



Bacheloroppgave

**SY300215 Bacheloroppgave i sykepleie
Ernæringsstatus hos eldre på sykehjem**

Kandidatnummer: 10090,10093

Totalt antall ord: [Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.](#)

Antall sider inkludert forsiden: 48

Hovedveileder: Rigmor Alnes

Innlevert Ålesund, [Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.](#)

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 checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: 1. ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands. 2. ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt. 3. ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt. 4. har alle referansene oppgitt i litteraturlisten. 5. ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" 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 §§30 og 31.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at NTNU vil behandle alle saker hvor det foreligger mistanke om fusk etter NTNUs studieforskrift	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

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:

Sammendrag

Oppgaven belyser faktorer som påvirker ernæringsstatusen til eldre på sykehjem. Vi valgte å fokusere på faktorer som påvirker ernæringsstatusen i negativ retning og kan føre til underernæring, siden dette er et utbredt problem hos eldre på sykehjem. Kunnskap rundt dette temaet er viktig for å yte god og helhetlig sykepleie til eldre på sykehjem.

Oppgaven er en systematisk litteraturstudie som betyr at vi systematisk søker, kritisk gransker og sammenligner litteraturen gjennom en valgt problemstilling.

Ut i fra funn vi gjorde fra relevant pensum, litteratur og forskningsartikler, kom vi frem til seks forskjellige årsaker vi mener og forstår påvirker ernæringsstatusen, og kan medvirke til underernæring. Dette er manglende bruk av kartleggingsverktøy, manglende selvstendighet, manglende kompetanse hos personalet, fysiologiske forandringer, sykehjemsmiljøet og måltidsrytmen. Vi valgte å legge vekt på disse årsakene siden vi oppfatter disse som de største faktorene til underernæring på sykehjem ut i fra det vi har lest og erfart fra praksis. Vi tar for oss disse temaene både i teori, resultat og diskusjonsdelen.

This study highlights factors that affect the nutritional status of the elderly in nursing homes. We have chosen to focus on factors that affect nutritional status in a negative way and can lead to malnutrition, as this is a common problem among elderly in nursing homes. Knowledge of this topic is important to provide a good and comprehensive nursing care, for the elderly in nursing homes.

This study is a systematic literature study, which means that we systematically search, critically review and compare literature through a chosen theme. Based on our findings from relevant literature and research articles, we identified six different factors we believe and understand affect nutritional status and can lead to malnutrition. These factors were: lack of use of screening tools, lack of independence, lack of competence among staff members, physiological changes, and meal rhythm in nursing home. We chose to emphasize these topics since we perceive these as the main factors for malnutrition at nursing homes based on what we have read, and learned from our time as interns. We take these topics into the theory, the results and the discussion section.

Innhold

1. Innledning	2
1.1. Bakgrunn	2
1.2. Studiens hensikt og problemstilling	3
1.3. Begrepsavklaring.....	3
1.4 Avgrensninger	3
2. Teoribakgrunn	5
2.1. Ernæring hos eldre	5
2.2. Underernæring hos eldre	6
2.3. Kartlegging og vurdering av ernæringsstatus	7
2.4. Ernæring på sykehjem.....	9
2.6. Hendersons behovsteori	11
3. Metodebeskrivelse	13
3.1. Datasamling.....	13
3.2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier	14
3.3. Kvalitetsvurdering.....	15
3.3. Etisk vurdering	16
3.4. Analyse.....	16
4. Resultat	18
4.1. Manglende selvstendighet (og kognitiv svikt)	18
4.2. Fysiologiske forandringer	18
4.3. Mangel på kartlegging/screening av ernæringsstatus	19
4.4. Utfordringer ved måltidssituasjonen på sykehjem.....	20
4.5. Mangel på ernæringskompetanse	20
5. Diskusjon	21
5.1. Metodediskusjon	21
5.2. Resultatdiskusjon	22
5.2.1. Viktigheten av tidlig screening	22
5.2.2. Behov for hjelp.....	24
5.2.3. Oppmerksomhet på endring i pasientens tilstand	24
5.2.4. Sykehjems miljøet påvirkning på ernæringsstatus	26
6. Konklusjon	29
6.1. Forslag til videre forskning	29
Referanseliste:	31

1. Innledning

1.1. Bakgrunn

Vi har valgt å skrive om hvilke faktorer som har innvirkning på ernæringsstatusen til beboere på sykehjem, og innenfor dette temaet har vi valgt å fokusere en del på underernæring. I følge nasjonale retningslinjer fra helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2013, s. 10) er det mellom 10 og 60 % som er underernært i sykehus og sykehjem. Eldre, demente, enslige, funksjonshemmede og pasienter med kroniske lidelser er en pasientgruppe som er spesielt utsatt for å utvikle underernæring (Helsedirektoratet, 2013, s.10). Sykepleier har et stort ansvar for å sikre tilstrekkelig næringstilførsel til eldre pasienter. Vi vil derfor skrive om både positive og negative faktorer ved ernæring hos pasienter på sykehjem. Målet for arbeidet er tredelt:

- å identifisere pasienter med ernæringsmessig risiko
- å fremme ernæringstilstanden og forebygge underernæring hos risikopasienter
- å bedre ernæringstilstanden hos feilernærte og underernærte pasienter (Brodtkorb, 2014, s. 301)

Ernæring er et viktig tema også på grunn de helsemessige- og trivselsmessige fordelene et sunt kosthold både på kort og lang sikt vil skape, og grunnet konsekvensene feil-og underernæring kan medføre (Sjøen og Thoresen, 2012, s.20). Dette er en problemstilling sykepleier har behov for kompetanse om i sitt yrke.

Tema for oppgaven er ernæring: Mat er energi, kroppens drivstoff. Kroppen bruker energi blant annet når cellene driver aktiv transport, hjertet slår og når vi bruker musklene. Kroppen er avhengig av dette drivstoffet for å fungere. Mat er byggemateriale, vedlikeholds- og reparasjonsmateriale (Sjøen og Thoresen, 2012, s. 22). Alle de forskjellige matkulturene i verden kan gi grunnlag for god helse hvis maten gir nok energi og næringsstoffer, samtidig som kostholdet er variert (Sjøen og Thoresen, 2012, s. 29). Et uheldig kosthold vil over tid få helsemessige konsekvenser, samtidig vil et sunt kosthold være en investering i god helse. Kostholdet påvirket sannsynligvis mer enn noen annen miljøfaktor det enkelte individs og befolkningens helsetilstand (Sjøen og Thoresen, 2012, s. 20).

Underernæring betyr mangelfullt inntak av energi og protein (Sjøen og Thoresen, 2012, s. 247). Underernæring oppstår på grunn av at næringsinntaket er mindre enn behovet, fordi behovet øker, eller fordi inntaket reduseres (Brodtkorb, 2014, s. 306-308). Jo lengre tid dette foregår, desto grovere og mer alvorlig blir underernæringen og utfallet for pasienten. Grunnen til at eldre er underernært kan blant annet skyldes; nedsatt appetitt, dårlige tenner, svekket smak og syn, samt avføringsproblemer (Kristoffersen, 2016, s. 206)

1.2. Studiens hensikt og problemstilling

Hensikten med denne studien er å belyse hvilke faktorer som påvirker ernæringsstatusen til eldre på sykehjem. Økt oppmerksomhet rundt akkurat dette temaet kan være nyttig for sykepleiere for å yte best mulig pleie.

Hvilke faktorer har innvirkning på ernæringsstatus til eldre på sykehjem?

1.3. Begrepsavklaring

Eldre

WHO definerer eldre som mennesker mellom 60 - 74 år, og gamle mennesker som 74 år og over. Det er mennesker som er inne i livets siste fase, der man svekkes både kroppslig og mentalt. Dette fører til hyppigere sykdom og funksjonsnedsettelse (Engedal, 2018).

Sykehjem

Sykehjem er en institusjon der pasienter har døgnopphold, behandling og pleie, som ikke trenger å skje på sykehus. Det er for pasienter som krever mer helsehjelp enn det som er forsvarlig å gi i pasientens hjem (Braut, 2009).

1.4 Avgrensninger

Vi har valgt å spesielt fokusere på faktorer som påvirker ernæringsstatusen i negativ retning, og som dermed fører til underernæring og undervekt. Dette gjør vi fordi underernæring og undervekt er et mye større problem i sykehjem enn overvekt. I studien til Rugås og Martinsen (2003) ble det funnet ut av eldre på sykehjem var 1 av 10 overvektige,

mens 6 av 10 var i risikogruppen eller i gruppen med undervekt. Beboere på sykehjem har ofte en høy alder og sykdommer som påvirker ernæringsstatusen.

2. Teoribakgrunn

Vi er avhengig av mat og drikke for å leve. Behovet for væske og ernæring er et grunnleggende behov som må ivaretas for å vedlikeholde og/eller oppnå god helse og velvære. Mat og drikke er ikke bare det du ser på tallerkenen. Det er både et symbol og en substans. Matvanene våre er knyttet til flere behov, som trygghet, identitet, felleskap og tilhørighet (Aagaard, 2016. s. 190). En god ernæringsstatus vil normalt sett føre til at funksjonsdyktigheten bevares hos eldre, som videre vil ha betydning for trivsel og livslyst (Aagaard, 2016. s. 206).

2.1. Ernæring hos eldre

Etter hvert som vi blir eldre vil kroppsmasse sammensetningen endre seg. Mengden muskulatur og væske reduseres, mens det relative fettinnholdet øker. Kroppens basale stoffskifte synker, og energibehovet avtar. Det er først og fremst behovet for karbohydrater og fett som blir mindre. Proteinbehovet minsker sannsynligvis i mindre grad. Behovet for vitaminer og mineraler er stabilt hele det voksne liv. Dette gjør at det kan bli en særlig utfordring å få dekket næringsbehovet til eldre som spiser lite.

Gjennomsnittlig vil et daglig energibehov hos eldre mennesker være 25 kcal/kg kroppsvekt. Passive eldre bør ikke ha et energiinntak som er under 24 kcal/kg kroppsvekt. Aktive, friske og spreke eldre anbefales å drikke ca 1,5 liter væske daglig. Et væskeinntak på 0,7-0,8 liter daglig er den absolutt nedre grensen for svekkede eldre (Brodtkorb, 2015, s. 303).

Bivirkninger av legemidler kan ha negativ virkning på ernæringsstatus hos eldre. Diuretika brukes hyppig i behandling av hjertesvikt, og kan blant annet føre til munntørrehet, og videre nedsatt matlyst. Redusert inntak av næring kan også skyldes depresjon, som er et vanlig problem. Dette oppstår blant annet fordi eldre mennesker ofte opplever tap, som død i nærmeste vennekrets eller familie. De kan også oppleve tap eller ytterligere tap av ferdigheter som de tidligere hadde (Brodtkorb, 2015, s. 311).

