

Lotte Bukten

Ernæring hos eldre i sykehjem

Bacheloroppgave i Vernepleie

Veileder: Nina Petersen Reed

Mai 2022

Lotte Bukten

Ernæring hos eldre i sykehjem

Bacheloroppgave i Vernepleie
Veileder: Nina Petersen Reed
Mai 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for psykisk helse



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Tittel: Ernæring hos eldre i sykehjem.

Introduksjon/bakgrunn: Det har blitt et større fokus på temaet om eldre og ernæring i de siste årene, likevel er det mange eldre som er underernært eller er i risiko for å bli underernært. Derfor er bakgrunnen for denne litteraturstudien et ønske om å finne ut av hvordan man kan legge til rette for god ernæring hos eldre i sykehjem.

Hensikt: Hensikten med oppgaven er å finne ut hvordan man som vernepleier kan legge til rette for god ernæring hos eldre i sykehjem.

Metode: Oppgaven benytter litteraturstudie som metode. Den tar utgangspunkt i fem utvalgte artikler og teori som er vurdert som relevant for å besvare problemstillingen.

Resultat: Analysen tar utgangspunkt i resultatene til de fem utvalgte artiklene. Resultatene dannet grunnlag for fire hovedtema som er presentert i oppgaven: «Felleskap», «personsentrert kartlegging», «miljø i måltidsituasjon» og «kunnskap, informasjon og opplæring til ansatte».

Konklusjon: Et godt og sosialt måltidsfellesskap i et avslappet måltidsmiljø kom frem som en viktig faktor for god ernæring. Gode observasjoner, vurderinger og kartlegging av den enkeltes ernæringsstatus ble også belyst, samt tilstrekkelig kunnskap og kompetanse blant ansatte i sykehjem.

Nøkkelord: Tilrettelegging, ernæring, eldre, sykehjem.

Antall ord: 6405

Summary

Title: Nutrition for elderly in nursing homes.

Introduction/background: In recent years there has been more focus on the topic of elderly and nutrition, yet many older people are malnourished or at risk of becoming malnourished. Therefore, the background for this study is a desire to find out of how to facilitate good nutrition for elderly living in nursing home.

Purpose: The purpose of this research is to find out how you, as a disability nurse, can facilitate good nutrition for elderly living in nursing home.

Method: This research uses literature study as a method. It is based on five selected articles and theory that are considered relevant to answer the topic of issue.

Result: The analysis is based on the results of the five selected articles. The results formed the basis for four main themes that are presented in the research: "community", "person-centered effigy, "environment in meal situation" and "information and training for employees"

Conclusion: A social meal community in a relaxed environment emerged as an important factor for good nutrition. Good observations, assessments and effigy of individuals nutritional status were also highlighted, as well as sufficient knowledge and competence among employees in nursing homes.

Keywords: Facilitation, nutrition, elderly, nursing homes.

Number of words: 6405

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 Begrunnelse for valg av tema	1
1.2 Avgrensning.....	1
1.3 Forforståelse.....	1
1.4 Hensikt	2
1.5 Begrepsavklaring.....	2
1.6 Oppgavens disposisjon.....	2
2.0 Teori	3
2.1 God ernæring.....	3
2.2 Ernæring hos eldre	3
2.3 Vurdering av ernæringsstatus og ernæringstiltak	4
2.4 Underernæring	5
2.5 Kompetansetrekanten	6
2.6 Relasjonskompetanse og kommunikasjon	7
2.7 Vernepleierens kjerne roller	7
3.0 Metode	9
3.1 Søkeprosess	9
3.2 Søkehistorikk	10
3.3 Litteraturmatrise.....	11
3.4 Analyse.....	17
4.0 Resultater	18
4.1 Måltidsfellesskap.....	18
4.2 Personsentrert kartlegging	18
4.3 Miljø i måltidsituasjon.....	19
4.4 Kunnskap, informasjon og opplæring til ansatte.....	20
5.0 Diskusjon	21
5.1 Måltidsfellesskap og miljø i måltidsituasjon	21
5.2 Observasjon, vurdering og kartlegging av ernæringsstatus hos den enkelte beboer	22
5.3 Manglende kunnskap og kompetanse blant ansatte?.....	23
5.4 Metodediskusjon.....	24
6.0 Konklusjon	25
7.0 Litteraturliste	26

1.0 Innledning

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Grunnleggende for god helse og en god livskvalitet gjennom hele livet er god mat (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 103), Dette gjelder også de eldre som bor i sykehjem. I de siste årene har det vært et større søkelys på dette som tema, men likevel kan man se et stort gap mellom det som blir anbefalt av helsemyndighetene og praksisen de eldre opplever (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 103). Dette kan ses i sammenheng med en studie som viser til at 60% av en gruppe beboere bosatt i sykehjem var underernærte eller var i risiko for å bli underernært (Sortland, Gjerlaug & Harviken, 2013, s. 44). Basert på egne erfaringer fra sykehjem er ernæringsutfordringer et gjennomgående tema, noe som gjorde det interessant å undersøke faktorer som kan bidra til å legge til rette for god ernæring hos eldre i sykehjem.

Tidlig i prosessen var fokuset i problemstillingen rettet mot forebygging av underernæring, senere i prosessen ble fokuset endret til hvordan man kan legge til rette for god ernæring. I utgangspunktet var også brukergruppen i problemstillingen annerledes. Fokuset var rettet mot eldre med demens i sykehjem, men underveis i studien ble det omgjort til generelt eldre i sykehjem, da det gjorde utvalg av forskningsartikler enklere. Dette er et tema som vurderes som svært relevant for vernepleieren, da det i korte trekk handler om tilrettelegging for den enkelte, helse og livskvalitet. Helsefaglig, sosialfaglig og pedagogisk kompetanse kommer frem i vernepleiefaglig arbeid (Nordlund, Thronsen & Linde, 2017, s. 20-24) og oppgavens valgte tema blir vurdert som relevant med bakgrunn i dette brede fagfeltet.

På bakgrunn av dette vil oppgaven forsøke å svare på problemstillingen:

Hvordan kan vernepleieren legge til rette for god ernæring hos eldre i sykehjem?

1.2 Avgrensning

Det er mange aspekter innenfor temaet ernæring og eldre man kan ha tatt utgangspunkt i, men denne litteraturstudien tar utgangspunkt i tilrettelegging for god ernæring hos eldre i sykehjem.

1.3 Forforståelse

Etter å ha jobbet i sykehjem i fem år har jeg dannet meg en form for en forforståelse, denne kan ha vært med på å påvirke resultatene som kommer frem i denne oppgaven.

En forforståelse bærer man med seg hele tiden, men har forsøkt å være bevisst på den i denne litteraturstudien.

1.4 Hensikt

Hensikten med denne litteraturstudien er å finne ut hvordan man som vernepleier kan legge til rette for god ernæring hos eldre i sykehjem. Målet blir derfor å finne ut av ulike faktorer som kan fremme god ernæring hos eldre i sykehjem.

1.5 Begrepsavklaring

Begrepet beboer blir gjentagende brukt i oppgaven, dette er et bevisst valg. Jeg foretrekker dette begrepet istedenfor begreper som pasient og bruker, da jeg anser sykehjemmet som et hjem de bor i, dermed blir de en beboer. Det er valgt å kun bruke et av begrepene gjennom hele teksten for å skape flyt og ikke forvirring. I de fem utvalgte artiklene er det brukt begreper som «nurse», «staff», «careworkers», «personell» og «helsepersonell», det er ikke brukt vernepleier. Videre i oppgaven blir begrepet vernepleier brukt for å vise relevans og besvare oppgavens problemstilling.

1.6 Oppgavens disposisjon

I oppgaven blir det presentert syv hovedkapitler. Innledning, teori, metode, resultat, diskusjon, konklusjon og litteraturliste. I kapittelet om teori blir det belyst teori som er vurdert som hensiktsmessig for å besvare oppgavens problemstilling. Det blir vist til teori om ernæring, vurdering av ernæringsstatus, underernæring og sentrale vernepleiefaglige teorier og modeller. I metodekapittelet blir fremgangsmåten for litteratursøket og analysen av artiklene beskrevet. Det blir vist til PICO-skjema, litteraturhistorikk og tematabell fra analysen. Videre kommer resultatkapittelet, her blir det presentert resultater fra de fem artiklene som er vurdert som relevante for oppgavens problemstilling. Deretter kommer diskusjonskapittelet, her blir relevante resultater drøftet mot relevant teori for å forsøke å besvare oppgavens problemstilling. Diskusjonen inneholder også metodediskusjon som er en egenvurdering av oppgavens styrker og svakheter. I konklusjonen blir sentrale funn oppsummert, og det blir forsøkt å besvare på oppgavens problemstilling. Litteraturlisten viser en oversikt over litteratur som er benyttet i oppgaven, referanser er referert i APA 6th.

