



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Bacheloroppgave

SY301813 Sykepleie VI - del 2

Underernæring på sykehjem

10062 og 10005

Totalt antall sider inkludert forsiden: 39

Innlevert Ålesund, 21. Mai 2017

Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. **Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.**

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen.	<input type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter NTNUs studieforskrift.	<input type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15 studiepoeng

Veileder: Lindis Kathrine Helberget

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten ([Åndsverkloven §2](#)).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved NTNU i Ålesund en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. [Jfr. Offl. §13](#)/[Fvl. §13](#))

Dato: 21. Mai 2017

Antall ord: 8201

Sammendrag

Bakgrunn: Underernæring på sykehjem er et alvorlig folkehelseproblem som har vært knyttet til en betydelig økning i risikoen for dødelighet og sykelighet (WHO, 2005).

Hensikt: Hensikten med oppgaven er å belyse hvilke strategier som fungerer i praksis for sykepleiere med tanke på å forebygge underernæring på sykehjem blant eldre.

Metode: En systematisk litteraturstudie som inkluderer åtte forskningsartikler. Databasene vi har brukt er Cinahl Complete, PubMed, MedLine, British Nursing Index samt manuell søking.

Resultat: Flere studier tok for seg strategier som sykepleiere bruker, samt viktigheten av dokumentasjon, observasjon og tilstrekkelig med undervisning og kunnskaper i forhold til underernæring. Flertallet av sykepleierne viste positive holdninger knyttet til den ernæringsmessige omsorgen. Det ble undersøkt hvilke grupper som var i fare for underernæring der de tok i bruk blant annet ernæringscreening, regelmessig vektregistrering, vurderinger, forebygging og behandling.

Konklusjon: Det brukes ulike strategier for å forebygge underernæring hos beboere på sykehjem. Noen av strategiene var veiledning, informasjon, samtaler, samarbeid med andre yrkesgrupper og beboerne. Det viser seg at rutiner for vektregistrering er viktig og at ernæringscreening er et godt verktøy i arbeidet med å forebygge underernæring.

Nøkkelord: Dokumentasjon, kunnskaper, erfaringer, strategier, screening, mangelfulle rutiner, konsekvenser, observasjon og tverrfalig samarbeid.

Abstract

Background: Malnutrition in nursing homes is a serious public health problem, which has been connected to an increase in mortality rates and sickness (WHO, 2005).

Aim: The aim of this study is to shed light on which empirical strategies work best for nurses when preventing malnourishment of the elderly in nursing homes.

Methods: This study is conducted as a systematic investigation which includes eight research papers. The databases used are Cinahl Complete, PubMed, MedLine, British Nursing Index as well as manual searches.

Results: Several studies incorporated strategies used by nurses with a stress on the importance of documentation and observation, as well as satisfactory education and knowledge in regards malnourishment. The majority of nurses showed positive attitudes towards the policies regarding nutrition in the health sector. Studies were conducted in regards which groups are more susceptible to malnourishment, where they used methods like nutrition-screening, regular weight registrations, assessments, prevention and treatment.

Conclusion: Different strategies are used to prevent malnutrition among residents in nursing homes. Some of these strategies include guidance, information, conversations, cooperation with other professions as well as the residents. Routines regarding weight-registrations are important and nutrition-screening is a useful tool in the prevention of malnutrition.

Keyword: Documentation, knowledge, experience, strategies, screening, lack of routines, consequences, observation and interdisciplinary cooperation.

Innhold

1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Begrepsavklaringer	2
1.3 Avgrensninger i forhold til oppgavens problemstilling	2
1.4 Oppgavens oppbygging	2
2.0 Teoribakgrunn	4
2.1 Underernæring	4
2.2 Kommunikasjonsteori	5
2.3 Motivasjon	6
2.4 Dorothea Orems sykepleieteori	6
3.0 Metodebeskrivelse	8
3.1 Hva er metode?	8
3.2 Systematisk litteraturstudie	8
3.3 Datainnsamling	8
3.3.1 Søkestrategier	9
3.3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	10
3.3.3 Databaser	10
3.3.4 Kvalitetsvurderinger	12
3.3.5 Etliske hensyn	13
3.4 Analyse	13
4.0 Resultat	15
4.1 Sykepleier bruker ulike strategier for å forebygge underernæring	15
4.2 Sykepleier bruker observasjoner og dokumentasjon for å forebygge underernæring	17
4.3 Sykepleier trekker for raske konklusjoner i forhold til underernæring	19
4.4 Sykepleier samarbeider med andre yrkesgrupper	19
5.0 Diskusjon	20
5.1 Metodediskusjon	20
5.2 Resultatdiskusjon	21
5.3 Sykepleier bruker ulike strategier for å forebygge underernæring	21
5.4 Sykepleier bruker observasjon og dokumentasjon for å forebygge underernæring ..	23
5.5 Sykepleier trekker for raske konklusjoner i forhold til underernæring	25
5.6 Sykepleier samarbeider med andre yrkesgrupper	25
6.0 Konklusjon	27
7.0 Anbefaling til videre forskning	29
8.0 Litteraturliste	30

Vedlegg 1: Litteraturlister

Vedlegg 2: Søkehistorikk

Vedlegg 3: Tabelloversikt

1.0 Innledning

Dette kapittelet vil ta for seg valg av tema og problemstilling. Temaet for oppgaven er underernæring på sykehjem. Hensikten med oppgaven, samt viktige begreper og avgrensninger vil bli beskrevet. Avslutningsvis i kapittelet vil vi forklare oppgaven sin oppbygging.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I løpet av praksisperioder og jobbsammenheng har vi opplevd mange eldre sykehjemsbeboere som underernært. Dette blir bekreftet av Helsedirektoratet (2013). Forekomsten av underernæring hos beboere på sykehjem og sykehus varierer mellom 10% og 60% avhengig av hvilken gruppe som er undersøkt, hvilke metoder som er blitt brukt og hvilke grenseverdier som er satt for å stille diagnosen (Helsedirektoratet, 2013). Som sykepleier har en et ansvar å gi tilstrekkelig næringstilførsel til eldre beboere. Ulike ansvars mål kan være å identifisere beboere med ernæringsmessig risiko, fremme ernæringstilstanden, forebygge underernæring hos risikopasienter og bedre ernæringstilstanden hos underernærte beboere (Brodtkorb, 2014).

Hensikten med oppgaven er å undersøke sykepleiers strategier for å forebygge underernæring og om de fungerer i praksis hos de eldre på sykehjem. En ønsker å finne håndfaste, konkrete og praktiske løsninger til problemstillingen ved bruk av litteratur og forskning. Tema og problemstilling begrunnes med at mange eldre lider av underernæring på sykehjem. På bakgrunn av dette har vi kommet frem til denne problemstillingen:

“Hvilke strategier bruker sykepleiere for å forebygge underernæring hos beboere på et sykehjem?”

1.2 Begrepsavklaringer

Underernæring

Underernæring, definert som undervektig, er et alvorlig folkehelseproblem som har vært knyttet til en betydelig økning i risikoen for dødelighet og sykkelighet (WHO, 2005).

Strategier

Begrepet brukes generelt om opplegg og gjennomføring av planer med sikte på å nå bestemte mål (Store norske leksikon, 2014). Under strategier har vi også valgt å ta for oss hvilke erfaringer sykepleiere har, og hvilke handlinger de gjør for å forebygge underernæring.

Forebygging

Forebyggende helsearbeid for gamle omhandler å forebygge sykdom, skade og tidlig død, samt om å bedre og bevare personens helse, funksjonsnivå og livskvalitet (Ranhoff, 2014).

1.3 Avgrensninger i forhold til oppgavens problemstilling

Oppgaven avgrenses til eldre på sykehjem i alderen 65 år og oppover. Denne alderen er valgt grunnet ernæringsproblemer som underernæring er vanlig blant eldre mennesker (Brodtkorb, 2014). Oppgaven har et sykepleierspektiv der vi tar for oss sykepleieres strategier, herunder kommer også sykepleiers erfaringer for å forebygge underernæring på sykehjem. I oppgaven har vi bevisst valgt å se bort i fra beboere med spesielle sykdommer og enteral ernæring, som er ernæring som blir gitt via en sonde til ventrikkel eller tynntarm (Stubberud m.fl., 2013).

1.4 Oppgavens oppbygging

I kapittel 2.0 beskrives relevant teori som kan belyse resultatdelen. Det første som beskrives er underernæring med sentrale begreper, kommunikasjonsteori og motivasjon. Herunder kommer også valg av sykepleieteoretiker. I kapittel 3.0 beskrives datainnsamlingen, søkestrategien, analysen, de etiske hensyn og kvalitetsvurdering i

forhold til oppgaven. Kapittel 4.0 tar utgangspunkt i artiklene, hvor det kommer frem sentrale funn som er gjort. Siste kapittel 5.0 tar for seg drøftingen av relevant teori og sentrale funn fra artiklene, som munner ut i en kort konklusjon.

2.0 Teoribakgrunn

Her knyttes relevant litteratur opp mot problemstillingen. Vi vil her ta for oss underernæring, kommunikasjon og motivering til pasienten i forhold til ernæring. Herunder kommer også sykepleieteoretikeren Orem.

2.1 Underernæring

Underernæring kan ha ulike grader, fra lett til alvorlig. Dette er helt avhengig av hvor mye vekt beboeren har mistet. En beboer kan miste vekt gradvis over tid. Dersom det ikke er gode rutiner for å kontrollere vekten, vil en sannsynligvis ikke reagere før underernæringen er for alvorlig. Med underernæring menes ofte et resultat av et mangelfullt inntak av energi og protein. Det å berike kosten kan være nyttig for beboere i fare for underernæring. Dette kan innebære å tilsette ekstra smør og fløte, samt bruke supplement i form av ernæringspulver og ernæringsdrikker. Underernæring i helseinstitusjoner forekommer ofte hos beboere som ikke får dekket sine energibehov. Jo lenger dette får holde på, jo grovere blir underernæringen og desto mer alvorlig vil det bli for beboeren. Underernæring er ofte lettere å forebygge enn å behandle (Sjøen og Thoresen, 2012). Det er viktig med gode rutiner på å registrere vekt for å kunne oppdage eventuelle vektendringer. Siden underernæring er vanskelig å oppdage blir det anbefalt å bruke et systematisk screeningsverktøy ved innleggelse. Det finnes flere ulike, men de fleste inneholder spørsmål om vekttap, størrelse på matinntaket, beregning av kroppsmasseindeks (KMI), som er en enkel formel som blir brukt for å vurdere om beboeren er overvektig, undervektig eller har normal vekt (Sjøen og Thoresen, 2012).

Ifølge Helsedirektoratet (2016) innebærer en god ernæringspraksis kartlegging, dokumentasjon og vurdering av beboeren sin ernæringsstatus og matinntak i forhold til behov, igangsetting av tiltak, evaluering og oppfølging. Ifølge Store Medisinske Leksikon (2009) er VIPS-modellen en dokumentasjonsmodell som baserer seg på fire nøkkelbegreper som er sentrale områder for kontakten mellom pasient og helsevesenet. V står for velbefinnende, I for integritet, P for profylakse og S for sikkerhet. VIPS-modellen følger trinnene i sykepleieprosessen og er bygd opp av flere på forhånd definerte søkeord

som muliggjør for en rask og logisk datasøking og dokumentasjon. Ved hjelp av de søkeordene kan sykepleier raskt strukturere datainnsamlingen for å avdekke pasienten sine behov og deretter dokumentere de (Store medisinske leksikon, 2009).

