

Hanne Emilie Paulsen 10049
Anna Isnes Tyse 10008

Hvordan kan sykepleiere forebygge underernæring hos eldre pasienter i sykehjem?

Litteraturbachelor

Bacheloroppgave i Bachelor i sykepleie
Veileder: Lindis Kathrine Helberget
Juni 2023

Hanne Emilie Paulsen 10049

Anna Isnes Tyse 10008

Hvordan kan sykepleiere forebygge underernæring hos eldre pasienter i sykehjem?

Litteraturbachelor

Bacheloroppgave i Bachelor i sykepleie

Veileder: Lindis Kathrine Helberget

Juni 2023

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Fakultet for medisin og helsevitenskap

Institutt for helsevitenskap i Ålesund



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Hensikt: Hensikten med denne studien er å belyse nyttig kunnskap og tiltak for hvordan sykepleiere kan forebygge underernæring hos eldre i sykehjem.

Bakgrunn: Underernæring er en tilstand som er vanlig hos eldre som er bosatt i sykehjem. Tilstanden medfører risiko for økt sykdomsbilde og forkortet levetid (Helsedirektoratet, 2022).

Metode: Dette er en systematisk litteraturstudie som inkluderer syv forskningsartikler. Problemstillingen blir drøftet i lys av forskning, relevant teori og egne meninger. Databasene vi har brukt er MEDLINE og IDUNN, samt manuelle søk.

Resultat: Gjennom denne litteraturstudien har vi kommet frem til to hovedresultater. Det første funnet omhandler hvor viktig kunnskap blant sykepleiere er for forebyggingsarbeidet. Det andre funnet omhandler forebygging og rammevilkår rundt underernæring hos eldre i sykehjem.

Konklusjon: Vår konklusjon er at utvikling av kunnskap, et godt tilrettelagt måltidsmiljø, ernæringscreening, sykepleiers samhandling med pasient og andre profesjoner er sentrale faktorer i forebyggingsarbeidet mot underernæring. Sykepleieren er avhengig av tilstrekkelig tid, nok ressurser, tverrfaglig samarbeid og kartleggingsverktøy for å gi best mulig ernæringsomsorg hos eldre bosatt i sykehjem.

Abstract

Aim: The aim of the study was to clarify useful knowledge and interventions for how nursing can prevent malnutrition in elderly people living in nursing homes.

Background: Malnutrition is a condition that's normally for elderly people living in nursing homes, which makes them in the risk group for amplifying clinical symptoms and abbreviated life.

Method: This is a systematic literature study that includes seven research studies. The issue is discussed based on research, relevant theory and own opinions. The databases we have used are MEDLINE and IDUNN, and also manual searches.

Results: Through this literature study, we came up with two main results. The first main finding is about how important knowledge among nurses is for preventative work. The second main finding is prevention and framework conditions for malnutrition in elderly people in nursing homes.

Conclusion: Our conclusion is that the development of knowledge, a well-arranged mealtime environment, nutritional screening, nurses' interaction with patients and other professions are central factors in the prevention work against malnutrition. The nurse is dependent on enough time and resources, interdisciplinary collaboration and mapping tools to provide the best possible nutritional care for elderly residents in nursing homes.

Innholdsfortegnelse

1 Innledning	11
1.1 Bakgrunn for valg av tema	11
1.2 Oppgavens hensikt	11
1.2.1 Problemstilling	11
1.3 Begrepsavklaringer.....	12
1.4 Avgrensninger i forhold til oppgavens problemstilling.....	12
1.5 Oppgavens oppbygging.....	12
2 Teoribakgrunn.....	13
2.1 Underernæring.....	13
2.2 Sykepleierens ansvar i ernæringsarbeidet	13
2.3 Forebygging	14
2.4 Sykepleieteoretiker Virginia Henderson	14
2.5 Organisatoriske rammer.....	14
3 Metodebeskrivelse	15
3.1 Systematisk litteratursøk.....	15
3.2 Datainnsamling	15
3.2.1 Søkestrategier	15
3.2.2 Søketablell	16
3.2.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	16
3.2.4 Databaser	17
3.2.5 Kvalitetsvurderinger	18
3.2.6 Etske hensyn	18
3.3 Analyse.....	18
4 Resultat.....	20
4.1 Artikkelmatriise	20
4.2 Ernæringskompetanse	22
4.2.1 Kunnskap som sykepleierressurs	22
4.2.2 Ernæringscreening hos eldre	22

4.3	Forebygging og rammevilkår	23
4.3.1	Måltidsmiljø.....	23
4.3.2	Tverrfaglig samarbeid	24
4.3.3	Sykepleier til stede rundt matbordet.....	24
5	Diskusjon	25
5.1	Metodediskusjon	25
5.2	Resultatdiskusjon	25
5.2.1	Ernæringskompetanse	25
5.2.2	Forebygging og rammevilkår	27
6	Konklusjon	31
	Referanser	32

Antall ord: 7689

1 Innledning

I dette kapittelet fremstilles bakgrunn for valg av tema og problemstilling. Temaet for oppgaven er underernæring hos eldre i sykehjem. I tillegg vil kapittelet ta for seg avgrensninger, begrepsforklaringer og oppbygging av oppgaven.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Underernæring er en tilstand som opptrer hos flere eldre beboere i sykehjem. Tall fra 2021 viser at 46,9 prosent av beboere på langtidsopphold i alderen 67 år og eldre er vurdert for risiko for underernæring (Helsedirektoratet, 2018a). Likevel er det lite kunnskap om hvordan sykepleiere kan forebygge underernæring (Regjeringen, 2021).

En av de viktigste oppgavene til en sykepleier er å dekke pasientens grunnleggende behov, når de selv ikke er i stand til det (Haugan, 2022). Den amerikanske sykepleieren Virginia Henderson (1998) beskrev grunnleggende sykepleie som å ivareta pasientens grunnleggende behov når pasienten selv ikke har styrke, kunnskap eller vilje til å møte disse behovene. I helsepersonelloven §4 om forsvarlighet (1999) fremkommer det at det er helsepersonellens individuelle plikt å utføre sitt arbeid i samsvar med krav til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp. Forsvarlig helsehjelp innebærer at pasienten har krav på hjelp som er tilpasset individuelle behov, når det gjelder helsetilstand og livssituasjon (Helsedirektoratet, 2016). Dette er særlig relevant i forbindelse med ernæring, da ernæringsmessige problemer ofte vil være en følgetilstand av sykdom (Helsedirektoratet, 2016). Som en konsekvens av underernæring er pasientene spesielt utsatt for økt sykdomsbilde og forkortet levetid, som kan innebære økt risiko for komplikasjoner, forverret fysisk og kognitiv funksjon og redusert helserelatert livskvalitet. Samtidig er samfunnet også utsatt, hvor sykehus og andre ressurser blir belastet som en konsekvens av underernæring (Helsedirektoratet, 2022). Derfor ønsker vi å undersøke hvordan sykepleiere kan iverksette tiltak for å forebygge underernæring i sykehjem.

1.2 Oppgavens hensikt

Problemstillingen setter søkelys på hvordan sykepleiere kan forebygge underernæring hos eldre pasienter i sykehjem. Hensikten med denne oppgaven er å se på hvordan sykepleiere kan jobbe kunnskapsbasert i møte med underernæring. Å jobbe kunnskapsbasert innebærer at sykepleiere bruker ulike kunnskapskilder som kritisk vurderes (Helsebiblioteket, 2021). Målet er å belyse strategier og tiltak sykepleiere kan gjøre for å forebygge underernæring hos eldre i sykehjem.

1.2.1 Problemstilling

“Hvordan kan sykepleiere forebygge underernæring hos eldre pasienter i sykehjem?”

1.3 Begrepsavklaringer

Eldre

“Aldringsprosesser begynner allerede fra man er 20 år, men 65 år regnes gjerne som grensen for kategorien eldre” (Eide & Eide, 2019, s.309).

Underernæring

Underernæring defineres som en vedvarende tilstand der en persons inntak av energi og/eller essensielle næringsstoffer ikke dekker vedkommendes behov (Aagaard, 2016, s.214). En KMI-verdi på under 22 er et tegn på underernæring hos personer over 65 år (Arsky et al., 2016, s.267).

Forebygge

Forebyggende sykepleie handler om å påvirke konkrete risikofaktorer som er forbundet med sykdom, og omfatter tiltak for å forebygge sykdom hos friske og utsatte grupper (Kristoffersen, 2016e, s.297).

1.4 Avgrensninger i forhold til oppgavens problemstilling

Oppgaven avgrenses til eldre pasienter boende i sykehjem. Det vil være et sykepleiefaglig perspektiv der vi tar for oss sykepleierens strategier. Herunder kommer også hva sykepleiere kan gjøre for å forebygge underernæring hos eldre pasienter i sykehjem. Fokuset rettes mot eldre pasienter, da de som gruppe er særlig utsatt for underernæring (Aasgaard, 2016, s.214). Vi ekskluderer pasientene som trenger parenteral og intravenøs ernæring, og har hovedfokus på oral ernæring. Denne oppgaven vil heller ikke omfatte ernæring til døende pasienter.

1.5 Oppgavens oppbygging

Oppgaven er inndelt i 6 kapitler. Først presenteres kapittel 2.0 som beskriver relevant teori opp mot problemstillingen. Her blir også teoretikeren Virginia Henderson beskrevet. I kapittel 3.0 belyses hva slags metode som er brukt i oppgaven, hvor vi videre redegjør for fremgangsmåten ved datainnsamlingen, søkestrategier, inklusjons- og eksklusjonskriterier, databaser, samt kvalitetsvurdering og etisk vurdering av forskningsartiklene. Analysen forklares i slutten av dette kapitlet. I kapittel 4.0 belyser vi sentrale funn basert på analysen vi har tatt for oss i hver forskningsartikkel. Videre har vi kapittel 5.0 hvor metodediskusjon og resultatdiskusjon presenteres. Kapittel 6.0 fremlegger en konklusjon for hele oppgaven.

2 Teoribakgrunn

Under dette kapittelet knyttes relevant teori opp mot problemstillingen. Herunder belyses underernæring, forebygging, sykepleierens ansvar i ernæringsarbeidet og organisatoriske rammer. Herunder vil vi også kort beskrive Virginia Hendersons teori.