2.0 Teori

2.1 God ernæring

God ernæring bidrar til bedre helse og kan øke sjansen for å bli frisk og overleve alvorlig sykdom (Thoresen, Borchsenius & Sjøen, 2019, s. 19). Gjennom en god ernæring får vi energi, væske og næringsstoffer som vi trenger for å holde oss friske (Thoresen et al., 2019, s. 34). Det er viktig å ha et sunt kosthold, det betyr at man får i seg nok mat og at man spiser variert (Thoresen et al., 2019, s. 63). En god ernæring fremmer god helse og forebygger underernæring. Mange eldre har tydelig tegn på underernæring og risikoen for og forekomsten av underernæring er høyere hos dem enn resten av befolkningen (Thoresen et al., 2019, s. 19).

2.2 Ernæring hos eldre

Med alderen skjer det en del endringer som kan ha en påvirkning på ernæringsstatus. Derfor er eldre mennesker en utsatt gruppe når det gjelder ernæring (Thoresen et al., 2019, s. 98). Det er ulike faktorer som kan påvirke matinntaket og ernæringsstatusen. Endring av kroppssammensetning og mage-tarm-kanalen, munnstatus, og psykososiale er noen av disse faktorene (Thoresen et al., 2019, s. 99-100).

De fleste eldre opplever sarkopeni (aldersrelatert tap av muskelmasse-, funksjon og kraft), og mengden med kroppsvann blir redusert (Thoresen et al., 2019, s. 99). Sarkopeni fører til et nedsatt ernæringsbehov og vekttap (Evju, & Lindgren, 2017). Opptak av næringsstoffer kan skje tregere hos de eldre enn andre, da sekresjon av fordøyelsesvæsker kan reduseres og tarmperistaltikken kan gå tregere (Thoresen et al., 2019, s. 100). Endringene i fordøyelsessystemet vil også være med på å gjøre lukte- og smakssans dårligere (Evju & Lindgren, 2017).

Dårlig munn- og tannhelse kan ha en negativ effekt på ernæringen hos de eldre og tap av tenner og dårlige tenner kan gjøre det vanskelig å tygge mat (Evju, S, A. & Lindgren, J, S., 2017; Thoresen et al., 2019, s. 99). Noen kan oppleve en nedsatt spyttproduksjon, som også kan gi problemer med å tygge og svelge maten (Thoresen et al., 2019, s. 99). Depresjon, nedstemthet og agitasjon kan gi nedsatt matlyst og gi problemer med å spise og drikke (Murphy, Holmes & Brooks, 2017, s. 1; Thoresen et al., 2019, s. 100). I tillegg viser undersøkelser at eldre over 80 år som lider av depresjon eller mental svikt er i risiko for å bli feilernærte eller underernærte (Borchsenius, Kjøkkenskriveren & Granheim, 2022). Som vernepleier er det derfor viktig å tilrettelegge for at et måltid skal foregå i hyggelige og sosiale rammer. Man bør ha søkelys på å fremme et godt måltidsfellesskap, da et god måltidsfellesskap kan være en faktor på å øke både trivsel

og matinntak. Helse- og omsorgstjenestene bør tilby beboere næringsrik mat som er tilpasset den enkelte behov og forutsetninger. For å oppfylle dette er det behov for å gjennomføre en kartlegging av den enkelte beboers ernæringsmessige behov og ønsker (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 107-108).

2.3 Vurdering av ernæringsstatus og ernæringstiltak

Ernæringsstatus viser oss i hvilken grad behovet for næringsstoffer er dekket, det er et resultat av forbruk, tap og tilførsel av energi (Thoresen et al., 2019, s. 129). Ifølge Helsedirektoratet (2016) innebærer en god ernæringspraksis vurdering, kartlegging og dokumentasjon av pasientens ernæringsstatus. Vurdering av ernæringsstatus er en samling av ulike data for å finne årsaker til helseproblemer hos den enkelte beboer som er ernæringsrelatert (Thoresen et al., 2019, s. 131). En god vurdering av ernæringsstatus krever en gode rutiner, en klar ledelse, tilstrekkelig kompetanse og en tydelig ansvarsfordeling blant helsepersonell (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 113). En fullstendig evaluering av ernæringsstatus inneholder, antropometriske data, biokjemiske data, klinisk status, matinntak og psykososiale data (Thoresen et al., 2019, s. 133). Vurderingen av ernæringsstatusen og resultatene skal dokumenteres i brukerens journal (Helsedirektoratet, 2016).

Resultatene av vurderingen kan være en indikasjon på at det er nødvendig å danne ernæringstiltak. Hvor dyptgående tiltakene skal være avhenger av hva formålet med tiltaket er (Helsedirektoratet, 2016). Ved igangsetting av ernæringstiltak kan man bruke ernæringstrappen som helsedirektoratet (2016) har utviklet (Figur 1). Den er utviklet for å veilede helsepersonell i valg av ernæringstiltak for å bedre brukerens ernæringsstatus (Helsedirektoratet, 2016; Thoresen et al., 2019, s. 171). Trappemodellen viser trinn for trinn, og er til for å vise at ernæringstiltak bør bli satt på lavest mulig trinn. Men, i enkelte tilfeller kan det være riktig å starte på et høyere trinn eller å kombinere flere trinn (Helsedirektoratet, 2016; Thoresen et al., 2019, s. 171)



Ernæringstrappen - modell for prioritering av ernæringstiltak

Figur 1 – Ernæringstrappen (Helsedirektoratet, 2016)

2.4 Underernæring

«Underernæring er en tilstand der mangel på energi eller protein gir vekttap og redusert muskelmasse som fører til forverret fysisk eller mental funksjon og dårligere utfall ved sykdom» (Thoresen et al., 2019, s. 156). Konsekvensene av underernæring er mange, og noen av dem er, nedsatt livskvalitet, nedsatt infeksjonsmotstand, mentale endringer, nedsatt muskelkraft, økt risiko for trykksår og nedsatt ventilasjon (Thoresen et al., 2019, s. 157). For eldre over 65 år anbefales det en BMI-verdi på 24-29 kg/m², med en BMI-verdi på under 22kg/m² er det tegn på underernæring (Landmark, Gran & Grov, 2014, s. 5). Studier viser til at mellom 30% og 40% av eldre beboere i institusjon har en BMI-verdi på under 22kg/m² (Landmark et al., 2014, s. 42; Sortland et al., 2013, s. 7).

I de fleste tilfeller kan underernæring være usynlig, det kan overses og oppdages først når det har blitt alvorlig og synlig. Derfor er det viktig å vurdere ernæringsrisiko systematisk, da det er lettere å forebygge underernæring enn å behandle (Sortland, Gjerlaug & Harviken, 2013, s.41; Thoresen et al., 2019, s. 160). Gode rutiner i helsevesenet kan være med å bidra til at underernæring oppdages tidlig. Det kan for eksempel være jevnlig registrering av vekt og det å være oppmerksom på hvordan matinntaket til hver enkelt er (Thoresen, et al., 2019, s. 160). Det er utviklet flere verktøy som skal være til hjelp for å enkelt vurdere risikoen for underernæring. I Helsedirektoratet (2021) er det flere slike verktøy som blir sett på som gode til vurdering av risiko for underernæring. Thoresen et al. (2019, s. 162-163) viser til fire slike verktøy, NRS 2002, MUST, MNA og PG-SGA.