Ved helseforebyggende arbeid, er riktig mat en viktig del. Hvem som har ansvaret for maten til beboerne har forskjellig svar ut fra hvem en spør i institusjoner. Enkelte mener kjøkkenet, andre legen, mens noen mener at beboeren selv har ansvaret. For å lette ansvarsfordelingen for ernæring, er det gitt ut retningslinjer. Her blir ansvaret fordelt mellom ulike yrkesgrupper. Herunder kommer ledelsen, legen, sykepleieren, hjelpepleiere, kjøkkenpersonale og ernæringsfysiolog. Disse har ulike arbeidsoppgaver i forhold til ernæring, men jobber sammen for at beboeren skal få tilstrekkelig mat (Sjøen og Thoresen, 2012).

2.2 Kommunikasjonsteori

Samhandlingsprosessen er en sentral tradisjon innen sykepleieteori, som har flere retninger. Felles for disse er at de forsøker å utvikle begreper for forståelse og analyse av kommunikasjon mellom sykepleier og beboer, samt pårørende og andre involverte. Både nonverbal og verbal kommunikasjon kommer inn under den reflekterende sykepleieprosessen. Hovedmålet her er å sikre en bedre forståelse av beboernes situasjon og dermed skape et bedre fundament for sykepleiefaglig vurdering, samt valg av tiltak. Dette knyttes opp mot sykepleierens profesjonelle oppgaver, som å hjelpe beboeren. Kommunikasjon mellom sykepleier og pasient er sentral i sykepleieprosessen, og blir delt inn i fem stadier: observasjon, fortolkning, beslutning, handling og vurdering. Helsepersonell kan ha ulike arbeidsområder, samt ulike pasientgrupper, men det overordnede formålet er i hovedsak det samme (Eide og Eide, 2009). Yrkesetiske retningslinjer (Norsk Sykepleierforbund, 2011) punkt 2.1 sier at sykepleieren har ansvar for sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom. Ifølge Eide og Eide (2009) bør derfor profesjonell, helsefaglig kommunikasjon alltid være hjelpende, i den forstand at den både er til hjelp for andre og faglig begrunnet. Ulike metoder, gjerne i kombinasjon, kan benyttes i kommunikasjon med eldre, men mye tyder på at hjelperens kunnskap, empati, interesse og respekt er det viktigste for å kunne kommunisere godt og få god kontakt. Når det gjelder kommunikasjon, viser det at det ikke er en bestemt metode eller

strategi som fungerer for alle beboere. Hvis det prøves en strategi som ikke ser ut til å fungere, er det viktig å ikke gjøre mer av det samme, men tenke nytt (Eide og Eide, 2009).

2.3 Motivasjon

Livet blir annerledes når helsesituasjonen endrer seg. En kan trenge ny kunnskap, og kanskje må en også legge om vaner og livsstil. Beboere kan trenge informasjon, samt at noen også kan ha behov for veiledning. Den profesjonelle skal ofte fylle mange roller. Veilederen gir informasjon og undervisning når det trengs, samt råd når beboeren ønsker dette. Først og fremst er veilederen i en endringsprosess en profesjonell samtalepartner for beboeren, som styrke gjennomføringen av endringsprosjektet. I slike tilfeller handler det blant annet om beboernes egne erfaringer og deres ressurser for hva det skal lede til. Det er beboeren som skal gjennomføre prosjektet, og da er det de profesjonelles oppgave å bidra med det de kan, på deres premisser. Motivasjon for forandring er helt grunnleggende for at en forandring skal skje, samt at den styrkes hvis hjelperen er alliert og bekreftende med beboerens egen motivasjon (Eide og Eide, 2009).

2.4 Dorothea Orems sykepleieteori

Egenomsorg kan enklest defineres som “individets evne og vilje til å utføre aktiviteter som er nødvendig for å leve og overleve” (Cavanagh, 1999, s. 17). Behovene er ikke bare vesentlig i modellen, men også en viktig del av datainnsamlingen om pasienten. Orem beskriver åtte aktiviteter som er vesentlig for egenomsorg. Hun kaller disse universelle egenomsorgsbehov og er sentral i hennes modell. En av disse er behov for å opprettholde tilstrekkelig mat. Alle de åtte punktene er essensielle områder, og de står i samspill med hverandre. Slik sett ses opprettholdelse av tilstrekkelig mat sammen med vann, luft og forebygging. Betydningen av forebyggende helsearbeid blir fremhevet. Primærforebygging blir sett på som den mest hensiktsmessige måten å oppfylle de universelle egenomsorgsbehovene. Orem sier også noe om egenomsorgssvikt, som beskrives som forholdet mellom den enkeltes handlingsevne og de kravene personen står overfor når det gjelder egenomsorg. For å hjelpe pasienter, kan sykepleiere utføre flere funksjoner. Den mest innlysende er å handle på vegne av andre som er ute av stand til å utføre egenomsorg handlinger. Veiledning er en rolle som krever at sykepleieren gir relevante råd og

informasjon slik at pasienten kan imøtekomme sine egenomsorgsbehov. Evaluering og kontroll, sett på under sykepleieprosessen, beskriver observasjoner og vurderinger. Her sies det at observasjoner og vurderinger handler om prosesser som utføres regelmessig eller kontinuerlig, at de er i samsvar med pasientens tilstand eller omgivelser, samt regulering av pasientens evne til å ivareta egenomsorg (Cavanagh, 1999). En sykepleiefaglig observasjon og vurdering av pasientens ernæringsstatus og situasjon har først og fremst et mål om å finne ut av om pasienten har ernæringsproblemer eller trenger hjelp ved måltider, og om pasienten er i risiko for å utvikle ernæringsproblemer i løpet av pleie- og behandlingsforløpet (Hougaard, 2011). Orem tar utgangspunkt i menneskets iboende evne og motivasjon til å handle målrettet på egne vegne, som gjelder både sykepleiere og pasienter (Kirkevold, 2014).

3.0 Metodebeskrivelse

I kapittel 3.0 blir metoden for oppgaven presentert, dette innebærer et systematisk litteraturstudie. Videre vil beskrivelsen av hvordan vi samlet inn data, søkestrategier, valg av databaser, inklusjons- og eksklusjonskriterier, samt en kvalitetsvurdering og vurdering av etiske hensyn i forhold til forskningsartiklene.

3.1 Hva er metode?

Metode betyr å følge en bestemt vei mot et mål, og anvendes i sykepleieforskning som dreier seg om hvordan en går fram for å få relevant og pålitelig informasjon om virkeligheten en ønsker å undersøke, samt hvordan informasjonen kan analyseres, resultater og konsekvensene av en slik forskning (Christoffersen m.fl., 2015).

3.2 Systematisk litteraturstudie

I denne oppgaven skal det utføres et systematisk litteraturstudie. En forutsetning for at en skal kunne utføre et systematisk litteraturstudie, er at det finnes tilstrekkelige antall studier av god kvalitet som kan utgjøre et grunnlag for vurderinger og konklusjoner (Forsberg og Wengström, 2015). I denne oppgaven er det kun åtte forskningsartikler, dette medfører at det ikke blir helt et systematisk litteraturstudie, da det ifølge Forsberg og Wengström (2015) skal anvendes et tilstrekkelig antall studier. Mulrow og Oxman (i Forsberg og Wengström 2015, s. 27) har definert en systematisk litteraturstudie som at “den starter med et klart formulert spørsmål som besvares gjennom å identifisere, velge, evaluere og analysere relevant forskning”.

3.3 Datainnsamling

I starten av oppgaveskrivingen var det ønsket at oppgaven skulle omhandle sykepleiers erfaringer for å forebygge underernæring. Etter å ha søkt lenge etter artikler fant vi ut at det var lite forskning rundt dette, og valgte dermed å legge til ordet erfaringer med ordet strategi/strategier. I oppgaven vår skal det benyttes åtte forskningsartikler som vi har funnet frem til ved å bruke et systematisk litteratursøk i ulike databaser. Forsberg og

Wengstrøm (2015) ble benyttet for å kunne få mer kunnskaper om metodedelen, samt Evans (2002) sine faser for analysen av forskningsartiklene.

3.3.1 Søkestrategier

Når en skal finne svar på den valgte problemstillingen, dukker det ofte opp ulike og vide aspekter, dette gjør at en må avgrense problemet som skal bli undersøkt (Forsberg og Wengstrøm, 2015). Etter at problemstillingen ble formulert satte vi i gang med å søke etter relevante artikler. Her ble det valgt å bruke PICO-skjema, da dette er et nyttig verktøy som gir en struktur, klargjør spørsmålet for litteratursøk samt gir en kritisk vurdering (Forsberg og Wengstrøm, 2015). Bokstaven C, som står for kontroll eller kontrollgruppe, ble ekskludert da dette ikke er relevant for oppgaven.

“P” i skjemaet står for pasient eller populasjon. I oppgaven blir dette rettet mot beboere. Søkordet som ble brukt var “Patient”. “I” står for intervensjon. Ønsket var at oppgaven skulle ta for seg underernæring på sykehjem og dermed ble søkeordene “Malnutrition”, “nursing home personnel” og “nursing homes”. “O” står for utfall og hva som skal forbedres, oppnås eller påvirkes. Oppgaven tar for seg ulike strategier og erfaringer blant sykepleierne og derfor ble søkeordet her: “Strategies”, “Strategy”, “Perception” og “Experience”. Søkordene kombineres i en fritekstsøking ved hjelp av den boolske søke operatøren. Vi valgte å bruke den boolske søke operatøren “AND” og “OR” for å begrense søket og få et smalere resultat (Forsberg og Wengstrøm, 2015).

Tabell 1 Oversikt over PIO-skjema

	P	I	O
Hovedsøkord	Patient	Malnutrition, nursing home personnel, nursing home	Strategies, strategy, experience
Synonym			Perception

3.3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

For finne artikler som kunne svare på problemstillingen måtte vi ha noen kriterier som vi gikk ut i fra. Det var kriterier som var ønskelig å inkludere, samt kriterier som måtte ekskluderes. Det var ønskelig at artiklene skulle være av nyere datoer, dermed startet søket etter artikler som var fra de siste fem år. Etter mye søk fant vi ut at søket måtte utvides med å begrense til siste ti år. Vi har valgt å fokusere på eldre generelt, det ble dermed sett bort i fra spesifikke sykdommer.

Tabell 2 Inklusjons og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Nyere forskning (2007-2010)	Omhandler spesifikke sykdommer
Ha et sykepleieperspektiv	
Artiklene må foregå på et sykehjem	
Artiklene tar for seg sykepleiers strategier og erfaringer for å forebygge underernæring, samt tiltak for å forebygge	
Artikler fra vestlige land	

3.3.3 Databaser

Søket startet i Januar 2017 etter artikler, da ble det funnet noen artikler som var relevante for den problemstillingen vi hadde da. Etersom vi valgte å endre problemstillingen etterhvert begynte søket etter nye artikler i mai 2017. Søket ble da gjort i flere ulike databaser etter relevante artikler. Først ble det gjort flere søk i databaser som er godt kjent for oss, men vi måtte etterhvert utvide søket i databaser som var mer ukjente for oss. Dette fordi søk i kjente databaser ikke ga nok treff på relevante artikler. Databasene det ble valgt å bruke var: Cinahl Complete, PubMed, Science Direct og British Nursing Index. Det ble

også søkt etter relevante artikler i SveMed+ og Idunn, men dette ga ingen treff på våre søkeord.