2.1 Underernæring

Underernæring kan beskrives som en tilstand der mangel på energi eller protein gir vekttap og redusert muskelmasse. Tilstanden medfører forverret fysisk eller mental funksjon, og dårligere utfall ved sykdom (Helsedirektoratet, 2022). Beboere i sykehjem er generelt skrøpelig, har nedsatt appetitt og flere har sykdommer som kan påvirke ernæringstilstanden. Vekttapet skyldes ofte sammensatte årsaker, noe som gjør at underernæring blant eldre ofte er komplekst (Aagaard, 2016, s.215). Derfor er det viktig å korrigere vekttap så tidlig som mulig (Brodtkorb, 2020, 301-303). Sentrale grunner til at eldre mister matlyst skyldes normale aldersforandringer, funksjonssvikt og sykdom (Brodtkorb, 2020, s.301). Det kan også være en konsekvens av nedsatt smaks- lukte- og synssans, redusert spyttproduksjon, munntørrehet, lite fysisk aktivitet og obstipasjon (Brodtkorb, 2020, s.303).

Ernæringscreening er et viktig verktøy for å kartlegge om pasienten er på vei til å utvikle eller har utviklet et ernæringsproblem, noe som bør gjøres ved innleggelse i sykehjem og regelmessig deretter (Brodtkorb & Ranhoff, 2020, s.204). Utover det, anbefaler Helsedirektoratet (2016) at eldre i sykehjem vurderes månedlig.

2.2 Sykepleierens ansvar i ernæringsarbeidet

Som sykepleier har man et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie. Det er en forventning om at sykepleiere holder seg faglig oppdatert om forskning og utvikling som bidrar til at ny kunnskap anvendes i praksis (Norsk sykepleierforbund, 2019). Helsepersonelloven (1999) stiller krav til forsvarlig utøvelse av sykepleie, og understreker at alle sykepleiere har et eget ansvar for å vurdere sin egen kompetanse ut ifra arbeidsoppgavene. Helsedirektoratet (2019) skriver at "God ernæringspraksis handler om å følge opp den enkeltes ernæringsstatus med formål om å forebygge feil- og underernæring". Dette innebærer at man kartlegger, vurderer, dokumenterer og evaluerer pasientens ernæringsstatus (Helsedirektoratet, 2019).

Sykepleieprosessen er en modell som kan brukes for å sikre helhetlig og individuell sykepleie (Kirkevold, 2022). Hensikten med metoden er å sikre at pasienten får den hjelpen han har krav på. Dette gjøres gjennom metodens fem trinn: datasamling, kartlegging av behov, formulering av sykepleietiltak, gjennomføre tiltakene og vurdere om tiltakene har hatt effekt (Kirkevold, 2022). Det har alltid vært en viktig sykepleieoppgave å legge forholdene til rette for at pasientene skal få dekket sitt ernæringsbehov (Aagaard, 2016, s.192). Dette innebærer et tilstrekkelig mat- og væskeinntak for å forhindre at pasientene blir underernært.

2.3 Forebygging

Å forebygge omfatter tiltak for å redusere risikoen for sykdom hos friske og utsatte grupper (Kristoffersen, 2016e, s.297). Forebygging er i tillegg en av sykepleiernes viktigste funksjonsområder, som rettes mot både friske mennesker og mot mennesker som er utsatt for komplikasjoner (Kristoffersen et al., 2016a, s.17-18). Hos eldre mennesker krever det mer helsearbeid som innebærer å forebygge sykdom, skade og tidlig død, samt å bedre og bevare personens helse, funksjonsnivå og livskvalitet (Ranhoff, 2020, s.160). Forebygging kan inndeles i ulike kategorier; primær, sekundær og tertiær. Primærforebyggende arbeid omfatter tiltak som er viktig når Eldres funksjoner svekkes (Ranhoff, 2020, s.160-161). Sekundærforebygging er tiltak som settes i verk etter at det har oppstått et symptom eller en hendelse, mens tertiærforebygging settes i gang for å forebygge ytterligere konsekvenser av en eksisterende sykdom (Ranhoff, 2020, 164-166). Blant de eldre er de fleste av tiltakene det vi kaller sekundær- og tertiærforebygging (Ranhoff, 2020, s.161). Det kan blant annet innebære å forebygge underernæring, noe som går innenfor sekundærforebygging. Det kan også handle om å iverksette tiltak for å unngå forverring av underernæring, i henhold til tertiærforebygging.

2.4 Sykepleieteoretiker Virginia Henderson

Virginia Henderson er kjent for sin sykepleierteori. Teorien fremlegger sykepleieres ansvar til å ivareta pasientenes grunnleggende behov når pasientens egne ressurser ikke tilfredsstilles på bakgrunn av sykdom og helsesvikt (Kristoffersen et al., 2016a, s.24). De grunnleggende behovene består av 14 punkter, hvor de 5 første handler om: normal pust, tilstrekkelig mat og drikke, få fjernet avfallsstoffer, mulighet for bevegelse og søvn og hvile (Henderson, 1998, s.85). Punkt 2 er spesielt relevant for denne oppgaven, og omhandler å spise og drikke tilstrekkelig. For å kunne tilfredsstille punkt 2 er det for eksempel nødvendig å kunne puste normalt først. Slik har alle punktene en sammenheng med hverandre. Det å ivareta et annet menneskes grunnleggende behov baseres på kjennskap til personen, og bør samsvare med det personen selv ville gjort om han var i stand til det, understreker Henderson (Kristoffersen et al., 2016a, s.24).

2.5 Organisatoriske rammer

Organisatorisk kompetanse handler om å organisere pasientarbeidet, og inneholder tre delkompetanser; koordinering av pasientforløp, ledelse av team og fagutvikling og formidling (Orvik, 2022, s.32). For helsepersonell innebærer organisatorisk kompetanse blant annet om å planlegge og prioritere egne arbeidsoppgaver, delegere oppgaver til andre, koordinere pasientrettede aktiviteter, handle ressursbevisst, sikre pasientforløp og ha evnen til å samarbeide tverrprofesjonelt (Orvik, 2022, s.33). All form for organisering vil i grunn handle om samarbeid og samhandling (Orvik, 2022, s.64). Som en viktig faktor ved forebygging av underernæring er det nødvendig med tverrfaglig samarbeid for et kvalitetssikret pasientforløp, og man må bruke ressursene der det er bruk for dem. De jobber mot et felles mål ved å først utrede pasientens behov, planlegge, gjennomføre og evaluere tiltak, samt avklare nye mål. Slik får faggruppene et felles utgangspunkt og mål, som sikrer kontinuitet og trygge overganger (Helsedirektoratet, 2018b).

3 Metodebeskrivelse

I dette kapitlet presenteres oppgavens metodiske tilnærming som er en litteraturstudie. Det som kjennetegner en slik studie er at man gjennomgår og samler tidligere forskning og litteratur for å finne svar på det man ønsker å skrive om (Aveyard, 2019, s.2). Dette skal gjøres som et grundig arbeid, slik at innsamlet data ikke er tilfeldig utvalgt (Aveyard, 2019, s.2). Videre belyser vi fremgangsmåten for hvordan vi samlet inn data, søkestrategier, inklusjons- og eksklusjonskriterier, databaser, samt kvalitetsvurdering og etisk vurdering av forskningsartiklene vi har funnet. I slutten av kapitlet har vi inkludert en analyse av forskningsartiklene. Vi tok i bruk Aveyard (2019) sin fremgangsmåte til analysene.

3.1 Systematisk litteratursøk

Vi har gjennomført et systematisk litteratursøk for å finne artikler knyttet til problemstillingen. Problemstillingen som er valgt er basert på vår interesse om utfordringen som vi selv har erfart som helsepersonell i sykehjem. Samtidig er underernæring det største og hyppigste problemet blant eldre (Brodtkorb, 2020, s.301). Som forklart i Aveyard (2019) er grunnlaget for å gjennomføre systematiske litteratursøk å ha en tydelig formulert problemstilling, slik at vi vet hva slags søk vi skal gjøre. I tillegg til en godt formulert problemstilling er det vesentlig å ha tydelige beskrivelser av kriterier og metoder for søk og utvalg av artikler som er gjort i en tabell som vi henviser til under kapittel 3.2.2 (Aveyard, 2019, s.166).

3.2 Datainnsamling

I starten av prosessen ønsket vi å skrive om forebygging av underernæring hos pasienter med demens i institusjon. Vi begynte med litteratursøk den 29.03.23. Det fremkom at flere av de valgte forskningsartiklene ikke hadde svar på det vi ønsket å få frem, og vi valgte å fjerne demens. Da demens var en sentral faktor i de få artiklene vi hadde funnet, måtte vi begynne søkeprosessen på nytt. Den 21.04.23 begynte vi nye søk ut fra problemstillingen "Hvordan kan sykepleier forebygge underernæring hos eldre pasienter i sykehjem?".

3.2.1 Søkestrategier

I Aveyard (2019) sin fremgangsmåte skal en inkludere en oversikt over søkeordene og forklare søkestrategien. Søkeordene vi har valgt å bruke er basert på problemstillingen vår som inneholder forebygging, underernæring, sykehjem og eldre. I databasen IDUNN brukte vi de norske søkeordene. Vi gjorde et søk med søkeordene "underernæring, forebygging og sykehjem. Da vi brukte databasen MEDLINE, oversatte vi ordene til engelsk for å få best mulig utbytte av søkeordene "prevention", "malnutrition" og "nursing home". Vi forsøkte å finne synonymer for forebygging og underernæring på engelsk, men det var "prevention" og "malnutrition" som ga best søkeresultat. For å få begrensede søk gjorde vi et "advanced search" i begge databasene, slik at vi kun fikk opp forskningsartikler mellom 2014-2023. I MEDLINE kunne man legge inn flere

avgrensninger. Her ønsket vi at artiklene skulle være på et forståelig språk, og valgte derfor norsk, engelsk og dansk. For å få et samlet søk med søkeordene brukte vi den boolske operatoren "AND" som en søketeknikk, for å få opp artikler som består av alle søkeordene.