2.5 Kompetansetrekanten

I arbeidet med tilrettelegging for god ernæring hos eldre i sykehjem er det viktig at man som vernepleier har en viss kompetanse. I Skau (2011, s. 57) blir begrepet kompetanse definert som å være kvalifisert til noe, dermed innebærer en profesjonell kompetanse hensiktsmessig og nødvendige kvalifikasjoner i yrkesutøvelsen. Skau (2011, s. 58) viser til kompetansetrekanten (Figur 2) som viser en samlet profesjonell kompetanse. Sidene i trekanten viser til «teoretisk kunnskap», «yrkesspesifikke ferdigheter» og «personlig kompetanse». Hver side er nødvendig, de påvirker hverandre og er avhengige av hverandre. I yrkesutøvelsen kommer alle tre sidene frem som en helhet, men likevel har de ulikt innhold (Skau, 2011, s. 58). Man kan se kompetansetrekanten og dens sider mot vernepleierrollen.

Yrkesspesifikke ferdigheter er praktiske teknikker, metoder og ferdigheter (Skau, 2011, s. 59). Det er ulike yrkesspesifikke ferdigheter en vernepleier kan ha. Det kan for eksempel være å bistå en beboer med matning og kunne gjennomføre en kartlegging og vurdering av ernæringsstatus. Teoretisk kunnskap består av faktakunnskaper og handler om å ha kjennskap til faglige begreper, modeller og teorier, samt lover og regler (Skau, 2011, s. 59). I denne sammenhengen bør vernepleiere ha kunnskap om blant annet ernæring og symptomlindring. Personlig kompetanse handler om personens evne til å være oppmerksom og hvordan man er som person i samspill med andre. Det inneholder en kombinasjon av menneskelige kvaliteter, holdninger og egenskaper (Skau, 2011, s. 60-64). I sammenheng med oppgavens problemstilling bør vernepleierens personlige kompetanse innebære egne holdninger, hvordan man er som person i samspill med beboer og evnen til å være oppmerksom.



Figur 2 – Kompetansetrekanten (Skau, 2011, s. 58)

5.6 Relasjonskompetanse og kommunikasjon

I arbeid med mennesker, i denne sammenhengen eldre i sykehjem, er relasjonskompetanse viktig. Denne kompetansen er en stor og viktig del av vernepleierens faglige kompetanse. Relasjonskompetanse handler om å forstå og samhandle med menneskene vi møter gjennom yrkesutøvelsen på en hensiktsmessig og god måte. Er man relasjonskompetent kommuniserer man på en måte som ikke krenker den andre, og man ivaretar hensikten med samhandlingen. En viktig del av relasjonskompetansen til vernepleiere er å kunne skape en relasjon, vedlikeholde den og avslutte profesjonelle relasjoner på en god måte (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 9-10).

Alle mennesker har en medfødt evne til kommunikasjon, denne kommunikasjon er den viktigste ressursen man har når man arbeider med mennesker (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 9). Spørsmål om hva god kommunikasjon er, kan være vanskelig å svare på. Røkenes & Hanssen (2012, s. 241) viser til at god kommunikasjon avhenger av konteksten, men at man kan oppnå god kommunikasjon når verdier som; å styrke den andres selvtillit, selvfølelse, læring og evne til mestring blir ivaretatt. God kommunikasjon handler også om at budskapet man ønsker å formidle blir oppfattet på samme måte. Ifølge Skau (2011, s. 82) tar vi del i hverandres tilværelse på godt og vondt gjennom kommunikasjon.

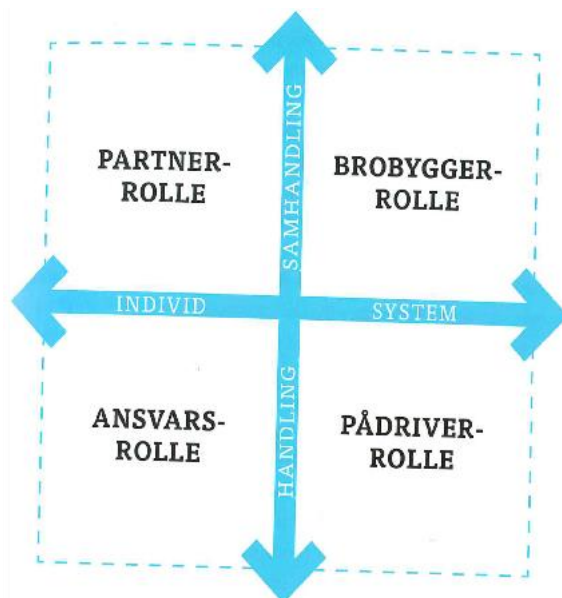
Brukermedvirkning og selvbestemmelse er sentrale aspekter ved vernepleiefaglig arbeid. Disse begrepene kan høres like ut, men de innebærer to forskjellige ting. Selvbestemmelse handler om å kunne bestemme selv og ta avgjørelser som omhandler eget liv, mens brukermedvirkning handler om brukerens rett til medinnflytelse (Nordlund et al., 2015, s. 12).

5.7 Vernepleierens kjerne roller

I arbeid med eldre i sykehjem vil man som vernepleier stå overfor ulike rolleforventninger. Brask, Østby & Ødegård (2016, s. 41) har utviklet en refleksjonsmodell som viser til fire ulike kjerne roller, se figur 3. Hensikten med modellen er å rette oppmerksomhet mot vernepleierens verdigrunnlag, handlingsalternativer og kompetanse knyttet opp mot ulike situasjoner en vernepleier kan stå i (Brask et al., 2016, s. 33). Modellen inneholder fire ulike kjerne roller, partnerrollen, ansvarsrollen, brobyggerrollen og pådriverrollen. Rollene innebærer ulike forventninger til vernepleieren. Partnerrollen innebærer en samhandlende vernepleier på individnivå, det handler om å spille den andre parten god og arbeide for å fremme selvbestemmelse. Ansvarsrollen innebærer en handlende vernepleier på individnivå, det handler om å ta selvstendige avgjørelser. Brobyggerrollen innebærer en samhandlende vernepleier på

systemnivå. Det handler om samarbeid med flere profesjoner og det krever en god samarbeidsevne. Siste ut er pådriverrollen som innebærer en handlende vernepleier på systemnivå. Det handler om å være en tilrettelegger og pådriver (Brask et al., 2016, s. 41-42). Videre i oppgaven vil parterrollen og ansvarsrollen bli begrunnet i relevans opp mot oppgavens problemstilling.

Sentralt for partnerrollen er fokuset på relasjonen man har til beboer. Denne rollen krever at man som vernepleier er tilpasningsdyktig og har en god samarbeidsevne. Å støtte opp den enkelte og arbeide for individuell tilpasning vil være sentralt (Brask et al., 2016, s. 63). Ifølge helsepersonelloven (hpl) har man som vernepleier handleplikt, det innebærer plikten til å utøve ansvarlig og omsorgsfull hjelp (helsepersonelloven, 1999, § 4). Ansvarsrollen handler om å være i stand til å vurdere eventuell helse og sikkerhetsrisiko på vegne av beboer (Brask et al., 2016, s. 115).



Figur 3 – Vernepleierens kjerne roller. (Brask et al., 2016, s. 41).

3.0 Metode

I oppgaven er det benyttet litteraturstudie som metode. Litteratursøket er gjort i henhold til rammeverket som vist i Thidemann (2019, s. 77-78).

3.1 Søkeprosess

Tidlig i prosessen ble det gjennomført et innledende litteratursøk. Et innledende litteratursøk kan bli gjennomført for å orientere seg i forskning og litteratur fra ulike kilder (Thidemann, 2019, s. 81). Ved det innledende søket ble databasene Oria og Google Scholar brukt. Søkene ble gjennomført for å få et innblikk i eventuell relevant forskning. Det ga et innblikk i hvor stor mengde forskning og litteratur som finnes til å oppgavens problemstilling. Ved søket brukte jeg søkeord som «ernæring», «eldre» og «sykehjem», da det er begrep som oppsummerer oppgavens problemstilling.

I starten av det systematiske litteratursøket utarbeidet jeg et PICO-skjema. Begrepet PICO er satt sammen av begrepene: **P**atient (hvem/hvilke), **I**ntervention (hva), **C**omparison (alternativer) og **O**utcomes (resultater). Det kan brukes som et hjelpemiddel for å gjøre problemstillingen presis og søkbar (Thidemann, 2019, s. 82). I tabell 1 kan man se hvordan problemstillingen ble plukket fra hverandre.

Tabell 1 – PICO-skjema.