Sykdom og/eller medisinsk behandling kan være med på å påvirke matinntaket og ernæringstilstanden i en negativ retning. Kroppsmasse sammensetningen endrer seg når vi

blir eldre, andelene av væske og muskulatur redusere og fettinnholdet øker. Når basalstoffskiftet og aktivitetsnivået synker og muskelmassen blir redusert, vil dette føre til at kroppens energibehov avtar. Et redusert energibehov fører automatisk til svekket matlyst. Da avtar apetitten, magen blir vant til mindre måltider, og man blir raskere mett (Brodtkorb, 2015, s. 302).

Når man blir eldre utvikler man også en svekket luktesans, og færre smaksløker. Dette vil da gi en dårligere smakssans, og kan føre til dårligere appetitt. Andre kroppslige forandringer skjer i munnen og mage-tarm-kanalen. Spyttproduksjonen reduseres og eldre drikker ofte lite, dette kan føre til munntørrhet, dårlig tannstatus og evnen til å tygge blir svekket på grunn av svakere muskulatur. Mage-tarm-kanalen kan bli rammet av atrofi, da fordøyer og nyttiggjør maten seg dårligere hos eldre. Obstipasjon er også en vanlig plage hos eldre, dette kommer av glatt muskulatur i tarmen, lite fysisk aktivitet, og lite væskeinntak. Dette fører også til nedsatt matlyst (Brodtkorb, 2015, s. 308-309).

2.2. Underernæring hos eldre

Underernæring oppstår når matinntaket har vært utilstrekkelig, eller når maten ikke blir fullstendig absorbert og fordøyd i tarmen (Sjøen og Thoresen, 2012, s. 249).

Underernæring kan være en medvirkende årsak til sykdom, og sykdom kan være en årsak til underernæring, som videre kan påvirke en underliggende sykdom. Slik kan en negativ spiral redusere både livskvalitet, funksjonsnivå og helsetilstand. Eldre pasienter som lider av blant annet kreft, hjertesykdom, nyresykdom, lungesykdom, infeksjoner, revmatiske sykdommer har altså økt risiko for å bli underernært. Når eldre pasienter blir syke mister de ofte matlysten, samtidig som sykdommen gjør at energi og proteinbehovet øker betydelig (Brodtkorb, 2015, s. 311).

Det er mange konsekvenser av underernæring, og dette omfatter alt fra mentale endringer, nedsatt livskvalitet, redusert overlevelse og økt dødelighet, men også økonomiske følger blant annet grunnet større belastning i form av pleietyngde (Sjøen og Thoresen, 2012, s. 254). Underernæring hos eldre fører til redusert muskelmasse og generell svekkelse. Det gir nedsatt immunforsvar og øker faren for infeksjoner. Underernæring gir også en lavere toleranse for operativ behandling, økte komplikasjonsfarer og dårlig sårtilheling.

Problemet med underernæring er at det ofte får utviklet seg, siden det ikke blir kartlagt. Underernæring er et normalt og sammensatt problem, og som sykepleier må man rette tiltakene mot årsaken til problemet (Brodtkorb, 2015, s. 308).

2.3. Kartlegging og vurdering av ernæringsstatus

Underernæring er noe som utvikler seg over tid, og kan ofte være vanskelig å oppdage. En enkel metode for å følge opp pasientens ernæringsstatus er rutinemessig vektkontroll. Et vekttap må vurderes ut fra den enkeltes størrelse, og vekttapet regnes ut i prosentandel. For eksempel vil en vektreduksjon på 5 kg utgjøre 10% hos en person på 50 kg, i mens samme vektreduksjon vil utgjøre 6,3% hos en person på 80 kg (Brodtkorb, 2015, s. 303).

Hvor raskt en vektreduksjon skjer og spiller inn i vurderingen av alvorlighetsgrad. Ernæringsstatus er et resultat av både tilførsel, forbruk og tap av næringsstoffer. Ved å kartlegge ernæringsstatus får man avkrefte eller bekrefte om pasienten har eller er i ferd med å utvikle et ernæringsproblem. En kartlegging vil danne et grunnlag for å bedre ernæringsstatus. Kartlegging av ernæringsstatus bør være en etablert rutine i institusjoner som arbeider med eldre. I følge retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (Helsedirektoratet, 2009) skal alle beboere i sykehjem vurderes for ernæringsmessig risiko ved eventuelle vedtak om tjenester og ved innleggelse (Brodtkorb, 2015, s. 303).

Gode rutiner for vektregistrering og oppmerksomhet mot symptomer, fordøyelse og matinntak bidrar til at underernæring oppdages tidlig (Sjøen og Thoresen, 2012, s. 249). Siden underernæring er så vanskelig å oppdage, anbefales systematisk screening ved innleggelse på sykehjem. Et screeningsverktøy er enkelt og raskt å bruke, og kan brukes av alle i helsevesenet. De fleste screeningsverktøy stiller spørsmål ved KMI, vekttap, og matinntak. Flere av disse anses som gode å bruke, som NRS 2002 (nutritional risk screening), MUST (Malnutrition Universal Screening Tool), SGA (Subjective Global Assessment) og MNA (Mini Nutritional Assesment), (Sjøen og Thoresen, 2012, s. 252). MNA er spesielt utviklet for bruk innen geriatrien, og skal brukes på eldre over 65 år. Screeningsverktøyet består av to deler. Den første delen inneholder 6 spørsmål med poengskåring. Hvis poengskåren blir 11 eller under, går man videre til del 2. I del 2 skal man besvare 12 spørsmål om medisiner, boforhold, matinntak, med mer. Blir resultatet 17

poeng eller lavere anses pasienten å være underernæring, blir den mellom 17-23,5 poeng, regnes det som at pasienten er i fare for underernæring (Sjøen og Thoresen, 2012, s. 253).

Ved hjelp av MNA kan man systematisk kartlegge forhold som fører til underernæring hos eldre pasienter i sykehjem i følge Helsedirektoratet 2009, referert i (Brodtkorb, 2015, S.306).

Kroppsmasseindeks (KMI) kan gi oss et mål for ernæringstilstanden. Dette kan man regne ut ved å dividere kroppsvekt med kvadratmeter av kroppshøyden:

$$\text{KMI} = \text{vekt (kg)} : \text{Høyde}^2 (\text{m}^2)$$

Ved å regne ut KMI kan vi finne ut noe om forandringer i fettmasse, muskelmasse, og kroppsvann. Høye verdier kan ikke fastslå om det skyldes overskudd av fett, væske eller muskler. Kroppsmasseindeksen kan da bli en feilkilde hvis pasienten har ødem, fordi dette vil gi en høyere KMI. Ifølge Verdens helseorganisasjon, referert i (Aagaard og Bjerkreim, 2014, s. 180) er grenseverdiene slik:

$$\text{KMI} < 18,5 = \text{undervekt}$$

$$\text{KMI } 18,5 - 24,9 = \text{normalvekt}$$

$$\text{KMI} > 25 = \text{overvekt}$$

$$\text{KMI} > 30 = \text{fedme}$$

Hos eldre mennesker er det ønskelig at de har en KMI på mellom 24 og 29 (Aagaard og Bjerkreim, 2014, s. 179-180). Det kan ofte være et problem når man skal regne ut KMI til eldre, siden ryggsøylen komprimeres med årene. KMI bør alltid måles når pasienten legges inn på sykehjem eller i sykehus (Brodtkorb, 2015, s. 304).

Dersom kartlegging av ernæringsstatus viser at den eldre pasienten har ernæringsproblemer må det opprettes en målrettet plan for hvordan pasientens ernæringsstatus kan bedres. Arbeidet må gjøres i så nært samarbeid med pasienten som mulig. Sykepleiertiltakene som igangsettes skal dokumenteres og evalueres jevnlig. En systematisk og individuell tilnærming har vist seg å kunne bedre ernæringsstatus hos pasienter på sykehjem (Brodtkorb, 2015, s. 306).

2.4. Ernæring på sykehjem

Det er en stor overgang å flytte fra sitt eget hjem til en institusjon. Overgangen innebærer å flytte fra kjente omgivelser og mennesker til å flytte inn på et lite areal, med begrenset mulighet til å ha med seg gjenstander hjemmefra, og ukjente mennesker. Pasienten må bli kjent med nye mennesker, og i tillegg tilpasse seg nye rutiner, en annen type måltid og måten dagligdagse gjøremål blir utført på (Hauge, 2015, s. 270). Når en bor på institusjon møter man andre eldre som er syke og skrøpelige. De kan blant annet ha redusert kognitiv kapasitet, hørsel, syn og talevansker. I en helhet utgjør en slik situasjon en trussel mot en persons sosiale integritet (Hauge, 2015, s. 275). Det å bo på sykehjem skaper muligheten for kontakt med andre. De som ikke ønsker å omgås de andre beboerne, vil ha kontakt med personalet eller andre som er yngre enn dem selv. Flere beboere har en favoritt pleier som har stor betydning for trivselen (Hauge, 2015, s. 275). Sykepleierens samhandling og opptreden med beboerne har betydning for livskvaliteten når man bor på sykehjem (Hauge, 2015, s. 276).

Den engelske sykepleieforskeren Julienne Meyers beskrivelse av seks områder som må ivaretas for å øke pasientens kvalitet på sykepleietjenesten i sykehjem er å hjelpe pasienten med:

- Å mestre overgangen til sykehjem
- Å bedre helsetjenesten og helse
- Å ivareta pasientens identitet
- Å delta i beslutningsprosesser
- Å være med på å skape felleskap
- Å bidra til en god avslutning på livet (Hauge, 2015, s. 269)

På et sykehjem bør pasientens hjelpebehov og avdelings bemanning være styrende for hvordan måltidene gjennomføres, planlegges og ledes. Det mest hensiktsmessige er at hver pleier har ansvar for bestemte pasienter, og setter av nødvendig tid til å tilrettelegge/hjelpe hver enkelt pasient med måltidet. Sykepleier er ansvarlig for å veilede og undervise annet personale, slik at de vet hva som skal gjøres under hvert måltid, og hvorfor. Pasienter med sammensatte, store spiseproblemer skal få hjelp av kvalifisert personale under måltid.

Manglende kompetanse er en medvirkende årsak til at sykehjemspasienter ikke får tilstrekkelig hjelp under måltid. En amerikansk forskning viser at sykehjemspersonale

ikke har tilstrekkelig tid eller kompetanse til å yte nødvendig hjelp (Brodtkorb, 2015, s. 306).