3.2.2 Søketablell

Søkeord	Dato	Database	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstracter (antall)	Leste artikler (antall)	Inkluderte artikler (forfatter, årstall)
Prevention AND malnutrition AND nursing home	21.04-23	MEDLINE	Artikler mellom 2013-2023 Språk: Norsk, dansk og engelsk	14	8	5	Van den Berg et al., 2021 Keller et al., 2017 Paur et al., 2022
Forebygging AND Underernæring AND Sykehjem	21.04-23	IDUNN	Artikler mellom 2013-2023 Forskningsartikler	7	7	4	Leirvik et al., 2016 Landmark, Gran & Grov, 2015

Tabell 1

Manuelle søk

I tillegg til databasesøk fant vi to artikler gjennom manuelle søk (Aveyard, 2019). Artiklene til Kuven (2017) og Gjerlaug (2016) fant vi på sykepleien.no. Her brukte vi søkeordene: underernæring, forebygging og sykehjem. Søkeordene ga ti treff, hvor to artikler er relevante for vår problemstilling. Avgrensninger: fagfelleverderte artikler og tidsperiode 2014-2023.

3.2.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier hjelper forfatteren å avgjøre hvilke artikler som skal inkluderes og ekskluderes i oppgaven (Forsberg og Wengström, 2016, s.174). For å finne relevante artikler bruker vi Aveyard (2019) sin fremgangsmåte hvor vi sammenligner artiklenes sammendrag med inklusjonskriteriene (Aveyard, 2019, s.166). Med denne fremgangsmåten fant vi gode artikler som består av det vi ønsker at oppgaven skal inneholde:

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Eldre pasienter i sykehjem	Parenteral ernæring, sondeernæring og ernæring til døende pasienter
Sykepleiefaglig perspektiv	Pasient, pårørendeperspektiv
Ingen begrensninger på kjønn	Artikler med språk vi ikke forstår
Språk: norsk, dansk og engelsk	
Artikler i tidsperioden 2014-2023	

Tabell 2

3.2.4 Databaser

MEDLINE

Etter at vi byttet problemstilling, begynte vi med nye søk i MEDLINE. Søkeordene som ble benyttet var prevention, malnutrition og nursing home. Boolsk operatør «AND» sørget for at alle søkeordene inkluderes i artikkelreferansen og avgrenser søket. Søket ble avgrenset med årstall og språk. Da fikk vi 14 treff, og vi leste alle titlene. Vi fant åtte interessante artikler, der sammendragene deres ble gjennomgått. Ut ifra det ble fem artikler lest, og tre valgt til oppgaven vår.

IDUNN

Siden IDUNN er en norsk database brukte vi samme søkeord, men under norsk oversettelse. Det ble benyttet et avansert søk som innebar forskningsartikler fra 2014-2023. Vi foretok et søk med søkeordene: Forebygging AND Underernæring AND Sykehjem. Dette resulterte i syv treff. Vi leste alle syv sammendrag, og fant to artikler som var relevante til problemstillingen.

3.2.5 Kvalitetsvurderinger

Det første steget i fremgangsmåten til Aveyard (2019) går ut på å kritisk vurdere kvaliteten på artiklene som er valgt. Vi begynte å bruke Aveyard (2019) sine seks spørsmål, for kritisk tenkning for å skaffe en helhetlig oversikt over artiklene. Da artiklene var lest, valgte vi å bruke en sjekklister fra Helsebiblioteket for vurdering av kvalitative studier. Dette gjorde vi som en slags "dobbelkontroll" for å kvalitetssikre vår egen vurdering (Helsebiblioteket, 2018). Dette var en lang prosess hvor vi leste artiklene nøye og noterte underveis, slik at vi lettere kunne finne tilbake når vi skulle gå i dybden under analysen.

For at artiklene skulle være kvalitetssikre ble det vektlagt om artiklene hadde en klar problemstilling og et relevant forskningsdesign. Videre ble det vurdert om funnene og resultatene av studien var troverdige og relevante for problemstillingen. I tillegg gjorde vi en kvalitetsvurdering av tidsskriftene hvor artiklene er publisert. For å vurdere artikkelens nivå søkte vi i «Register over vitenskapelige publiseringskanaler» gjennom Norsk senter for forskningsdata (NSD, u.å.). Nivå 1 betyr at artikkelen er en ordinær forskningsartikkel, mens nivå 2 er det høyeste nivået for vitenskapelige artikler (Kanalregister, u.å.). Blant de syv artiklene som ble funnet, er seks artikler på nivå 1, og én artikkel på nivå 2. Alle artiklene er fagfellevurdert.

3.2.6 Etske hensyn

I en systematisk litteraturstudie bør etiske vurderinger foretas. Retningslinjer for god forskning sier at juks og uærlighet ikke skal skjje i forskningen (Det nasjonale forskningsetiske komiteene, 2019). Det vil si at bruk av referanser på riktig måte vil unngå anklager om plagiat eller feil fremstilling i forskningsartikkelen (Aveyard, 2019, s.168).

Helsinkideklarasjonen (1964) ble utformet av Verdens legeförening og tar for seg retningslinjer innen medisinsk forskning, hvor spesielt sårbare mennesker er involvert (Førde, 2014). Deklarasjonen brukes både nasjonalt og internasjonalt, og er en slags etisk grunnlov for forskning på mennesker. Alle som arbeider med forskning og forskningsetikk må forholde seg til Helsinkideklarasjonen. Prinsipper om pasienters medvirkning, informasjon og samtykke står sentralt her (Den norske legeförening, 2012). Blant flere av artiklene er det tatt etiske hensyn. Det gikk ut på å anonymisere deltakerne, og de hadde mulighet til å trekke seg fra studien når som helst. Noen artikler har ikke inkludert etiske hensyn i studien, men siden alle artiklene er fagfellevurdert antar vi at en slik vurdering er gjort og beskrevet ovenfor tidsskriftet. Vi har derfor valgt å inkludere artiklene likevel. Under etiske hensyn synes vi det har vært viktig å referere kilder på en redelig måte, da vi ikke har en intensjon for å ta på oss æren for andres verk. Underveis har vi også systematisk skrevet ned kildene vi har brukt med APA 7, for å enkelt finne frem kildene og for andre som skal finne de senere.

3.3 Analyse

Å analysere betyr å skille mellom ulike elementer eller dimensjoner i et materiale – å skille likt fra ulikt. Dette gjorde vi med hjelp av Aveyard (2019) sine faser. Det første steget i fremgangsmåten til Aveyard (2019) går ut på å kritisk vurdere kvaliteten på artiklene som er valgt. Dette var en lang prosess hvor vi leste forskningsartiklene nøye.

Vi valgte å ta i bruk sju artikler hvor studien blir inkludert ved hjelp av inklusjonskriteriene. Videre lagde vi en oversikt hvor vi skrev ned de viktigste funnene, hva hensikten var og hvilke nøkkelfunn vi fant. For å få en bedre oversikt, lagde vi fargekoder for nøkkelfunnene våre som skulle hjelpe oss i steg to.

I Aveyard (2019) sin fremgangsmåte omhandler steg to identifisering og utviklingen av tema fra funn eller resultatdelen fra hver av disse artiklene. Ifølge Aveyard (2019) bør funn eller resultatdelen i hver artikkel gjennomgås nøye, før man kan lage tema. Målet med denne prosessen er å oppsummere og identifisere felles tema, sammenligne studiene, og på denne måten finne en felles forståelse (Aveyard, 2019). For å finne temaene som reflekterer vår problemstilling gikk vi direkte til resultatet i hver artikkel, og så på hvilke nøkkelfunn som går igjen. De temaene som gikk igjen, ble ført inn i en tabell med samme fargekoder som tidligere for å få en bedre oversikt. Tabellen vår er delt inn i temaer gitt i fargekoder og artikler med årstall og forfatter. Vannrett finner dere temaene, og loddrett finner dere artiklene. Det er lagt inn et "check" tegn for å enkelt vise hvilke temaer som er i hver artikkel og hvilke temaer som går igjen i alle artiklene. Tabellen hjelper oss å se på hvordan temaene henger sammen, og vil gjøre det enklere å ta for seg likheter og ulikheter som skal sammenlignes. Dette utgjør det tredje steget i fremgangsmåten til Aveyard (2019). Her ser man på hvordan temaene henger sammen og hva forskjellen er på de ulike funnene.

Hovedtema Undertema→ Artikler ↓	Ernæringskompetanse		Forebygging og rammevilkår		
	Kunnskap som ressurs	Ernærings- screening	Måltidsmiljø	Tverrfaglig samarbeid	Sykepleier til stede
1. Kuven & Giske (2017)	✓			✓	
2. Gjerlaug et al. (2016)		✓			
3. Leirvik et al. (2016)	✓	✓	✓	✓	✓
4. Landmark et al. (2014)		✓			
5. Van den Berg et al. (2021)	✓		✓		✓
6. Keller et al. (2015)			✓		✓
7. Paur et al. (2022)		✓			

Tabell 3

Det siste og fjerde steget var det mest tidkrevende og utfordrende, da man skulle finne nye temanavn og beskrive funnene best. I denne prosessen skulle vi plassere hovedfunnene under ulike hovedtema. Først og fremst fant vi ut at vi kunne slå sammen nøkkelfunnene «måltidsmiljø» og «individuell tilrettelegging». Under «måltidsmiljø» vil vi derfor skrive om hvordan man kan "tilrettelegge måltidet for hver enkelt pasient" fremfor å ha de som to separate undertema.

4 Resultat

I dette kapittelet presenteres sentrale funn med utgangspunkt i analysen av forskningsartiklene. Vi har kategorisert funnene i en tabell med de ulike temaene vi ser på som relevante. Etter tabellen vil vi redegjøre for våre funn.

