

Ingrid Sofie Krogsæter 10043  
Ingrid Harvold 10111

# Forebygging av underernæring i sykehjem

Litteraturbachelor

Bacheloroppgave i sykepleie

Veileder: Lindis Kathrine Helberget

Medveileder: Kari-Janne Ljones Kulø

Juni 2023



Ingrid Sofie Krogsæter 10043  
Ingrid Harvold 10111

# **Forebygging av underernæring i sykehjem**

Litteraturbachelor

Bacheloroppgave i sykepleie  
Veileder: Lindis Kathrine Helberget  
Medveileder: Kari-Janne Ljones Kulø  
Juni 2023

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



Kunnskap for en bedre verden



# Sammendrag

**Hensikt:** Studiens hensikt er å finne ut hvordan sykepleier kan forebygge underernæring i sykehjem.

**Metode:** Systematisk litteratursøk i databasene CINAHL, PubMed, SveMed og Medline. Syv fagfellevurderte artikler ble valgt ut gjennom inklusjon- og eksklusjonskriterier for å belyse problemstillingen. Artiklene ble analyserte, og tentative kategorier ble utviklet. Endelig ble det identifisert tre hovedtemaer; *organisering og systematisering av ernæringsarbeid, sykepleiers ansvar og samhandling*.

**Resultat:** Funnene fra analysen viste at organiseringen på sykehjem hadde stor betydning for arbeidet med underernæring. Måltidsfrekvens og screening av ernæringsstatus var en viktig faktor som viste seg å være avvikende i forhold til anbefalingene. Dette ga økt forekomst av underernæring hos store andeler av sykehjemsbeboere. Samhandling viste også å ha betydning i forebyggende arbeid for underernæring. Brukermedvirkning og tverrfaglig samarbeid viste å være betydningsfullt for å minske risikoen for utvikling av underernæring.

**Konklusjon:** Sykepleier kan jobbe forebyggende i møte med underernæring hos eldre i sykehjem på flere måter. Dette kan forebygges gjennom organisering og systematisering, gjennom sykepleiers individuelle ansvar og ved samhandling. Sykepleiers forebyggende arbeid av underernæring har betydning for de eldre. Det trengs mer forskning på området for å styrke det forebyggende arbeid i nåtid og fremtid.

# Abstract

**Purpose:** The purpose of the study is to find out how nurses can prevent malnutrition in nursing homes.

**Method:** Systematic literature search in the databases CINAHL, PubMed, SveMed and Medline. Seven peer-reviewed articles were selected through inclusion and exclusion criteria. The articles were analyzed, and tentative categories were created. Finally, three main themes were identified; *organization and systematization in nutrition, nurse's responsibility and interaction*.

**Results:** The findings showed that nursing home organization was of great importance for the work on malnutrition. Meal frequency and screening of nutritional status was a crucial factor that proved to deviate from recommendations. This led to an increased incidence of malnutrition among large proportions of nursing home residents. Interaction proved to be important in preventive work on malnutrition. User participation and interdisciplinary collaboration was a significant factor in reducing the risk of developing malnutrition.

**Conclusion:** Nurses can prevent malnutrition in elderly people in nursing homes in several ways. It is preventable through organization and systematization, through nurses' individual responsibility and interaction. More research is needed in the area to strengthen preventive work in the present and future.

## **Forord**

*There is no more important element in the preparation for nursing than the study of nutrition» (Henderson, 1997).*