Flere pasienter på sykehjem sliter ofte med dårlig matlyst. Dette er det flere grunner til, og det er ikke alltid selve maten det er noe galt med. Det kan være forhold ved selve spisesituasjonen som gjør at pasienten har dårlig appetitt. Måltidet må tilrettelegges slik at det fremmer appetitt og matinntak. Pasienten må ha en god sittestilling, hvor han når tak i alt han trenger under måltidet. Pasienten må få dekket sine hjelpebehov, for eksempel få hjelp til å skjære opp maten om det er behov for det (Sjøen og Thoresen, 2012, s. 276). En viktig verdi for mange pasienter er å føle velvære ved å få vasket og stelt seg før et måltid. Måltidet bør være noe pasienten ser fram til og kan nyte. Det ble tidlig bevist at et godt, pent og trivelig miljø øker matlysten. I rommet der maten serveres skal det være ryddig, rent og luftig. Ro under måltidet er viktig, siden uro og stress kan reduserer både appetitten og fordøyelsen. En beboer på sykehjem har uttalt seg om at det er trivelig når personalet sitter sammen med dem under måltidet. Det blir da et hyggelig miljø. Personalet kan passe på at ingen faller utenfor, holde gode samtaler og være tilgjengelig for hjelp ved behov (Aagaard og Bjerkreim, 2014, s. 188-189).

Det bør ikke gå lengre enn tre timer mellom hvert måltid når man skal øke pasientens næringsinntak, sett bort i fra natten. For å øke næringsinntaket kan man tilby mellommåltider, også i form av næringsdrikker. En bør utvide måltidsdøgnet for pasienten, slik at pasienten ikke går mer enn 12 timer uten mat fra kveld til morgen. Å utvide måltidsdøgnet er i mange tilfeller et godt tiltak, også når underernæringen oppstår grunnet andre årsaker som medisinsk behandling eller sykdom. Pasienter som har behov for å øke næringsinntaket bør få spise når appetitten er god, selv om dette er utenom avdelingens rutiner (Brodtkorb, 2015, s. 311). Tilførselen av næringsstoffer og energi anbefales å være jevnt fordelt gjennom dagen. Når måltidene blir for tette, fører dette til at pasienten ikke er sultne nok til å spise tilstrekkelig, imens for lang tid mellom måltid, som for eksempel kveldsmat og frokost setter pasienten i en katabol tilstand i flere timer (Sjøen og Thoresen, 2012, s. 224).

2.6. Hendersons behovsteori

Vi har valgt å bruke Hendersons teori fordi den trekker frem viktigheten av å opprettholde grunnleggende behov. Ved å bruke hennes trinnvise tilnærming for problemløsning kan man som sykepleier enkelt identifisere problemer og sette i verk tiltak.

Henderson definerer sykepleien som å hjelpe enkeltmennesker, syke eller friske, til å så raskt som mulig gjenopprette sin selvstendighet når det kommer til å utføre handlinger som er bundet til de grunnleggende behov. Hvis selvstendighet ikke er oppnåelig, må sykepleier hjelpe pasienten til å få dekket de grunnleggende behov. Et menneske har behov for sykepleie når man mangler de nødvendige ressurser til å selv kunne utføre nødvendige gjøremål, for å dekke grunnleggende behov. Det å miste evnen til dette kan komme av mangel på kunnskaper, krefter eller vilje, og ikke bare på grunn av sykdom. Henderson legger vekt på at det er pasienten som best kjenner sine behov, og at han har klare formening om hvordan sykepleien skal utføres. det er derfor viktig å se på pasienten som en aktiv og ansvarlig deltaker i den pleien han får (Kristoffersen, 2015, s. 224-226). Henderson har utarbeidet 14 gjøremål, som sykepleier kan assistere pasienter med i konkrete situasjoner:

1. Å puste normalt
2. Å spise og drikke tilstrekkelig
3. Å få fjernet kroppens avfallsstoffer
4. Å opprettholde riktig kroppsstilling når han ligger, sitter, går og står, og med å skifte stilling
5. Å sove og hvile
6. Å velge passende klær og sko, kle av og på seg
7. Å opprettholde normal kroppstemperatur
8. Å holde kroppen ren og velstelt
9. Å unngå farer fra omgivelsene
10. Å få kontakt med andre og gi uttrykk for sine egne behov og følelser
11. Å praktisere sin religion og handle slik han mener er rett
12. Å arbeide med noe som gir følelse av å utrette noe
13. Å finne underholdning og fritidssysler
14. Å lære det som er nødvendig for god helse og normal utvikling (Kristoffersen, 2015, s. 226)

Når man som sykepleier skal forholde seg til pasienters grunnleggende behov, må man ha som utgangspunkt at behovene oppleves og ivaretas forskjellig fra person til person. Sykepleier må derfor tilpasse seg hver enkelt, man må skaffe kunnskaper om pasienten, og finne ut hvordan behovene best mulig kan tilfredsstilles. Henderson legger stor vekt på individualisert pleie og omsorg (Kristoffersen, 2015, s. 226).

Henderson har også utarbeidet en trinnvis tilnærming for å løse pasientens problem:

- Datasamling for å kartlegge pasientens behov for sykepleie
- Bedømming av pasienten behov for sykepleie
- En sykepleie diagnose eller pasientproblem formuleres
- Tiltak planlegges og iverksettes (Kristoffersen, 2015, s. 226)

3. Metodebeskrivelse

En systematisk litteraturstudie innebærer å systematisk søke, kritisk granske og deretter sammenligne litteraturen gjennom en valgt problemstilling. Det kreves at det finnes et tilstrekkelig antall studier av god kvalitet som kan utgjøre et grunnlag for bedømminger og konklusjon. En systematisk litteraturstudie skiller seg fra andre studier ved å anvende litteratursøking, kritisk vurdering og analyse av resultat (Forsberg og Wengström, 2015, s. 26-30).

3.1. Datasamling

For å finne relevante forskningsartikler til oppgaven har vi brukt databasen CINAHL. Vi valgte denne databasen fordi den er oversiktlige å søke i, vi har erfaring med denne fra tidligere arbeid, og den gir mulighet for å innsverve søk og deretter vurdere flere artikler opp mot hverandre.

I tabell 1 ser man oversikt over søkehistorikk. Søkeordene vi har brukt er; elderly, aged, nursing home, nutritional status, nutrition og malnutrition. Vi har valgt akkurat disse søkeordene fordi de har vist seg å gi mest relevante forskningsartikler for å finne svar på problemstillingen. Vi har brukt flere ulike kombinasjoner for å komme frem til de artiklene vi valgte å bruke.

	Søkeord	Dato	database	Antall treff	Leste artikler	Inkluderte artikler
Søk 1	Elderly or aged	6.11.2017	Cinahl	682,522		0
Søk 2	Nursing homes	6.11.2017	Cinahl	24,158		0
Søk 3	Nutritional status or nutrition	6.11.2017	Cinahl	122,874		0
Søk 4	Søk 1 +2 + 3 + Årsavgrensning 2012-2017	6.11.2017 /6.4.2018	Cinahl	132/135	11	6
Søk 5	Malnutrition	9.11.2017	Cinahl	4,367		0
Søk 6	Søk 4 + 5	9.11.2017	Cinahl	70	4	2

Tabell 1: Søkehistorikk

3.2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier

- Forskningsartikkelen skal være fra 2012, eller nyere.
- Pasientperspektiv
- Artikler på norsk eller engelsk
- Etisk godkjenning
- Imrad struktur
- Pasienter på sykehjem
- Eldre over 65 år

Eksklusjonskriterier

- Sykepleieperspektiv
- Pårørende perspektiv
- Artikler som er publisert før 2012 eller eldre
- Pasienter yngre enn 65 år
- Artikler som ikke er etisk godkjent
- Pasienter på sykehus

3.3. Kvalitetsvurdering

Verdien av en systematisk litteraturstudie avhenger av hvordan man identifiserer og vurderer relevante studier. Hver studie bør vurderes i flere steg. Det finnes ingen spesifikk prosess for dette, men det har blitt utarbeidet ulike metoder (Forsberg og Wengström, 2013, s. 115). I følge Forsberg og Wengström (2013, s. 115) bør man vurdere artiklene ut i fra disse spørsmålene:

- Hva er formålet med forskningen?
- Hvilke resultat ble funnet?
- Er resultatene gyldige?

For å sikre kvalitetsvurderingen av våre artikler leste vi dem om igjen for å få et helhetlig overblikk. Vi fokuserte på å finne artikler fra vestlig kultur. Vi har, grunnet relevante funn, som svarer godt på problemstillingen, valgt å ha med en artikkel fra muslimsk kultur. Relevant teori vil støtte denne forskningsartikkelen. For at vi skulle velge å ta med studiene vi fant, var det viktig at de oppfylte alle inklusjons- og eksklusjonskriteriene. For å kvalitetssikre søkene våre har vi brukt PI(C)O skjema. Dette er en strukturert metode, for å ut ifra problemstillingen, sette sammen søkestrategier. PICO er en forkortning for;

P - Patient (Hvem)

I - intervention (hva)

C - control (kontroll)

O - outcome (utfall)

(Forsberg og Wengström, 2015, s. 60)

P	I	C	O
Patient	Intervention	Control	Outcome
Eldre på sykehjem	Underernæring eller ernæringsstatus		Faktorer som påvirker ernæring

Tabell 2: Pico skjema

I tabell 2 har vi laget et eksempel på hvordan vi brukte PICO skjema.

3.3. Etisk vurdering

I vår bacheloroppgave er det et krav å kun ta med etiske godkjente artikler. Vi gikk derfor gjennom alle studiene vi hadde valgt ut, og forsikret oss om at de var etisk godkjente. I alle artiklene ble det tatt vare på etiske hensyn, alle har blitt godkjent av etiske komiteer, og har fått skriftlig eller muntlig samtykke fra involverte. I en av artiklene var det ikke behov for skriftlig samtykke siden det var en observasjonsstudie på et offentlig område. Deltakerne i studien gav en godkjenning til å bli observert når de gikk innenfor det offentlige området. De som ikke ønsket dette fikk muligheten til å ikke bli observert. Involverte i studien ble holdt anonyme.