4.1 Artikkelmatrikse

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep	Metode	Resultat	Relevans
Kuven, B. M., & Giske, T. (2017). Samhandling mellom sykepleier og lege er viktig for ernæringsstilstand en til sykehjemspasienter	Hensikten med denne studien er å belyse hvordan sykepleiere samhandler med lege om ernæringsarbeidet på sykehjem.	Sykehjem, ernæring, samarbeid, leger og sykepleiere	En kvalitativ studie som har, fokusgruppeintervjuer med sykepleiere som er involvert i direkte pleie.	Samarbeidet mellom sykepleiere og sykehjemslegen spiller en viktig rolle i ernæringsarbeidet i sykehjem. Et godt samarbeid fremmer faglig forsvarlig ernæringsbehandling for pasienter i sykehjem.	Studien har et sykepleieperspektiv som ser på tverrfaglig samarbeid som forebyggende tiltak for å forhindre underernæring, og vil derfor være relevant for vår problemstilling.
Gjerlaug, A. K., Harviken, G., Uppsata, S., & Bye, A. (2016). Verktøy ved screening av risiko for underernæring hos eldre. Sykepleie forskning, 11(2), 148-156.	Hensikten med studien er å identifisere screeningverktøy som er egnet til å avdekke risiko for underernæring hos eldre i sykehjem.	Eldre, underernæring, ernæringscreening, review-artikkel, og screeningverktøy	En kvantitativ studie hvor 4 forfattere samlet sammen data fra ulike artikler der de oppsummerer hva forskning sier om validitet, reliabilitet og anvendbarhet.	Forskningen viser at MNA-SF er et godt egnet screeningverktøy for denne målgruppen, men at det foreligger lite forskning som har vurdert validitet, reliabilitet og anvendbarhet av screeningverktøy for å avdekke risiko for underernæring blant eldre på langtidsinstitusjon.	Studien sammenligner ulike screeningverktøy, et viktig verktøy og tiltak for å forebygge underernæring. Dette ser vi på som relevant til vår oppgave da det kan være med på å svare på vår problemstilling.
Leirvik, Å. M., Høye, S., & Kvigne, K. (2016). Mat, måltider og ernæring på sykehjem – erfaringer fra et aksjonsforskningsprosjekt. Nordisk sygeplejeforskning, 6(2), 179-197.	Hensikten med studien var å forbedre kvaliteten på sykepleien til pasientene innen området mat, måltider og ernæring.	Kompetanseheving, kunnskapsbasert praksis, kvalitetsutvikling og sykepleiernettverk	En kvantitativ studie med en aksjonsforskningsorientert tilnærming. Seks sykehjem deltok i en treårsperiode. To nettverksgrupper ble dannet, med egen prosjektleder.	I løpet av perioden ble det oppnådd kvalitetsforbedringer i sykepleien innenfor flere områder: skape ro under måltidene, tilrettelegging av spisesituasjonen, mellommåltider, utvikling av sykepleiernes kompetanse.	Studien har et sykepleieperspektiv som ser på forebyggende tiltak for å forhindre underernæring og vil derfor være relevant for vår problemstilling.
Landmark, B. T., Gran, S. V., & Grov, E. K. (2014). Ernæringsstatus blant pasienter i sykehjem og i hjemmesykepleie kartlagt ved hjelp av Ernæringsjournalen. Klinisk sygepleje, 28(1), 4-14.	Hensikten med studien er å kartlegge og vurdere ernæringsstatus hos eldre pasienter i sykehjem og eldre som daglig mottar hjemmesykepleie.	Eldre, sykehjem, hjemmesykepleie, ernæringsstatus og undersøkelser	En kvantitativ studie hvor det er anvendt en punktprevalensundersøkelse hvor data ble samlet inn på ulike tidspunkt med en måneds intervall. 799 pasienter som var 67 år eller eldre, og ga muntlig samtykke til studien.	Studien viser at 50% i dette materialet er underernært. Resultatet sier at kompetansehevede tiltak bør iverksettes for å styrke pasientens ernæringsstatus og ansattes kompetanse til å kartlegge ernæringsstatus.	Studien har et pasientperspektiv som ser på forekomsten av underernæring og hvor viktig det er at ernæringsstatus blir kartlagt. Den vil være relevant for vår problemstilling da den sier mye nyttig om ernæringskartlegging som forebyggende tiltak.

<p>Keller, H., Beck, A. M., & Namasivayam, A. (2015). Improving food and fluid intake for older adults living in long-term care: a research agenda. <i>Journal of the American Medical Directors Association</i>, 16(2), 93-100.</p>	<p>Hensikten med studien er å presentere funn og få en oversikt over hva som er den beste prioriteringen for å fremme mat- og væskeinntak, samt forbedre måltider blant eldre voksne i langtidspleie i sykehjem.</p>	<p>Mat, væske, inntak, langtidspleie, konsensus, prioritert forskning</p>	<p>En kvalitativ studie gjort av en forskergruppe som identifiserte potensielle deltakere, for å sikre at gruppen var stor nok til studien for å bygge konsensus. En bred faggruppe ble inkludert som ekspertise (sykepleiere, ernæringsfysiologer og psykologer) som skulle vurdere ulike punkter for prioritering av determinanter for mat- og væskeinntak.</p>	<p>Resultatet viser til at forskerne fant flere gode determinanter for mat- og væskeinntak som både innebærer tiltak rettet mot helsepersonell, men også rundt beboerne på sykehjemmet.</p>	<p>Studien resulterte i flere tiltak som bør prioriteres ved måltider og mat- og væskeinntak, noe vi ser på som relevant i oppgaven vår.</p>
<p>Paur, I., Smedshaug, G. B., Haugum, B., Bye, A., Eliassen, E., Flottorp, T. L., ... & Krogh, H. W. (2022). The Norwegian Directorate of Health recommends malnutrition screening tool (MST) for all adults. <i>Clinical Nutrition ESPEN</i>, 52, 28-31.</p>	<p>Hensikten med studien er å finne et screeningverktøy som best kan identifisere underernæring.</p>	<p>Underernæring, screening, anbefaling og nasjonal retningslinje</p>	<p>En kvantitativ studie der Helsedirektoratet har brukt ulike metoder for veiledning til å bearbeide bevis til anbefalinger gjennom evidensbasert praksis, en praktisk beslutningsprosess basert på en litteraturgjennomgang, GRADE, og en beslutningsmodell (DECIDE).</p>	<p>Etter sammenligning av 4 validerte screeningverktøy for ernæring, og basert på GRADE, DICIDE og arbeidsgruppens konsensus vil Helsedirektoratet anbefale MST (Malnutrition screening tool), for screening av underernæring blant aldersgruppen >18 år uansett diagnose eller tilstand.</p>	<p>Studien viser til at underernæring er et problem i Norge da det ikke blir identifisert eller behandlet. Helsedirektoratet gjorde en forskning på hvilket screeningverktøy som var best egnet for å identifisere underernæring. Screeningverktøy er et viktig tiltak, og vil derfor være relevant for problemstillingen.</p>
<p>Van den Berg, G. H., Huisman-de Waal, G. G., Vermeulen, H., & de van der Schueren, M. A. (2021). Effects of nursing nutrition interventions on outcomes in malnourished hospital inpatients and nursing home residents: A systematic review. <i>International journal of nursing studies</i>, 117, 103888.</p>	<p>Hensikten med studien er å gi en oversikt over effektiviteten av ernæringsstiltak fra sykepleiere for å forebygge underernæring.</p>	<p>Sykehus, underernæring, pleiepersonell, sykepleie ernæringsintervensjon, ernæringsstøtte, grunnleggende om omsorg, ernæringsstatus og systematisk gjennomgang</p>	<p>En kvantitativ studie der det har blitt gjort en systematisk gjennomgang som ble gjennomført basert på de generelle prinsippene i Cochrane Handbook for Systematic Review of Interventions. Denne typen gjennomgang brukes for å gi beskrivelse av innhold og effekter av eksisterende sykepleietiltak i institusjoner som er empirisk testet.</p>	<p>Effektiviteten av studien må evalueres ytterligere i fremtidige studier fordi de fleste studiene var av lav kvalitet pga. hindret svar i konklusjonen. Likevel var det 6 av 15 studier som rapporterte at ernæringsstatusen og/eller kliniske utfall som følge av intervensjonene ble forbedret.</p>	<p>Det ble identifisert to artikler i studien som innebærer sykepleietiltak for å motvirke underernæring og en ernæringsplan med fokus på sykepleiehandlinger rettet mot ernæring, noe vi ser på som relevant for vår problemstilling.</p>

Tabell 4

4.2 Ernæringskompetanse

Flere av artiklene tar for seg mangel på kompetanse blant sykepleiere (Kuven et al., 2017, Leirvik et al., 2016 og Van den Berg et al., 2021) og hva slags screeningverktøy som er viktig for å kartlegge underernæring (Landmark et al., 2016, Leirvik et al., 2016, Gjerlaug et al., 2016, Paur et al., 2022).

4.2.1 Kunnskap som sykepleieressurs

I Kuven m.fl., (2017), Leirvik m.fl., (2016) og Van den Berg m.fl., (2021) avdekkes det at det er for lav ernæringskompetanse blant sykepleiere. Kuven m.fl., (2017) vektlegger at alle sykepleiere har et selvstendig og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger, og at dette inkluderer å holde seg faglig oppdatert. Videre viser funn i Kuven m.fl., (2017) at hevet kompetanse blant sykepleiere gjør tverrfaglige samarbeid lettere, og er med på å øke ernæringen hos pasientene. God ernæringspraksis henger sammen med god ernæringsmessig kunnskap, da forsvarlighet og kvalitet i ernæringsarbeidet uteblir uten ernæringskunnskaper (Kuven m.fl., 2017). I både Kuven m.fl., (2017) og Leirvik m.fl., (2016) blir det beskrevet at grunnen til lav ernæringskunnskap er at andre sykepleieroppgaver bidrar til nedprioritering av ernæringsarbeidet. Dette innebærer tidspress, lite personell til stede og manglende dokumentasjon. Leirvik m.fl., (2016) påpeker at ledelsen har et viktig ansvar for at sykepleiere lykkes. Dette innebærer at ledelsen legger av tid til fagdager og refleksjon i hverdagen.

I Leirvik m.fl., (2016) var målet "å styrke kompetanse i å arbeide kunnskapsbasert". Herunder var målet at helsepersonell, inkludert sykepleiere, skulle innhente og vurdere forskningsbasert kunnskap, være kritisk og reflektere over eget arbeid og innhente ny kunnskap av lokale fagdager. Konkrete resultater viser at personalet ble mer bevisst, og at pasientene fikk bedre sykepleie (Leirvik m.fl., 2016).