Patient (hvem/Hvilke)	Intervention (Hva)	Comparison (alternativer)	Outcomes (resultater)
Demente i sykehjem	Ernæring		Tiltak som kan forebygge underernæring
Eldre i sykehjem	Ernæring		Hva kan fremme god ernæring?

Som nevnt tidligere i innledningen, ble oppgavens problemstilling endret under litteratursøket, dette kan man se antydning til i PICO-skjemaet. Problemstillingen fikk et annet utgangspunkt og fokus. I stedet for å finne ut av forebygging av underernæring, ble fokuset å fremme en god ernæring. Man kan også se antydning til at brukergruppen ble endret. Fagfelleurdert artikkel ble brukt som inklusjonskriteriet i de fleste søkene. Dette inklusjonskriteriet gjorde det mer oversiktlig å finne relevante artikler. Da antall treff ble høyt valgte jeg å lese alle titlene og deretter lese noen abstract på de som virket relevante, dette ble vurdert som nødvendig for å begrense tid som ble brukt på å velge ut relevante artikler.

For å velge ut fem vitenskapelige artikler var det flere artikler som ble lest grundig, i gjennomlesingen ble det foretatt en kvalitetsvurdering. Artiklene ble lest med et kritisk

blikk og valgt ut ved hjelp av sjekklister. Sjekklisterne er laget som pedagogiske verktøy for kritisk vurdering av vitenskapelige artikler (Thidemann, 2019, s. 91). «Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie» (helsebiblioteket, 2016) ble brukt for å vurdere de kvalitative forskningsartiklene. Etter kvalitetsvurdering valgte jeg ut fem artikler som ble vurdert som gode til å svare på oppgavens problemstilling.

3.2 Søkehistorikk

Søkehistorikken er dokumentert i tabell 2. Den viser hvilken dato søket er gjort på, søkenummer, søkeord og kombinasjoner, database og avgrensninger til søket, antall treff, antall leste abstract, leste artikler og hvilke artikler som er inkludert videre i litteraturstudien (Thidemann, 2019, s. 89). Søkehistorikken er dokumentert for å beskrive søkeprosessen, men også for etterprøvbarehet (Thidemann, 2019, s. 89).

Tabell 2 – søkehistorikk

Søkedato	Søk nr.	Søkeord og ordkombinasjoner	Database og Avgrensninger	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Artikler inkludert
21.03.2022	1	Dementia nutrition	PubMed	5563	3	1	1
21.03.2022	2	Underernæring sykehjem	Idunn	17	2	1	1
25.04.2022	3	Ernæring sykehjem	Idunn	34	3	0	0
25.04.2022	4	Ernæring sykehjem	SveMed+ Fagfelleverdert	4	4	2	0
25.04.2022	5	Ernæring demens	SveMed+ Fagfelleverdert	0			
26.04.2022	6	Måltidsfellesskap sykehjem	SveMed+ Fagfelleverdert	1	1	1	1
26.04.2022	7	Malnutrition nursing home	ERIC Fagfelleverdert	10	3	0	0
26.04.2022	8	Malnutrition and dementia	ERIC Fagfelleverdert	1	1	0	0
28.04.2022	9	Malnutrition dementia nursing home	SveMed+ Fagfelleverdert	1	1	?	0
28.04.2022	10	Nutritional care dementia nursing home	SveMed+ Fagfelleverdert	1	1	0	0
28.04.2022	11	Nutritional care nursing home	SveMed+ Fagfelleverdert	33	5	?	0
28.04.2022	12	Dementia nutrition nursing home	SveMed+ Fagfelleverdert	3	3	0	0
28.04.2022	13	Malnutrition dementia	ERIC Fagfelleverdert	1	1	0	0
03.05.2022	14	BMI nursing home	SveMed+ Fagfelleverdert	14	14	3	1
04.05.2022	15	Risikofaktorer undervektig eldre	Idunn	1	1	?	0
05.05.2022	16	Malnutrition and elderly and nursing home and qualitative	PubMed	34	6	1	1

3.3 Litteraturmatrise

De fem utvalgte vitenskapelige artiklene er fremstilt i en litteraturmatrise hver (Tabell 3, 4, 5, 6 og 7). I litteraturmatrisene er det notert viktig og relevant informasjon fra hver artikkel. Dette er med på å gi en god oversikt over hovedområdene i artiklene (Thidemann, 2019, s. 95). Innholdet i litteraturmatrisene er hentet fra Thidemann (2019, s. 95).

Tabell 3 - Artikkel 1

Referanse	Murphy, L, J., Holmes, J. & Brooks, C. (2017). Nutrition and dementia care: developing an evidence-based model for nutritional care in nursing homes. <i>BMC Geriatrics</i> , 17(55), 1-14. DOI: 10.1186/s12877-017-0443-2
Hensikten med studien	Målet med studien var å utvikle en forskningsbasert modell for å forstå de komplekse problemene knyttet til ernæring for personer med demens.
Metode	Kvalitativ studie med ni fokusgrupper og fem semi-strukturerte intervju. Alle fokusgrupper og intervju ble tatt opp og transkribert. Kun kommentarer som var relevante for forskningsspørsmålet ble transkribert.
Utvalg/populasjon	Gjennom studien var det til sammen 50 deltakere. Av disse var det åtte omsorgspersoner i form av pårørende, ni logopeder, 3 kostholdsekspertter og 30 omsorgspersonell fra 20 omsorgshjems organisasjoner. Flertallet av deltakerne var kvinner.
Hovedfunn/resultater	Det kom frem syv hovedområder fra studien: <ul style="list-style-type: none"> - Personsentrert ernæring omsorg - Tilgjengelighet av mat og drikke - Hjelpemidler, ressurser og miljø - Forhold til andre når du spiser og drikker - Deltagelse i aktiviteter - Utformingen av omsorgen - Omsorgstilbudet
Kvalitetsvurdering	Styrker: Forfatterne nevner at en styrke i forskningen kan være at de oppnår flernivåperspektiver på ernæringsomsorgen, da de bruker ulike yrkesgrupper som deltakere. Svakheter: Studien tar ikke for seg perspektivene til personer som lever med demens i omsorgsboliger, men kun personer og yrkesgrupper i rundt personen med demens.
Redegjort for etiske overveielser	Studie var godkjent av Bournemouth University Research Ethics Committee. Det ble innhentet både skriftlig og muntlig samtykke.

Tabell 4 - Artikkel 2

Referanse	Leirvik, M. Å., Høye, S. & Kvigne, K. (2016). Mat, måltider og ernæring på sykehjem – erfaringer fra et aksjonsforskningsprosjekt. <i>Nordisk sygeplejeforskning</i> , 6(2), 179-197. https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2016-02-07
Hensikten med studien	Prosjektets formål var å forbedre kvaliteten på sykepleien til pasientene innenfor området mat, måltider og ernæring, og samtidig å styrke personalet og sykepleierstudentene sin kompetanse i å arbeide kunnskapsbasert.
Metode	Prosjektet hadde en aksjonsforskningsorientert tilnærming. Datagrunnlaget for studien har vært egenrapportskjema med avkrysningsalternativer, kvalitative data av sykepleierstudenters erfaringer ved å delta i prosjektet og sammenfatninger av datamaterialet samlet underveis (møterefater, loggnotater). Prosjektet pågikk over en tre-årsperiode.
Utvalg/populasjon	Det var seks sykehjem som deltok i prosjektet. Det ble i starten av prosjektet dannet et sykepleienettverk bestående av to nettverksgrupper med to til tre sykepleiere fra tre sykehjem. Sykepleierstudenter fra te ulike kull som hadde praksis ved disse sykehjemmene deltok også.
Hovedfunn/resultater	Under studien kom de frem til tre ulike utviklingsområder: <ul style="list-style-type: none"> - Å skape ro og trivsel rundt måltidene - Å kartlegge og følge opp pasientenes ernæringsstatus - Å styrke kompetanse i å arbeide kunnskapsbasert
Kvalitetsvurdering	Styrker: I studien ble det gjennomført både prosess- og summativ evaluering som kan styrke etterprøvbareheten. Svakheter: Det er ikke perspektiver og erfaringer fra beboerne selv.
Redegjort for etiske overveielser	Det ble gitt informasjon til ledelsen og nettverksmedlemmene ved de ulike sykehjemmene. Det ble også innhentet muntlig samtykke ved oppstart av nettverksgruppene.