# Innholdsfortegnelse

<b>1. Innledning</b> .....	<b>6</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	6
1.2 Studiens hensikt og problemstilling .....	6
1.3 Begrepsavklaringer.....	7
1.4 Avgrensing .....	7
1.5 Oppbygging av oppgaven .....	7
<b>2. Teoribakgrunn</b> .....	<b>8</b>
2.1 Underernæring .....	8
2.1 Sykepleiers ansvar i ernæringsarbeid.....	9
2.3 Forebygging .....	9
2.5 Virginia Hendersons behovsteori .....	10
<b>3. Metode</b> .....	<b>11</b>
3.1 Datainnsamling .....	11
3.1.1 Hva er en systematisk litteraturstudie?.....	11
3.1.2 Søkestrategi .....	11
3.1.3 CINAHL .....	12
3.1.4 PubMed .....	13
3.1.5 SveMed .....	13
3.1.6 Medline .....	14
3.1.7 Inklusjons – og eksklusjonskriterier .....	14
3.1.9 Ethiske vurderinger .....	15
3.2 Analyse.....	16
<b>4. Resultater</b> .....	<b>17</b>
4.1 Deskriptivt resultat.....	17
4.2 Organisering og systematisering av ernæringsarbeid .....	21
4.3 Sykepleiers ansvar i ernæringsarbeid.....	22
4.4 Samhandling .....	22
<b>5. Diskusjon</b> .....	<b>24</b>
5.1 Organisering og systematisering av ernæringsarbeid .....	24
5.2 Sykepleiers ansvar i ernæringsarbeid.....	26
5.3 Samhandling .....	27
5.4 Styrker og svakheter med litteraturstudiet .....	28
5.5 Konklusjon .....	29
<b>Referanser</b> .....	<b>30</b>
<b>Antall ord: 7450</b>	

# 1. Innledning

Det første kapittelet presenterer oppgavens tema og problemstilling, begrepsavklaring, samt oppgavens avgrensinger og oppbygging.

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Denne bacheloroppgaven er en litteraturstudie som skal belyse betydningen av sykepleie i møte med underernæring i sykehjem. Behovet for ernæring er et grunnleggende behov som må dekkes for å ivareta helse og velvære (Kristoffersen et al., 2016, bind 2, s.191). Eldre mennesker er særlig utsatt for ernæringsproblemet underernæring, og grunnen til dette er fysiologiske aldersforandringer som medfører at muskelmassen minker, noe som igjen fører til lavere energibehov (Sortland et al., 2013, s.41). Underernæring skjer ofte når næringsinntaket er mindre enn behovet, enten fordi behovet øker, eller fordi inntaket reduseres (Kirkevold et al., 2016, s.307). Per i dag finnes det ingen standard metode å diagnostisere underernæring på. Likevel ble hele 46% av vurderte beboere på sykehjem i 2020 satt som underernærte (Helsedirektoratet, 2022). Det er ikke bare pasienter som får konsekvenser for dette, samfunnet rundt blir også berørt. Økt liggetid, reinnleggelser, helseøkonomi og sykehuskostnader er eksempler på faktorer som påvirker dagens samfunn. Dette betyr at pasientgruppen "underernærte" er blant de som koster sykehusene mest i dag (Helsedirektoratet, 2022).

Vi har observert og erfart at underernæring er en vanlig problematikk i sykehjem. Dette er et tema som interesserer oss, og vi har erfart at underernæring hos eldre har sammensatte årsaker. Det gir også som nevnt over, flere negative konsekvenser. Tematikken har stor relevans for sykepleiefaget da ernæring er et grunnleggende behov, med betydning for den helhetlige omsorgen som blir gitt. Forebygging av underernæring er derfor en viktig del av sykepleien.

Sykepleieryrket har egne yrkesetiske retningslinjer som gir føring for hvordan man skal utøve sykepleie. Her står det at sykepleier skal ha respekt for hvert enkelt menneskes liv og verdighet. Pasienter har rett til omsorgsfull og faglig forsvarlig sykepleie, samt retten til medbestemmelse, og ikke bli krenket (Norsk sykepleierforbund, u.å). I de yrkesetiske retningslinjene trekkes det frem at «*Sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom*» (Norsk sykepleierforbund, u.å). Dette er vesentlig å ta med seg inn i det forebyggende arbeidet i møte med underernæring. Gjennom bacheloroppgaven ønsker vi å tilegne oss ny kunnskap om forebyggende arbeid, med fokus på underernæring hos eldre i sykehjem.