4.2.2 Ernæringscreening hos eldre

Ernæringscreening er viktig for å kartlegge og vurdere ernæringsstatus hos eldre, og er et nødvendig klinisk tiltak for å forebygge underernæring og iverksette tidlig tiltak (Landmark m.fl., 2016). I både Leirvik m.fl., (2016) og Landmark m.fl., (2014) sin studie har begge brukt Helsedirektoratet sin Ernæringsjournal for å kartlegge underernæring hos eldre beboere. Ernæringsjournalen baseres på kartlegging av vekt, høyde og vektendring, i tillegg til ti ernæringsrelaterte spørsmål. Begge studiene viste en positiv endring, hvor kvalitetsforbedringer viste seg hos sykepleierne innenfor kartlegging og oppfølging av ernærings situasjonen hos hver enkelt. Tall viser at forekomsten av underernæring (KMI-verdi $<22 \text{ kg/m}^2$) hos eldre som bor i sykehjem er 30%. Studien bekrefter at ernæringscreening bør gjøres ved innkomst, og deretter hver måned for videre oppfølging (Landmark m.fl., 2014).

Ifølge Gjerlaug m.fl., (2016) foreligger det lite forskning som har vurdert validitet, reliabilitet og anvendbarhet av screeningverktøy for å kartlegge underernæring blant eldre i sykehjem. Deres forskning viser at MNA-SF er et godt egnet screeningverktøy for denne målgruppen. MST kan også være gode screeningverktøy i sykehjem, men har en tendens til å overdiagnostisere underernæring. Paur m.fl., (2022) sin studie har foretatt en gransking av nasjonale retningslinjer, hvor Helsedirektoratet kommer med

anbefalinger om hva slags screeningverktøy som egner seg til alle over 18 år. En revidert versjon av den nasjonale retningslinjen for forebygging og behandling av underernæring ble lansert i 2022 (Paur m.fl., 2022). Helsedirektoratet vurderte de fire mest validerte ernæringscreeningverktøyene, og ved oppsummering av resultatene ble rekkefølgen prioritert slik: Malnutrition Screening Tool (MST), Malnutrition Universal Screening Tool (MUST), Nutritional Risk Screening 2002 (NRS-2002) og Mini-Nutritional assessment (MNA). Basert på forskningens konsensus ble verktøyet MST anbefalt av Helsedirektoratet og screening av underernæring blant alle voksne >18 år i helsevesenet (Paur m.fl., 2022).

4.3 Forebygging og rammevilkår

Enkelte artikler tok for seg hvilken rolle miljøet spiller inn for matlysten og matinntaket til pasientene (Leirvik et al., 2016, Keller et al., 2015). Miljøet spiller en rolle for tverrfaglig samarbeid i sykehjemmet for å oppdage, følge opp og forebygge underernæring (Kuven et al., 2017, Leirvik et al., 2016), samt viktigheten av at sykepleiere er til stede rundt matbordet (Leirvik et al., 2016, Van den Berg et al., 2021, Keller et al., 2015).

4.3.1 Måltidsmiljø

Miljøet viser seg å ha stor betydning for matlysten og matinntaket til pasientene. Leirvik m.fl., (2016) og Keller m.fl., (2015) påpeker viktigheten av hvordan sykepleiere og andre helsepersonell kan bidra til et mer trivelig miljø.

Leirvik m.fl., (2016) og Keller m.fl., (2015) nevner miljøet som et tiltak for å fremme ernæring og måltids glede blant eldre i sykehjem. Keller m.fl., (2015) fremhever viktigheten av atmosfæren og hvordan beboerne har det rundt seg når de spiser. Tiltak som å ha det lyst, bilder på veggen, musikk og et ryddig fellesmiljø blir nevnt som faktorer som fremmer matinntak. Leirvik m.fl., (2016) hadde som mål "å skape ro og trivsel rundt måltidene". Flere avdelinger i studien skaffet langbord og innførte bordkort og faste plasser ved bordet. Det ble arrangert "livsgledeuka", hvor det ble servert "gammeldags" mat, og avdelingen ble ekstra pyntet. Ikke minst ble det innført egne bagedager for å ivareta opplevelsen av matlukt. Målet med studien var å forbedre kvaliteten på sykepleien til pasientene innenfor området mat, måltider og ernæring. Seks sykehjem deltok over en treårsperiode, og tall viser at 73% mener at prosjektet har bidratt til å øke kvaliteten på sykepleien. I tillegg mener 91% at målene for prosjektet ble oppnådd. Sykepleierne erfarte at et fint dekket bord, delikat servering og frisk luft økte appetitten. Resultatet viser også at en hyggelig atmosfære rundt måltidet stimulerer fordøyelse og opptak av næringsstoffer.

Leirvik m.fl., (2016) innførte flere måltider sent på kvelden, flere mellommåltider, og pasientene fikk oftere tilbud om drikke og mat enn tidligere. Det var viktig å tilby pasientene annen mat, dersom den serverte maten ikke fristet. Smoothie, yoghurt, frukt, kjeks og havregrøt med sukker var populært. Matinntaket og matlysten økte hos nesten alle pasienter. Leirvik m.fl., (2016) viser til at mat er kultur som representerer minner, tradisjoner og vaner. God gammeldags mat og tilrettelegging gjorde at pasientene koste seg og personalet opplevde at appetitten økte. Keller m.fl., (2015) nevner også at mat som har riktig konsistens, mer smak og er tilpasset den enkelte pasient fremmer matinntaket.

4.3.2 Tverrfaglig samarbeid

Flere av studiene viste til at det er nødvendig med tverrfaglig samarbeid når det gjelder underernæring i sykehjem. Ved mange sykehjem inngår ernæringsarbeid som et samarbeid mellom flere faggrupper og fagpersoner (Kuven m.fl., 2017). I Kuven m.fl., (2017) er hovedfunnene at samhandling mellom sykepleie- og legeyrke spiller en stor rolle for sykehjemspasientens ernæringstilstand. Blant pasientene oppfatter sykepleierne at legens ord blir oppfattet som "viktigere" enn det sykepleierne forteller. Derfor er det essensielt at legen har god kjennskap og kontakt med pasientene. Med ansvar for medisinsk utredning, diagnostisering og behandling, synes sykepleierne at legen også er en viktig medspiller i ernæringsarbeidet. I Leirvik m.fl., (2016) viser funn at et tverrfaglig samarbeid med post/kjøkkenverter og ernæringsfysiolog er svært verdifullt da det bidrar til kontinuitet, varierte måltider og individuell tilrettelegging. Ordningen bidro til større nærhet til pasientene og ga mulighet for ivaretagelse av individuelle ønsker og behov.

4.3.3 Sykepleier til stede rundt matbordet

Flere funn viser at helsepersonells tilstedeværelse rundt matbordet medfører ro, og at pasientene trivdes rundt måltidet. For beboere i sykehjem kan maten og måltidene være dagens høydepunkt, og av stor betydning for trivsel og selve opplevelsen. Leirvik m.fl., (2016), Van den Berg m.fl., (2021) og Keller m.fl., (2015) påpeker viktigheten av at sykepleiere og helsepersonell er til stede og støtter under måltider. Samhandling i måltidsituasjonen viste økt matlyst. Det å få hjelp av personalet ved måltider og at det brukes tid på de som spiser, er av stor betydning. Leirvik m.fl., (2016) viser til at en sentral oppgave er å stimulere glede hos pasientene så lenge som mulig, og at mat kan være en viktig kilde til glede.

5 Diskusjon

I dette kapitlet presenteres metodediskusjon og resultatdiskusjon. Styrker og svakheter ved det metodiske arbeidet vil reflekteres rundt. Videre diskuterer vi resultatene opp mot problemstillingen og relevant teori presentert under kapittel 2.

5.1 Metodediskusjon

Det er gjort en systematisk litteraturstudie hvor vi har samlet inn data fra forskningsartiklene vi har inkludert i oppgaven. Vi har valgt å bruke Aveyard (2019) sine 6 spørsmål for kritisk tenkning, men også sjekklister for kvalitative studier for en nøye analyse. Artiklene er både av kvantitativ og kvalitativ forskning, da vi ønsker å få belyst erfaringer og opplevelser fra helsepersonell. Samtidig ønsker vi å få tall fra statistikk som er gjort om underernæring i sykehjemmene. I kvalitativ studie får vi et innblikk i sykepleiers opplevelser og erfaringer som blir beskrevet med egne ord, som styrker vår oppgave da vi har valgt å skrive fra et sykepleierfaglig perspektiv. Noen av artiklene inkluderer også annet helsepersonell som vikarer og helsefagarbeidere, noe som kan utgjøre en svakhet siden vi skriver i et sykepleiefaglig perspektiv. Likevel ser vi på dette som god relevans i oppgaven, da artiklene sier mye godt i forhold til tverrfaglig samhandling i ernæringsarbeidet.

Nøkkelord fra problemstillingen er brukt i søkestrategien, for å få best mulig artikkeltreff på det vi ønsker svar på. Siden vi har brukt IDUNN og MEDLINE søkte vi med både norske og engelske søkeord, da hver av databasene er på ulike språk. Etter å ha vurdert artiklene kritisk, har vi inkludert 5 relevante artikler. Vi valgte også å gjøre manuelle søk fra sykepleien.no og inkluderte 2 artikler. Tre av artiklene vi har funnet er skrevet på engelsk, noe som kan utgjøre en svakhet da vi har oversatt teksten til norsk for å lettere kunne forstå innholdet. Konsekvensen av det er at ord og setninger oversettes feil og kan tolkes på en annen måte. Derfor har vi lest gjennom artiklene flere ganger både på norsk og engelsk, og vurdert innholdet sammen. De resterende artiklene er norske, noe som er en styrke for at vi forstår språket bedre.

5.2 Resultatdiskusjon

I resultatdiskusjonen gis vår tolkning av resultatene drøftet i lys av forskning, teori og egne meninger (Aveyard, 2019, s.167). Her besvares problemstillingen "Hvordan kan sykepleiere forebygge underernæring hos eldre i sykehjem" under hovedtemaene ernæringskompetanse og forebygging og rammevilkår, samt undertemaer til disse.

