>
- Juul, H. J., & Frich, J. C. (2013). Kartlegging av underernæring i skole- Hva hemmer og fremmer sykepleieres bruk av screeningverktøy for identifisering av ernæringsmessig risiko? *Nordisk sygeplejeforskning*, *3*(2), ss. 77-89. doi:<https://doi.org/10.18261/ISSN1892-2686-2013-02-02>
- Kirkevold, M. (2021, 29. november). *Sykepleieprosessen*. Hentet fra <https://sml.snl.no/sykepleieprosessen>
- Kuven, B. M., & Giske, T. (2017). Samhandling mellom sykepleier og lege er viktig for ernæringstilstanden til sykehjems pasienter. *Sykepleien forskning*, *12*, ss. 1-20. doi:<https://doi.org/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*, *5*(2), ss. 179-197. doi:<https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2016-02-07>
- Mortensen, T. B. (2019). Sykepleierens ansvar for ernæringsarbeid. I L. Thoresen, C. Borchsenius, & R. J. Sjøen, *Sykepleierens ernæringsbok* (5. utg., ss. 19-33). Oslo: Gyldendal.
- Nursing theory. (u.d.). Orlando's nursing process discipline theory. Hentet fra <https://nursing-theory.org/theories-and-models/orlando-nursing-process-discipline-theory.php>
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse: Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Skaug, E.-A. (2016). Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon av sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: Sykepleie- fag og funksjon* (3. utg., ss. 337-376). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Söderhamn, U., & Söderhamn, O. (2009). A successful way for performing nutritional nursing assessment in older patients. *Journal of Clinical Nursing*, 18(3), ss. 431–439. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02378.x>
- Thoresen, L., Borchsenius, C., & Sjøen, R. J. (2019). *Sykepleierens ernæringsbok* (5. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Vabo, G. (2018). *Dokumentasjon i sykepleiepraksis* (3. utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Watkins, R., Goodwin, V. A., Abbott, R. A., Hall, A., & Tarrant, M. (2017). Exploring residents' experiences of mealtimes in care homes: A qualitative interview study. *BMC Geriatrics*, 17(141), ss. 1-9. doi:<https://doi.org/10.1186/s12877-017-0540-2>
- Aagaard, H. (2016). Væske og ernæring. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 2: Grunnleggende behov* (3. utg., ss. 191-241). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Vedlegg

Vedlegg 1: PIO-skjema

HVEM?	HVA?	RESULTAT?	
Elderly Old people Nurse Older adults Sykepleier Eldre Nurses Older people Older	Forebygging Mealtime Meal Experience Nutritional status Mat Ernæring Screening Sykehjem Nursing homes Care homes Nursing	Unternutrition Undernourished Underernæring Nutrition Qualitative study Qualitative Qualitative design	↑ OR ↓
← AND →			

Vedlegg 2: Søkehistorikk

Søkeord	Dato	Database	Avgrensning	Antall treff	Leste abstracter	Leste artikler	Inkluderte artikler
"undernutrition" AND "nurse" AND "screening" AND "qualitative"	13.04.22	Svemed+	-Peer reviewed	1	1	1	Juul & Frich, 2013.
"mealtime" OR "meal" AND "nursing home" OR "care homes" AND "experience" OR "nutritional status" AND "qualitative"	13.01.22	Pubmed	-Søkeord i tittel/ abstrakt -Full tekst -2017-2022 -Language; english -Aged 65+ years	53	23	7	Watkins & Goodwin et al., 2017.
"mat" OR "ernæring" AND "sykehjem" AND "sykepleier"	13.01.22	SveMed+	Peer reviewed tidsskrifter -Norsk -Artikkel	4	4	2	Leirvik & Høye et al., 2016.
"underernæring" AND "eldre" AND "sykepleier"	14.01.22	SveMed+	-Peer reviewed tidsskrifter -Norsk	3	3	1	Kuven & Giske, 2017.
"underernæring" AND "eldre" AND "screening"	14.01.22	Svemed+	-Peer reviewed tidsskrifter -Norsk	3	1	1	Gjerlaug & Harviken et al., 2016.
"nurses" AND "older people" OR "elderly" AND "nursing homes" OR "care homes"	14.01.22	Cinahl	-Søkeord knyttet til tittel -2012-2022 -Peer reviewed	30	15	3	Forss & Nilsson et al., 2018.
"nursing" AND "nursing homes" OR "care homes" AND "nutrition" OR "undernutrition"	14.01.22	Cinahl	-Søkeord knyttet til tittel -2012-2022 -Peer reviewed	42	17	5	Håkonsen & Pedersen et al., 2019.
"elderly" OR "older" AND "nurses" OR "nursing" AND "undernutrition" AND "qualitative design"	02.02.22	Pubmed	-2008-2022 -Full tekst -Language: english -Aged: 65+ years	29	3	1	Söderhamn & Söderhamn, 2009.