Tabell 5 - Artikkel 3

Referanse	Melheim, G, B. (2007). Pasientopplevelser av måltidsfellesskap i sykehjem. <i>Klinisk sygepleje</i> , 21(2), 26-34. https://www.idunn.no/doi/10.18261/ISSN1903-2285-2007-02-04
Hensikten med studien	Studiens hensikt er å formidle hvordan det kan oppleves for beboerne å være delaktige i et institusjonalisert måltidsfellesskap i sykehjem.
Metode	Kvalitativt forskningsintervju. Intervjuene ble gjennomført på beboernes enerom og varte i mellom 30min til 1t30min.
Utvalg/populasjon	Det var syv deltakere som deltok i studien, seks kvinner og én mann. Inklusjonskriterier som ble brukt var: må være orientert om tid, sted og situasjon, kan uttrykke seg greit muntlig, være over 70 år, kunne innta mat og drikke med eller uten hjelp, har permanent opphold ved sykehjem som har vart i over en måned
Hovedfunn/resultater	Det kom frem fire hovedområder under studien: <ul style="list-style-type: none"> - Å bli servert - Bordets beskaffenhet - Bordfellesskapet - Forholdet til personalet
Kvalitetsvurdering	Styrker: Studien viser godt til beboerens opplevelser av måltidsituasjon. Svakheter: Bygger på relativt få og personavhengig utsagn. Det er kun syv deltakere med i studien. Studien ble utført ved kun et sykehjem, viser kun til beboernes opplevelser til det spesifikke sykehjemmet.
Redegjort for etiske overveielser	Regional komite for medisinsk forskningsetikk, Region vest ga klarsignal til prosjektet på forhånd. Forskningsetiske retningslinjer gitt i helsinkideklarasjonen ble fulgt.

Tabell 6 - Artikkel 4

Referanse	Kofod, J. & Birkemose, A. (2004). Meals in nursing homes. <i>Scandinavian journal of caring sciences</i> , 18(2), 128-134. https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2004.00276.x
Hensikten med studien	Hensikten med studien var å teste den generelle hypotesen om at beboere setter pris på måltidsituasjonen på disse sykehjemmene og om ernæringsstatusen til beboerne er forbedret i denne typen sykehjem.
Metode	Kvalitativ metode. En kombinasjon av intervjuer og observasjoner. Det ble også gjort en måling av BMI blant beboere.
Utvalg/populasjon	Studien ble utført på fire forskjellige SLE sykehjem i Danmark. Det var 19 sykehjemsbeboere og syv sosial- og helsearbeidere som var deltakere til intervju. Av sykehjemsbeboerne var det ti kvinner og ni menn, gjennomsnittsalder på disse var 84 år. Ved BMI måling var det 43 sykehjemsbeboere som var deltakere.
Hovedfunn/resultater	Det kom frem tre hovedområder under studien: <ul style="list-style-type: none"> - Beboernes oppfatning av måltidsituasjonene - Beboernes manglende innflytelse - Beboernes oppfatning av SLE BMI ble målt på to av de fire SLE-sykehjemmene. Ved det ene sykehjemmet var det ni deltakere og ved det andre var det 34. Ingen av de ni deltakerne ved det ene sykehjemmet hadde BMI under 20. Det var åtte av 34 deltakere som hadde BMI under 20 ved det andre sykehjemmet.
Kvalitetsvurdering	Styrker: Det er brukt en kombinasjon av kvalitative intervjuer og observasjoner, samt en kvantitativ måling av BMI ved to av sykehjemmene. Svakheter: Studien er utført ved kun et type sykehjem, SLE-sykehjem i Danmark. Beboerne ble valgt ut i samarbeid med de ansatte ved SLE-sykehjemmene, det er ikke-randomisert.
Redegjort for etiske overveielser	Det ble innhentet et informert samtykke fra beboerne før intervjuet.

Tabell 7 - Artikkel 5

Referanse	Lea, j, E., Goldberg, R, L., Price, D, A., Tierney, T, L. & McInerney, F. (2017). Staff awareness of food and fluid care needs for older people with dementia in residential care: A qualitative study. <i>Journal of clinical nursing</i> , 26(23-24), 5169-5178). https://doi.org/10.1111/jocn.14066
Hensikten med studien	Hensikten med studien var å undersøke bevissthet hos ansatte i eldreomsorgen om daglige ernæringsbehov hos eldre med demens.
Metode	Kvalitativ studie, det ble brukt semi-strukturerte intervju.
Utvalg/populasjon	Deltakerne var elleve helsepersonell som jobbet i eldreomsorgen. Ni av disse var kvinner. Deltakerne var alt fra 21-67 år og hadde arbeidserfaring 3-40 år.
Hovedfunn/resultater	Det kom frem seks hovedområder under studien: <ul style="list-style-type: none"> - Personalets ernæringsopplæring og kunnskap. - Bevissthet om ernæringsproblemer som er til stede i sykehjem - Oppfatninger av gjeldende ernæringspraksis - Forslag til forbedringer av tjenesteytelsen til personer med demens - Barrierer for å iverksette foreslåtte endringer i tjenesteytelsene - Overvinne barrierer for å endre tjenesteytelsene.
Kvalitetsvurdering	Styrker: Deltakerne hadde varierende roller i sykehjemmet. Det kan være med på å gi resultatene et bredere blikk. Svakheter: Det er brukt få deltakere og kun fra et sykehjem.
Redegjort for etiske overveielser	Etisk godkjenning for studien ble mottatt fra Human Research Ethics Committee.

3.4 Analyse

Thidemann (2019) viser til Aveyards tematiske analysemodell. I arbeidet med analysen ble det tatt utgangspunkt i denne analysemodellen. Analysemodellen blir brukt som en måte å oppsummere litteratur på, for de som har liten erfaring med slikt arbeid (Thidemann, 2019, s. 96) Den viser hvordan man trinnvis kan analysere vitenskapelige artikler.

I starten av analysearbeidet ble resultatdelene i artiklene lest på nytt, deretter ble alle hovedfunn i resultatene satt inn i en tabell. På denne måten ble det lettere å finne og sammenligne resultater i de ulike artiklene. Videre i arbeidet ble det funnet overordnede tema i artiklene. Hvert tema fikk en egen fargekode, deretter ble hver artikkel lest på nytt og tema som omhandlet det samme ble markert med en fargekode. Temaet måltidsfellesskap ble markert med rosa, personsentrert kartlegging ble markert med lilla, miljø i måltidsituasjon ble markert med blå og kunnskap, informasjon og opplæring til ansatte ble markert med grønn. På denne måten ble identifiserte temaer fra artiklene sortert, og det gjorde det enkelte å finne tilbake til aktuelle tema. Bruk av markeringstusj og fargekoder er hentet fra Thidemann (2019) som viser til Aveyards tematiske analysemodell. De identifiserte temaene gjorde sammenhengen mellom de ulike artiklene og temaene mer synlig.

Videre i arbeidet ble alle identifiserte temaer og artikler satt sammen i en tabell (Tabell 8). Tabellen ga en oversikt over tema og hvilke artikler som inneholdt temaene. Den ble en hjelp til å finne mønstre fra resultatdelene i artiklene (Thidemann, 2019, s. 97). Videre i arbeidet ble identifiserte tema vurdert som relevante eller irrelevante for problemstillingene til oppgaven. Denne vurderingen resulterte i fire hovedtema som vurderes som relevante for oppgavens problemstilling: «Hvordan kan vernepleieren legge til rette for god ernæring hos eldre i sykehjem?».

Tabell 8 – Tematabell.

Tema	Artikkel 1	Artikkel 2	Artikkel 3	Artikkel 4	Artikkel 5
Måltidsfellesskap	•		•	•	•
Personsentrert kartlegging	•	•	•		•
Miljø i måltidsituasjon	•	•	•	•	•
Kunnskap, informasjon og opplæring til ansatte	•	•			•

4.0 Resultater

I analysen ble det identifisert fire tema fra de utvalgte artiklene. De fire temaene er: «Måltidsfellesskap», «personsentrert kartlegging», «miljø i måltidsituasjon» og «kunnskap, informasjon og opplæring til ansatte». Videre i arbeidet presenteres det resultater fra de ulike artiklene som er vurdert som relevante for oppgavens problemstilling: «Hvordan kan vernepleieren legge til rette for god ernæring hos eldre i sykehjem?»