5.2.1 Ernæringskompetanse

Her belyses hva slags kunnskap sykepleiere bør ha for å fremme matinntaket og forebygge underernæring hos eldre, i tillegg til hva slags screeningverktøy som egner seg best for å oppdage og følge opp underernæring.

5.2.1.1 Kunnskap som sykepleieressurs

Som sykepleier har man et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie. Det forventes at sykepleiere holder seg faglig oppdatert om forskning og utvikling som bidrar til at ny kunnskap anvendes i praksis (Norsk sykepleierforbund, 2019). Sykepleierens kjernekompetanse kan kort defineres som å hjelpe pasienten med å dekke sine grunnleggende behov når pasienten selv ikke har kunnskap, vilje og styrke til å dekke disse behovene, herunder behovet for væske og ernæring (Henderson, 1998, s.45). Henderson (1998) påpeker at det er nødvendig å tilfredsstille flere behov på samme tid og at de må bli sett i en sammenheng. Dette kan gjøres gjennom sykepleieprosessen, som skal sikre at pasienten får den hjelpen han trenger (Kirkevold, 2022). For å sikre at pasienten får dekket sine grunnleggende behov kan sykepleier gå ut ifra fem trinn: datasamling, kartlegging av behov, formulering av sykepleietiltak, gjennomføre tiltakene og vurdere om tiltakene har hatt effekt (Kirkevold, 2022). Helsepersonelloven (1999) stiller krav til forsvarlig utøvelse av sykepleie og understreker at alle sykepleiere har et eget ansvar for å vurdere sin egen kompetanse ut ifra arbeidsoppgavene. Vi må allikevel ikke glemme at den administrative ledelsen har et ansvar for å tilrettelegge at dette er mulig (Kristoffersen, 2016d, s.223). I en yrkespraksis som hele tiden stiller nye krav, er livslang læring en forutsetning for å mestre yrkesrollen over tid. Det er derfor viktig at det blir satt av tid til fagdager, kurs, faglig veiledning og refleksjon i hverdagen. Leirvik m.fl., (2016) påpeker at ledelsens sentrale rolle er en forutsetning for å lykkes. Dette innebar en engasjert ledelse som prioriterte tid for fagdager og refleksjon i det faglige arbeidet. Kristoffersen (2016c, s.176) belyser at sykepleiere som deltar i faglig veiledning, opplever større jobbtilfredshet, mindre stress og opplever større trygghet i yrkesrollen.

Likevel viser flere av funnene våre at det er for lav ernæringskompetanse blant sykepleiere (Kuven m.fl., 2017; Leirvik m.fl., 2016; Van den Berg m.fl., 2021). Dette understreker helsedirektoratet (2017) via en undersøkelse som viser at ernæringskompetansen blant sykepleiere i Norge er mangelfull. Kuven m.fl., (2017) opplever at god ernæringspraksis henger sammen med god ernæringsmessig kunnskap. Videre blir det nevnt at forsvarlighet og kvalitet i ernæringsarbeidet uteblir uten gode ernæringskunnskaper. I Leirvik m.fl., (2016) arbeidet sykepleiere over en treårsperiode med å "styrke sin egen kompetanse ved å arbeide kunnskapsbasert". Herunder ble det fulgt anbefalinger fra lov om helsepersonell (1999) og yrkesetiske retningslinjer, hvor de holdt seg faglig oppdatert ved bruk av nyere forskning og vurderte, samtidig som de var kritisk til egen kompetanse. Resultater viser at personalet ble mer bevisst og at pasientene fikk bedre sykepleie (Leirvik m.fl., 2016).

I Landmark m.fl., (2016) er forekomsten av underernæring (KMI-verdi $<22 \text{ kg/m}^2$) hos eldre som bor i sykehjem 30%. Følger vi Helsedirektoratets retningslinjer, med KMI-verdier $<24 \text{ kg/m}^2$, er så mye som 50% av disse pasientene underernærte. Disse resultatene alene tilsier at kompetansehevede tiltak for å styrke pasientens grunnleggende ernæringsbehov bør iverksettes. God ernæringsstatus hos eldre fører normalt til at funksjonsdyktigheten bevares lenger, noe som vil ha betydning for trivsel og livslyst (Aasgaard, 2016, s.206). Underernæring kan være sammensatt av flere problemer, og det er derfor viktig at man tar en vurdering av pasientens totale livssituasjon og sykehistorie (Aasgaard, 2016, s.206).

5.2.1.2 Ernæringscreening hos eldre

Våre funn viser at ernæringscreening er viktig for å kartlegge og vurdere ernæringsstatus hos eldre, og er et nødvendig klinisk tiltak for å forebygge underernæring og iverksette tidlig tiltak (Landmark m.fl., 2016). Når sykepleiere møter eldre pasienter i sykehjem, er kartlegging av ernæringsstatusen grunnlaget for å vurdere om behovet for væske og ernæring er tilfredsstillende dekket (Aagaard, 2016, s.206). Optimal ernæringsstatus fremmer vekst og utvikling og beskytter kroppen mot sykdom og skader (Brodtkorb, 2020, s.302). Å opprettholde god ernæringsstatus hos eldre er derfor viktig forebyggende arbeid hvor sykepleiere har mye ansvar. Ved å kartlegge ernæringsstatus får man bekreftet eller avkreftet om pasienten har utviklet eller er i ferd med å utvikle et ernæringsproblem (Brodtkorb, 2020, s.302).

Leirvik m.fl., (2016) skriver at ernæringscreening er viktig for å kartlegge og vurdere ernæringsstatus hos eldre, og er et nødvendig klinisk tiltak for å forebygge underernæring og iverksette tidlig tiltak. I både Leirvik m.fl., (2016) og Landmark m.fl., (2014) viser bruk av ernæringsverktøy en positiv endring. Kvalitetsforbedringer viste seg hos sykepleierne innenfor kartlegging og oppfølging av ernæringsstatusen ble bedre hos hver enkelt pasient (Leirvik m.fl., 2016; Landmark m.fl., 2014). Punkt 2.1 i yrkesetiske retningslinjer (2019) står det at "Sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom". Alle personer som har behov for og mottar helsehjelp, har rettigheter som pasient. Som sykepleiere har man et ansvar for å ivareta deres ernæringsbehov (Brodtkorb, 2020, s.314), men vi må allikevel peke på følgende dilemma som en kan stå overfor i sin profesjonsutøvelse som omhandler pasientens autonomi. Autonomiprinsippet handler om at pasienten har rett til medbestemmelse, og til samtykke til egen helsehjelp (Wifstad, 2020, s.58). Man kan derfor ikke tvinge pasienter som er samtykkekompetente til å spise, selv om dette strider mot sykepleiers verdier og yrkesetiske retningslinjer.

Ernæringsscreeningsverktøyene som blir anbefalt i artiklene er Ernæringsjournalen (Leirvik m.fl., 2016; Landmark m.fl., 2014), MNA-SF (Gjerlaug m.fl.,2016) og MST (Paur m.fl., 2022). Gjerlaug m.fl., (2016) anbefaler MNA-SF for denne målgruppen, men skriver at det trengs mer forskning på dette området. Nyere forskning med Paur m.fl., (2022) mener at MST er det beste verktøyet, mens MNA ses på som minst pålitelig. Hvis vi går ut fra Paur m.fl., (2022) sin nyere forskning, vurderes altså MST som det beste verktøyet. Likevel er det ikke sikkert dette er godt nok utarbeidet for eldre, da verktøyet fungerer på samme måte til 18-åringer som hos eldre på 65 år (Helsedirektoratet, 2016). Selv om Gjerlaug m.fl., (2016) er eldre forskning, kan vi ikke se bort fra MNA-SF som et godt verktøy da det er den eneste studien og verktøyet spesifikt ser på hvilket verktøy som er best egnet for eldre over 65 år. MNA blir også anbefalt i kosthåndboken til Helsedirektoratet (Arsky et al., 2016, s.80), da den systematisk kartlegger årsaksforhold ved underernæring hos eldre pasienter (Brodtkorb, 2020, s.305).

5.2.2 Forebygging og rammevilkår

Her belyses hvordan en kan tilrettelegge måltidsmiljøet slik at matinntaket øker, samt hvorfor tverrfaglig samarbeid er nødvendig i sykehjem for at underernæring skal følges opp og forebygges.

5.2.2.1 Måltidsmiljø

Måltidsmiljø viser seg å være en viktig faktor for appetitt og matinntak. Et hyggelig måltidsmiljø og et godt mattilbud bidrar til matlyst, trivsel og matglede (Brodtkorb, 2020, s.310). Leirvik m.fl., (2016) og Keller m.fl., (2015) trekker frem fokus på et hyggelig miljø som et tiltak for å fremme ernæring og måltidsglede blant eldre i sykehjem. I kosthåndboken (Arsky et al., 2016, s.99) legges det stor vekt på at et godt måltidsmiljø har betydning for matinntaket. Måltidsmiljøet kan beskrives som atmosfæren rundt måltidene, hvor det er samspill mellom ledelse og ressurser, rommet, møtet med andre og hvordan maten presenteres. Alle disse faktorene har betydning for matinntaket (Arsky et al., 2016, s.99). Når vi ser på funn fra artiklene viser det seg at dette stemmer (Leirvik m.fl., 2016; Keller m.fl., 2016). Sykepleierne erfarte at et fint dekket bord, delikat servering, bilder på veggene, at det var ryddig og frisk luft skjerpet appetitten (Leirvik m.fl., 2016; Keller m.fl., 2016). Leirvik m.fl., (2016) la spesielt vekt på "å skape ro og trivsel rundt måltidene". Her skaffet avdelingene et langbord, innførte bordkort og førte inn faste plasser ved bordet. Resultatet fra prosjektet viser at en hyggelig atmosfære var av stor betydning for appetitten til pasientene. En god atmosfære ved måltidene kan bidra til at den eldre både spiser bedre og får dekket psykososiale behov som samhold, tilhørighet og hyggelig samvær med andre (Brodtkorb, 2020, s.310). Som sykepleierstudenter har vi erfart at beboerne i sykehjemmet spiser bedre når de spiser i fellesskap, og prater med hverandre under måltidet. Samtidig har vi også erfart at enkelte spiser bedre alene, da de kan bli påvirket av andre rundt bordet. Dersom noen beboere var urolige under måltidet i fellesarealet, opplevde vi at det skapte uro hos de andre. Dette kan derfor bli et dilemma da beboeren som ofte skaper uro flyttes og ender opp med å spise alene.