Cinahl Complete: Søk i denne databasen ble gjort først, da dette er den vi har mest kjennskap til fra før. Startet først med å bruke søkeordene “Malnutrition”, “Nursing home personnel og nursing homes” og “strategies” så ble disse satt sammen i “AND”. Her var det med begrensninger som “Peer reviewed; research article”, “language: danish, english, norwegian og swedish” og “2010-2017”. Dette gav oss et resultat på seks artikler der overskriftene ble lest og opprettet mapper som gjorde at vi kunne legge de vi ville lese abstraktene på i en mappe slik at alle ble samlet på ett sted. Senere ble det gått inn på mappen der vi valgte å lese abstraktene til alle seks artiklene. Dette gjorde at vi endte opp med å inkludere en av disse artiklene da den var relevant.

Et nytt søk i databasen Cinahl ble gjort siden det manglet noen forskningsartikler. Her ble det startet med å skrive inn søkeordet “Malnutrition”, “Nursing home personnel OR nursing homes” og “experience”. Dette var uten begrensninger. Da vi tok de sammen med “AND” fikk vi åtte resultater. Deretter ble det begrenset med “Europa”, “Danish, english, norwegian og swedish” og “2007-2017”. Da endte vi opp med fem resultater. Her ble overskriftene på alle fem artiklene lest og det ble valgt ut tre som kunne være relevante som vi leste abstraktene til. Da valgte vi å inkludere disse tre da de var relevante for oss.

Manuell søking: Manuell søking kan skje på ulike måter. Når en har funnet en interessant artikkel som berører emnet, kan en studere referanselisten til den artikkelen. Da kan en finne andre artikler som er relevant (Forsberg og Wengström, 2015). I søket fra Cinahl fant vi en artikkel som vi kunne bruke fra referanselisten til en original artikkel.

Pubmed: I likhet med Cinahl, startet vi søkeprosessen med søkeordene: “strategy”, “nursing home personnel”, “nursing homes” og “malnutrition”. “Nursing homes” og

“nursing home personnel” ble satt sammen i kombinasjonen “OR”, for så å sette sammen alle med “AND”. Her ble det kun begrenset med årstall “2007-2017”, som ga 31 resultater. Alle overskriftene ble lest, og de overskriftene som virket relevant for oppgaven valgte vi å lese abstraktene til. Etter å ha lest abstraktene, endte vi opp med å inkludere en artikkel.

MedLine: I denne databasen valgte vi å bruke søkeordene “Perception OR strategies AND nursing homes OR nursing home personnel AND malnutrition” Dette ga 484 treff med begrensningene “2007-2017”. De 100 første overskriftene ble lest, da relevansen for vår oppgave forsvant etter dette. Av disse var det ti abstrakter som ble lest, og en ble vurdert som relevant for oppgaven, som vi da valgte å inkludere.

British Nursing Index: Vi hadde lite kjennskap til denne databasen, men søk her ble inkludert da resultatene i andre databaser ga lite treff på relevante artikler. Søkestrategien her var: “Strategy AND nursing homes OR nursing home personnel AND malnutrition”, hvor det ga 150 treff uten begrensninger. Begrensningene som ble brukt her var: “2007-2017”, som ga 62 treff. Her ble alle overskriftene lest, hvor ti abstrakter ble vurdert. Av disse var det en artikkel som var relevant for oppgaven.

3.3.4 Kvalitetsvurderinger

For at artiklene skal bli godkjent og bli publisert i en vitenskapelig tidsskrift, må den ha gjennomgått en fagfelle vurdering som er en kvalitetssikring av artiklene (Norsk senter for forskningsdata 2017). Artiklene som er inkludert i vår oppgave ble undersøkt om de var på nivå 1 eller nivå 2 på nettsiden til Norsk senter for forskningsdata. Der forteller de at nivå 1 er ordinære vitenskapelige artikler, og nivå 2 er de artiklene som har høyest internasjonal prestisje. Alle artiklene våre som er inkludert er på nivå 1, med unntak av to som er på nivå 2. Vi har valgt å inkludere studier som har en IMRAD-struktur, dette er en mal på hvordan en vitenskapelig artikkel blir bygd opp. En svakhet her er at vi har ikke brukt sjekklisten for kvantitative og kvalitative artikler, men har likevel funnet relevante artikler som etter vår mening kan gi svar på problemstillingen. De åtte artiklene som er inkludert i

oppgaven vår er kvalitative og kvantitative. Dette har vi funnet ut ved å bruke metodebeskrivelsen i artikkelen.

3.3.5 Etiske hensyn

I arbeidet med systematisk litteraturstudie bør etiske vurderinger foretas. Retningslinjer for god medisinsk forskning sier at uærlighet og bedrageri ikke kan være en del av forskning, som betegnes som plagiat av data, hypoteser eller metoder uten å spesifisere kilden (Forsberg og Wengström, 2015). Etiske vurderinger i systematisk litteraturstudie bør gjøres om valg og presentasjon av resultater, samt at det er uetisk å bare presentere funn som støtter eller ikke støtter hypotesen, og å bare presentere de elementene som støtter forskerens egen mening. Det er viktig at studien har blitt lagt frem for en etisk komité eller at det er gjort etiske vurderinger (Forsberg og Wengström, 2015). Samtlige av artiklene våre ble lagt frem for en etisk komité, men ikke alle ble vurdert som meldepliktig. Dette vil si at deltakerne som var med i studiet fikk både muntlig og skriftlig informasjon om studien. Dette var informasjon som innebar at de ville være helt anonyme, at det var frivillig å delta og at de kunne trekke seg når som helst. Egne etiske vurderinger som ble gjort underveis er at vi har hele tiden oppgitt kilder, slik at vi ikke tar æren for andre sitt arbeid. Vi har tydelig gjennom teksten skilt mellom egne erfaringer, teori og/eller forskning.

3.4 Analyse

Innholdsanalyse er en stor del av en systematisk litteraturstudie, forskeren klassifiserer data for å enklere identifisere ulike temaer. En analyse innebærer å dele det fenomenet som er undersøkt i mindre biter for så å undersøke det individuelt. Etter at en har analysert skal syntesen brukes videre, dette vil si å sette sammen alle funnene i en helhet (Forsberg og Wengström, 2015). Vi vil i oppgaven bruke Evans (2002) sine faser for å utføre en innholdsanalyse i oppgaven vår.

Fase 1 innebærer å søke i databaser for å finne relevante studier. Studiene blir inkludert ved hjelp av inklusjonskriteriene. Denne prosessen med utvelgelse sikrer en likhet når det

gjelder karakteristikene til studiene som inngår i vurderingen (Evans, 2002). På bakgrunn av dette fant vi åtte forskningsartikler som vi valgte å ta i bruk.

Fase 2 handler om at en skal identifisere de viktigste funnene ved hjelp av gjentatt lesing for å utvikle en følelse av studien som en helhet. Nøkkelfunnene blir samlet fra hver enkelt studie (Evans, 2002). Her leste vi artiklene gjentatte ganger for å få en forståelse og en helhet over hva artiklene inneholdt. Ulike fargekoder ble brukt for å markere funnene i de ulike artiklene.

Fase 3 tar for seg likheter og ulikheter som sammenlignes. Nøkkelfunnene fra studiene blir gruppert og kategorisert i forhold til dette. En skal også identifisere undertemaer og gradvis i prosessen vil en få en bredere forståelse av fenomenet. Tolke innholdet i hvert tema og identifisere konsistenser og ulemper (Evans, 2002). Her sammenlignet vi artiklene i forhold til likheter og ulikheter for å få en enda bedre forståelse. Vi kom frem til nøkkelordene: Dokumentasjon, kunnskaper, erfaringer, strategier, screening, mangelfulle rutiner, konsekvenser, observasjon og tverrfaglig samarbeid. Etter å ha funnet de ulike nøkkelordene satt vi de inn i ulike kategorier som gjenspeilet seg i flere av artiklene.

Fase 4 handler om å opprette en beskrivelse for å kunne referere tilbake til den opprinnelige studien for å kontrollere nøyaktighet. Funnene er skrevet opp og beskriver alle temaer og undertemaer, støttes opp med eksempler fra opprinnelige studier (Evans, 2002). Hovedtemaet vi har funnet i alle våre artikler er ulike strategier og erfaringer fra sykepleiere når det kommer til å forebygge underernæring. Våre hovedfunn er:

- Viktigheten med dokumentasjon og observasjon
- Strategier for å forebygge underernæring
- Trekker for raske konklusjoner i forhold til underernæring
- Tverrfaglig samarbeid

4.0 Resultat

Her tas det utgangspunkt i analysen av forskningsartiklene og det blir gjort rede for de sentrale funnene. En tabell ble tatt i bruk for å få en oversikt over likheter og ulikheter i artiklene (Vedlegg 3). Med utgangspunkt i vår analyse var de mest sentrale funnene viktigheten med dokumentasjon og observasjon, kliniske kunnskaper om underernæring, at sykepleier trekker for raske konklusjoner i forhold til underernæring og at sykepleier konsulterer med andre yrkesgrupper.

4.1 Sykepleier bruker ulike strategier for å forebygge underernæring

Personalet brukte flere strategier for å forsikre seg om at beboerne fikk tilstrekkelig næringsinntak, samt at alle ble spurt om deres kunnskaper og trening i forhold til ernæring. Både ledere og personalet stolte på deres personlige kunnskaper om ernæring som de hadde fått gjennom matlaging for deres egen familie, media og forskning. Det var mangel på kjennskap til retningslinjer og anbefalinger om ernæring for eldre mennesker, og informasjonsskriv var utdatert. Det at sykepleierne tok valget om hva pasienten skulle spise eller likte og ikke likte kunne føre til konflikt med beboernes autonomi, men noen beboere rapporterte at personalets kunnskaper angående hva de likte og ikke likte, var positivt. Personalet strevde etter å etterkomme beboernes matpreferanser innenfor organisasjonens og budsjettets begrensninger. Sykehjemmene inkluderte både beboere og deres slektninger i mat planleggingen, og beboerne fikk velge ulike måltider. Dette kunne skape frustrasjon hos personalet, da de måtte lage flere ulike måltider. Et positivt aspekt med å bruke en strukturert arbeidsprosess, ifølge sykepleierne, var at det letter omsorgen, da hver person er vurdert på en lignende måte. Noen sykepleiere uttrykte at vurderingen fungerte som en sjekkliste og de kunne føle en sikkerhet på at ingenting var utelatt (Merrell m.fl., 2011; Lannering m.fl., 2017; Fossum m.fl., 2011).

Ifølge sykepleiers erfaringer forekommer underernærte beboere i varierende grad. Ikke alle, men noen beboere var ernæringsmessig vurdert. Sykepleierne vurderte beboerne ved innleggelse og/eller under oppholdet. Helsepersonellens erfaringer i forhold til vurderinger av underernæring var at de som ble vurdert som å være i fare ble værende i disse skalaene,

men at helsepersonellets kliniske anslag var forskjellig. Sykepleiere i motsetning til hjelpepleiere, hadde betydelig flere års arbeidserfaring, samt mer erfaring om underernæring og bekreftet at de oftere hadde deltatt i undervisning om underernæring og hadde mer kunnskaper enn de som ikke hadde deltatt (Bauer m.fl., 2015; Schönherr m.fl., 2015; Persenius m.fl., 2008; Lannering m.fl., 2017). Noen sykepleiere refererte til KMI for å vurdere kroppsvekten, som de rettferdiggjorde med at beboernes underernæring ble basert på deres kunnskaper og deres kliniske erfaringer. Betydningen av beboernes situasjon, intervensjoner, faglig erfaring og mangel på passform i scenariene ble også identifisert (Fossum m.fl., 2011).