4.1 Måltidsfellesskap

I de fleste artikler kommer det frem at fellesskap er en viktig faktor for ernæring. I studien til Murphy et al. (2017, s. 8) kommer det frem at det er større sannsynlighet for at eldre personer med demens spiser måltidet de blir servert hvis noen sitter sammen med dem. Deltakere beskrev måltidene som noe man så frem til, da man kunne sitte sammen med andre og være en del av et fellesskap (Kofod & Birkemose, 2004, s. 131; Lea, Goldberg, Price, Tierney & McInerney, 2017, s. 5173; Melheim, 2007, s. 30). I studien til Melheim (2007, s.30) var det motstridende resultat. Flere deltakere så frem til måltidene og opplevde et ekstra samhold under måltid, mens en annen deltaker opplevde fellesskapet som ubehagelig og hadde en opplevelse av lite samhold rundt måltidene. Også i studien til Kofod & Birkemose (2004, s. 131) var det noe motstridende resultat. Halvparten av deltakerne likte hverandres selskap og resterende likte det ikke. En deltaker beskrev fellesskapet under måltidet som «vi er som en stor familie» (Kofod & Birkemose, 2004, s. 131).

Viktigheten med å ha et godt kjennskap til enkeltpersoner kommer frem i to av artiklene. Relasjoner må vurderes om de passer sammen. Derfor må man være oppmerksom på at de man plasserer på samme bord passer sammen. En deltaker beskrev de andre medbeboere som «selvfølgelig er det beboere du foretrekker fremfor andre» (Kofod & Birkemose, 2004, s. 131; Murphy et al., 2017, s. 8). I flere studier kommer det frem at personalets tilstedeværelse opplevdes som positivt. Deltakere synes det var positivt hvis personalet hadde tid til å sitte sammen med dem. Også personalet som spiste sammen med beboerne ble sett på som positivt og kunne skape en trygghet (Lea et al., 2017, s. 5173; Melheim, 2007, s. 31; Murphy et al., 2017, s. 8). Melheim (2007, s. 30) viser til at redusert hørsel kan gjøre samtaler vanskelige og det er oftere stille rundt matbordet.

4.2 Personsentrert kartlegging

Studier viser til viktigheten med å kjenne til livshistorien for å forstå den enkelte beboers ernæringsbehov. Religiøs og kulturell bakgrunn kan påvirke ernæringspreferansene til en

person. Det er derfor viktig å kjenne til mest mulig informasjon om beboeren for å forstå deres ernæringspreferanser (Lea et al., 2017, s. 5173; Murphy et al., 2017, s. 4-9). I studien til Leirvik, Høye og Kvigne (2016, s. 185) mente deltakerne at det var blitt vanskelig med ønskekost og tilrettelegging, mens i studien til Melheim (2007, s. 29) mente deltakerne at måltidene var tilrettelagt slik at nesten alle var selvhjulpne. I studiene til Lea et al. (2017, s. 5173) og Murphy et al. (2017, s. 5) kommer det frem at observasjoner fra helsepersonell er viktig. Gjennom observasjoner av helsetilstander og spisemønster kan man avdekke faktorer som kan fremme smerte eller ubehag når man spiser og drikker. Under studien til Leirvik et al. (2016, s. 186) ble det fanget opp mangler på individuell oppfølging. Deltakerne i studien til Murphy et al. (2017, s. 6) sa «det handler om hva de vil» og i studien til Lea et al. (2017, s. 5172) kom det frem at personalet var fleksible, og at det var en måte å sikre eldre menneskers daglige ernæringspreferanser.

4.3 Miljø i måltidsituasjon

Studien til Murphy et al. (2017, s. 7) kommer frem til at eventuelle hjelpemidler bør se ut som vanlige husholdningsredskaper og virke kjent for beboeren. Hjelpemidler som kontrastfargede tallerkener og tilpasset bestikk ble nevnt som hjelpemidler i studien til Lea et al. (2017, s. 5173). Deltakerne mente at hjelpemidlene støttet brukerens funksjon og selvstendighet (Lea et al., 2017, s. 5173). I flere av studiene kommer de frem til ulike miljøfaktorer som kan fremme god ernæring i sykehjem. Miljøfaktorer som behagelig temperatur, tilstrekkelig plass mellom bordene, pynt med blomster, servietter og bruk av belysning og farger blir nevnt i studien til Murphy et al. (2017, s. 8). Deltakerne i Melheim (2007, s. 185) var opptatt av at det var fint dekket på og flere satte pris på blomster. Resultatene i artikkelen til Leirvik et al. (2016, s. 185) viser til at flere avdelinger endret på miljøet. De innførte bordkort og faste plasser ved bordet, og pyntet med lysestaker, duk og blomster. Resultatene viser også til at personalet ble mer bevisst på egen rolle under måltider, skjerming og organisering (Leirvik et al., 2017, s. 185). For å fremme et hyggelig spisemiljø ble det nevnt som viktig å ha godt gjennomtenkte sitteplasser (Lea et al., 2017, s. 5174).

I to studier ble bruk av beroligende musikk nevnt som en faktor til å fremme et avslappet spisemiljø. De viser også til viktigheten av mindre spiseområder og viktigheten av å skape et avslappende miljø (Lea et al., 2017, s. 5173; Murphy et al., 2017, s. 8). Lea et al. (2017, s. 5173) viser til at noen beboere spiste bedre i et avslappet miljø med færre beboere. Viktigheten av et avslappet miljø finner vi også i studien til Melheim (2007, s. 29-30), da en deltaker uttrykte at fred og stillhet var det viktigste under et måltid. I

studien til Kofod (2004, s. 132) kom det frem at ansatte syntes at måltidsituasjonen lignet på en hjemmelignende situasjon.

4.4 Kunnskap, informasjon og opplæring til ansatte

I studien til Lea et al. (2017, s. 5171-5172) kommer det frem at opplæringen av personalet rundt ernæring var variert, der syv av elleve hadde fått opplæring gjennom korte kurs om ernæring. Også i studien til Murphy et al. (2017, s. 5) rapporterte deltakerne at det var behov for bedre ernæringsopplæring blant personalet. Det å dele forslag til forbedring, erfaringer og skape refleksjon i det daglige arbeidet er viktig, dette kommer frem som resultat i studien til Leirvik et al. (2016, s. 187). Dette kommer også frem i studien til Murphy et al. (2017, s. 9), da det blir nevnt at en bedre kommunikasjon på tvers av yrkene vil være nødvendig for å tilby en bedre tjeneste. Videre i resultatene til Murphy et al. (2017, s. 9) kommer det frem at vikaransettelser og høy utskifting av personalet gjør det vanskelig å følge opp eller kontrollere informasjon som kan føre til en dårlig ernæringsomsorg. Personalutdanning ble ansett som en viktig faktor for å øke forståelsen rundt ernæring (Lea et al., 2017, s. 5175). I studien til Murphy et al. (2017, s. 10) viser deltakerne til et behov for lett tilgjengelig, pålitelig evidensbasert informasjon om ernæring.

5.0 Diskusjon

Videre i studien skal hovedfunnene som er omtalt i resultatdelen drøftes mot relevant litteratur som er presentert i teoridelen. Hensikten er å undersøke hvordan man som vernepleier kan legge til rette for god ernæring hos eldre i sykehjem.

5.1 Måltidsfellesskap og miljø i måltidsituasjon

I tre av studiene beskrev deltakerne måltidene som et hverdagslig gjøremål man så frem til (Kofod & Birkemose, 2004, s. 131; Lea, Goldberg, Price, Tierney & McInerney, 2017, s. 5173; Melheim, 2007, s. 30). Noen deltakere i Melheim (2007, s. 30) fremhevet tryggheten måltidene representerte. Studien til Murphy et al. (2017, s. 8) kommer frem til at det er større sannsynlighet for at eldre med demens spiser et måltid hvis de sitter sammen noen. Dette støttes i litteratur om at et godt måltidsfellesskap kan være med på å øke matlysten og matinntaket til beboere (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 106). En nødvendig faktor for dette er at måltidsfellesskapet oppfattes som noe positivt for den enkelte beboer.