## 1.2 Studiens hensikt og problemstilling

Hensikten med denne bacheloroppgaven er å utforske hvordan sykepleier kan jobbe forebyggende i møte med underernæring hos eldre i sykehjem. Ut ifra studiens hensikt beskrives sykepleiers stemme, og viser til hvordan forebygging kan gjøres i sykehjem. For å belyse dette har vi utformet følgende problemstilling;

***"Hvordan kan sykepleier forebygge underernæring hos eldre på sykehjem?"***

## 1.3 Begrepsavklaringer

**Forebygging:** Har til hensikt å identifisere mulige og reelle problemer. Forebygging skal forhindre helsesvikt hos friske mennesker og mennesker som er utsatt for det, hindre komplikasjoner ved sykdom og skade. Dette kan innebære å opprettholde funksjoner, sette inn tiltak og fremme helse (Kristoffersen et al., 2017, s.18)

**Underernæring:** Mangel på energi eller protein som fører til vekttap og redusert muskelmasse. Dette fører videre til dårligere fysisk og mental funksjon, og til dårligere utfall ved somatisk sykdom (Helsedirektoratet,2022).

## 1.4 Avgrensing

Formålet med denne oppgaven er å fange opp den eldre pasientgruppen på sykehjem, som er i fare for å bli underernært. Vi har valgt å ta med aldersgruppen 65 år og oppover. Vi tenker at det er store variasjoner hos pasienter i sykehjem, og ønsker inkludere et bredere spekter. Begrepet «eldre» defineres som mennesker mellom 60 og 74 år. Definisjonen på mennesker fra 75 år og oppover defineres «gamle» (Engedal, 2019). Selv om vi ser etter begge aldersgruppene velger vi likevel å bruke eldre i definisjonen da vi opplever at ordet «gamle» kan gi noe uklar assosiasjon. Vi har videre valgt oss ut pasienter i sykehjem. Vi har ikke avgrenset begrepet sykehjem noe nærmere, slik at både korttidsopphold og langtidsopphold på sykehjem inkluderes. Vi har unngått artikler som avgrenser seg til spesifikke sykdommer, som for eksempel demens. Dermed så vi etter artikler som tar for seg forebygging av underernæring hos eldre i sykehjem på et mer generelt grunnlag.

## 1.5 Oppbygging av oppgaven

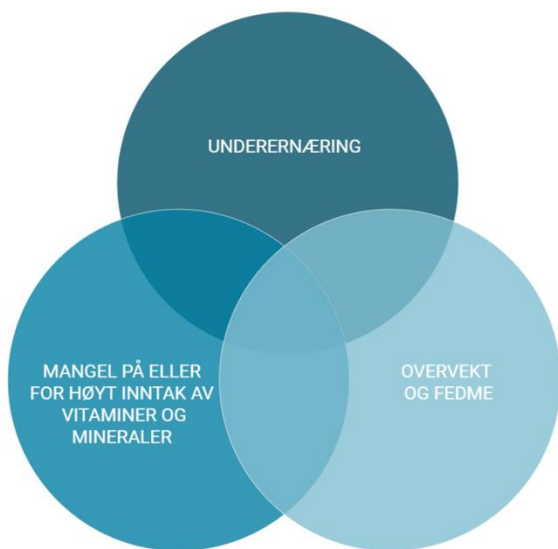
I neste kapittel presenteres relevant teori for å belyse oppgavens problemstilling. Videre i kapittel 3 vil det redegjøres for metode, valg av litteratur og analysearbeidet. Deretter i kapittel 4 presenterer vi først et deskriptivt resultat, etterfulgt av resultatene og hovedfunnene av analysearbeidet. Til slutt kommer kapittel 5 hvor vi diskuterer funnene opp mot relevant teori for å besvare problemstillingen, samt betydningen det har for sykepleie. Kapittel 5 avrundes med styrker og svakheter ved oppgaven, og deretter en samlet konklusjon av bacheloroppgaven.