Etiske betraktninger ved systematiske litteraturstudier bør gjøres ved utvalg og presentasjon av resultat. Det er derfor viktig at:

- Studiene vi har valgt har fått etisk tillatelse fra etisk komite
- Rapportere alle artikler som inngår i studien
- Presentere alle resultatene som inngår i litteraturstudien, de som støtter og de som ikke støtter hypotesen. (Forsberg og Wengström, 2013, s. 70)

3.4. Analyse

Å analysere betyr å dele opp i mindre deler. Et vitenskapelig analysearbeid innebærer å dele opp det undersøkte fenomenet i mindre biter og undersøke de hver for seg. Deretter tar vi for oss syntesen. Det innebærer å sette sammen deler til en helhet. Når alt har blitt gjennomgått på en systematisk måte kan det deles opp i flere hovedkategorier og underkategorier (Forsberg og Wengström, 2013, s. 166). Måten Forsberg og Wengström

analyserer på har mange likhetstrekk med hvordan Evans analyserer. Vi har valgt å bruke Evans (2002, s. 25) fire faser for å beskrive vår analyse:

Fase 1: Samle inn aktuelle studier

Fase 2: Identifisere nøkkelfunn i alle artiklene

Fase 3: Finne ut fellestrekk og ulikheter i de ulike studiene. Hvordan relaterer de seg til hverandre.

Fase 4: Sett sammen funnene til en sammenhengende tekst, for å beskrive fenomenet.

(Evans, 2002, s. 25)

Vi startet analysen med Evans (2002, s. 25) fase 1, ved at vi samlet inn vårt aktuelle datamateriell. Vi kom frem til våre 8 forskningsartikler gjennom en søkeprosess i to ulike databaser. Vi brukte også PICO skjema for å finne søkeord til artikler som var aktuelle i forhold til vår problemstilling, og vårt tema. Til slutt satt vi igjen med de artiklene som var med på å besvare vår problemstilling.

I fase 2 gikk vi over til å finne nøkkelfunn ved de enkelte studiene (Evans, 2002, s. 25). Vi leste artiklene en og en, og markerte viktige moment. Vi satt oss sammen og diskuterte relevante funn vi hadde gjort. For å organisere de ulike funnene, delte vi dem opp i kategorier.

Neste steg av analysen var å finne likheter og ulikheter i de ulike artiklene, dette er Evans (2002, s. 25) fase 3. Vi brukte et system med lapper som ga oss en viss oversikt over hvilke artikler som hadde samme funn. Dette hjalp oss å finne sterke og svake sider ved studiene. Studiene hadde flere like funn, noe som understreker viktigheten av funnet.

I den siste fasen, altså fase 4, skulle vi sammenfatte alle resultatene vi hadde funnet til et helhetlig resultat (Evans, 2002, s. 25). Da valgte vi å skrive alt til en sammenhengende tekst, som gav oss en god oversikt over hovedfunn, og tilhørende funn. Vi kom da frem til 6 hovedfunn, slik de blir presentert gjennom overskriftene i resultatdelen.

4.Resultat

Artiklene viser at underernæring er et stort problem på sykehjem. De nevner at mellom 10-65% av eldre på sykehjem er underernært, i tillegg er det en enda større prosent som er å fare for underernæring.

Vedlagt ligger tabell over forskningsartiklene kort oppsummert. Vedlegg 1.

4.1. Manglende selvstendighet (og kognitiv svikt)

I følge Landmark m.fl. (2014), Riches og Jeanes (2014), Kucuk og Kapucu (2017) og Bauer m.fl. (2017) har selvstendige pasienter en bedre ernæringsstatus, enn de som i større grad er omsorgstrengende. Riches og Jeanes (2014) har gjort funn på at eldre som er selvstendig og selvhjulpen i ADL har en bedre skår i MNA. I Landmarks m.fl. (2017) artikkel kommer de frem til at de eldre hjemmeboende har en høyere KMI enn de som er innlagt på sykehjem. Kucuk og Kapucus (2017) studie har gjort funn på at til mer selvstendig pasienter er, til bedre ernæringsstatus har de. MNA skåren steg til bedre kognitiv status pasienten hadde. Pasienter med kognitiv svikt som demens, hadde en betydelig lavere MNA score enn de med normal kognitiv funksjon.

Kucuk og Kapucu (2017), Landmark m.fl. (2014) og Ziebolz m.fl. (2017) viser til at eldre med normal kognitiv status har høyere MNA skår enn de som har diagnosen demens. Studiene har gjort funn på at demens er en faktor som i stor grad påvirker ernæringsstatusen hos eldre på sykehjem. Landmark m.fl (2014) forteller at kognitiv svikt og demens er en medvirkende risikofaktor og utfordring når det gjelder underernæring. Kognitiv svikt og demens kan også føre til at ernæring nedprioriteres i en hektisk hverdag. Ziebolz m.fl. (2017) gjorde funn på at demens er en sterkere faktor for underernæring enn dårlig munnhelse, som ble en del av hovedfunnet i studien.

4.2. Fysiologiske forandringer

I et flertall av artiklene blir fysiologiske forandringer som påvirker ernæringen nevnt. Dette er de samme faktorene som vi også ser igjen i litteraturen; Munnhelse, svelgvansker, problemer i mage-tarm-systemet, kognitiv svikt, nedsatt energinivå, svekket luktesans og matlyst. Alle disse faktorene er med på å påvirke ernæringen til eldre, og oftest i en negativ retning.

Kucuk, Kapucu (2017) og Sortlands m.fl (2013) studier viser at eldre har en høyere risiko for å utvikle underernæring på grunn av de fysiske og fysiologiske faktorer som kommer med alderen. Den vanligste årsaken til underernæring er at pasienten ikke får i seg tilstrekkelig næringstilførsel. En annen årsak er at behovet for næringsstoffer øker ved feber, infeksjon eller stoffskiftesykdommer. Normale fysiologiske forandringer som påvirker Eldres ernæringsstatus er dårlig munn og tann helse, tyggeproblemer, nedsatt appetitt, behov for hjelp under måltid og tap av sanser. Landmark m.fl (2014) nevner også at aldring fører med seg fysiske endringer på flere områder, som nedsatt ernæringsabsorpsjon, tap av sensorisk funksjon, endringer i væske- og elektrolyttbalansen, kroniske sykdommer og økt bruk av medikamenter har innvirkning på smakssansen.

Kucuk, Kapucu (2017) og Landmark m.fl. (2014) har gjort funn på at beboere som hadde problemer med munnhelsen hadde lavere MNA skår enn de som hadde god munnhelse. Landmark m.fl. (2014) forteller at et hyppig ernæringsproblem hos eldre er nedsatt matlyst, og kan komme av problemer med tenner, tannproteser og behov for hjelp i måltidssituasjonen. Ziebolz m.fl. (2017) gjorde ingen konkrete funn på at det var sammenheng mellom dårlig tannstatus og underernæring, men nevner derimot at flere andre studier har gjort funn på at dette er en betydelig faktor for underernæring.

4.3. Mangel på kartlegging/screening av ernæringsstatus

Screeningsverktøyet MNA er brukt i samtlige forskningsartikler. Eide m.fl. (2013) har gjort funn på at MNA i større grad enn MUST avslører underernæring hos sykehjemspasienter. Riches og Jeanes (2014) forteller at MNA var en effektiv og enkel screenings metode for å avklare underernæring. Kucuk og Kapucu (2017), Landmark m.fl. (2014) og Sortland m.fl. (2012) viser til at tidlig bruk av kartleggingsverktøy, helst ved innleggelse, er nødvendig for å identifisere risikofaktorer. Sortland m.fl. (2012) forteller at faste rutiner for veiing, vektregistrering og oppfølging av vektendringer er mangelfullt. Helsemyndighetene i både Sverige og Norge anbefaler veiing av pasienter månedlig. Sortland m.fl. (2012) konkluderer med at gode rutiner for vektregistrering og veiing er avgjørende for å identifisere pasienter som er i risiko for underernæring. Videre fortelles det om at det er behov for systematisk kartlegging av Eldres ernæringsstatus for å identifisere underernæring, før det utvikler seg. Dette støttes av flere studier. Sortland m.fl. (2012) nevner at underernæring er vanskeligere å behandle enn å forebygge, dette gjelder særlig for eldre pasienter.

4.4. utfordringer ved måltidssituasjonen på sykehjem

Sortland m.fl. (2012) forteller at flere studier viser at det går for lang tid fra kveldens siste måltid til dagens første på sykehjem, i tillegg ble det servert for lite faste måltider i løpet av dagen. Helsemyndighetene i Norge anbefaler tre til fire faste måltider og mellom ett og tre mellommåltider per døgn. Eide m.fl. (2013) og Sortland m.fl. (2012) har gjort funn på at store deler av beboere på sykehjem har nattfaste over anbefalingen på 11 timer. En høy prosent av disse beboerne var underernært eller var i fare for å utvikle underernæring. Sortland m.fl. (2012) har gjort funn på at anbefalingene om fire faste hovedmåltid og to mellom måltid per dag ikke følges opp på sykehjem. Dette er faktorer som har innvirkning på ernæringsinntaket på grunn av at for tette måltider demper apetitten. Studiene viser en gunstig effekt hos pasienter som spiser fire faste hovedmåltider, og det er gjort funn på at to mellommåltider per dag kan øke det daglige energiinntaket betraktelig. Mila m.fl. (2012) nevner at å fordele måltidene i mindre porsjoner i løpet av dagen kan være en faktor som øker energi inntaket.

4.5. Mangel på ernæringskompetanse

I følge Landmark m.fl, (2014) er tilstrekkelig kompetanse hos helsepersonell et godt tiltak mot ernæringsproblemer. Studien forteller videre at manglende forståelse og kunnskap om viktigheten av ernæring til eldre hos helsepersonell, pasienten selv og pårørende kan være en årsak til underernæring. Videre forteller studien om uklare ansvarsforhold i ledelse og planlegging, manglende engasjement fra ledere og manglende samhandling mellom yrkesgrupper fører til at ernæringsbehandlingen blir mangelfull og tilfeldig med dårlig struktur. Bauer, m.fl.(2017) har gjort funn på at helsepersonell trenger mer undervisning og kompetanse om underernæring, for å kunne identifisere dette tidlig.

5.Diskusjon

5.1. Metodediskusjon

Vår metode og analyse er basert på litteratur fra Forsberg og Wengström (2013) og Evans (2011). Tema for oppgaven kom tidlig til syne, og vi valgte en problemstilling med pasientperspektiv. Tidlig i forløpet utarbeidet vi en prosjektplan og en fremdriftsplan, som har hjulpet oss mye i det videre arbeidet. Vi har jobbet tett sammen gjennom hele studien, noe som kreves for å skape en god flyt og sammenheng i oppgaven. Gjennom veiledning og seminar har vi fått konstruktiv kritikk som vi har tatt med oss for å forbedre oppgaven. Ved respondent og opponert rollen fikk vi gode innspill til vår oppgave og man fikk et innsyn i hvordan andre jobbet. Disse faktorene har vært med på å forme vår oppgave, og hjulpet oss til å komme frem til en god besvarelse.