Mesteparten av helsepersonellet rapporterte at det var viktig å alltid gi kostholdsråd til beboerne. Den type kostholdsråd som oftest blir angitt omfatter bestemmelsen og diett rådgivning til beboerne. Andre kostholdsråd tilbød beboerne å spise små, hyppige og fetere måltider. Lederne forespurte veiledning angående menyplanlegging og ernæringsinntak for eldre mennesker, samt at de var uvitende om ressurser og veiledning som var tilgjengelig. Det var ikke forventet at personalet skulle ha dybde i deres kunnskap om ernæring, men det er noen praktiske tips til hvordan de kan øke ernærings- og kaloriinntaket hos eldre, som er undervektig og har liten appetitt (Merrell m.fl., 2011; Kennelly m.fl., 2010).

Elementer på risikofaktorer og konsekvenser av underernæring, tegn på dehydrering, BMI, vekttap og andre elementer som påvirker det orale næringsinntaket negativt ble oftere registrert av sykepleierne enn hos hjelpepleierne. Svarene på spørreskjemaet om kunnskaper om underernæring hadde ikke noe betydelige forskjell i forhold til kjønn, alder og år med arbeidserfaringer, men sykepleiere kom bedre ut enn hjelpepleiere. Ytterlige trekk i underernæring som derimot hadde en betydelig forskjell var at de med undervisning i underernæring visste mer enn de som ikke hadde det. Det er viktig med vekt registreringer og forsikre seg om at en har nok kunnskaper om dette og at det blir iverksatt i praksis. Støtte fra ledelsen hjalp i arbeidet med tilbakemeldingssystemet, som ble sett på som den viktigste tilretteleggeren i arbeidet med dette (Meijers m.fl., 2013; Bauer m.fl., 2015; Schönherr m.fl., 2015).

Flertallet av sykepleierne og hjelpepleierne viste positive holdninger i forhold til den ernæringsmessige omsorgen, men det var også noen negative holdninger. Sykepleierne og hjelpepleierne varierte i deres holdninger totalt sett (Bauer m.fl., 2015; Schönherr m.fl., 2015). Flere av sykepleierne var av den oppfatning av at formell struktur ikke var nødvendig for den daglige pleien. Sykepleierne uttrykte deres bevissthet og evne til å oppdage tidlige tegn som kan føre til alvorlige hendelser (Lannering m.fl., 2017).

4.2 Sykepleier bruker observasjoner og dokumentasjon for å forebygge underernæring

Personalet stolte hovedsakelig på observasjoner til å identifisere beboere i risiko for underernæring og de med redusert appetitt. Ved å stole på observasjoner alene, kan det bety at sakte vektreduksjon ikke oppdages. Ved gjennomgang av beboernes journal og første vurdering, fant de ut at ikke alle beboerne hadde blitt veid ved innleggelse, og i ingen av sykehjemmene var kroppsmasseindeks (KMI) kalkulert slik det er anbefalt i retningslinjer. Beboere på det ene sykehjemmet ble rutinemessig veid hver tredje måned, mens det ikke ble praktisert hos det andre. Når de “genererte hypoteser” prøvde de å tolke de rapporterte observasjonene og symptomene som var beskrevet. Måling av kroppsvekt var den mest rapporterte metode for overvåking av beboerne som ble foreskrevet oralt kosttilskudd (Merrell m.fl., 2012; Fossum m.fl., 2011; Kennelly m.fl., 2010).

Det ble undersøkt hvilke grupper som var i spesielt fare for underernæring. De fokuserte på handlinger slik som ernæringscreening, vurderinger, forebygging, behandling, monitorering, evaluering, samt organisasjon. Det er viktig med vekt registreringer og forsikre seg om at en har nok kunnskaper om dette og at det blir iverksatt i praksis. Det ble utprøvd et tilbakemeldingssystem som viste at dersom screeningen ikke ble utført tilstrekkelig angir handlings tabellene i tilbakemeldingssystem hvilke screeningsverktøy som skal brukes og hvordan de iverksettes. Det å vurdere ble brukt når sykepleierne vurderte data og reflekterte over tiltakene, som for eksempel det å beregne inntak i forhold til det som kommer ut igjen og ta regelmessige vekt registreringer for å se om beboeren fortsatt har tapt vekt (Meijers m.fl., 2013; Fossum m.fl., 2011).

Rutiner for vektregistreringer var forskjellig, hvor noen registrerte to dager etter innleggelse, mens andre ventet til beboerne følte seg mer hjemme. Vurdering og oppfølging av tiltak, i henhold til forebyggende omsorgsprosess, ble gjort og dokumentert to ganger årlig, mens den daglige omsorgen, som innebærer mange små forbedringer, var kontinuerlig. Ved bruk av et ernæringscreening verktøy kunne det øke bevisstheten om viktigheten med ernæring for eldre mennesker, samt muliggjøre beboere i risiko for underernæring til å bli identifisert. Dette vil være et nyttig initiativ, men det trengs mer utdanning og trening. Screeningsverktøy som ble brukt var SGA og MNA, samt et ernærings diagram, en kombinasjon av dokumentasjon av matinntak og KMI. (Merrell m.fl., 2012; Lannering m.fl., 2017; Persenius m.fl., 2008).

Noen sykepleiere redegjorde for viktigheten av dokumentasjon i klinisk praksis. Noen sykepleiere brukte strategien “å søke etter informasjon” for å få mer kunnskaper om beboernes funksjonsevne, medisiner, utstyr for å administrere helseproblemer, sosialt nettverk og respons behandling. Det ble oppdaget gjennom sykehjemmenes dokumentasjon at mens retningslinjer for matsikkerhet var tydelig og vanligvis rapportert, var retningslinjer for ernæringscreening ikke det, noe som indikerer mangel på bevissthet (Fossum m.fl., 2011; Merrell m.fl., 2012). Kontinuerlig overvåking og rapportering av mat- og væskeinntak gjennom muntlig og skriftlig dokumentasjon, ble gitt videre og dokumentert i journal, samt om beboerne trengte hjelp ved måltider. Flere av sykepleierne dokumenterte kvalme/oppkast, muligheter for å spise og drikke, diare og vanskeligheter med tygging og svelging. Energiinntak, KMI, metabolske forandringer og subkutan fett/muskelmasse var andre elementer som sjeldent ble dokumentert. Den svenske modellen, VIPS, ble brukt for å dokumentere. Noen fordeler med denne modellen var en tilstrekkelig og sammensatt struktur, at den var enkel å bruke og var organisert i samsvar med sykepleieprosessen. I sykepleie notatet er det enkelt å ta tak i beboerens sin tilstand og få tak i informasjon om beboeren (Persenius m.fl., 2008; Merrell m.fl., 2012).

4.3 Sykepleier trekker for raske konklusjoner i forhold til underernæring

Det var tendenser blant de ansatte om å ha forutsetninger om at beboerne hadde et godt næringsinntak. Denne måten å tenke på kan være i konflikt med beboernes autonomi, selv om beboerne rapporterte at de ansatte som hadde kunnskaper om hva beboerne liker og misliker var et positivt aspekt ved omsorgen. Utdragene fanger opp noen vanlige, men feilaktige oppfatninger om at eldre spiser mindre, at de som er under helsetjenesten har mindre risiko for underernæring og at ernæring ikke blir prioritert i forhold til andre omsorgsbehov (Merrell m.fl., 2011; Fossum m.fl., 2011). Tenke strategien 'generalisering' ble brukt av annenhver sykepleier, hvor de antok at selv om det ikke ser så bra ut at beboeren er så tynn, så er det normalt at eldre mennesker er dette. Halvparten av sykepleierne rapporterte og kommenterte forandringer i kroppsvekten hos beboerne, men under halvparten av sykepleierne foreslo planer som demonstrerte direkte forhold mellom ernæringssituasjonen. I gjennomgangen av dokumentasjonen ble det bemerket at mens retningslinjer for næringsmiddel sikkerheten på ernæringsmessig screening ikke var noe som indikerte på mangler og bevissthet (Merrell m.fl., 2011; Fossum m.fl., 2011).

4.4 Sykepleier samarbeider med andre yrkesgrupper

Når kostholdsrådene var gitt hadde sykepleierne en konsultasjon med en ekspert innenfor dietter, samt leger og fysioterapeuter for å rapportere, påvirke forskrivning av orale kosttilskudd, vurdere medikamenter og for å øke fysisk aktivitet. Helsepersonell ble enige om at å arbeide sammen var den beste måten å gjøre vurderinger på i forhold til prosedyrer som kan øke kunnskapen om eldre personer. Samarbeid var imidlertid ikke alltid mulig, noen ganger begynte sykepleierne å fullføre deler av vurderingen men lot ofte resten være igjen til hjelpepleierne og omvendt. Ulike roller for ulike yrker ble beskrevet. For eksempel jobber sykepleiere og hjelpepleiere med tiltak angående underernæring, mens en fysioterapeut jobber med forebygging av fall. Samarbeid i kombinasjon med struktur og muligheten til å sammenligne resultater ble opplevd som et verktøy for å jobbe sammen mot et felles mål. Noen ganger viste lederne statistikker, men ikke regelmessig. På noen steder hadde hjelpepleierne tilgang til datainnsamlingen, mens det andre steder var kun sykepleierne som hadde det (Kennelly m.fl., 2010; Fossum m.fl., 2011; Lannering m.fl., 2017).

5.0 Diskusjon

I diskusjonen presenteres metoden som vi har brukt i oppgaven. Deretter presenteres resultatdiskusjon i lys av funnene fra studiene og teoribakgrunnen. På bakgrunn av dette skal vi besvare problemstillingen: Hvilke strategier bruker sykepleiere for å forebygge underernæring hos beboere på et sykehjem?

5.1 Metodediskusjon

Oppgaven vår baserer seg på litteratur og forskning. Gjennom hele oppgaven har vi oppgitt kilder, dette fordi en ikke ønsker å ta ære for andre sitt arbeid. En styrke i oppgaven er at vi alltid har jobbet sammen, fordelt oppgavene og har på denne måten kunnet diskutere dersom det har oppstått noe underveis i prosessen. Vinteren 2016 ble det laget en prosjektplan og fremtidsplan i forkant av oppgaven. Det ble laget tidsfrister som vi ønsket å overholde. Dette har blitt gjort så langt det har latt seg gjøre. Planen var å være ferdig i god tid før innlevering, men dette lot seg stoppe da det ble oppdaget at et søkeord hadde blitt utelatt, dermed ble det valgt å søke på nytt i Mai 2017.

I metodekapittelet ble det tatt utgangspunkt i Forsberg og Wengström (2015). Et PIO-skjema ble brukt, som har vært et nyttig hjelpemiddel under søkeprosessen. I PIO-skjemaet ble det først søkt med ordet "Patient", dette ordet ble valgt å fjerne da vi ikke fikk treff. Vi ser allikevel at vi har endt opp med artikler som omhandler pasienter og/eller beboere. Ved hjelp av inklusjons- og eksklusjonskriterier har det blitt funnet forskning knyttet til vårt tema. Dersom artiklene ikke hadde disse kriteriene, ble de ekskludert. I søket vårt fant vi mange artikler som omhandlet spesifikke sykdommer. Det at problemstillingen ikke er mer spisset, kan være en svakhet i oppgaven. Ved analysen av artiklene brukte vi Evans (2002) sine fire faser for å finne relevant forskning. Artiklene ble fordelt oss imellom for å få en oversikt over hva de ulike artiklene omhandlet. Da ble det notert nøkkelfunn i margin og brukt fargekoder for å skape en oversikt. Deretter ble alle nøkkelfunnene samlet sammen og sammenlignet i forhold til likheter og ulikheter, for så å sette de inn i ulike kategorier. Det ble også brukt en tabell for å få en bedre oversikt over hvilke artikler som tok for seg ulike nøkkelfunn (Vedlegg 3).