Vedlegg 3: Inklusjons - eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Peer reviewed	
Tidsavgrensning 2008-2022	Andre typer artikler som «fagutvikling» og artikler som ikke var ferdigstilt.
Språk engelsk og norsk	Asia, Sør-Amerika, Russland
Alder 65 +	

Vedlegg 4: Nøkkelfunn

(Hoved)tema	Undertema	Forskningsartikler
Vurdering og kartlegging av ernæringsstatus	Innhenting av informasjon	4, 8
	Rutiner og oppfølging	1, 3, 8
	MNA-SF – et nyttig verktøy	1, 5, 6, 7, 8
Forutsetninger for god ernæringspleie	Kompetanse	3, 4, 6,
	Tid og ressurs	2, 4, 6, 7, 8
	Tilrettelegging	2, 3, 6,
Samhandling og holdninger	Tverrfaglig samhandling og pårørendekontakt	1, 4
	Holdninger blant helsepersonell	1, 4, 7

Vedlegg 5: Matriser

Litteratormatrise 1

Referanse	Juul, H. J., & Frich, J. C. (2013). Kartlegging av underernæring i sykehus– Hva hemmer og fremmer sykepleieres bruk av screeningverktøy for identifisering av ernæringsmessig risiko? <i>Nordisk sygeplejeforskning</i> , 3(2), ss. 77-89. doi: https://doi.org/10.18261/ISSN1892-2686-2013-02-02
Studiens hensikt/mål	Norske myndigheter anbefaler at pasienter i sykehus kartlegges for underernæring. Studiens hensikt er å skaffe kunnskap om erfaringene til avdelingssykepleier rundt det å ta i bruk screeningsverktøy for ernæringsmessig risiko, og om hva som virker hemmende og/eller fremmende ved innføringen.
Nøkkelbegrep/ Keywords	Avdelingssykepleier; ernæringsbehandling; ernæringspraksis; implementering
Metode	Kvalitativ metode, der avdelingssykepleiere ved to norske sykehus ble intervjuet.
Resultat/ konklusjon	Avdelingssykepleiere mente at ernæringsbehandling var ansvaret til sykepleiere. Hemmende faktorer var uklare ansvarsforhold, dårlig samarbeid, manglende engasjement og involvering av ledelsen. Andre hemmende faktorer var manglende pasientinnflytelse og manglende kunnskap. Bruken av verktøy ble derimot fremmet av gode dokumentasjonssystemer for ernæring, diagnosekoding for underernæring og leger som viste engasjement. Ernæringsbehandling trenger å bli sidestilt med annen behandling, og roller og ansvarsområder trenger å bli tydeliggjort.
Relevans	Vi anser studien å være behjelpelig til å svare på problemstillingen vår da den tar for seg viktige momenter som samhandling og bruk av screeningverktøy. Vi kommer til å anvende sykepleierens oppfatning av hvor godt samarbeidet fungerer og hvordan det vil påvirke forbyggende arbeid av underernæring.