Artiklene fant vi gjennom å søke i databasen CINAHL. Ved å bare bruke denne databasen har vi begrenset søkeprosessen, og mulig gått glipp av relevant litteratur. Dette kan være en svakhet siden vi da får et begrenset antall resultater. Vi gjorde dette siden ernæring og underernæring er et så stort tema og det er mye kunnskap å finne om dette. Tidlig i prosessen søkte vi også i svemed+ og pubmed, men fikk mange av samme treffene vi fikk i CINAHL. Alle artiklene vi har valgt å ta med er etisk godkjente og kvalitetsvurdert. Dette kan være med på å styrke troverdigheten i funnen vi har gjort.

Vi har valgt å bruke artikler som er publisert i 2012-2018. Dette ble gjort for å utelukke eldre forskning. Under søkeprosessen fokuserte vi på å finne forskning fra vestlige land, som er sammenlignbart med norsk kultur. Vi valgte å gjøre et unntak med artikkelen til Kucuk og Kapucu (2017) som er fra Tyrkia. Selv om denne studien er fra en annen kultur enn i Norge, gjør artikkelen det mulig for oss å sammenligne likheter og ulikheter fra forskjellige kulturer. Som sykepleier vil man ha kunnskap om mennesker med forskjellige bakgrunner og kulturer. Selv om dette er en artikkel fra en muslimsk kultur ser vi likheter med forskning fra vestlig kultur, og litteratur som støtter funnene i denne studien. Flere av studiene vi har valgt belyser samme hovedfunn. Dette hjelper oss videre i en diskusjon der likheter og ulikheter skal trekkes frem. Ved at det blir gjort samme funn i flere av artiklene tydeliggjør dette viktigheten av akkurat disse temaene.

I oppgaven vår har vi avgrenset søket til eldre i aldersgruppen 65 år og oppover. Dette gjør at det blir en stor pasientgruppe å ta for seg, som begynner i en yngre alder enn det vi hovedsakelig tar for oss. Vi har likevel valgt dette grunnet at tidlig screening og avklaring av underernæring er viktig. Det meste av forskningen tar for seg en aldersgruppe som er fra 65 år og oppover. Det vi har sett gjennom artiklene er at selv om den yngste i studien er 65 år, er gjennomsnittsalderen ofte en del høyere. I en av studiene ble det nevnt at gjennomsnittsalderen var på 83 år (Bauer, m.fl. 2017).

Studiene vi har valgt å ha med i oppgaven vår viser til at 10-65% av pasienter på sykehjem er underernærte. Vi tenker at et så stort sprang har sammenheng med hvordan utvalgte av pasienter er utført. Flere av studiene utelukket blant annet pasienter som har behov for spisehjelp, som vi tenker ville økt prosenten betraktelig, grunnet funnene vi har gjort som viser at pleietrengende ofte er underernært.

5.2. Resultatdiskusjon

5.2.1. Viktigheten av tidlig screening

Sortlands m.fl. (2012) studie viser til at faste rutiner for veiing, vektregistrering og oppfølging av vektendringer var mangelfullt på sykehjem. Studien konkluderer med at gode rutiner for dette er avgjørende for å identifisere pasienter i risiko for underernæring. Likevel har vi erfart at en hektisk hverdag og prioritering av andre gjøremål i praksis fører til at kartlegging av ernæringsstatus og veiing av pasienter nedprioriteres. Selv om screenings verktøy som MNA har vist seg å være et effektivt og enkelt verktøy for å avklare underernæring (Riches og Jeanes, 2014), er dette noe som ikke alltid blir tatt i bruk i en travel sykehjems hverdag. Manglende opplæring i bruk av kartleggingsverktøy, kan føre til at helsepersonell tenker at dette er mer avansert og tidkrevende enn det egentlig er. Vi tenker dette grunnet erfaring fra praksis der vi ser at de som har opplæring i, og erfaring med kartleggingsverktøy bruker dette hyppig. Samtidig som helsepersonell som ikke er vant til å bruke dette, og mangler opplæring innen kartleggingsverktøy, ofte har en negativ holdning til bruken av dette. Jonsson m.fl (2016) har gjort funn på at eldre sykepleiere hadde lavere kompetanse enn de yngre. En årsak til dette kan være er at yngre i større grad er villig til å lære nye ting, eller at yngre har nyere kunnskap og opplæring. Erfaringene vi har fra praksis er at dette i mange tilfeller stemmer. De yngre sykepleierne er mer åpen for

forandring, og har mer kompetanse innen viktigheten av ernæringscreening. I mens de med lang kompetanse foretrekker ofte å beholde faste rutiner som de er trygge på.

Kucuk og Kapucu (2017), Landmark m.fl. (2014) og Sortland m.fl. (2012) har gjort funn på at tidlig kartlegging er et nødvendig tiltak for å identifisere risikofaktorer ved underernæring. Vi tenker at en årsak til at dette nedprioriteres er manglende kunnskap om viktigheten av tidlig screening, og/eller manglende kunnskap om viktigheten av ernæring. Landmark m.fl. (2014) viser til at manglende kompetanse og forståelse om viktigheten av ernæring blant eldre kan være en av faktorene som fører til underernæring.

Ernæringscreening er viktig fordi underernæring er noe som utvikler seg over tid, og ofte kan være vanskelig å oppdage (Brodtkorb, 2015, s. 303). Dette gjør ernæringscreening til et avgjørende verktøy for å identifisere tidlig underernæring hos eldre.

Ut i fra dette mener vi at å legge mer vekt på opplæring i bruk av ernæringscreening i sykepleierstudiet er et viktig tiltak. Opplæring om konsekvenser av underernæring er også nødvendig for å unngå at dette blir nedprioritert i en hektisk hverdag. Kurs/forelesninger om underernæring og ernæringscreening for de ansatte på sykehjem vil gi økt kunnskap og gjør dem oppmerksom på forskjellen ernæringscreening kan utgjøre for den eldre pasienten. Ved mer kompetanse rundt bruken av ernæringscreening, kan det føre til flittig bruk av verktøyet, og dermed forebygge underernæring, eller tidlig oppdage pasienter som er i risikozonen.

Organisering er et viktig tema når det kommer til ernæringscreening . Den dobbelte sykepleier kompetansen viser til at organisatorisk kompetanse og klinisk kompetanse både er gjensidig utfyllende og avhengig av hverandre (Orvik. 2015, s.31) Vi tenker at ledelsen må ta ansvar for at de ansatte tar i bruk den dobbelte kompetansen i avdelingen.

Organiseringen burde ta utgangspunkt i pasientens kliniske tilstand i et sykehjem. For eksempel kan raske svingninger i pasientens ernæringsstilstand, føre til at helsepersonell må omstille seg og prioritere annerledes. Ved bruk at det kliniske blikket vil sykepleieren også kunne oppdage nødvendige endringer i sykehjemets rutiner, eller behov for nytt utstyr, noe som må rapporteres videre til lederen. Dette er et eksempel på at den dobbelte kompetansen kan skape god flyt og kvalitet i en sykehjemsavdeling. En sykepleier skal derfor organisere og prioritere gjøremål i arbeidshverdagen, slik at nødvendige oppgaver blir utført. Vi tenker at en sykepleier som har kunnskap om den avgjørende rollen

kartleggingsverktøy har i avdekking av underernæring, vil prioritere kartlegging av pasientens ernæringsstatus i den hektiske hverdagen. I helsepersonelloven (1999, § 4) blir det slått fast at helsepersonell skal arbeide i samsvar med kravene til faglig forsvarlighet som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen forøvrig. Sykepleieren bør derfor tenkte faglig forsvarlig i det arbeidet som blir utført på sykehjem.

5.2.2. Behov for hjelp

I følge Landmark m.fl. (2014), Riches og Jeanes (2014), Kucuk og Kapucu (2017) og Bauer m.fl. (2017) har selvstendige pasienter en bedre ernæringsstatus, enn de som i større grad er omsorgstrengende. Vi tenker at en av årsakene til dette kan være fordi pasienter opplever ubehag når de trenger hjelp under måltid. Vi har selv observert fra praksis at personalet ofte har dårlig tid, og er tydelig stresset når de skal hjelpe pasienter. Dette kan føre til at pasientene føler et press til å spise fortere enn de er komfortabel med eller føler seg til bry. Videre kan dette føre til redusert matlyst siden pasientene ikke nyter eller gleder seg til måltidet. Personalet bør derfor ta seg tid til å sitte sammen med pasientene under måltid. Pasientene som har behov for hjelp under måltidet bør få gjøre så mye som mulig selv, da dette kan gi en følelse av mestring og en bedre selvfølelse.

Landmark m.fl. (2014) forteller at et hyppig ernæringsproblem hos eldre er nedsatt matlyst, og kan komme av problemer med tenner, tannproteser og behov for hjelp i måltidssituasjonen. Om pasienten ikke klarer å uttrykke ubehag ved matinntak gjennom språk, må sykepleieren observere pasientens kroppsspråk. Gjennom erfaringer fra praksis kan man ofte observere gjennom kroppsspråk om pasienten opplever ubehag under måltid. Vi tenker at tidlige observasjoner og tiltak vil hindre at pasienten utvikler underernæring, og videre sykdomsutvikling som følge av dette. Kontinuerlig oppfølging og observasjoner er en viktig del av arbeidet med eldre i sykehjem.

5.2.3. Oppmerksomhet på endring i pasientens tilstand

Vi har tidligere i oppgaven tatt opp at blant annet kreft, hjertesykdom, nyresykdom, lungesykdom, infeksjoner og revmatiske sykdommer gir en økt risiko for underernæring.

Når eldre pasienter blir syke mister de ofte matlysten, samtidig som sykdommen gjør at energi og proteinbehovet øker betydelig (Brodtkorb, 2015, s. 311). Vi tenker at dette er en utfordring i kampen mot underernæring. Når den eldre pasienten blir syk, må vi som sykepleiere ha kunnskap om hvordan sykdommen eller medikamentene påvirker matlysten, og starte tiltak ut i fra dette. For eksempel kan diuretika som mange eldre bruker, føre til munntørrehet og videre nedsatt matlyst (Brodtkorb, 2015, s.311). En sykepleier burde tilpasse måltidssituasjonen til pasienter med nedsatt matlyst. Sykepleieren burde tilby ønskekost og tilrettelegge miljøet rundt måltidet for å forsøke å øke pasientens matlyst.