Når artiklene var valgt ut, måtte de oversettes da de var på engelsk. Mange ord og uttrykk var ukjente for oss. Dermed falt valget på å bruke ordbøker og nettsider for å oversette etter beste evne. Dette er en sikkerhet for oss at artiklene er forstått og at vi har fått en oversikt over hva de handler om. Når artiklene ble oversatte fra engelsk til norsk ble det passet på å ikke endre på selve innholdet i setningen, men eventuelt heller formulere den slik at setningen fikk en fin flyt. I søkeprosessen vår hadde vi store vansker med å finne relevante artikler for problemstillingen. Dette førte til at det ble brukt mye tid på å finne gode kombinasjoner i forhold til søkeordene våre. Artiklene som ble inkludert tar for seg det vi ønsker, men grunnet tidspress har det ikke blitt gått så grundig til verks som en hadde ønsket. Dette sees på som en svakhet i oppgaven og det tas selvkritikk for at feilen med et uteblitt søkeord ble oppdaget for seint.

5.2 Resultatdiskusjon

Resultatene skal diskuteres i forhold til den aktuelle problemstillingen, dens hensikt og bakgrunns litteratur (Forsberg og Wengström, 2015). Vi har valgt å inkludere åtte forsknings artikler som fokuserer på ulike strategier sykepleiere har i forhold til underernæring. Ut i fra dette vil våre funn, egne erfaringer og konsekvenser for sykepleien bli belyst.

5.3 Sykepleier bruker ulike strategier for å forebygge underernæring

Personalet brukte flere strategier for å forsikre seg om at beboerne fikk tilstrekkelig næringsinntak, samt at alle ble spurt om deres kunnskaper og trening i forhold til ernæring (Merell m.fl., 2011; Fossum m.fl., 2011). Ifølge WHO (2012) ble det flere ganger rapportert om behovet for mer undervisning til de ansatte for å få en passende opplæring i forhold til mat og ernæring. Det blir også påpekt at det er nødvendig å integrere en større oppmerksomhet til ernærings spørsmål i utdanning og opplæring for helsepersonell, dette kan være i form av kurs, samt forskjeller i faglig kunnskap og ferdigheter mellom yrkesgruppene. Selvoppfattet kompetanse i ernæringsmessig kunnskap blant sykepleiere

har vist en manglende kunnskap og er den viktigste barrieren for god ernæringsmessig styring (WHO, 2012). Helsetilsynet (2013) sier at det i liten grad ble brukt erfaringer fra uønskede hendelser og feil til å gjøre forbedringer.

Det ble rapportert at det var viktig å gi kostholdsråd til beboerne. Dette var kostholdsråd som bestemmelse og diett rådgivning, samt at de tilbydde beboerne å spise små, hyppige og fetere måltider. Det ble også etterspurt veiledning i forhold til menyplanlegging og ernæringsinntak, det viste seg at de var uvitende om hvilke ressurser og veiledning som var tilgjengelig (Merell m.fl., 2011; Kennelly m.fl., 2010). I kostveiledningen er det viktig at sykepleier har kunnskaper om kosthold og en evne til å lytte og kommunisere med beboeren for å kunne påvirke dens matvaner og levesett (Sjøen og Thoresen, 2012). Orem beskriver at veiledning er en rolle som krever at sykepleieren rådgiver og informerer beboeren slik at de kan imøtekomme sine egenomsorgsbehov (Cavanagh, 1999). Kommunikasjon mellom sykepleier og pasient har en sentral rolle hvor det er viktig at en sikrer seg en forståelse av beboernes situasjon, samt skape et bedre fundament. Ulike metoder og strategier kan brukes ved bruk av kommunikasjon, men dersom dette ikke fungerer, er det viktig å tenke nytt (Eide og Eide, 2009). Berikelse av kosten kan være nyttig for eldre som er i fare for å bli underernært, dette kan innebære å tilsette ekstra smør og fløte, bruke supplement i form av ernæringsdrikker og ernæringspulver (Sjøen og Thoresen, 2012). Våre erfaringer med berikelse av kosten er at det i stor grad blir gjennomført. Det blir tilsatt ekstra fløte og smør, samt ernæringsdrikker til beboere. Dette blir ikke alltid gjort for at beboeren nødvendigvis er underernært, men heller fordi at beboeren ikke spiser tilstrekkelig.

Sykepleiernes erfaringer tilsier at underernæring forekommer i varierende grad, samt at sykepleierne har mer erfaringer og kunnskaper enn hjelpepleiere. Beboere som ble vurdert for å være i fare for underernæring ble værende i disse skalaene, men helsepersonellens kliniske anslag og erfaringer var annerledes. Ved innleggelse og/eller under oppholdet var det bare enkelte beboere som ble ernæringsmessig vurdert (Bauer m.fl., 2015; Schönherr m.fl., 2015; Persenius m.fl., 2008; Lannering m.fl., 2017), mens det i studien til Fossum m.fl. (2011) ble rettferdiggjort av sykepleierne om beboernes underernæring. Dette ble basert på deres kunnskaper og kliniske erfaringer. Som sykepleier må en kontinuerlig følge

med på endringer i beboerens tilstand, noe som kan være svært krevende. Dette krever kontinuerlig arbeid med datasamling og observasjoner (Hauge, 2014).

5.4 Sykepleier bruker observasjon og dokumentasjon for å forebygge underernæring

Personalet stolte hovedsakelig på egne observasjoner, dette medførte at de med risiko for underernæring ikke ble oppdaget. Det å stole kun på observasjoner kan medføre at vektreduksjon ikke blir oppdaget. I en gjennomgang av beboernes journal ble det oppdaget at ikke alle hadde blitt veid ved innleggelse og at KMI ikke var kalkulert slik det er anbefalt i retningslinjene (Merrell m.fl., 2012; Fossum m.fl., 2011). I motsetning til et annet sykehjem der den mest rapporterte metoden for overvåkning av pasienter var måling av kroppsvekt (Kennelly m.fl., 2010). Våre egne erfaringer tilsier at helsepersonell som er på jobb daglig kanskje ikke ser samme utviklingen av pasientens ernæringstilstand, i motsetning til de som er sjeldent på jobb. Observasjoner og vurderinger handler ifølge Orem om prosesser som utføres regelmessig eller kontinuerlig, samt at de er i samsvar med pasientens tilstand (Cavanagh, 1999). Som sykepleier på sykehjem er det viktig at en observerer den enkelte sin vekt og vektutvikling. Dette kan gjøres ved å veie pasienten regelmessig, observere om klærne blir for store eller ikke passer lenger. Det er viktig å observere om pasienten spiser da det kan være mange ulike årsaker som gjør at pasienten ikke spiser. Dette kan være årsaker som sykdom og legemidler, men det kan også være at pasienten ikke trives. Et godt tegn på at pasienten trives er at pasienten opprettholder sin vekt (Bergland, 2011).

Rutinene i studiene viser at de er svært forskjellige når det kommer til vektregistrering og screening (Merrell m.fl., 2012; Lannering m.fl., 2017; Persenius m.fl., 2008). Ifølge Brodtkorb (2014) er det nødvendig med hyppige veiinger for særlig utsatte pasienter. Ernæringsstatus er et resultat av tilførselen, forbruket og tapet av næringsstoffer. Ved å kartlegge en slik status får man en indikasjon på om pasienten er i ferd med å utvikle et ernæringsproblem. Det ble undersøkt hvilke grupper som var i spesiell fare for underernæring. Da ble det fokusert på handlinger som ernæringscreening, vurderinger,

forebygging, behandling, monitorering, evaluering og organisasjon. Det er viktig at en har nok kunnskaper om vektregistrering og at en iverksetter dette i praksis (Meijers m.fl., 2013; Fossum m.fl., 2011). Våre erfaringer når det kommer til vektregistrering og screening er at det gjerne kan bli glemt. Vi opplever at noen kan være flinkere til å gjennomføre det enn andre og at noen kan se på det som et tiltak. Vi har også observert at sykepleierne kan overlate arbeidsoppgaver til assistenter og hjelpepleiere. Dette bekreftes av studien til Lannering m.fl. (2017) der det sies at sykepleiere begynner på arbeidsoppgaver, men overlater det ofte til annet helsepersonell.

Sykepleiere redegjorde for viktigheten av dokumentasjon i klinisk praksis. De brukte strategien som var å søke etter informasjon for å få mer kunnskaper om beboerne (Fossum m.fl., 2011). Ifølge Helsedirektoratet (2016) innebærer god ernæringspraksis kartlegging, dokumentasjon og vurdering av pasientens ernæringsstatus og matinntak i forhold til behov, igangsetting av målrettede ernæringstiltak, samt evaluering og oppfølging. Helsepersonelloven §40 (2016) påpeker at journalen skal føres i samsvar med god yrkesskikk og at den skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, og at den skal være lett å forstå for annet helsepersonell.

Ifølge studien til Persenius m.fl. (2008) er VIPS en måte å dokumentere på. Dette er en modell med en tilstrekkelig og sammensatt struktur som er enkel og bruke, samt at den er i samsvar med sykepleieprosessen. Det er i sykepleie notatet enkelt å få tak i beboernes tilstand og den informasjonen en trenger. Vi har også egne erfaringer med å bruke denne type dokumentering. Den kan etter våre erfaringer oppleves som lite fullstendig, men ser at sykepleiere som har jobbet med denne lenge kan mestre den. Det viser seg at kvalme/oppkast, muligheter for å spise og drikke, diare og vanskeligheter med å tygge og svelge blir dokumentert. Derimot blir det sjeldent dokumentert energiinntak, KMI, metabolske forandringer og subkutan fett/muskelmasse. Dette kan gi konsekvenser både for sykepleier og pasient, da det ikke alltid oppdages underernæring (Persenius m.fl. 2008; Merrell m.fl. 2012). En systematisk og god dokumentasjon av sykepleien i et sykehjem viser seg å være en utfordring. Mangelfull dokumentasjon kan være direkte farlig for beboeren. Som sykepleier er det nødvendig at en tar et bevisst ansvar for å dokumentere (Hauge, 2014).

5.5 Sykepleier trekker for raske konklusjoner i forhold til underernæring

Det ble vist tendenser blant de ansatte om å ha forutsetninger om at beboerne hadde et greit næringsinntak. Denne måten å tenke på kan komme i konflikt med beboernes anatomi, selv om det ble rapportert at de ansatte hadde kunnskaper. Det ble fanget opp noen vanlige, men feilaktige oppfatninger om at eldre spiser mindre, at de som er under helsetjenesten har mindre risiko for å bli underernært og at ernæring ikke blir prioritert i forhold til andre behov.