Måltidet bør tilrettelegges for den enkelte så langt det lar seg gjøre. Dette innebærer tilpasset kost og antall måltider, hvor mattilbudet bør tilpasses tradisjoner, religion og individuelle behov (Helsedirektoratet, 2020). Det er mange hensyn å ta, og det er viktig at pasientens ønsker spiller inn ved måltidet (Brodtkorb, 2020, s.311). Pasienter med spiseproblemer kan for eksempel vegre seg for å innta mat under fellesmåltidene, fordi en skammer seg over det å ha spiseproblemer. Enkelte kan oppleve det motsatte, og føle ubehag ved å spise sammen med de som har problemer med å spise. Disse forholdene bør vi som sykepleiere ta hensyn til på en skånsom måte (Brodtkorb, 2020, s.311). Pasienten bør velge selv hvor en har lyst til å innta måltidet, enten om det er alene på rommet eller i fellesarealet (Brodtkorb, 2020, s.311). I tillegg bør man unngå at det går mer enn 12 timer mellom dagens siste måltid, og første måltid dagen etter, noe som er tilfellet i mange sykehjem (Brodtkorb, 2020, s.311). Helsedirektoratet (Arsky et al., 2016, s.100) legger vekt på at pasienter har rett på tilpasset kost og at mellommåltider bør være en del av det vanlige mattilbudet. Gjennom prosjektet "å skape ro og trivsel rundt måltidet" til Leirvik m.fl., (2016) legges det til god gammeldags mat og flere måltider. Pasientene ble tilbudt flere måltider sent på kvelden, flere mellommåltider og tilpasset kost. Populære valg blant pasientene var smoothie, yoghurt, frukt, kjeks og havregrot med sukker. Andre alternativer kan være energiberiket kost eller at sykepleiere tilpasser matens konsistens og smak (Keller m.fl., 2015). Sykepleierne som var en del av prosjektet i Leirvik m.fl., (2020) observerte at matinntaket og appetitten økte hos de fleste pasienter. Videre beskriver sykepleierne at KOK-KJØL ga begrensninger når det kom til tilrettelegging av mat. KOK-KJØL er den vanligste metoden på institusjoner, hvor maten lages, pakkes i vakuum og kjøles ned. Et hinder for å tilrettelegge for gode og individuelle måltider er det at flere sykehjem bruker denne metoden. Det bidrar til at det blir vanskeligere med individuell tilrettelegging og

ønskekost (Leirvik m.fl., 2020). I tillegg blir matlukt også borte, som kan være en trigger for å ha lyst på noe å spise. Selv om denne ordningen gir større fleksibilitet, virker den ikke å være den beste med tanke på tilrettelegging av måltider.

5.2.2.2 Tverrfaglig samarbeid

I et sykehjem er det nødvendig med et tverrfaglig samarbeid når pasientens situasjon er sammensatt eller uavklart (Kristoffersen, 2016d, s.231). Dette understreker studiene til Kuven m.fl., (2017) og Leirvik m.fl., (2016). Et tverrfaglig samarbeid gjør at flere fagpersoner vurderer situasjonen sammen og at tiltakene samordnes mot et felles mål (Kristoffersen, 2016d, s.232). Dette handler om å ha organisatorisk kompetanse, noe som er viktig for helsepersonell for å blant annet koordinere pasientrettede aktiviteter og sikre pasientforløp (Orvik, 2022, s.33).

I studien Kuven m.fl. (2017) belyser de at legen er en viktig og god samarbeidspartner på flere områder, men også en viktig medspiller i ernæringsarbeidet. Ved at sykehjemslegen rutinemessig diskuterer ernærings situasjonen under innleggelsessamtalen med pasienten, ble det lettere i videre forløp å danne seg et bilde av pasientens forhold til mat, samt ønsker og behov (Kuven m.fl., 2017). Sykepleierne opplevde at beboerne "lyttet" mer til legens anbefalinger enn deres egne, og de oppfattet at beboerne synes at legens ord var "viktigere". Dette er noe vi selv har erfart i egen praksis, at beboerne heller hører på det legene har å si. Det samsvarer med Kristoffersen (2016) om at det kreves felles planlegging mellom faggruppene, slik at den beste løsningen for pasienten blir til (Kristoffersen, 2016d, s.232). I Kristoffersen (2016), belyser de at det ofte oppnås bedre resultater dersom ulike faggrupper samarbeider i en felles forståelse av pasientens situasjon, ved å tilrettelegge for ønsker og behov (Kristoffersen, 2016d, s.232). Funn fra Leirvik m.fl., (2016) viser at tverrfaglig samarbeid med post/kjøkkenverter og ernæringsfysiologer er svært verdifullt da det bidrar til kontinuitet, varierte måltider og individuell tilrettelegging. Samtidig øker det ivaretagelsen av beboerens ernæringsbehov (Leirvik m.fl., 2016). Brodtkorb (2020) skriver at kjøkkenpersonalet og ernæringsfysiolog, samt andre faggrupper er viktige samarbeidspartnere for sykepleiere. Samhandlingen angår å kunne forebygge ernæringsproblemer og mangeltilstand og utvikle rutiner som fremmer god ernæringsstilstand hos pasientene (Brodtkorb, 2020, s.315). I sykehjemmet vi var i praksis, hadde de en egen kjøkkenvert som sørget for at det var et variert og næringstett kosthold. I Leirviks (2026) studie ble det arrangert lokale fagdager med ernæringsfysiologer som presenterte både forsknings- og erfaringsbasert kunnskap for at ansatte på sykehjemmet skulle få bredere kunnskap om ernæring (Leirvik m.fl.,2016). Ved et tverrprofesjonelt samarbeid er det ofte viktigere med realkompetansen som er basert på kunnskap, erfaring og personlige egenskaper, fremfor den formelle kompetansen (Kristoffersen, 2016d, s.234).

5.2.2.3 Sykepleier til stede rundt matbordet

Sykepleiere har et ansvar for å legge til rette for et godt måltidsmiljø, da eldre pasienter i sykehjem ofte ikke er i stand til å skape et slikt miljø på egen hånd (Brodtkorb, 2020, s.310). Flere funn (Leirvik m.fl.,2016; Van den Berg m.fl., 2021; Keller m.fl., 2015) viser at sykepleier og andre helsepersonell til stede førte til mer ro og trivsel rundt måltidet. Samhandling mellom pasient og sykepleier, og at man bruker tid med de som spiser, er av stor betydning og viser økt matlyst. Men, tidspress og mange arbeidsoppgaver på samme tid er en realitet i dagens sykehjem. Helsedirektoratet (2016) legger vekt på at måltidet har lett for å bli nedprioritert da man ofte har flere oppgaver samtidig. I Kuven m.fl., (2017) forteller sykepleierne at ernæringsarbeidet i sykehjem er krevende, da det er mangel på ressurser. I Leirvik m.fl., (2016) forteller sykepleierne at fokus på andre sykepleieroppgaver gjør at ernæring blir nedprioritert. Dette er uheldig, ikke bare for matinntaket, men også for pasienten. Måltidene bør gjennomføres innenfor en rimelig tidsramme hvor alle pasienter får den hjelpen og tilretteleggingen man har behov for (Brodtkorb, 2020, s.214). Likevel kan det stilles et spørsmål ved hvordan sykepleiere kan overse ernæringsarbeidet, da sykepleiere har ansvar for å ivareta pasientenes grunnleggende behov (Kuven m.fl., 2017).

Leirvik m.fl., (2015) forteller at flere sykehjem var preget av faktorer som omorganisering, tidspress og nedbemanning. Tidspress i arbeidet påvirker pasientenes opplevelse av sykepleiers kvalitet negativt (Kristoffersen, 2016b, s.127). Selv om hensikten er en effektiv, rasjonell og mest mulig rettferdig fordeling av helsetjenester, er det problematisk når det er et for stort fokus på effektivisering. På den ene siden har vi en fordelingspolitikk for helseressurser der hensikten er å få mest mulig ut av pengene, og på den andre siden er målet optimal behandling og god omsorg for den individuelle pasienten (Kristoffersen, 2016b, s.127). Det vil da skille mellom prioriteringer på samfunns- og gruppenivå, og prioriteringer på det individuelle kliniske nivået (Kristoffersen, 2016b, s.127). Det at sykepleiere har tid nok til den enkelte pasienten er en viktig forutsetning for deres helse (Kristoffersen, 2016b, s.127). I samsvar med "krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp" (Lov om helsepersonell, 1999) er sykepleiere pliktig til å ivareta de nødvendige individuelle hensyn. Ressursknapphet og beinharde prioriteringer er utfordrende, ikke bare for sykepleierne, men også for ledelsen. Ledere på et høyere nivå skal ha et overblikk for hva som kreves av tid og ressurser for å sikre individuell, god behandling. Likevel ser man at effektivisering og ressursknapphet tar over, og at krav til forsvarlig helsehjelp blir utfordrende (Kristoffersen, 2016b, s.127).

6 Konklusjon

I denne litteraturstudien ønsket vi å belyse hvordan sykepleiere kan forebygge underernæring hos eldre i sykehjem.

Forskningen viser at alle studiene har ulike metoder som er viktig for å forebygge underernæring blant eldre i sykehjem. Blant de viktigste funnene er kunnskap hos sykepleiere og fagpersonene som en viktig ressurs. Studiene viser til at mangel på kunnskap er en stor konsekvens for utvikling av underernæring, da sykepleierne ikke har nok ernæringskompetanse. Sykepleiere har derfor et stort ansvar om å holde seg faglig oppdatert, men ledelsen bør tilrettelegge for at kunnskap kan utvikles gjennom fagdager og refleksjon.

Sykepleier har et ansvar for å legge til rette for et godt måltidsmiljø, og flere funn viser at sykepleier til stede rundt matbordet førte til mer ro og trivsel. Manglende ressurser og effektivisering av helsetjenesten gjør at sykepleiere ofte har flere oppgaver på samme tid. Knapphet på tid, bemanning og en dårlig ledelse er med på å vanskeliggjøre at dette gjennomføres. Ernæringscreening er et nødvendig tiltak for å forebygge underernæring og MNA-SF ser ut til å egne seg best til eldre i sykehjem.