Som nevnt tidligere er underernæring vanskeligere å behandle enn å forebygge, dette gjelder særlig for eldre pasienter (Sortland, m.fl. 2012). Derfor er det viktig å starte tiltak så tidlig som mulig. Kunnskap om pasientens spisevaner er viktig for å kunne observere redusert matinntak og endring i spisemønsteret. Sykepleierens kliniske blikk har stor betydning for å oppdage sykdom og kroppslige forandringen som kan påvirke pasientens ernæringsstatus. Underernæring kan være en medvirkende årsak til sykdom, og sykdom kan være en årsak til underernæring, som videre kan påvirke en underliggende sykdom (Brodtkorb, 2015, s. 311). Derfor er det viktig at sykepleieren hyppig bruker sitt kliniske blikk. Landmark m.fl (2014) studie viser til at kognitiv svikt er en utfordring og risikofaktor for underernæring. Kognitiv svikt kan føre til at ernæring nedprioriteres i en hektisk hverdag. Vi mener at dette er en god grunn til å ha faste rutiner for måltid på sykehjem, i tillegg til å sette av god tid til å nyte måltidet og måltidssituasjonen.

Hendersons teori nevner 14 grunnleggende behov. Ett av disse handler om å få fjernet kroppens avfallsstoffer (Kristoffersen, 2015, s. 226). Vi mener at sykepleier skal ha kunnskap om sykdommer og tilstander som kan skape problemer med å kvitte seg med avfallsstoffer. Som nevnt tidligere er obstipasjon en vanlig plage hos eldre, som kommer av glatt muskulatur i tarmen, lite fysisk aktivitet, og lite væskeinntak. Dette fører til nedsatt matlyst (Brodtkorb, 2015, s. 308-309). Dette vil videre kunne utvikle seg til underernæring. Flere sykdommer kan føre til obstipasjon, blant annet lavt stoffskifte, diabetes mellitus og parkinson, men også psykologiske påkjenninger (Gjerland, 2016, s. 296). Ved å hyppig observere pasientens avføring, avføringsmønster og kroppslige forandringer tenker vi at sykepleieren vil kunne oppdage obstipasjon og starte tiltak/behandling tidlig i forløpet. Faktorer som kosthold, væskeinntak, alder,

kroppsstilling, rutiner, tid og legemidler vil også kunne virke inn på tarmtømmingen (Gjerland, 2016, s. 296).

Ett av Hendersons grunnleggende behov handler om riktig kroppsstilling når man ligger, sitter, står og går (Kristoffersen, 2015, s. 226). Vi tenker at å tilrettelegge for en god stilling under måltid vil være avgjørende for at pasienten kan nyte måltidet. Dette kan videre føre til at pasienten klarer å puste normalt som leder til et annet grunnleggende behov i Hendersons teori. Teorien tar opp flere faktorer som vil kunne virke inn på pasientens ernærings situasjon.

5.2.4. Sykehjems miljøet påvirkning på ernæringsstatus

Når en pasient skal flytte fra sitt eget hjem til sykehjem innebærer dette en stor overgang. Pasienten må flytte fra kjente omgivelser, mennesker, og rutiner, og bli kjent med en helt ny plass, nye mennesker og nye rutiner. Dette innebærer også en annen type måltid. Man møter flere eldre som er syke og skrøpelige, som blant annet har redusert kognitiv funksjon, syn, hørsel og tale vansker. Dette kan skape en trussel mot pasientens integritet (Hauge, 2015, s. 275). Vi mener at en slik overgang kan være en sterk psykologisk påkjenning for pasienten, som kan få konsekvenser for ernæringsstatusen. Dette er på grunn av at pasientens matvaner er knyttet til flere behov, som trygghet, identitet, felleskap og tilhørighet (Aagaard, 2016, s. 190). Psykiske påkjenninger som depresjon kan føre til redusert næringsinntak (Brodtkorb, 2015, s. 311). Vi tenker at sykepleier fra start til slutt må sørge for at pasientens identitet blir ivaretatt, for eksempel ved å la pasienten velge måltid ut i fra en meny, slik at de opplever å ha en avgjørende rolle og kontroll i hverdagen. Når pasienten får dekorere eget rom med gjenstander som er kjente vil dette medvirke til å bevare en identitet.

Sykepleier må sørge for god hygiene under måltidet, det er med på å fremme appetitten hos beboerne på sykehjem. For mange pasienter vil det være en viktig verdi å føle velvære ved å få vasket og stelt seg før et måltid. Et pent og trivelig miljø øker matlysten. I rommet der maten serveres skal det være ryddig, rent og luftig. Ro under måltidet er viktig, siden stress og uro kan redusere appetitten og fordøyelse. (Aagaard og Bjerkreim, 2014, s. 188-189). Vi tenker derfor at sykepleier har flere viktige oppgaver knyttet til måltidet på sykehjem. Hendersons grunnleggende behov om å spise og drikke tilstrekkelig, holde

kroppen ren og velstelt og unngå farer fra omgivelsene må bli lagt vekt på under måltidsituasjonen (Kristoffersen, 2015, s. 226).

Videre er det viktig å ha et godt felleskap under måltidene. Sykepleier har en avgjørende rolle når det kommer til miljøet under selve måltidet. Sykepleier kan sørge for gode samtaler under måltidet, samt ro og trygghet i miljøet. I Aagaard og Bjerkreim (2014, s. 188-189) kommer det frem at beboere på sykehjem har positive erfaringer når personalet tar seg tid til å sette seg ned og spise sammen med beboerne. Dette skaper et hyggelig miljø og gode samtaler. Det som bør være styrende for hvordan måltidene gjennomføres og planlegges er pasientens hjelpebehov og avdelingens bemanning. Ansatte bør da sette av nødvendig tid til å tilrettelegge og hjelpe hver enkelt pasient som har behov for det under måltidet (Brodtkorb, 2015, s. 306). Når pasienten spiser lite er det ikke alltid selve maten det er noe feil med. Det kan være forhold ved selve måltidssituasjonen som gjør at pasienten har nedsatt appetitt. Sykepleier må tilrettelegge måltidet slik at det fremmer matinntak og appetitten (Sjøen og Thoresen, 2012, s. 276). Sykepleier spiller en stor rolle under måltidet, og det er viktig at man som ansatt på sykehjem tar seg tid til å tilrettelegge for et hyggelig måltid.

Ernæringsarbeidet må gjøres i så nært samarbeid med pasienten som mulig. En systematisk og individuell tilnærming har vist seg å kunne bedre ernæringsstatus hos pasienter på sykehjem (Brodtkorb, 2015, s. 306). For at pasienten skal få best mulig oppfølging bør pasientene ha faste sykepleiere som følger dem tett opp. Dette vil gjøre det lettere for sykepleier å oppdage når det oppstår forandringer hos pasienten. Sykepleieren og pasienten vil da kunne bygge relasjoner, som videre vil skape trygghet og tillit. Dette kan øke sannsynligheten for at pasienten forteller sykepleieren når de kjenner ubehag, og sykepleieren kan tilrettelegge måltidet og måltidssituasjonen bedre for pasienten. Viktigheten av relasjoner kommer også tydelig frem i Kari Martinsens omsorgsteori, som bygger på en verdioppfatning der relasjoner er fundamentalt i et menneskets liv. (Kristoffersen, 2015, s 249)

I teorien har vi nevnt at å utvide måltidsdøgnet slik at pasienten ikke går mer enn 12 timer uten mat fra kveld til morgen, i mange tilfeller er et godt tiltak for å forebygge underernæring, uansett årsak (Brodtkorb, 2015, s. 311). Sortlands m.fl. (2012) studie har gjort funn på at for tette måltid vil dempe appetitten. Studien viste en gunstig effekt på

ernærings inntaket hos pasienter som spiste fire faste måltid og to mellommåltider per dag. Sykepleieren bør kunne sørge for gode måltidsrutiner slik at pasientens appetitt ikke blir dempet av metthetsfølelse fra tidligere måltid. Pasienten vil føle seg for mett til å få i seg tilstrekkelig ernæring når måltidsdøgnet blir for kort. Samtidig mener vi at lang nattfaste, som fører til at kroppen går i ketose er veldig uheldig for den eldre som står i fare for å utvikle underernæring eller er underernært.

Når det går for lang tid i mellom kveldsmat og frokost setter dette pasienten i en katabol tilstand i flere timer (Sjøen og Thoresen, 2012, s. 224). Når pasienten har behov for å øke næringsinntaket, bør han få spise når appetitten er god, selv om dette er utenom rutiner i avdelingen (Brodtkorb, 2015, s. 311). Sykepleier må kunne jobbe systematisk og det er derfor viktig med rutiner. I praksis har vi erfart at mange sykehjem har behov for å tilpasse sykehjemets rutiner, og skape et større fokus på helsefremming og ernæringsarbeid. Hendersons understreker at hver enkelt pasienten har krav på individuell tilpasset pleie og omsorg. Hun skriver videre at sykepleier må tilpasse seg hver enkelt pasient, og skaffe kunnskap om den enkelte slik at man kan finne ut hvordan pasientens behov tilfredsstilles best mulig (Kristoffersen, 2015, s. 226).

6. Konklusjon

Hensikten med denne oppgaven var å finne ut hvilke faktorer som har innvirkning på ernæringsstatusen til pasienter på sykehjem. Et av hovedfunnene var mangel på kartlegging. Ernæringscreening er avgjørende for å oppdage underernæring eller utvikling av underernæring tidlig. Siden underernæring er noe som utvikler seg over tid, og ofte kan være vanskelig å oppdage er kartleggingsverktøy allerede ved innleggelse viktig for å avdekke underernæring. Ansatte på sykehjem bør ha faste rutiner for kartlegging av pasientens ernæringsstatus for å tidlig oppdage pasienter i risikosonen. Det viste seg at mangel på selvstendighet var en viktig faktor som har innvirkning på ernæringen til eldre. Det at pasienter trenger hjelp i måltidssituasjoner fører ofte til nedsatt matlyst. Pasienten kan føle seg til bry ved at personalet opptrer stresset. Sykepleier bør derfor ta seg tid til å sette seg ned under måltid, og pasienten bør få mulighet til å gjøre så mye som mulig selv. Dette kan gi pasienten en følelse av mestring og øke selvfølelsen. Et gjennomgående funn var mangel på kompetanse. Det at personalet på sykehjem hadde for lite kunnskap om underernæring, gjorde at dette ble lite prioritert. Ved å gi personalet mer kunnskap rundt temaet ernæring og underernæring vil dette skape en større forståelse av viktigheten ved å oppdage og forebygge underernæring. Sykepleiere må ha kunnskap om hvordan fysiologiske forandringer påvirker kroppens ernæringsbehov. Samtidig må sykepleier være klar over fysiologiske forandringer som kan oppstå av underernæring. Dette er avgjørende for kunne tilrettelegge kosthold og sette i gang tiltak for å bedre ernæringsstatus til enkelt individ. Når sykepleier mangler forståelse og kunnskap om pasientens helsetilstand vil underernæringen utvikle seg og utfallet kan bli fatalt. Miljømessige faktorer viste seg også å ha innvirkning på ernæringen til eldre. Sykepleier har en viktig rolle når det gjelder tilrettelegging ved måltid. Sykepleieren må gjøre det hun kan for å tilrettelegge for ro, siden stress og uro fører til redusert matlyst og fordøyelse.