Det blir og sagt at sykepleiere stoler for mye på egne erfaringer og dermed oppdages gjerne ikke et sakte vekttap eller de som er i risikozonen. Mange av sykepleierne antok at selv om det ikke ser så bra ut at beboeren er tynn, så er det normalt at eldre mennesker er det. Det ble rapportert forandringer i kroppsvekten, men et fåtall av sykepleierne foreslo tiltak direkte mot ernærings situasjonen. Ved dokumentasjonsgjennomgang ble det bemerket at retningslinjer for ernæringsmessige behov ikke indikerte mangler og bevissthet (Merrell m.fl., 2011; Fossum m.fl., 2011). Sykepleiere og beboere har en iboende evne og motivasjon til å handle målrettet på egne vegne (Kirkevold, 2014). Motivasjon er grunnleggende for at en forandring skal skje, og det er beboeren selv som skal utføre endringsprosjektet i samarbeid med helsepersonell (Eide og Eide, 2009). Vi har erfart at motivasjon for å få de eldre til å spise mer forekommer i praksis. Sykepleierne spør gjerne pasienten om de ønsker mer å spise, prøver å oppmuntre og fortelle viktigheten av et godt måltid.

5.6 Sykepleier samarbeider med andre yrkesgrupper

Helsepersonell mente at den beste måten å arbeide på var å arbeide sammen om å gjøre vurderinger i forhold til prosedyrer som kan øke kunnskapen om de eldre. Det var ikke alltid at samarbeid lot seg gjøre. Noen ganger begynte sykepleierne på oppgaver, men delegerte de videre til annet helsepersonell (Kennelly m.fl., 2010; Fossum m.fl., 2011; Lannering m.fl., 2017). Observasjoner og vurderinger som gjøres, kan være aktuelt å diskutere med andre yrkesgrupper, og når det er vurdert og besluttet har sykepleierne det overordnede ansvaret for å iverksette eventuelle tiltak (Hauge, 2014). Ifølge yrkesetiske retningslinjer (Norsk sykepleierforbund, 2011) punkt 1.7 skal sykepleieren erkjenne

grensene for egen kompetanse, praktisere innenfor disse og søke veiledning i vanskelige situasjoner. Vi har erfart at sykepleiere observerer og dersom det er noe de er usikre på søker de veiledning hos annet personell. Vi har også sett at det er et tverrfaglig samarbeid om pasientens behov, men har ikke noe særlig erfaringer med å jobbe tverrfaglig selv.

Sykepleierne rapporterte om knapp tid på teammøter. De hadde planlagte møter og satt av tid, men ble ofte avbrutt av andre hendelser som oppsto på avdelingen. Dette var negativt for sykepleien da de ikke fikk nok tid til å diskutere pasienter (Lannering m.fl., 2017). Sjøen og Thoresen (2012) sier at flere ulike yrkesgrupper samarbeid og har ulike arbeidsoppgaver i forhold til ernæring, og at alle jobber sammen for at beboerne skal få tilstrekkelig mat. Det ble beskrevet ulike roller for ulike yrker. For eksempel så jobber sykepleiere og hjelpepleiere med tiltak for underernæring, mens en fysioterapeut jobber mer med forebygging av fall. Samarbeid i en kombinasjon med struktur og muligheter for å sammenligne resultater ble opplevd som et verktøy for å jobbe sammen mot et felles mål (Kennelly m.fl., 2010; Fossum m.fl., 2011; Lannering m.fl., 2017).

6.0 Konklusjon

I oppgaven skulle følgende problemstilling besvares: “Hvilke strategier bruker sykepleiere for å forebygge underernæring hos beboere på et sykehjem?”

Et av våre hovedfunn var at sykepleierne brukte ulike strategier for å forebygge underernæring hos beboere på et sykehjem. Noen av disse strategiene var veiledning, informasjon, samtaler, samarbeid med andre yrkesgrupper og samarbeid med beboerne. Sykepleierne stolte hovedsakelig på sine kunnskaper og erfaringer når det gjaldt underernæring. Lite kjennskap til retningslinjer for både vektregistrering og utdaterte informasjonsskriv gikk igjen. Ulike kostholdsråd ble gitt til beboerne, hvor det da gjelder beriking av kost samt hyppigere og fetere måltider. Mangel på ressurser og personell viste seg å være av betydning, da dette kunne føre til konsekvenser for sykepleierne og beboerne. Sykepleierne beskrev mangel på tid og underbemanning som noen av de største konsekvensene, noe som kunne føre til at de ikke fikk sett like mye til beboerne som de ønsket. Mangel på tid og personale førte også til at oppgavene ikke ble utført i den grad det var ønskelig, samt at arbeidet ble delegert til annet helsepersonell.

Et annet sentralt funn var at sykepleiere i større eller mindre grad brukte screeningsverktøy og regelmessig veiing av beboerne for å kartlegge deres ernæringsstatus. Likedan viste ulike studier at slike verktøy ikke var godt kjent hos sykepleiere, og at de trengte mer trening i forhold til dette. De inkluderte studiene, faglitteratur og annen litteratur viser til hvilke personer som er utsatt for underernæring. Manglende kunnskap om de ulike verktøyene førte til manglende kunnskap om ernæring hos sykepleierne og annet helsepersonell. Det kommer likevel frem i flere studier at sykepleierne har mer kunnskap og erfaring om underernæring enn hjelpepleiere. Vektregistrering blir sett på som viktig, og kunnskap om dette er essensielt. De forskjellige studiene viste ulike rutiner ved vektregistrering, samt at det trengs mer kunnskap om dette feltet.

I flere studier blir det oppgitt at personalet hovedsakelig stolte på observasjoner, deres kunnskaper og erfaringer om underernæring. En fare ved dette er at underernæring da kan gå uoppdaget hvis det ikke registreres, samt at desto lengre tid det tar for å oppdage dette, desto verre kan utfallet være. Samarbeid med ulike yrkesgrupper kunne være med på å forebygge dette. Da de ulike yrkesgruppene tok for seg forskjellige situasjoner, og ved å jobbe på en strukturert måte, kunne en jobbe sammen mot et felles mål.

7.0 Anbefaling til videre forskning

I de ulike studiene ser vi at det er stort forbedringspotensiale når det kommer til ernæring hos eldre i sykehjem. Forslag til videre forskning kan være å fokusere på hvordan sykepleiere implementerer de ulike strategiene og erfaringene deres i praksis. Videre forskning kan også være å forske på eldre generelt med underernæring på sykehjem da det forskes en del på spesifikke sykdommer.

8.0 Litteraturliste

Bauer, S., Halfens, R.J.G. og Lohrmann, C. (2015). Knowledge and Attitudes of Nursing Staff Towards Malnutrition Care in Nursing Homes: A Multicentre Cross-Sectional Study. *Journal of Nutrition, Health & Aging*. 19(7). s. 734-40

Bergland, Å. (2011). Trivsel og mistrivsel hos eldre mennesker. I: Knutstad, U. (red.): *Sentrale begreper i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 2* (s.56-73). Oslo: Akribe AS

Brodtkorb, K. (2014). Ernæring, mat og måltider. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K og Ranhoff, A.(Red.). *Geriatrisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal.

Cavanagh, S. J. (1999). *Orems sykepleiemodell i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget AS

Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A. og Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag AS

Eide, H. og Eide, T. (2009) *Kommunikasjon i relasjoner - samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Evans, D (2002): Systematic reviews of interpretive research: interpretive data of processed data, *Australian Journal of Advanced Nursing*, Vol 20 no 2, pp. 22-26

Forsberg, C. og Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och kultur

Fossum, M., Gregory A.L., Göransson, K.E., Ehnfors, M. og Ehrenberg, A. (2011). Registered nurses`thinking strategies on malnutrition and pressure ulcers in nursing homes: a scenario-based think aloud study. *Journal of Clinical Nursing*. 20(17/18) s. 2425-2435 (11p)

Hauge, S. (2014). Sykepleie i sykehjem. I: Kirkevold, M. Brodtkorb, K. og Ranhoff, A. (Red.). *Geriatrisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal.

Helsedirektoratet. (2013). *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/916/Nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-underernering-IS-1580.pdf> (Hentet: 11. april 2017).

Helsedirektoratet (2016). *God ernæringspraksis*. Tilgjengelig fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/kosthold-og-ertering/erneringsarbeid-i-helse-og-omsorgstjenesten/god-erteringspraksis#definisjon-av-god-erteringspraksis-> (Hentet 03. April 2017).

Helsepersonelloven (2016). *Lov om helsepersonell (helsepersonelloven)*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven> (Hentet 12. april 2017).

Helsetilsynet (2013). *Forebygging og behandling av underernæring*. Tilgjengelig fra: <http://www.helsetilsynet.no/no/tilsyn/tilsynsomrader/eldretilsynssatsing/forebygging-og-behandling-av-underernaring/> (Hentet 03. April 2017).

Hougaard, L. (2011). Ernæring. I: Holter, I. M. og Mekki, T. E. (red.): *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1* (s. 523-552) Oslo: Akribe AS

Kirkevold, M. (2014) *Sykepleieteorier - analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Kennelly, S., Kennedy, N.P., Rughoobur, G.F., Slattery, C.G. og Sugrue, S. (2010). An evaluation of a community dietetics intervention on the management of malnutrition for healthcare professionals. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. Vol 23. s. 567-574

Kirkevold, M. (2014). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Lannering, C., Bravell, M.E. og Johansson, L. (2017). Prevention of falls, malnutrition and pressure ulcers among older persons - nursing staff's experiences of a structured preventive care process. *Health & Social Care in the Community*. 25(3) s. 1011-1020. (10p)

Meijers, J.M., Halfens, R.J.G., Mijnaerends, D.M., Mostert, H. og Schols, J.M. (2013). A feedback system to improve the quality of nutrition care. *Nutrition Journal*. Vol 29. s. 1037-1041

Merell, J., Philipin, S., Warring, J., Hobby, D. og Gregory, V. (2012). Addressing the nutritional needs of older people in residential care homes. *Health and Social Care in the Community*. 20(2). s. 208-215

Norsk Senter for forskningsdata. (2017). *Publiseringskanaler*. Tilgjengelig fra: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside> (Hentet: 08. Mai 2017).

Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere - ICNs etiske regler*. Tilgjengelig fra: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf (Hentet: 12. april 2017).

Persenius, M.W., Hall-Lord, M.L., Bååth, C. og Larsson, B.W. (2008) Assessment and documentation of patient's nutritional status: perceptions of registered nurses and their chief nurses. *Journal of Clinical Nursing*. Vol. 17. s. 2125-2136. 16 p

Ranhoff, A. (2014). Forebyggende og helsefremmende sykepleie. I: M. Kirkevold, Brodtkorb, K. og Ranhoff, A. (Red.). *Geriatrisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal.

Schönherr, S., Halfens, R.J.G. og Lohrmann, C. (2015). Development and psychometric evaluation of Knowledge of Malnutrition- Geriatric (KoM-G) questionnaire to measure malnutrition knowledge among nursing staff in Austrian nursing home. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 29(1). s. 193-202

Store Norske Leksikon. (2014). *Strategi*. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/strategi> (Hentet: 08.

Mai 2017).

Store Medisinske Leksikon. (2009). *VIPS-modellen*. Tilgjengelig fra:

<https://sml.snl.no/VIPS-modellen> (Hentet 15. Mai 2017).

Stubberud, DG., Almås, H., og Kondrup, J. (2013). I: Almås, H., Stubberud, DG. og Grønseth, R. (red). *Klinisk sykepleie 1*. Kapittel 16: Ernæring ved sykdom.

Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Sjøen, R. og Thoresen, L. (2012). *Sykepleierens ernæringsbok*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

World Health Organization (WHO). (2005). *Malnutrition - Quantifying the health impact at national and local levels*. Tilgjengelig fra:

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43120/1/9241591870.pdf> (Hentet: 19. april 2017).