## 2. Teoribakgrunn

I dette kapitlet presenteres teori om underernæring, etterfulgt av sykepleiers ansvar knyttet til det. Videre blir teori om forebygging presentert, før det til slutt avrundes med teori om Virginia Henderson.

### 2.1 Underernæring

Å få i seg nok mat og drikke er et grunnleggende fysiologisk behov som reguleres av sult- og metthetsfølelsen (Kirkevold et al., 2016, s.301). Forskning tyder på at forekomsten av underernæring hos pasienter i sykehjem og sykehus varierer mellom 10% og 60%, og at høyest forekomst for denne tilstanden finner man blant eldre over 70 år (Sortland et al., 2013, s.41). Underernæring inngår i samlebetegnelsen "feilernæring" da det betegner tilstander hvor det er ubalanse i inntak/opptak av næringsstoffene (figur 1). (Helsedirektoratet 2022). Man kan også definere underernæring som en ernærings situasjon hvor mangel på energi, protein eller andre næringsstoffer forårsaker en målbar ugunstig effekt på kroppssammensetningen og funksjon (Sortland et al., 2013, s.41). Hos eldre skyldes gjerne underernæring en kombinasjon av for lavt kalori- og proteininntak. Dette resulterer i tap av både muskel og fettvev.



Figur 1. "Underernæring kan oppstå alene eller i kombinasjon med andre ernærings tilstander som mangeltilstander, overvekt og fedme. Figuren er tilpasset og gjengitt med tillatelse fra Ingvild Paur" (Helsedirektoratet, 2022).

Forhold som kan øke risikoen for utvikling av underernæring er eksempelvis somatisk sykdom, ensomhet og stort medisinforbruk (Kirkevold et al., 2016, s.308). Underernæring har en rekke negative konsekvenser som blant annet; økt risiko for komplikasjoner, reduserer motstanden mot infeksjoner, forverring av fysisk og mental funksjon, økt bruk av ressurser og liggetid, reduserer livskvalitet og medfører økt dødelighet (Sortland et al., 2013, s.41). I tillegg til disse konsekvensene virker underernæring også negativt inn på flere organfunksjoner og behov (Stubberud et al., 2016, s.21).

Underernæring utvikler seg som regel over tid og kan derfor være vanskelig å oppdage. Dette er ofte fordi problemet ikke kartlegges. Hvor raskt en vektreduksjon skjer, spiller også inn når alvorlighetsgraden skal vurderes (Kirkevold et al., 2016, s.303). Underernæring er som regel et sammensatt problem, og sykepleiere vil ha en sentral rolle i å identifisere pasienter som er i risiko for feil- eller underernæring slik at tiltak kan iverksettes (Sortland et al., 2013, s.41).

## 2.1 Sykepleiers ansvar i ernæringsarbeid

Arbeid med underernæring er blant den største faglige utfordringen for sykepleiere (Kirkevold et al., 2016, s.313). Som sykepleier vil tilstrekkelig kompetanse ha betydning for hvordan pasientens ernæring ivaretas. Det kreves blant annet kompetanse innenfor pasienters ernæringsbehov, konsekvenser av feil- og underernæring, og administrering av ernæring. Holdninger og forståelse for at ernæring er en vesentlig del av sykepleie er også sentralt. Sykepleiers ansvar vil blant annet handle om å rette sykepleietiltakene mot årsakene til problemet. Dette kan blant annet være feilernæring, miljøet ved måltidene, nedsatt evne til å spise, pasientens deltakelse ved måltid, og rutinene ved pasientarenaen. (Stubberud et al.,2016, s.18).