6.1. Forslag til videre forskning

Det har alltid vært en viktig sykepleieoppgave å hjelpe eller tilrettelegge for at pasienten skal dekke sitt væske og næringsbehov, og det vil alltid være en viktig sykepleieoppgave. Vi mener at forskning på alle de forskjellige faktorene som påvirker ernæringsstatus til beboere på sykehjem er noe som er viktig å kontinuerlig forske videre på. Det er spesielt to tema vi opplever er for lite forskning på. Ett av temaene vi foreslår til videre forskning er nattfaste. Vi ser et behov for tydeligere funn på hvor stor betydning nattfaste over 11 timer

har for ernæringsstatusen og underernæring. Videre vil vi foreslå mer forskning om psykososiale faktorer som påvirker ernæringsstatusen. Vi fant lite forskning om dette. Vi opplever dette som en viktig faktor for underernæring hos mange eldre, og ønsker derfor mer forskning om dette.

Referanseliste:

Aagaard, H., Bjerkreim, T. (2014). Væske og ernæring, I: Kristoffersen, N., Nortvedt, F. og Skaug, E-A. Red. *Grunnleggende sykepleie* bind 2. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 161-208.

Aagaard, H. (2016) Væske og ernæring., Kristoffersen, N., Nortvedt, F., Skaug, E-A. og Grimsbø, G-H (red). *Grunnleggende sykepleie bind 2*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s.190-242.

Bauer, S., Ruud, J.G. og Lohrmann, C. (2017). Changes in nutritional status in nursing home residents and associated factors in nutritional status decline: a secondary data analysis, *John Wiley & sons*, 73 (10), s. 2420–2429. DOI: 10.1111/jan.13297

Bing-Jonsson, P.C., Hofoss, D., Kirkevold, M., Bjørk, I.T. og Foss, C. (2016). Sufficient competence in community elderly care? Results from a competence measurement of nursing staff, *BMC Nursing*, 15 (5) DOI 10.1186/s12912-016-0124-

Braut, G. S (1.september 2009) Sykehjem, i *Det store norske leksikon*. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/sykehjem> (Hentet: 12.04.2018)z

Brodtkorb, K. (2015) Ernæring, mat og måltider, I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A. *Geriatrisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk. s 301-314.

Eide, H.D., Aukner, C. og Iversen, P.O. (2013) Nutritional status and duration of overnight fast among elderly residents in municipal nursing homes in Oslo, *Vård i nord*, 33 (1) s 20-24

Engedal, K. (14.februar 2018) Alderdom, I: *Det store medisinske leksikon*. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/alderdom> (Hentet: 12.04.2018)

Evans, D. (2002) Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data. *The journal of advanced nursing*, 20 (2), s 25.

Forsberg, C. og Wengström, Y. (2013) *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Författarna og bokforlaget Natur & Kultur.

Forsberg, C. og Wengström, Y. (2016) *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Författaren og Natur & Kultur

Gjerland, A (2016) Eliminasjon. I: Kristoffersen, J. N., Nortvedt, F., Skaug, E-A. og Grimbo, G-H (red). *Grunnleggende Sykepleie bind 2*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s.243-312.

Hauge, S. (2015) Sykepleie i sykehjem, I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A. *Geriatrisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk. s 265-283.

Helsedirektoratet; Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. ; 2009. IS-1580.Oslo.

Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (Hentet: 27.04.2018)

Kristoffersen, J. N (2015) Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: Kristoffersen, J.N., Nortvedt, F., Skaug, E-A. (red) *Grunnleggende sykepleie bind 1*. Oslo. Gyldendal akademisk, s 207-280.

Kristoffersen, J. N. (2016) Livsstil og endring av livsstil. I: , Kristoffersen, J. N., Nortvedt, F., Skaug, E-A. og Grimbo, G-H (red). *Grunnleggende Sykepleie bind 3*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s.295-348

Kucuk, E.O. og Kapucu, S. (2017) Malnutrition in elderly staying in nursing homes, *Konuralp Tıp Dergisi*, 9 (3), s 46-51. DOI: 10.18521/ktd.318404

Landmark, B.T., Gran, S.V. og Grov, E.K. (2014) Ernæringsstatus blant pasienter i sykehjem og i hjemmesykepleien kartlagt ved hjelp av Ernæringsjournalen, *Klinisk Sygepleje*, 28 (1), 1-12

Mila, R., Abellana, R., Padro, L., Basulto, J. og Farran, A. (2012) High consumption foods and their influence on energy and protein intake in institutionalized older adults, *The journal of nutrition, health and aging*, 16 (2) side 115-12. .

Orvik, A. (2015) *Organisatorisk kompetanse*. Oslo: Cappelen Damm.

Riches, K, Jeanes, Y, (2014). The prevalence of malnutrition in elderly residents in a wardenassisted setting compared with a home-living environment, *British Journal of community nursing*, 19 (7), s. 324-328

Rugås, L. og Martinsen, K. (2003) Underernæring er vanlig på sykehjem, *Sykepleien*, 91 (6) s. 34-37. DOI: <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2003.0015>

Sortland, K., Gjerlaug, A.K. og Harviken, G. (2013) Vektdokumentasjon, kroppsmasseindeks, måltidsfrekvens og nattefaste blant eldre sykehjemsbeboere - en pilotstudie, *Vård i nord*, 33 (1), side 41-45.

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

Ziebolz, D., Werner, C., Schmalz, G., Nitschke, I., Haak, R., Mausberg, R F. og Chenot, J-F. (2017) Oral health and nutritional status in nursing home resident- Results of an explorative cross- sectional pilot study, *BMC geriatrics*, 17 (39) DOI: 10.1186/s12877-017-0429-0

Vedlegg 1 Oversikt over forskningsartikler

<p>Landmark, B.Th. Gran, S.V. Grov, E.K. (2014) <i>Ernæringsstatus blant pasienter i sykehjem og i hjemmesykepleien kartlagt ved hjelp av Ernæringsjournalen. Klinisk Sygepleje, 28 (1), 1-12.</i></p>	<p>Kvantitativ studie 532 deltakere, punktprevalens undersøkelse</p>	<p>Systematisk bruk av ernæringsjournal er hensiktsmessig for å vurdere ernæringsstatus blant eldre, for å kunne tilby adekvat behandling og systematisk følge opp.</p>
<p>Eide, H.D, Aukner, C. Iversen, P.O. (2013) <i>Nutritional status and duration of overnight fast among elderly residents in municipal nursing homes in Oslo. Vår i Norden. 33 (1) s 20-24</i></p>	<p>Kvantitativ studie 342 deltakere, observasjonsstudie</p>	<p>Studien viser at pasienter som har nattefaste på 11 timer eller mindre har høyere BMI, og styrke enn de som har nattefaste over 11 timer.</p>
<p>Sortland, K. Gjerlaug, A.K. Harviken, G. (2013) <i>Vektdokumentasjon, kroppsmasseindeks, måltidsfrekvens og nattefaste blant eldre sykehjemsbeboere - en pilotstudie. Vård i Norden. 33 (1). side 41-45.</i></p>	<p>Kvantitativ studie 243 deltakere, deskriptiv studie</p>	<p>Mer enn halvparten av beboerne ble ikke veid etter retningslinjene, vekttap forekom hyppigere enn vektøkning, og nattefasten var for lang.</p>
<p>Riches. K, Jeanes. Y, (2014). <i>The prevalence of malnutrition in elderly residents in a wardenassisted setting compared with a home-living environment. Vol 19, nr 7. S 324-328.</i></p>	<p>Kvantitativ studie 40 deltakere, tverrsnittstudie</p>	<p>Underernæringen var høyere hos eldre på sykehjem, enn hos eldre i hjemmet. MNA var en effektiv og</p>

		enkel screenings metode for å avklare underernæring.
Bauer. S, Ruud J.G. Lohrmann. C, (2017). <i>Changes in nutritional status in nursing home residents and associated factors in nutritional status decline: a secondary data analysis</i> . 2017. Volume 73, Issue 10. October 2017. Pages 2420–2429.	Kvantitativ studie 157 deltakere, spørreskjema	Studien viste at manglende datasamling og vurdering av risikofaktorer ved innleggelse var den viktigste faktoren for underernæring.
Ziebolz, D. Werner, C. Schmalz, G. Nitschke, I. Haak, R. Mausberg, R F. Chenot, J-F. (2017) <i>Oral health and nutritional status in nursing home resident- Results of an explorative cross- sectional pilot study. BMC geriatrics</i> . 17 (39)	Kvantitativ studie 87 deltakere, observasjonsstudie	Demens er en sterkere indikator for underernæring enn dårlig tannstatus. Studien hadde ingen tydelige funn om at dårlig tannstatus var indikator for underernæring, på grunn av et variert resultat.
Kucuk, E.O. og Kapucu, S. (2017) <i>Malnutrition in elderly staying in nursing homes. Konuralp Tıp Dergisi</i> [internett] 9(3), s 46-51.	Kvantitativ studie 308 deltakere, beskrivende studie	Tidlig diagnostisering av eldre med risiko for underernæring er utrolig viktig for å forebygge underernæringen

<p>Mila, R. Abellana, R. Padro, L. Basulto, J. Farran, A. (2012) High consumption foods and their influence on energy and protein intake in institutionalized older adults. <i>The journal of nutrition, health and aging</i>. 16 (2) side 115-122.</p>	<p>Kvantitativ studie 62 deltakere, observasjonsstudie</p>	<p>Det ble konkludert med at der er et behov for å forbedre energi inntaket til sykehjemspasienter, og omfordele protein og energiinntaket.</p>
--	--	---

Litteratormatriser:
Vedlegg 2

Litteratormatrise 1: Ernæringsstatus blant pasienter i sykehjem og i hjemmesykepleie-en kartlagt ved hjelp av Ernæringsjournalen.