Litteratormatrise 2

Referanse	Watkins, R., Goodwin, V. A., Abbott, R. A., Hall, A., & Tarrant, M. (2017). Exploring residents' experiences of mealtimes in care homes: A qualitative interview study. <i>BMC Geriatrics</i> , 17(141), ss. 1-9. doi: https://doi.org/10.1186/s12877-017-0540-2
Studiens hensikt/mål	Mange intervensjoner viser til veldokumenterte problemer med underernæring og dens lindring hos eldre. Til tross for positive funn som forbedrer beboernes helse og velvære, er det lite kjent hvorfor måltidsintervensjoner kan være effektive- og spesielt hvilke effekter beboernes opplevelser av måltider har på helseutfall. Hensikten med studien var å utforske erfaringene og noen av problemene som kan påvirke opplevelsen av måltider, samt beboernes helse og velvære.
Nøkkelbegrep/ Keywords	Mealtimes; Older adults; Residential care; Semi-structured interviews.
Metode	Det ble gjennomført semistrukturerte intervju med 11 beboere fra fire ulike omsorgshjem i England. Disse intervjuene ble tematisk analysert og supplert med forskerobservasjoner av måltider.
Resultat/ konklusjon	Felles måltider opplevdes som et høydepunkt på dagen for deltakerne. Måltidsopplevelsene kan forbedres ved å forstå hvordan beboere samhandler med hverandre ved å tilpasse deres preferanser og ved å oppmuntre til autonomi. Dette kan også hjelpe til med overgangen fra et selvstendig liv til et liv på omsorgshjem, noe som kan virke belastende på enkelte beboere. I tillegg vil det forbedre helse og velvære i det lange løpet.
Relevans	Ved å forstå viktigheten av felles måltider, kan sykepleieren bidra til gode matopplevelser. Vi tenker at pasientens stemme er viktig for at sykepleier skal få bedre forståelse, og vi velger derfor å ta med denne studien i vår oppgave. Vi kommer til å trekke inn hvilke rutiner som er hensiktsmessig i arbeidet om forebygging av underernæring.

Litteratormatrise 3

Referanse	Leirvik, Å. M., Høye, S., & Kvigne, K. (2016). Mat, måltider og ernæring på sykehjem – erfaringer fra et aksjonsforskningsprosjekt. <i>Nordisk Sygeplejeforskning</i> , 5(2), ss. 179-197. doi: https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2016-02-07
Studiens hensikt/mål	Målsettingen for denne studien var å forbedre kvaliteten av sykepleie til pasientene ved måltider, mat og ernæring. Hensikten var å styrke kompetansen til både studentene og sykepleiepersonalet ved hjelp av kritisk granskning av eget arbeid, samt gi erfaring i å finne forskningsresultater som de skulle vurdere og videre implementere endringer på arbeidsplassen.
Nøkkelbegrep/ Keywords	Kompetanseheving; kunnskapsbasert praksis; kvalitetsutvikling; sykepleienettverk
Metode	Aksjonsforskningsorientert studie/ prosjekt, der sykepleiere fra seks sykehjem deltok. Det ble dannet to nettverksgrupper bestående av to til tre sykepleiere fra tre sykehjem, med hver sin leder. Førsteårsstudenter fra tre ulike kull deltok også. Prosjektet foregikk over en periode på 3 år.
Resultat/ konklusjon	Sykepleiere valgte forbedringsområdene 1) <i>ro og trivsel rundt måltidene</i> og 2) <i>kartlegging og oppfølging av pasientenes ernæringsstatus</i> . Sykepleierne utviklet egen kompetanse ved hjelp av kritisk granskning av sin virksomhet, og oppnådde kvalitetsforbedringer basert på forskningsbasert kunnskap. Prosjektet ga verdifulle erfaringer og endringer i områdene mat, måltid og ernæring ved sykehjemmene. Kvalitetsforbedringen resulterte i økt bevissthet av; egen rolle og atferd for å skape ro og trivsel ved måltidene, tilrettelegging av spisesituasjonen, hvilken betydning mellommåltider og energirik kost har og hva kartlegging og oppfølging har å si for den enkelte beboeren. I løpet av prosjektet fikk de ansatte erfaringer med den kunnskapsbaserte arbeidsprosessen (KBP), og ved slutten av prosjektet resonerte de seg frem til at metoden KBP egner seg godt på sykehjem til fagutvikling.
Relevans	Vi ser på denne artikkelen som relevant da den tar for seg kvalitetsforbedring på arbeidsplassen. Det kommer frem flere områder som kan forbedres ved ernæringspleien, samt tiltak som sykepleierne bør iverksette. Dette vil vi trekke frem i oppgaven.