World Health Organization (WHO). (2012). *Evaluation of the Norwegian nutrition policy with a focus on the Action Plan on Nutrition 2007-2011*. Tilgjengelig fra:

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/192882/Evaluation-of-the-Norwegian-nutrition-policy-with-a-focus-on-the-Action-Plan-on-Nutrition-20072011.pdf?ua=1 (Hentet: 09. april 2017).

Vedlegg 1: Litteraturmatriser

Litteraturmatrise til artikkel 1

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelord	Metode	Resultat/funn
<p>” Registered nurses' thinking strategies on malnutrition and pressure ulcers in nursing homes: a scenario-based think-aloud study.”</p> <p>Av: Fossum, Mariann; Alexander, Gregory L; Göransson, Katarina E; Ehnfors, Margareta; Ehrenberg, Anna</p> <p>Journal of Clinical Nursing (J CLIN NURS), Sep2011; 20(17/18): 2425-2435. (11p)</p> <p>DOI: http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03578.x</p>	<p><i>Målet</i> med denne studien var å undersøke tankestrategier og kliniske resonnement prosesser hos registrerte sykepleiere som bruker under simulert omsorgsplanlegging for underernæring og trykksår i sykehjem.</p> <p><i>Bakgrunn:</i> Klinisk resonnement er en viktig del av pleie øvelsen. De registrerte sykepleierens tenkestrategier og klinisk resonnement har fått begrenset oppmerksomhet innen sykepleievitenskap. Videre forskning er nødvendig for å forstå registrerte sykepleieres kliniske resonnement, spesielt for forebygging av underernæring og trykksår, da de er viktige kvalitetsindikatorer for beboer omsorg i sykehjem.</p>	<p>clinical reasoning, content analysis, pressure ulcers, registered nurses, think-aloud method, thinking strategies</p>	<p>En kvalitativ eksplorativ design ble brukt med en høyt tenkende intervjueteknikk</p> <p>De transkriberte verbalisasjonene ble analysert med kvalitativ deduktiv innholdsanalyse. Data ble samlet inn i seks måneder i 2007-2008 fra 30 registrerte sykepleiere på ni sykehjem i Norge.</p>	<p><i>Resultat:</i> Sykepleierne brukte en rekke strategier, men det var forskjell i hyppigheten av bruken. De tre mest brukte strategiene var: “å lage valg”, “å danne relasjoner” og “å trekke konklusjoner.” Ingen av sykepleierne utførte en strukturert risikovurdering av underernæring eller trykksår. Sykepleierne begynte med å vurdere data fra scenariene, men etter kort og grunnleggende vurdering flyttet de direkte til planleggingen.</p> <p><i>Konklusjon:</i> Mange ulike strategier ble brukt for forebygging av underernæring og trykksår. “Å gjøre valg” ble mest brukt og sykepleierens hovedfokus var å planlegge sykepleieintervensjoner. Studien viser at de fleste sykepleiere går direkte til planlegging når de diskuterer klinisk om beboere på sykehjem. Manglende systematiske risikovurderinger ble identifisert. Denne studien kan brukes for å anbefale forandringer ved bruk av verktøy for sykepleiere.</p>

Litteratormatrise til artikkel 2

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelord	Metode	Resultat/funn
<p>“Assessment and documentation of patients’ nutritional status: perceptions of registered nurses and their chief nurses.”</p> <p>Av: Persenius, M.W., Hall-Lord, M.L., Bååth, C. og Larsson B.W. (2008)</p> <p>Journal of Clinical Nursing Volume 17. Issue 16. p. 2125-2136</p> <p>DOI: http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02202.x</p>	<p><i>Bakgrunn:</i> Overordnede sykepleiere og registrerte sykepleiere har ansvar for å identifisere underernærte pasienter og de som er i fare for å utvikle underernæring.</p> <p><i>Mål:</i> Studere helsepersonellens oppfatninger om pasientens ernæringsstatus, vurderinger og ernæringsmessige vurderingen i forhold til screeningsverktøy. Oppfatninger om dokumentasjon i forhold til ernæring og fordeler og ulemper med en dokumentasjonsmodell.</p>		<p>I denne studien ble 15 sykepleiere i kommunal omsorg og 27 helsepersonell i fylkeskommunen intervjuet via telefon via en semistrukturert intervjuguide. 133 registrerte sykepleiere fra 14 kommuner og 28 sykehusavdelinger svarte på spørreskjemaet. Alt foregikk i samme fylke.</p>	<p><i>Resultat:</i> I henhold til flertallet av helsepersonell og registrerte sykepleiere ble bare enkelte pasienter vurdert ved opptak og eller under oppholdet. Ernæringsvurdering/screeningsverktøy og nærings retningslinjer ble sjelden brukt. De fleste registrerte sykepleier dokumenterte kvalme/oppkast, evne til å spise og drikke, diare og problemer med å tygge og svelge. Mens energiinntak og kroppsmasseindeks sjelden ble dokumentert. men flertallet dokumenterte sin vurdering av pasientens ernæringsmessige tilstand. Sykepleierne opplevde VIPS-modellen (svensk sykepleiemodell) som en retningslinje, samt en modell som hindrer informasjonsutveksling. Forskjeller ble funnet mellom sykepleiere i kommunal omsorg og fylkeskommune, men ikke mellom registrerte sykepleiere og deres helsepersonell.</p> <p><i>Konklusjon:</i> Alle pasienter er ikke nærings vurderte og viktige nærings parametere er ikke dokumentert. Ernæringsmessige pasienter kan forbli uidentifiserte og ikke skikkelig tatt vare på.</p>

Litteratormatrise til artikkel 3:

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep	Metode	Resultat/funn
<p>“An evaluation of a community dietetics intervention on the management of malnutrition for healthcare professionals.”</p> <p>Av: S. Kennelly, N.P. Kennedy, G.F. Rughoobur, C.G. Slattery og S. Sugrue</p> <p>Journal of Human Nutrition and Dietetics Volume 23, Issue 6 December 2010 Pages 567–574</p> <p>DOI: 10.1111/j.1365-277X.2010.01111.x</p>	<p>Helsepersonell som arbeider i fellesskapet har begrenset kunnskap om den bevisbaserte styringen av underernæring. Den foreliggende studien har til hensikt å evaluere et samfunns dietetikk intervensjon, som inkluderte et utdanningsprogram for helsepersonell i forbindelse med innføringen av en samfunns diett tjeneste for pasienter som er i fare for underernæring. Endringer i næringskunnskap og rapportert behandling av underernærte pasienter ble undersøkt og akseptabiliteten av intervensjoner ble undersøkt.</p>	<p>Community nutrition, malnutrition, nutrition education programme, nutrition screening, oral sip feeds</p>	<p>Et opplæringsprogram som omfatter "Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)" trening, ble implementert i åtte av 10 kvalifiserte primær pleiepraksis (14 praktiserende leger og ni praktiserende sykepleiere deltok), i syv private sykehjem (20 sykepleiere deltok) Og to helsesentre (53 samfunns sykepleiere deltok) i forbindelse med en samfunns diett service for pasienter med risiko for underernæring. Ernæringsmessige kunnskaper ble vurdert før, straks etter, og 6 måneder etter intervensjonen ved hjelp av selvforvaltende, multiple choice spørreskjemaer. Rapporterte endringer i praksis og godkjenning av utdanningsprogrammet ble vurdert ved bruk av selvadministrerte spørreskjemaer 6 måneder etter intervensjonen.</p>	<p>Resultat: En signifikant økning i ernæringsmessige kunnskaper 6 måneder etter at intervensjonen ble observert (P <0,001). Forvaltningen av underernæring ble rapportert å bli forbedret, med 69% (38/55) av helsepersonell som rapporterte å veie pasientene oftere, mens 80% (43/54) rapporterte å gi kostholdsråd for å forebygge eller behandle underernæring. Åtti prosent (44/55) av helsepersonell uttalte at "MUST" var et akseptabelt ernærings screeningsverktøy.</p> <p>Konklusjon: Et utdanningsprogram som støttes av et samfunns diett etikk for pasienter som er utsatt for underernæring, økte næringsevnen og forbedret den rapporterte styringen av underernærte pasienter i samfunnet av helsepersonell.</p>

Litteratormatrise til artikkel 4:

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep	Metode	Resultat/funn
<p>“A feedback system to improve the quality of nutritional care.”</p> <p>Av: Meijers, J.M., Halfens, R.J.G., Mijnaerends, D.M., Mostert, H. og Schols, J.M.</p> <p>Nutrition Journal <u>Volume 29, Issues 7–8, July–August 2013, Pages 1037–1041</u></p> <p>DOI: https://doi.org/10.1016/j.nut.2013.02.007</p>	<p>Hovedformålet med denne studien var å utvikle et tilbakemeldingssystem som forbedrer oversettelsen av underernæring data fra den nederlandske nasjonale prevalens måling av pleie problemer i relevante bevis og praksisbaserte tiltak i pleiehjem.</p>	<p>Feedback system; Care homes; nutritional care; quality improvement</p>	<p>Prosessen besto av to faser. Den første var utviklingen av et tilbakemeldingssystem. 24 intervjuer ble holdt med helsepersonell i omsorgshjem som deltok i prevalensmålingen for å få et innblikk i behov for oversettelse av resultatdata til relevant forbedring intervensjoner. Deretter diskuterte tre tverrfaglige fokusgrupper hvordan man utviklet et tilbakemeldingssystem for å håndtere disse behovene. I andre trinn ble gjennomførbarheten av dette systemet evaluert via et spørreskjema som ble sendt til omsorgsboliger som deltok.</p>	<p>Et viktig resultat var at dataene var mer gjennomsnittlig med hensyn til hvilken informasjon som var relevant, og at innsikten ble oppnådd i hvordan man forbedret ernæringspleien. Et system ble utviklet for å presentere data. Et beslutningstre ble brukt for å koble sammen prevalensmålinger i systemet med evidensbaserte ernæringsmessige tiltak. 47 respondenter evaluerte det nye tilbakemeldingssystemet som mulig. Innholdet og utformingen ble oppfattet som svært nyttig. Halvparten av de deltakende institusjonene hadde allerede begynt å jobbe med forbedringsaktiviteter.</p> <p>Konklusjon: Det utviklede tilbakemeldingssystemet ble vurdert som nyttig for å forbedre ernæringsmessig pasientbehandling i fremtiden. Dette systemet vil også bli utviklet for andre helsetjenester.</p>

Litteratormatrise til artikkel 5:

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep	Metode	Resultat/funn
<p>“Prevention of falls, malnutrition and pressure ulcers among older persons - nursing staff’s experiences of a structured preventive care process.”</p> <p>Av: Lannering, Christina; Ernsth Bravell, Marie; Johansson, Linda</p> <p>Health & Social Care in the Community (HEALTH SOC CARE COMMUNITY), May2017; 25(3): 1011-1020. (10p)</p> <p>DOI: http://dx.doi.org/10.1111/hsc.12400</p>	<p>En strukturert og systematisk omsorgs prosess for forebyggende arbeid, rettet mot trykksår og underernæring blant eldre mennesker, har utviklet seg i Sverige. Prosessen innebærer risikovurderinger, lag baserte tiltak og evaluering av resultater. Siden utviklingen har denne strukturerte arbeidsprosessen blitt nettbasert og har blitt implementert i et nasjonalt kvalitetsregister kalt Senior Alert.</p> <p><i>Formålet</i> med denne studien var å beskrive sykepleiers erfaring med forebyggende arbeid, ved å bruke den strukturerte forebyggende omsorgs prosessen som beskrevet i Senior Alert.</p>	<p>Falls prevention, home care, nursing care of older people, nursing homes, nutrition, risk assessment</p>	<p>Åtte fokusgruppeintervjuer ble gjennomført i 2015, inkludert ansatte fra sykehjem og hjemmebasert omsorg i tre kommuner. Intervjuet ble brukt til kvalitativ innholdsanalyse.</p>	<p>I denne studien ble både positive og negative meninger uttrykt om prosessen. Det systematiske og strukturerte arbeidsmiljøet virket kun delvis for å tilrettelegge til omsorgspersonene for å styrke omsorgs kvaliteten ved å foreta bedre kliniske vurderinger, utøvende temabaserte planlagte tiltak og læring fra resultater. Deltakerne oppga mangel på pålitelighet i vurderingene og varierende meninger om strukturen. Videre begrenset organisasjonsstruktur det forebyggende arbeidet.</p>