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
Landmark, B.Th. Gran, S.V. Grov, E.K. (2014) <i>Ernæringsstatus blant pasienter i sykehjem og i hjemmesykepleien kartlagt ved hjelp av Ernæringsjournalen. Klinisk Sygepleje,</i> 28 (1), 1-12.	Å bruke det norske helsedirektoratets verktøy for å få kunnskap om risikoen for underernæring.	nutrition, nutritional status, malnutrition, nursing homes, elderly, aging Årsavgrensning fra 2012-2017	Punktprevalens undersøkelse. En kvantitativ studie, med 532 deltagere over 67 år, som var innlagt på sykehjem eller hadde behov for hjemmesykepleie. Data som var inkludert var vurdering av pasientens høyde, vekt og KMI, og andre data som var relevant for ernæringsstatusen.	Systematisk bruk av ernæringsjournal virker hensiktsmessig for å vurdere ernæringsstatus blant eldre, for å kunne tilby adekvat behandling og systematisk følge opp.	Denne artikkelen er relevant for vår oppgave fordi den tar for seg en ernæring screening og tidlig kartlegging, som kan være med på å forebygge underernæring på et tidlig stadie.

Vedlegg 3

Litteratormatrise 2: Nutritional status and duration of overnight fast among elderly residents in municipal nursing homes in Oslo

Referanser	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
Eide, H.D, Aukner, C. Iversen, P.O. (2013) <i>Nutritional status and duration of overnight fast among elderly residents in municipal nursing homes in Oslo</i> . <i>Vår i Norden</i> . 33 (1) s 20-24	Formålet med denne studien er å undersøke varigheten av nattefasten og hvilken betydning det kan ha, å faste over 11 timer i løpet av natten, for ernæringsstatusen til eldre på sykehjem.	nutrition, nutritional status, malnutrition, nursing homes, elderly, aging Årsavgrensning fra 2012-2017	Det ble gjort en kvantitativ undersøkelse av 342 langtidspasienter på sykehjem.	Det ble funnet ut at mange av pasientene overskred den rekommanderte lengden nattefaste. Av de som hadde en nattefaste på over 11 timer var 35,6 % i delvis eller høy risiko for å utvikle underernæring. Og 20 % var undervektige, med en BMI på under 20.	Denne artikkelen er relevant til vår oppgave fordi den viser viktigheten av å ikke ha en nattefaste på over 11 timer. Og resultatene viser at de som har en nattefaste på mer enn dette er eller er i fare for underernæring. I artikkelen kommer det også frem tiltak som kan settes i verk for å forebygge underernæringen.

Vedlegg 4

Litteratormatrise 3: Vektdokumentasjon, kroppsmasseindeks, måltidsfrekvens og nattefaste blant eldre sykehjemsbeboere - en pilotstudie.

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans:
Sortland, K. Gjerlaug, A.K. Harviken, G. (2013) <i>Vektdokumentasjon, kroppsmasseindeks, måltidsfrekvens og nattefaste blant eldre sykehjemsbeboere - en pilotstudie. Vård i nordn. 33 (1). side 41-45.</i>	Formålet med studien er å undersøke vektdokumentasjonen, vektendringene, måltidsfrekvensene og nattefasten blant eldre pasienter på sykehjem.	nutrition, nutritional status, malnutrition, nursing homes, elderly, aging Årsavgrensning fra 2012-2017	Dette er en kvantitativ studie, der det deltok 243 eldre (over 70 år) Dataen som var samlet var tidligere data av vekt, vektendring, høyde, BMI, alder og lengde på nattefasten, måltidsfrekvensen og lengden på sykehjemsoppholdet.	Mer an halvparten av beboerne ble ikke veid etter retningslinjene, vekttap forekom hyppigere enn vektøkning, og nattefasten var for lang. Nesten to tredjedeler av gruppen var underernært eller i fare for underernæring.	Denne artikkelen er relevant for vår oppgave, fordi den tar for seg feilene som blir gjort i sykehjem. Og man får frem viktigheten av riktig dokumentasjon. Denne artikkelen viser også at det er viktig å sette fokus på ernæring i utdanningen og i praksis for å sikre faglig ivaretagelse av eldres ernæringsbehov.

Vedlegg 5

Litteratormatrise 4: The prevalence of malnutrition in elderly residents in a wardenassisted setting compared with a home-living environment.

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans:
Riches. K, Jeanes. Y, (2014). <i>The prevalence of malnutrition in elderly residents in a wardenassisted setting compared with a home-living environment</i> . Vol 19, nr 7. S 324-328. https://doi.org/10.12968/bjcn.2014.19.7.324	Denne studien fokuserer på underernæring hos eldre på sykehjem, opp i mot eldre i hjemmesykepleien.	nutrition, nutritional status, malnutrition, nursing homes, elderly, aging Årsavgrensning fra 2012-2017	20 pasienter fra hjemmesykepleien, og 20 pasienten fra sykehjem deltok i denne studien. Deltakerne ble vurdert ved hjelp av stryke å hånden, og mini nutritional assessment(MNA). Kvantitativ metode.	Underernæringen var høyere hos eldre på sykehjem, enn hos eldre i hjemmet. Selv om de som bor på sykehjem fikk tettere oppfølging av helsepersonell. ^[1] 30% av beboerne på sykehjem var underernærte. ^[1] MNA var en effektiv og enkel screeningsmetode for å avklare underernæring.	Artikkel er relevant i oppgaven fordi vi kan reflektere og diskutere rundt hvorfor det er større grad av underernæring hos pasienter i sykehjem enn hos pasienten i hjemmet.

Vedlegg 6

Litteratormatrise 5: Changes in nutritional status in nursing home residents and associated factors in nutritional status decline: a secondary data analysis.

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans:
Bauer. S, Ruud J.G. Lohrmann. C, (2017). <i>Changes in nutritional status in nursing home residents and associated factors in nutritional status decline: a secondary data analysis.</i> 2017. Volume 73, Issue 10. October 2017. Pages 2420–2429. DOI: 10.1111/jan.13297	Målet med studien var å finne endringen i ernæringsstatusen til beboere på sykehjem over en periode på 1 år, og identifisere faktorer knyttet til nedsatt ernæringsstatus.	nutrition, nutritional status, malnutrition, nursing homes, elderly, aging Årsavgrensning fra 2012-2017.	Datasamling var utført i perioden 2009-2013, ved bruk av spørreskjemaet International Prevalence Measurement of Care Problems. Data ble samlet fra tre forskjellige sykehjem, med til sammen 157 brukere som deltok i undersøkelsen. Kvantitativ metode.	Undersøkelsen viste at over en periode på 1 år på sykehjem hadde kroppsmasseindeksen til 22,8 % av beboerne blitt redusert og i 6,5% av tilfellene økt. Studien viste at manglende datasamling og vurdering av risikofaktorer ved innleggelse var den viktigste faktoren for underernæring. Derfor konkluderer undersøkelsen med at helsepersonell bør identifisere risiko for underernæring tidlig, og iverksette tiltak heretter.	Artikkelen er relevant fordi den har funn som forteller om årsak til underernæring og tiltak som kan settes i gang for å forebygge underernæring hos eldre på sykehjem.

Vedlegg 7

Litteratormatrise 6: Oral health and nutritional status in nursing home resident- Results of an explorative cross- sectional pilot study.

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
Ziebolz, D. Werner, C. Schmalz, G. Nitschke, I. Haak, R. Mausberg, R F. Chenot, J-F. (2017) <i>Oral health and nutritional status in nursing home resident- Results of an explorative cross- sectional pilot study. BMC geriatrics.</i> 17 (39) DOI: 10.1186/s12877-017-0429-0	Hensikten med denne studien var å vise en potensiell sammenheng mellom tannstatus og fare for underernæring	nutrition, nutritional status, malnutrition, nursing homes, elderly, aging Årsavgrensning fra 2012-2018	87 pasienter fra et sykehjem i tyskland var med på en observerende pilotstudie. Det ble brukt verktøy som MNA (mini nutritional assessment), KMI, og sjekk av tannstatus. Kvantitativ studie	Gjennom denne studien kom de frem til at det var lite sammenheng mellom underernæring og dårlig tannstatus. Men i artikkelen kom det frem til at demens er en sterk indikator for underernæring	Vi har valgt denne artikkelen for å finne ut hvor stor innvirkning tannstatus har på ernæringen til eldre. Denne kan hjelpe oss videre i oppgaven for å finne faktorer som påvirker ernæringsstatusen til eldre.

Vedlegg 8

Litteratormatrise 7: Malnutrition in elderly staying in nursing homes

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans:
Kucuk, E.O. og Kapucu, S. (2017) <i>Malnutrition in elderly staying in nursing homes. Konuralp Tıp Dergisi</i> [internett] 9(3), s 46-51. Doi: http://dx.doi.org/10.18521/ktd.318404	Målet med denne studien var å kartlegge omfanget av underernæring hos eldre innlagt i sykehjem – privat eller offentlig	nutrition, nutritional status, malnutrition, nursing homes, elderly, aging Årsavgrensning fra 2012-2017	Det er en kvantitativ studie. Data ble samlet ved hjelp av intervju, MNA, SMMT og Barthel indexen 308 deltakere	Studien viste at 28 % av pasientene lider av underernæring og 44 % var i risiko for å utvikle underernæring. Videre viste det seg av 27 % hadde sensorisk tap, 53 % hadde gastrointestinale problemer, og 40 % hadde dårlig tannhelse.	Denne artikkelen er relevant for min oppgave fordi den belyser grunner til hvorfor underernæring oppstår og hvilke kartleggingsverktøy man kan bruke for å oppdage underernæringen.

Vedlegg 9

Litteratormatrise 8: High consumption foods and their influence on energy and protein intake in institutionalized older adults.

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel- begrep/Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
Mila, R. Abellana, R. Padro, L. Basulto, J. Farran, A. (2012) High consumption foods and their influence on energy and protein intake in institutionalized older adults. <i>The journal of nutrition, health and aging</i> . 16 (2) side 115-122.	Hensikten med denne artikkelen var å finne ut hvilke matgrupper som ble spist med på sykehjem, og deretter se nærmere på energi nivået i matgruppene, og regne ut hvor mye kalorier og proteiner pasienten fikk i seg.	nutrition, nutritional status, malnutrition, nursing homes, elderly, aging Årsavgrensning fra 2012-2018	62 pasienter fra et sykehjem i Spania deltok på en observasjonsstudie. 22 menn og 40 kvinner. Dataen ble samlet ved hjelp av dobbelvekt metoden. Kvantitativ studie	Resultatet viste at melk var det pasientene fikk i seg mest av. Energien fikk de i seg ved å spise fett og sauser, søtsaker og bakverk. Det ble konkludert med at det er et behov for å forbedre energi inntaket til sykehjemspasienter, og omfordele protein og energiinntaket.	Denne artikkelen er relevant for vår oppgave, fordi den trekker fram faktorer som er med på å påvirke ernæringen til eldre på sykehjem.