Litteratormatrise 4

Referanse	Kuven, B. M., & Giske, T. (2017). Samhandling mellom sykepleier og lege er viktig for ernæringstilstanden til sykehjemspasienter. <i>Sykepleien forskning</i> , 12, ss. 1-20. doi: https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.64510
Studiens hensikt/mål	Studien belyser hvordan sykepleiere samhandler med lege.
Nøkkelbegrep/Key words	Sykehjem; Ernæring; Samarbeid; Lege; Sykepleier
Metode	Studien har et kvalitativt design. Data ble samlet inn ved fokusgruppeintervjuer med sykepleiere som er involvert i direkte pleie. Analysen deres ble bygd på Malteruds analysemetode.
Resultat/ konklusjon	Samarbeidet mellom sykepleier og sykehjemslegen er avgjørende i ernæringsarbeidet på sykehjem. Pasientene og de pårørende føler seg trygge når sykehjemslegen tar opp temaet ernæring ved innkost og informerer dem om forventet utvikling underveis. Videre er det betryggende at legen kjenner til pasientens ønsker og behov. Sykepleierne er avhengig av at sykehjemslegen kjenner til pasientenes individuelle ønsker og behov angående ernæringspleien, og at de etterspør ernæringsarbeidet ute i avdelingen. En faglig forsvarlig ernæringsbehandling av pasienter i sykehjem blir fremmet av et godt samarbeid.
Relevans	Godt samarbeid mellom sykepleiere og leger er av stor betydning, og bidrar til nødvendig oppfølging av pasienten. Vi vil bruke dette i oppgaven for å understreke hvor viktig tverrfaglig samarbeid er for å forebygge underernæring hos eldre.

Litteratormatrise 5

Referanse	Gjerlaug, A. K., Harviken, G., Uppsata, S., & Bye, A. (2016). Verktøy ved screening av risiko for underernæring hos eldre. <i>Sykepleien forskning, 11(2)</i> , ss. 148–156. doi: https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2016.57692
Studiens hensikt/mål	Hensikten var å identifisere screeningverktøy som egner seg best for eldre for å avdekke risiko for underernæring ved å se hva forskning sier om validitet, reliabilitet og anvendbarhet.
Nøkkelbegrep/Keywords	Eldre; Ernæringscreening; Litteraturstudie; Screeningverktøy; Underernæring
Metode	Systematisk litteraturstudie. Søkene i databasene MEDLINE, Cinahl, Ovid Nursing of Food Science Source, PubMed, Embase og The Cochrane Central Register of Controlled Trials ble utført i 2014. Det ble også gjort et handsøk.
Resultat/konklusjon	Det ble avdekket fire ulike screeningverktøy fordelt på ni valideringsstudier; MNA-SF, SNAQ, MST og GNRI. MNA-SF ble funnet flest ganger der både sensitivitet og spesifisitet var høy. MST ble funnet i en studie med moderat spesifisitet. Resterende verktøy viste moderat validitet. Ingen av de inkluderte studiene undersøkte anvendbarheten av verktøyet.
Relevans	Som sykepleier trenger vi diverse verktøy og hjelpemidler for å kunne utføre arbeidsoppgavene på en forsvarlig måte. Vi vil bruke denne artikkelen i oppgaven vår for å belyse hvor viktig screeningverktøy er for arbeidet mot underernæring.

Litteratormatrise 6

Referanse	Forss, K. S., Nilsson, J., & Borglin, G. (2018). Registered nurses' and older people's experiences of participation in nutritional care in nursing homes: a descriptive qualitative study. <i>BMC Nursing</i> , 17(19), ss. 1-13. doi: https://doi.org/10.1186/s12912-018-0289-8
Studiens hensikt/mål	Vurdering og behandlingen av de eldres ernæringshelse er generelt blitt dårligere prioritert av sykepleiere. Sett at inntak av mat og drikke er primære behov for mennesket, bør støtte og forbedring av en gunstig ernæringsstatus bli betraktet som en viktig del av sykepleien som blir gitt. Sykepleiere bør derfor være bevisst sin rolle om å oppdage og vurdere ernæringsbehovet hos eldre mennesker på lik linje med forebyggende tiltak om underernæring. Denne studien har som mål å belyse erfaringene som eldre mennesker og sykepleiere har i arbeidet om god ernæringshelse. Fremtidsmålet kan være å belyse sykepleiers erfaringer av å gi god ernæringsomsorg.
Nøkkelbegrep/ Keywords	Care; content analysis; interviews; malnutrition; nursing interventions; older people; patient involvement; registered nurse
Metode	En kvalitativ studie med beskrivende design. Data ble samlet inn via semistrukturerte intervju, der åtte sykepleiere og fire eldre mennesker fra en by sør i Sverige deltok. Den påfølgende analysen var inspirert av Burnards beskrivelse av innholdsanalyse.
Resultat/ konklusjon	Funnene indikerte at en paternalistisk holdning av omsorg og et asymmetrisk sykepleier-pasientforhold fortsatt er karakteristisk i den moderne sykepleien som blir gitt til eldre mennesker. Tatt i betraktning at deltakelse burde være sentralt i sykepleieomsorgen, og til tross for sykepleiernes bevisstgjøring av å involvere den eldre i deres egen ernæringsomsorg, ble ikke dette praktisert. Det kom frem at det å involvere den eldre i ernæringspleien blir nedvurdert og blir ikke sett på som en viktig del av sykepleieomsorgen.
Relevans	Artikkelen belyser hvordan sykepleier prioriterer ernæringspleien blant de eldre, og vi kommer til å bruke dette i artikkelen for å få frem hvor viktig det er å sette et sterkere fokus på tema.