I studien til Kofod & Birkemose (2004, s. 131) uttrykte halvparten av deltakerne at de satt pris på hverandres selskap. Den resterende halvpart hadde ikke samme oppfatning. Dette funnet samsvarer med funn fra studien til Melheim (2007, s. 30), der ene deltakeren ikke likte fellesskapet rundt måltidene, og syntes dette var en ubehagelig situasjon. Videre kan dette ses i sammenheng med hvem man sitter sammen med rundt matbordet. Som vernepleier vil det være viktig å arbeide for å fremme hyggelige og sosiale rammer rundt et måltid, og det vil være ulike hensyn en vernepleier bør ta stilling til. I studien til Lea et al. (2017, s. 5174) kommer det frem at godt gjennomtenkte sitteplasser er viktig for å fremme et hyggelig spisemiljø. Med bakgrunn i dette må man tenke på hvem man plassere ved samme bord under organisering. Også i studien til Murphy et al. (2017, s. 8) kommer det frem at man må vurdere relasjoner som kan passe for den enkelte. Det kan tenkes at dårlige sammensetninger ved måltidet, kan få negative følger. Ifølge Murphy et al. (2017, s. 8) kan dette resultere i at enkelte beboere velger å forlate måltidet. Dette kan skape misnøye og redusere ønsket om å delta i måltidsfellesskapet, noe som igjen kan ha negativ effekt på matlysten -og dermed resultere i et lavt matinntak.

For å forstå hver enkelt beboers ønske kan det være nødvendig med en kartlegging. Denne kartleggingen bør danne grunnlaget for utformingen av måltidet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 111). Sett i lys av vernepleierens kjerneverkerroller kan partnerrollen være relevant her, da det krever et samarbeid med beboeren. Ifølge Brask

et al. (2016, s. 65) handler partnerrollen blant annet om et samarbeid med beboer om eventuelle tilpasninger til behov og situasjon. En sentral bit i vernepleiefaglig arbeid er å fremme brukermedvirkning. Ut ifra dette kan brukermedvirkningen spille inn på hvem man vil sitte sammen med. I en melding til stortinget (helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 111), blir det nevnt at hver enkelt i størst mulig grad må få muligheten til å bestemme hvem de ønsker å spise sammen med. Et godt samarbeid mellom beboer og vernepleier kan bidra til ivaretagelse av brukermedvirkning, og dermed bidra til tilrettelegging av god ernæring hos eldre i sykehjem.

I flere av studiene som ble benyttet, blir miljøfaktorer som pent pådekket bord med pynt og blomster, tilstrekkelig plass mellom bord, riktig belysning og beroligende musikk belyst som viktige faktorer for å fremme god ernæring (Lea et al., 2017, s. 5173; Melheim, 2007, s. 30; Murphy et al., 2017, s. 8). Videre kommer det også frem at et avslappet spisemiljø er viktig. Litteratur fra helse- og omsorgsdepartementet (2018, s. 106) støtter opp under denne viktigheten av god tid og ro rundt måltidet. Flere studier beskriver tilstedeværelse av personalet som viktig for beboerne (Lea et al., 2017, s. 5173; Melheim, 2007, s. 31; Murphy et al., 2017, s. 8). I Melheim (2007, s. 30) sin studie mente enkelte deltakere at personalet knapt vekslet ord med beboerne under måltidene. Likevel uttrykte beboerne forståelse for at personalet hadde knapt med tid ved disse tidspunktene. En kan tolke funnene i studiene som et ønske om at personalet har mer tid å tilbringe med beboerne under måltid. Ifølge Normann, Sandvin & Thommesen (2013, s. 115) er tid den største mangelvaren i de fleste helsetjenester. Dette er tankevekkende da tilstedeværelse av personalet kan være med på å fremme et godt måltidsfellesskap. Videre kan dette ses i sammenheng med vernepleierens relasjonskompetanse (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 9), da enkelte beboere kan ha behov for trygging og anerkjennelse i måltidsituasjonen.

5.2 Observasjon, vurdering og kartlegging av ernæringsstatus hos den enkelte beboer

Studier viser at kjennskap til beboerens livshistorie er viktig for å kunne forstå både hans eller hennes ernæringsbehov, men også ernæringspreferanser (Murphy et al., 2017, s. 4). Dette støttes i litteratur hvor det blir vist at en kartlegging av ernæringsbehov, ønsker, tradisjoner og favorittretter gir mulighet for å tilby måltider som er tilpasset hver enkelt. (helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 107). I studien til Leirvik et al. (2016, s. 186) kom det frem mangler på individuell oppfølging. Dette kan man undre seg over da Helsedirektoratet (2016, s. 3) skriver at alle beboere bør veies ved inntak, og jevnlig videre hver måned. Dette støttes også i litteratur fra Thoresen et al. (2019, s.

160), der de viser til at slike rutiner kan bidra til tidlig oppdagelse av underernæring, som dermed kan behandles. Her kan man tenke seg at slik mangelfull oppfølging kan skyldes mangel på gode rutiner. (helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 116).

I studiene til Lea et al. (2017, s. 5173) og Murphy et al. (2017, s. 5) blir viktigheten av observasjoner fra helsepersonell belyst. Det kan være observasjoner av spisemønster, matinntak og ulike helsetilstander. Disse observasjonene kan være en del av, eller fremme behov for, vurdering av ernæringsstatus. Vurderingen kan belyse et behov for ernæringstiltak.

Sett i lys av kompetansetrekanten til Skau (2011, s. 58) krever disse observasjonene og vurderingene teoretisk kunnskap, personlig kompetanse og yrkesspesifikke ferdigheter. En vernepleier bør derfor ha yrkesspesifikke ferdigheter som å kunne gjennomføre en fullstendig vurdering av ernæringsstatus til beboere. En vernepleier bør også ha evne til å være oppmerksom. I dette tilfelle kan det være nødvendig for å fange opp endringer i ernæringsstatus og matinntak hos hver enkelt beboer. Evne til oppmerksomhet kommer frem som personlig kompetanse i Skau (2011, s. 58) sin kompetansetrekant. Videre er det mye teoretisk kunnskap en vernepleier bør ha i sammenheng med viktigheten av observasjoner og vurderinger. Skau (2011, s. 59) viser til at helsepersonell bør ha kjennskap til for eksempel modeller. I denne sammenhengen kan det være viktig å ha kjennskap til og kunne benytte seg av ernæringstrappen som helsedirektoratet (2016, s. 11) har utviklet. En sentral del av vernepleierrollen er ansvar. Sett i lys av refleksjonsmodellen til Brask et al. (2016, s. 115) kommer ansvarsrollen tydelig inn her. Som vernepleier handler ansvarsrollen om å ha evne til å vurdere helse- og sikkerhetsrisiko til beboeren (Brask et al., 2016, s. 115). Dette kan ses i sammenheng med å ha evne til å vurdere ernæringsstatus og iverksette nødvendige ernæringstiltak.

5.3 Manglende kunnskap og kompetanse blant ansatte?

Murphy et al. (2017, s. 5) viser til behovet for bedre ernæringsopplæring til ansatte ved sykehjem. Dette samsvarer med funn fra studien til Lea et al. (2017, s. 5172) der det kommer frem at kun syv av elleve ansatte, hadde fått opplæring i ernæring gjennom korte kurs. Dette er tankevekkende da helse- og omsorgsdepartementet (2018, s. 116) viser til at god vurdering av ernæringsstatus blant annet krever tilstrekkelig kompetanse blant ansatte. Videre viser studien til Murphy et al. (2017, s. 9) at hyppig utskifting av personalet og vikaransettelser kan gjøre det vanskelig å følge opp den enkelte beboers behov og ernæringsstatus. Disse funnene kan tolkes som et delsvare til funn om mangel på individuell oppfølging fra Leirvik et al. (2016, s. 186), da god individuell oppfølging er avhengig av tilstrekkelig kompetanse og kunnskap blant helsepersonell. Sett i lys av

vernepleierens kjerne roller kan man blant annet knytte dette til ansvarsrollen (Brask et al., 2016, s. 42), hvor dette kan ses i sammenheng med ansvaret for å til å tilegne seg relevant kunnskap og kompetanse. Man kan også knytte dette til hvordan ledelsen ved det enkelte sykehjemmet fungerer. Dette støttes i litteratur fra helse- og omsorgsdepartementet (2018, s. 113), der det nevnes at god vurdering av ernæringsstatus blant annet krever en klar ledelse, og tydelig ansvarsfordeling mellom ansatte.