Måltidsmiljø viser seg å være en viktig faktor for å fremme ernæring og måltids glede. Atmosfæren er viktig for å få dekket psykososiale behov, som igjen kan føre til mer glede og matlyst. Sykepleierne i de ulike studiene observerte at tilpasset kost var med på å øke matinntaket og appetitten. Utover det er sykepleierens samhandling med pasient og andre profesjoner en sentral oppgave i forebyggingsarbeidet. Tverrfaglig samarbeid med lege, post/kjøkkenverter og ernæringsfysiologer viser seg å være svært verdifullt da det bidrar til kontinuitet, varierte måltider og individuell tilrettelegging.

Vi ser et stort behov for mer forskning om hvordan underernæring kan forebygges hos eldre pasienter i sykehjem. Det trengs et større fokus på utvikling av ernæringsverktøy, da dette er et viktig og nødvendig tiltak for indentifisering av underernæring. Ernæringsarbeidet blir nedprioritert på grunn av ressursmangel, men det kan likevel stilles spørsmål ved hvordan sykepleiere kan overse ernæringsarbeidet, da sykepleiere har ansvar for å ivareta pasientenes grunnleggende behov.

Referanser

- Arsky, G.H., Arntzen, R-L.B., Berg, O., Bjørnstad, E., Brantsæter, A.L., Bye, A., Christensen, H., Finstad, R., Flaaten, V., Frigstad, S-O., Garagozlian, S., Gjøen, A.U., Guttormsen, A-B., Gørbitz, C., Holler, T., Ha, L., Henanger, H.H., Haaland, R., Haugum, B (...) & Aas, A-M. (2016). *Kosthåndboken: veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*. Helsedirektoratet.
- Aveyard, H. (2019) *Doing a literature review in health and social care: A practical Guide* (4 utg.). Open International Publishing Ltd.
- Brodtkorb, K. (2020). Ernæring, mat og måltider. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. Utg., s.301-316). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Brodtkorb, K. & Ranhoff, A.H. (2020). *Helsetjenester til eldre*. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. Utg., s.202-215). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2019, 10. februar) *Generelle forskningsetiske retningslinjer*. Hentet 10. Mai 2023 fra <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/generelle/>
- Den norske legeforening (2012, 2.februar). *Helsinkideklarasjonen*. Henter 16.mai 2023 fra <https://www.legeforeningen.no/fag/forskning/helsinkideklarasjonen/>
- Eide, H & Eide, T., (2019) *Kommunikasjon i relasjoner: persontrening, samhandling og etikk* (3.utg.) Gyldendal Akademisk.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (4. utg.). Natur & Kultur.
- Førde, R (2014, 10.oktober) *Helsinkideklarasjonen*. De nasjonale forskningsetiske komiteene. Hentet 16.mai 2023 fra <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>
- Gjerlaug, A. K., Harviken, G., Uppsata, S., & Bye, A. (2016). *Verktøy ved screening av risiko for underernæring hos eldre*. I Sykepleie forskning (148-156). Hentet 24.april 2023 fra <https://sykepleien.no/forskning/2016/05/egnet-verktoy-ved-screening-av-risiko-underernaering-hos-eldre>
- Haugan, V. (2022, 7.desember). *Grunnleggende sykepleie*. I NDLA. Hentet 11.mai 2023 fra <https://ndla.no/article/29740>
- Helsebiblioteket. (2018, 11. desember). *Kritisk vurdering*. Hentet 02.mai 2023 fra <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering>
- Helsebiblioteket. (2021, 17. september). *Kunnskapsbasert. praksis*. Hentet 02.mai 2023 fra <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no>

- Helsedirektoratet (2016). *God ernæringspraksis*. Hentet 10.mai 2023 fra <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/ernaering-kosthold-og-maltider-i-helse-og-omsorgstjenesten/god-ernaeringspraksis>
- Helsedirektoratet (2017). *Kompetansebehov innen ernæring hos nøkkelgrupper* (IS-2592). Helsedirektoratet: chrome-extension://gphandlahdpffmccakmbngmbjnjiahp/https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kompetansebehov-innen-ernaering-hos-nokkelgrupper/Kompetansebehov%20innen%20ern%C3%A6ring%20hos%20n%C3%B8kkelgrupper.pdf
- Helsedirektoratet (2018a). *Oppfølging av risiko for underernæring hos beboere på institusjon*. Hentet 15.mai 2023 fra <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/oppf%C3%B8lging-av-ern%C3%A6ring-hos-beboere-p%C3%A5-sykehjem#referere>
- Helsedirektoratet. (2018b). *Tverrfaglig samarbeid som grunnleggende metodikk i oppfølging av personer med behov for omfattende tjenester*. Hentet 11.mai 2023 fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/strukturert-oppfolging-gjennom-tverrfaglige-team/tverrfaglig-samarbeid-som-grunnleggende-metodikk-i-oppfolging-av-personer-med-behov-for-omfattende-tjenester>
- Helsedirektoratet (2019). *God ernæringspraksis*. I helsedirektoratet. Hentet 10.mai 2023 fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/mer-enn-mat-innspill-til-nasjonal-ernaeringsstrategi-for-eldre/god-ernaeringspraksis>
- Helsedirektoratet (2022). *Om underernæring*. I Helsedirektoratet. Hentet 10.mai 2023 fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/underernaering/om-underernaering>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell*. (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Henderson, V. (1998) *Sykepleierens natur. Refleksjoner etter 25 år*. Oslo: Universitets Forlaget
- Keller, H., Beck, A. M., & Namasivayam, A. (2015). *Improving food and fluid intake for older adults living in long-term care: a research agenda*. Journal of the American Medical Directors Association, 16(2), 93-100. Hentet 21. april 2023 fra <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1525861014006951#previ-ew-section-references>
- Kirkevold, M. (2022). *Sykepleieprosessen*. I store medisinske leksikon. Hentet 16.mai 2023 fra <https://sml.snl.no/sykepleieprosessen>
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E-A. & Grimsbø, G.H (2016a) *Hva er sykepleie? Sykepleie – fag og funksjoner*. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E-A., Grimsbø, G. H. (Red.), *Grunnleggende Sykepleie 1* (3.utg., s.16-27). Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E-A. & Grimsbø, G.H (2016b) *Pasient og sykepleier - verdier og samhandling*. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E-

- A., Grimsbø, G. H. (Red.), Grunnleggende Sykepleie 1 (3.utg., s.89-138). Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E-A. & Grimsbø, G.H (2016c) *Sykepleie – kunnskapsgrunnlag og kompetanseutvikling*. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E-A., Grimsbø, G. H. (Red.), Grunnleggende Sykepleie 1 (3.utg., s.139-191). Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E-A. & Grimsbø, G.H (2016d) *Sykepleierens ansvar og arbeidsområder i helsetjenesten*. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E-A., Grimsbø, G. H. (Red.), Grunnleggende Sykepleie 1 (3.utg., s.193-265). Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E-A. & Grimsbø, G.H (2016e) *Livsstil og endring av livsstil*. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E-A., Grimsbø, G. H. (Red.), Grunnleggende Sykepleie 1 (3.utg., s.295-348). Gyldendal Akademisk.
- Kuven, B. M., & Giske, T. (2017). *Samhandling mellom sykepleier og lege er viktig for ernæringstilstanden til sykehjemspasienter*. I Sykepleien Forskning. Hentet 21.april 2023 fra <https://sykepleien.no/forskning/2017/12/samhandling-mellom-sykepleier-og-lege-er-viktig-ernaeringstilstanden-til>
- Landmark, B. T., Gran, S. V., & Grov, E. K. (2014). *Ernæringsstatus blant pasienter i sykehjem og i hjemmesykepleien kartlagt ved hjelp av Ernæringsjournalen*. Klinisk sygepleje, 28(1), 4-14. Hentet 21. april 2023 fra <https://www.idunn.no/doi/10.18261/ISSN1903-2285-2014-01-02>
- Leirvik, Å. M., Høye, S., & Kvigne, K. (2016). *Mat, måltider og ernæring på sykehjem – erfaringer fra et aksjonsforskningsprosjekt*. Nordisk sygeplejeforskning, 6(2), 179-197. Hentet 21.april 2023 fra <https://www.idunn.no/doi/10.18261/issn.1892-2686-2016-02-07>
- Norsk senter for forskningsdata (2021). *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. Hentet 02.mai 2023 fra <https://kanalregister.hkdir.no/publiseringskanaler/Forside?olds=true>
- Norsk sykepleierforbund (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. I Norsk Sykepleierforbund. Hentet 9.mai 2023 fra <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Orvik, A., (2022). *Organisatorisk kompetanse – Innføring i faglig ledelse, samhandling og kvalitetsforbedring* (3.utg). Cappelen Damm Akademisk.
- Paur, I., Smedshaug, G. B., Haugum, B., Bye, A., Eliassen, E., Flottorp, T. L., ... & Krogh, H. W. (2022). *The Norwegian Directorate of Health recommends malnutrition screening tool (MST) for all adults*. Clinical Nutrition ESPEN, 52, 28-31. Hentet 21. april 2023 fra <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2405457722004995>
- Ranhoff, A.H. (2020). *Forebyggende sykepleie*. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten (3. Utg., s.160-172). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Regjeringen (2021). *God og riktig mat hele livet: Nasjonal strategi for godt kosthold og ernæring hos eldre i sykehjem og som mottar hjemmetjenester*. I Regjeringen.

Hentet 22.mai 2023 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/god-og-riktig-mat-hele-livet/id2849251/>

Van den Berg, G. H., Huisman-de Waal, G. G., Vermeulen, H., & de van der Schueren, M. A. (2021). *Effects of nursing nutrition interventions on outcomes in malnourished hospital inpatients and nursing home residents: A systematic review*. International journal of nursing studies. Hentet 21. april 2023 fra

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748921000201#cebibl1>

Aagaard, H. (2016). Væske og ernæring. I NJ Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.). *Grunnleggende sykepleie bind 2*. (3. Utg., s.191-242). Gyldendal Norsk Forlag AS.