Sykepleier har en sentral rolle innen tverrfaglig samarbeid i ernæringsarbeidet. Sammen med lege og ernæringsfysiolog kan man utarbeide en systematisk og faglig kartlegging, samt vurdering av ernæringsstatusen hos de eldre. (Kirkevold et al., 2016, s.314). Sykepleiere er derfor ansvarlig for å kartlegge, utarbeide og følge opp en individuelt tilpasset ernæringsplan som skal dokumenteres i pasientjournal. Man er også ansvarlig for veiledning av annet pleiepersonell ved matserving og måltider for å kunne tilfredsstillende pasientenes ernæringsbehov og måltidsfrekvens (Kirkevold et al.,2016, s.304). Samtidig er det viktig at sykepleier opprettholder sitt ansvar av innsamling, observasjon og registrering rundt måltider. Kostregistrering er et godt eksempel for å sikre at pasienter får et riktig næringsinntak (Stubberud et al.,2016, s.25).

Sykepleier må utvikle, planlegge og organisere rutiner og systemer på en slik måte at det tilfredsstiller pasientene og deres ernæringsbehov (Kirkevold et al., 2016, s.304). Organisering av systemer og rutiner er relevant for helsepersonell da dette ofte omhandler ansvar og myndighet, samt koordinering av arbeidsoppgaver. Struktur setter arbeidsplassen i en større sammenheng, men vil også styrke rollen som kliniker og kollega (Orvik,2022, s.75-76).

## 2.3 Forebygging

Som sykepleier har man flere ansvars -og funksjonsområder. En av disse funksjonene er den forebyggende utøvelsen av sykepleie. Dette innebærer at sykepleier identifiserer og iverksetter tiltak for å forebygge mulig, eller reell helsesvikt. Det kan også innebære å forebygge at det oppstår nye helseproblemer hos pasienter med helsesvikt, eller forebygge nye komplikasjoner ved sykdom (Stubberud et.al., 2020, s. 22). Å opprettholde en god ernæringsstatus hos eldre er en viktig forebyggende oppgave hos sykepleiere, noe som ofte er en sammensatt oppgave. Pasienter i sykehjem kan være

preget av sykdom, medisinsk behandling og funksjonssvikt som påvirker ernæringsstatusen og fører til nedsatt matinntak (Kirkevold et al., 2020, s. 302).

Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer for *forebygging og behandling av underernæring* har som anbefaling at alle pasienter skal vurderes for risiko for underernæring ved innleggelse i helse -og omsorgsinstitusjon, som blant annet omfatter både korttidsplass og langtidsplass i sykehjem. Det trekkes frem grunnleggende behov knyttet til ernæring som kan ha betydning for det forebyggende arbeidet. Dette innebærer blant annet tilstrekkelig mat og drikke, tilpasset assistanse, samt tid og ro under måltidene. Anbefalingene sier også at nattefasten ikke skal overstige 11 timer hos beboere, og at antall måltider bør være 6-8 per dag (Kosthåndboken, helsedirektoratet 2016).

Helsedirektoratet anbefaler videre forebyggende tiltak som; bruk av screening verktøyet MST (Malnutrition Screening Tool) for å vurdere risiko for underernæring. Utarbeidelse av en individuell tilpasset ernæringsplan, dokumentasjon av ernæringsstatus i pasientjournal, og tverrfaglig samarbeid mellom ulike tjenestenivå (Helsedirektoratet, 2022).

## 2.5 Virginia Hendersons behovsteori

Virginia Henderson kom i 1955 med sin behovsteori (Kristoffersen et al., bind 3, 2017, s.22). Teorien bygger på ansvaret sykepleieren har for å ivareta de grunnleggende behovene mennesker har, når deres egne ressurser ikke strekker til grunnet sykdom og helsesvikt. Henderson deler de grunnleggende behovene opp i 14 punkter, derav et som omhandler å spise og drikke tilstrekkelig. For å ivareta disse behovene understreker Henderson at de grunnleggende behovene må ivaretas hos pasientene individuelt. Det er avgjørende at sykepleier skaffer seg kunnskap om pasientens behov og hvordan pasienten selv opplever dette. Teorien bygger på at pasienten selv er en deltaker i den sykepleien som blir gitt. Hendersons teori tar for seg en trinnvis tilnærming bestående av datainnsamling, bedømming av pasientens behov for sykepleie, sykepleiediagnose eller sykepleieproblem og iverksettelse av tiltak. (Kristoffersen et al., Bind 3, 2017, s.38-39).