5.4 Metodediskusjon

Hensikten med denne oppgaven var å finne ut av hvordan man som vernepleier kan legge til rette for god ernæring hos eldre i sykehjem. Med bakgrunn i dette ble det vurdert som en styrke at artiklene benyttet kvalitativ metode, da hensikten med denne metoden er å finne kunnskap om menneskers egne meninger, erfaringer og opplevelser (Thidemann, 2019, s. 76).

Tabell 2 som viser oppgavens søkehistorikk. Her kan man se at første søk resulterte i mange treff. Likevel ble det bare lest tre abstract og en hel artikkel. Ved tilbakeblikk blir dette vurdert som et resultat av lite kunnskap om hvordan utføre et systematisk litteratursøk. Den leste artikkelen ble vurdert som god, og ble derfor brukt som en av de fem anvendte forskningsartiklene i denne studien. På bakgrunn av dette kan man tenke seg til at flere gode og relevante artikler er blitt oversett. Videre i tabell 2 er det synlig at søkene ble mer konkretisert, og resulterte i et overkommelig antall treff. Dette kan tenkes å være et resultat av økt kunnskap om innhentet av informasjon, og utførelsen av systematisk litteratursøk.

Av de fem anvendte forskningsartiklene er to utført i Norge, en i Storbritannia, en i Danmark og en i Australia. Dette kan bli vurdert som en svakhet da det kan ha påvirket overføringsverdien i forhold til norsk kontekst. Likevel kan det også bli sett på som en styrke, da det kan vise bredde i resultatene. I resultatdelen kom det frem flere sammenlignbare funn, til tross for at forskningen er gjennomført i ulike land. I etterpåklokskapens lys ville noen av artiklene vært byttet med artikler fra nyere søk, da funnene i de anvendte artiklene vurderes som for få. Med tanke på at tre av fem artikler var skrevet på engelsk kan oversettelsen bli sett på som en feilkilde. Til tross for at arbeidet med artiklene og oversettelse er grundig gjennomført, kan man ikke se bort ifra at innhold kan være feiltolket.

I arbeidet med kildeføring ble det oppdaget at en anvendt kilde har blitt utgått i ettertid. Årsaken er ikke kjent, men dette kan påvirke validiteten til kilden.

6.0 Konklusjon

Formålet til denne litteraturstudien var å undersøke hvordan man som vernepleier kan legge til rette for god ernæring hos eldre i sykehjem. Utvalgte artikler ble vurdert sammen med teori for å forsøke å finne svar på oppgavens problemstilling. Gjennom litteraturstudien kom det frem ulike faktorer som kan være til hjelp for å tilrettelegge for god ernæring i sykehjem.

Et godt og sosialt måltidsfellesskap kom frem som en viktig faktor sammen med et avslappet og rolig måltidsmiljø for å legge til rette for god ernæring hos eldre i sykehjem. Som vernepleier er det viktig å arbeide for å fremme dette og det bør være en daglig prioritert praksis.

En sentral bit i vernepleiefaglig arbeid er å arbeide personsentrert med beboeren i fokus. Observasjon, vurdering og kartlegging av ernæringsstatus hos den enkelte beboer kom frem som en sentral faktor for å legge til rette for god ernæring hos eldre i sykehjem. Manglende kunnskap og kompetanse om ernæring blant helsepersonell i sykehjem bør bli tatt på alvor og løsninger bør komme frem og bli prioritert. En bredere kompetanse blant helsepersonell kan være med på å fremme god ernæring blant eldre i sykehjem.

På bakgrunn av det utvalgte temaet og problemstillingen for oppgaven, sammen med resultatene som er funnet har jeg stilt meg selv spørsmål om videre forskning. Basert på funnene i denne studien har jeg undret meg over; hvorfor det er lite kunnskap og kompetanse om ernæring hos helsepersonell i sykehjem. Derfor kunne eventuell videre forskning hatt søkelys på hvorfor det er lite kompetanse om ernæring blant helsepersonell.

For å oppsummere, har denne litteraturstudien kommet frem til at et godt og sosialt måltidsfellesskap i et avslappet måltidsmiljø, sammen med kompetent helsepersonell som er oppmerksomme og har kunnskap om viktige og relevante observasjoner, kartlegginger og vurderinger av ernæringsstatus kan være viktige faktorer for å kunne legge til rette for god ernæring hos eldre i sykehjem.

7.0 Litteraturliste

- Borchsenius, C., Kjøkkenskriveren. & Granheim, U. K. (2022, 19. januar). Måltider i institusjon. Hentet fra: <https://ndla.no/nb/subject:1:6f770e8e-7426-4b43-b1b1-9c12bbbcae43/topic:3:189705/topic:2:189703/resource:1:146236>
- Brask, O. D., Østby, M. & Ødegård, A. (2016). *Vernepleierens kjerne roller: en refleksjonsmodell*. Fagbokforlaget.
- Evju, A. S. & Lindgren, S. J. (2017, 28. Februar). Hvorfor svikter ernæringsoppfølgingen? Hentet fra: <https://sykepleien.no/en/node/60346>
- Helsebiblioteket. (2016, 3.juni). *Sjekkliste – kvalitativ studie 2020*. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister>
- Helsedirektoratet. (2016, 14.juni). Ernæring, kosthold og måltider i helse- og omsorgstjenesten. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/ernaering-kosthold-og-maltider-i-helse-og-omsorgstjenesten>
- Helsedirektoratet. (2021, 25.juni). Nasjonal faglig retningslinje for forebygging og behandling av underernæring. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-og-behandling-av-underernaering>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Leve hele livet: en kvalitetsreform for eldre* (Meld. St. 15 (2017-2018)). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/?ch=1>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64/§4>
- Kofod, J. & Birkemose, A. (2004). Meals in nursing homes. *Scandinavian journal of caring sciences*, 18(2), 128-134. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2004.00276.x>

- Landmark, B. T., Gran, S. V. & Grov, E. K. (2014). Ernæringsstatus blant pasienter i sykehjem og i hjemmesykepleien kartlagt ved hjelp av ernæringsjournalen. *Klinisk sygepleje*, 28(1), 4-14. <https://doi.org/10.18261/ISSN1903-2285-2014-01-02>
- Lea, E. J., Goldberg, L. R., Price, A. D., Tierney, L. T. & McInerney, F. (2017). Staff awareness of food and fluid care needs for older people with dementia in residential care: A qualitative study. *Journal of clinical nursing*, 26(23-24), 5169-5178). <https://doi.org/10.1111/jocn.14066>
- Leirvik, Å. M., Høye, S. & Kvigne, K. (2016). Mat, måltider og ernæring på sykehjem – erfaringer fra et aksjonsforskningsprosjekt. *Nordisk sygeplejeforskning*, 6(2), 179-197. <https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2016-02-07>
- Melheim, B. G. (2007). Pasientopplevelser av måltidsfellesskap i sykehjem. *Klinisk sygepleje*, 21(2), 26-34. <https://doi.org/10.18261/ISSN1903-2285-2007-02-04>
- Murphy, J. L., Holmes, J. & Brooks, C. (2017). Nutrition and dementia care: developing an evidence-based model for nutritional care in nursing homes. *BMC Geriatrics*, 17(55), 1-14. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0443-2>
- Normann, T., Sandvin, J. T. & Thommesen, H. (2013). *Om rehabilitering. Helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset*. (3.utg). KF.
- Røkenes, H. O. & Hanssen, P. H (2012). *Bære eller breste. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. (3.utg). Fagbokforlaget.
- Skau, G. M. (2011) *Gode fagfolk vokser: Personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. (4.utg). Cappelen damm akademisk.
- Sortland, K., Gjerlaug, A. K. & Harviken, G. (2013). Vektdokumentasjon, kroppsmasseindeks, måltidsfrekvens og nattefaste blant eldre sykehjemsbeboere – en pilotstudie. *Vård i Norden*, 33(1), 41-45. <https://doi.org/10.1177/010740831303300109>
- Thidemann, I. J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter. Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. (2.utg). Universitetsforlaget.

Thoresen, L., Borchsenius, C. & Sjøen, R, J. (2019). *Sykepleierens ernæringsbok*.
(5.utg). Gyldendal.