Litteratormatrise til artikkel 6:

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep	Metode	Resultat/funn
<p>“Addressing the nutritional needs of older people in residential care homes”.</p> <p>Av: Merell, J., Philipin, S., Warring, J., Hobby, D. og Gregory, V.</p> <p>Health and Social Care in the Community (2012) 20(2), 208–215</p> <p>DOI: 10.1111/j.1365-2524.2011.01033.x</p>	<p>I Storbritannia og Europa er underernæring hos eldre mennesker et betydelig og fortsettende problem. Underernæring predisponerer for sykdom, hindrer utvinning fra sykdom, øker dødelighet og er kostbart for samfunnet. Det er en bekymring for at nasjonale retningslinjer for ernæringspleie hos eldre i omsorgshjem ikke alltid er implementert.</p> <p>Målet med denne studien var å undersøke de faktorene som frembringer næringspleie til beboere i to forskjellige omsorgshjem. Perspektiver til beboere, deres slektninger og helsepersonell om spising og drikking i de ulike omsorgsmiljøene ble undersøkt.</p>	<p>Assessment, care homes, nutrition, older people, kvalitative</p>	<p>Kvalitativ studie som utforsker faktorer som frembringer næringsinnholdet til beboere i to forskjellige omsorgshjem i Wales. Ett hjem hadde felles spisestuer, mens det andre hadde enheter med åtte senger med eget kjøkken og spisestue. 45 deltakere bestod av 19 ansatte (ledere, omsorgs- og cateringpersonell), 16 beboere og 10 slektninger. Data ble samlet ved hjelp av halvstrukturerte intervjuer, fokusgrupper, observasjoner og dokumentasjonsgjennomgang mellom august 2009 og januar 2010.</p>	<p>Det ble fokusert på hvordan personalet vurderte og adresserte beboernes ernæringsmessige behov. Personalet forsøkte å være lydhør overfor beboernes diettpreferanser, sørget for personlig og sosial omsorg, samt at de samarbeidet med beboere og deres slektninger for å gi næringsrik mat i et hjemlig miljø. Det ble ikke utført ernæringsmessig screening for å identifisere de som var utsatt for underernæring, som er i strid med nasjonale retningslinjer, men stolte på observasjoner og overvåking. Det ble identifisert at det er behov for videre utdanning for omsorgspersonell om viktigheten av ernæring for å opprettholde helse hos eldre mennesker, samt bruk av ernæringsmessig screening og spesielle diettbehov. Det blir foreslått at det trengs trening blant helsepersonell for å utvide og styrke reguleringsfokus for å opprettholde ernæringsmessige behov i omsorgshjem.</p>

Litteratormatrise til artikkel 7:

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep	Metode	Resultat/funn
<p>“Development and psychometric evaluation of the Knowledge of Malnutrition - Geriatric (KoM-G) questionnaire to measure malnutrition knowledge among nursing staff in Austrian nursing homes.”</p> <p>Av: Schönherr, Silvia; Halfens, Ruud J. G.; Lohrmann, Christa</p> <p>Scandinavian Journal of Caring Sciences (SCAND J CARING SCI), Mar2015; 29(1): 193-202. (10p)</p> <p>DOI: http://dx.doi.org/10.1111/scs.12133</p>	<p>Underernæring er et internasjonalt prevalent helse fenomen i sykehjem. Det kan medføre alvorlige konsekvenser for de som er berørt. Manglende kunnskaper blant sykepleiere er ofte diskutert som en årsak til mangel på næringspraksis. Av denne grunn er et gyldig og pålitelig verktøy nødvendig for å vurdere kunnskap om underernæring (KoM) omsorg.</p> <p>Målet med denne studien var å utvikle og psykometrisk vurdere et spørreskjema for å vurdere KoM omsorg blant sykepleiere i østerrikske sykehjem.</p>	<p>Development, psychometric evaluation, questionnaire, malnutrition, knowledge, nursing staff, nursing home</p>	<p>Denne studien følger en psykometrisk metodologisk metode design. Dimensjonene og elementene i spørreskjemaet ble avledet fra en litteraturvurdering. Innholdets gyldigheten ble evaluert ved hjelp av en Delphi teknikk med åtte internasjonale eksperter innen underernæring. Artikkelen gyldighet når det kommer til distribusjon av responsalternativer, element vansker og diskriminerings indeks, konstruktiv validitet i forhold til en sammenligning mellom forhåndsdefinerte, kjente grupper og intern konsistens ved bruk av Kuder-Richardson 20 ble analysert i en prøve av 1152 registrerte sykepleiere fra 66 østerrikske sykehjem.</p>	<p><i>Resultater:</i> Kunnskapen om underernæring - geriatrisk (KoMG) spørreskjema består av 20 artikler med seks svaralternativer, inkludert “jeg vet ikke”. Kvaliteten på responsalternativer varierte fra 0,3 til 96,9%. Problemet med det totale spørreskjemaet var 59,3% og diskriminasjonsindeksen var 0,37. Det ble funnet betydelige forskjeller i prosent av korrekte svar mellom registrerte sykepleiere og hjelpepleiere, sykepleiepersonell med trening i ernæring samt mellom sykepleiepersonale med positive holdninger til næringspleie og nøytrale eller negative holdninger.</p> <p><i>Konklusjon:</i> KoM-G (spørreskjemaet) viser akseptable psykometriske egenskaper som dekker et bredt spekter av elementer med hensyn til underernæring og kan brukes i sykehjemspraksis, utdanning og til forskning.</p>

Litteratormatrise til artikkel 8:

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep	Metode	Resultat/funn
<p>“Knowledge and Attitudes of Nursing Staff Towards Malnutrition Care in Nursing Homes: A Multicentre Cross-Sectional Study.”</p> <p>Av: Bauer, S., Halfens, R.J.G. og Lohrmann, C.</p> <p>Journal of Nutrition, Health & Aging. 19(7):734-40, 2015 Aug.</p> <p>DOI: https://dx.doi.org/10.1007/s12603-015-0535-7</p>	<p>Den internasjonale litteraturen viser at det er betydelige underskudd i næringspleiebestemmelser i sykehjem. Begrenset kunnskap og negative holdninger kan bidra til disse underskuddene, men internasjonale studier på kunnskap og holdninger blant sykepleiere er sjeldne. Målet med denne studien er å vurdere kunnskap og holdninger til registrerte sykepleiere og hjelpepleiere mot underernæring i sykehjem.</p>	<p>Knowledge, attitudes, nursing staff, malnutrition, nursing homes</p>	<p>Multisenter, tverrsnittstudie. Studien ble utført i 66 østerrikske sykehjem med 1152 deltakere. Kunnskap om geriatrisk underernærings spørreundersøkelse (KoM-G) og personalets holdninger til geriatrisk ernæringssykepleie (SANN-G) skala ble brukt til datainnsamling.</p>	<p>De fleste svarte riktig på spørsmålene, men sykepleiere kunne betydelig mer enn hjelpepleiere. Spørsmålene som ble besvart riktig handlet mest om de faktorer som positivt påvirker ernæringsmessig inntak, mens spørsmål som ikke var korrekt involverte i behandling av underernæring. Sykepleiere viste mer positive holdninger enn hjelpepleiere. De mest positive holdningene ble vist i intervensjonsprotokollen, mens de minst positive ble vist i normene. En middels positiv korrelasjon mellom kunnskap og holdninger ble funnet.</p> <p>Konklusjon: Studien identifiserte spesifikke kunnskaps underskudd og områder med negative holdninger hos sykepleiere og hjelpepleiere, som gjør det mulig å utvikle skreddersydde treningsprogrammer.</p>

Vedlegg 2: Søkehistorikker

Søkehistorikk for artikkel 1 og 2:

Database	Søkeord/kombinasjon av søkeord	Begrensninger	Antall treff	Kommentar/begrunning for valg av artikkel
Cinahl	Malnutrition	Ingen	4746	
	Nursing Home Personell OR Nursing homes	Ingen	24 357	
	Strategies	Ingen	122 363	
		S1 and S2 AND S3	6	
		Peer reviewed; research article; language: danish, english, norwegian, swedish, 2007-2017	6	
				Ut i fra de seks artiklene vi endte opp med her var det en artikkel vi kunne bruke. Dette er en orginal artikkel som vi ved en senere anledning fant en annen artikkel som vi også valgte å inkludere via denne orginalartikkelen.

Søkehistorikk til artikkel 3 :

Database	Søkeord/kombinasjon av søkeord	Begrensninger	Antall treff	Kommentar/begrunning for valg av artikkel
PubMed	Strategy AND nursing homes OR nursing home personnel AND malnutrition	Ingen	56	
		Siste 10 år	31	Samtlige overskrifter ble lest, hvor enkelte av abstraktene ble lest. To artikler passet, men en av de var allerede funnet i en annen database.

Søkehistorikk til artikkel 4:

Database	Søkeord/kombinasjon av søkeord	Begrensninger	Antall treff	Kommentar/begrunning for valg av artikkel
British Nursing Index	Strategy AND nursing homes OR nursing home personnel AND malnutrition	Ingen	150	
		Siste 10 år	62	Samtlige overskrifter ble lest, hvor enkelte av abstraktene ble lest. Én artikkel var relevant for vår oppgave.

Søkehistorikk til artikkel 5,6 og 7

Database	Søkeord/kombinasjon av søkeord	Begrensninger	Antall treff	Kommentar/begrunning for valg av artikkel
Cinahl Complete	Malnutrition	Ingen	4751	
	Nursing home personnel OR nursing homes		24 359	
	Experience		160 124	
		S1 AND S2 AND S3	8	
		Europa, language: danish, english, norwegian, swedish, 2007-2017	5	Valgte her å inkludere tre artikler som var relevant for vår oppgave. Dette etter å ha lest abstrakte og overskrifter

Søkehistorikk til artikkel 8:

Database	Søkeord/kombinasjon av søkeord	Begrensninger	Antall treff	Kommentar/begrunning for valg av artikkel
Medline	Perception OR strategies AND nursing homes OR nursing home personnel AND malnutrition	2007-2017	484	

Vedlegg 3: Tabelloversikt

Tabellen under viser oversikt over likheter og ulikheter i artiklene våre. Tallene fra 1-8 er nummer på de ulike artiklene.

Nøkkelord	Artikkel
Dokumentasjon	1, 5, 6, 8
Kunnskaper	1, 2, 3, 4, 5, 6, 8
Erfaringer	1, 3, 5, 6, 7
Strategier	1, 6, 8
Screening	1, 4, 5, 6, 7
Mangelfulle rutiner	6, 7
Konsekvenser	2, 4, 6, 7, 8
Observasjoner	6, 7