Litteratormatrise 7

Referanse	Håkonsen, S. J., Pedersen, P. U., Bygholm, A., Thisted, C. N., & Bjerrum, M. (2019). Lack of focus on nutrition and documentation in nursing homes, home care- and home nursing: the self-perceived views of the primary care workforce. <i>BMC Health Services Research</i> , 19(642), ss. 1-15. doi: https://doi.org/10.1186/s12913-019-4450-1
Studiens hensikt/mål	Studiens hensikt var å undersøke hvordan helsepersonellens syn på kompetanse innenfor ernæring, dokumentasjon og organisasjonsstrukturer, påvirker deres daglige arbeid og omsorgskvalitet.
Nøkkelbegrep/ Keywords	Focus group; content analysis; nutrition; nursing home; home care; home nursing
Metode	Kvalitativ studie gjennomført i Danmark. Sju helsepersonell deltok i hver sin fokusgruppe, til sammen 14 deltakere, sykepleiere inkludert. Intervjuene ble transkriberte og analysert ved hjelp av den kvalitative innholdsanalysetilnærmingen.
Resultat/ konklusjon	Det ble identifisert at fraværende inter- og intraprofesjonelt samarbeid og kommunikasjon hindrer optimal klinisk beslutningstaking og kvalitetsforringelse, på grunn av dårlig etablert struktur for ernæringspleie. Dette forklarer at helsepersonellens ståsted er en synlig organisering der ressurser blir fordelt, samt prioritering av artikulering av behovet for ernæringspleie og dokumentasjon som en forutsetning for god pleie og behandling. Helsepersonellens språk er ofte uklart og upresis i pasientenes helsejournal. Samarbeidet mellom helsepersonalet er preget av manglende kliniske retningslinjer og standarder.
Relevans	Med rett kompetanse, kunnskap og struktur vil vi yte bedre ernæringsomsorg. Det er viktig at helsepersonellet er bevisst på at det finnes forbedringsområder som kan resultere i bedre ernæringspleie og samarbeid. Dette er noe vi ønsker å trekke frem i oppgaven vår da den handler om forebygging av underernæring

Litteratormatrise 8

Referanse	Söderhamn, U., & Söderhamn, O. (2009). A successful way for performing nutritional nursing assessment in older patients. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 18(3), ss. 431–439. doi: https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02378.x
Studiens hensikt/mål	Studien ønsker å oppnå økt kunnskap om sykepleierens ernæringsmessige vurderinger hos eldre pasienter, samt forståelsen av hva som fremmer arbeidet positivt for sykepleiere.
Nøkkelbegrep/ Keywords	aged; hermeneutics; nurses; nutritional risk; qualitative design; undernutrition
Metode	Kvalitativ design, der 10 sykepleiere, som arbeider innenfor geriatri ved to sykehus i Sverige, ble intervjuet. Intervjuene ble analysert etter Gadamerian- basert hermeneutisk forskningsmetode.
Resultat/ konklusjon	Flere fremmede aspekter for å utføre ernæringsmessige sykepleievurderinger ble avdekket i analysen. Det kommer frem at informasjon gjennom dialog, observasjoner og kontroller, tverrfaglig samarbeid og oppfølging var nødvendig for å utføre sykepleievurderinger. Dette krever kunnskap, tid til å lytte til pasientens historie, ønsker og behov og kunne motivere pasienten til å spise. Å ta i bruk ulike tilnærminger som dialog, observasjoner, kontroller og tverrfaglig samarbeid var en effektiv måte som fremmet ernæringsmessige sykepleievurderinger hos den eldre pasienten. Dette var en kontinuerlig prosess under hele sykehusoppholdet til pasienten.
Relevans	Studien er aktuell å inkludere i vår oppgave da den viser hvordan sykepleiere kan forbedre sine ernæringsmessige vurderinger for eldre pasienter. Vi kommer til å trekke inn sykepleiernes erfaringer og hvordan de opplever samarbeid med andre profesjoner.