## 3. Metode

Dette kapittelet starter med en kort forklarelse på hva en litteraturstudie er. Videre vil det forklares hvordan et litteratursøk gjennomføres, etterfulgt av hvordan vår datainnsamling ble utført. Deretter viser vi til en oversikt av våre inklusjon- og eksklusjonskriter, etterfulgt av hvordan utvelgelse av artiklene ble prioritert. Siste del av kapittelet redegjør vi for analyseprosessen stegvis.

### 3.1 Datainnsamling

#### 3.1.1 Hva er en systematisk litteraturstudie?

Metoden anvendt i vår oppgave er et systematisk litteratursøk. Bacheloroppgaven er en litteraturstudie hvor omfattende tolkning av 7-10 forskningsartikler blir forsøkt svart på relatert til en bestemt sykepleiefaglig problemstilling, via en systematisk tilnærming. Dette innebærer søk etter artikler, samt vurdering og analysing av disse. Vurderinger og analyse av forskningslitteraturen gir ny innsikt når litteraturen som blir gjennomgått og relevant informasjon ses i sammenheng med annen informasjon. (Aveyard, 2019, s.2).

#### 3.1.2 Søkestrategi

##### **Hva er en god søkestrategi?**

Et systematisk litteratursøk handler om å finne, og identifisere relevant materiale som vil hjelpe deg å svare på problemstillingen. En god søkestrategi handler om systematiske søk som ikke er tilfeldig (Aveyard,2019, s.73). Et søk som er systematisk, vil trygge leserne på at all relevant forskning er involvert og tatt i bruk. Gjennom den omfattende søkingen skal man dokumentere og kunne vise til denne. Dette vil gjøre leseren trygg på at søket har vært grundig, og at funnene er representative for litteraturen. Man skal finne relevante søkeord i henhold til problemstillingen, og søke etter disse i relevante databaser. I tillegg kan en legge inn inklusjon og eksklusjonskriterier for å avgrense søket (Aveyard,2019, s.74).

##### **Vår søkestrategi**

I mars landet vi på vår nåværende problemstilling, og begynte deretter med flere prøvesøk i ulike databaser. Etter prøvesøkene ble vi enige om hvilke søkeord vi mente var relevante, og begynte deretter på de systematiske søkene. Søkeordene ble valgt etter formål om å finne artikler som omhandlet forebygging av underernæring i sykehjem. Databasene vi har valgt å bruke er CINAHL, PubMed, SweMed og Medline. Dette er brede databaser med artikler på språk vi for det meste forstår. Gjennom søkene var det flere artikler som viste seg å komme igjen i de ulike databasene. Hvordan søkene gikk for seg i hver enkelt database har vi beskrevet i dette kapitelet. For en spesifisering av søkehistorikken og de ulike avgrensingene, se tilhørende tabeller.

### 3.1.3 CINAHL

I CINAHL søkte vi med utgangspunkt i søkeordene "malnutrition", "prevention" og "nursing home". I tillegg ble det supplert med synonymer for å utvide søket. I CINAHL ble det også søkt med søkeordet "nurs". Vi brukte de boolske operatorene "AND" og "OR" for å kombinere de ulike søkeordene. Vi brukte "OR" for å utvide søket, og "AND" ble brukt for å sette de ulike søkeordene sammen for å finne relevante artikler. Dette ga oss til sammen 59 treff. Se tabell for detaljert søk.

Tabell 1: Søketablell CINAHL

Søkeord	Dato	Database	Evt. avgrensning	Antall treff	Leste abstracte r (antall)	Leste artikler (antall)	Inkluderte artikler (forfatter, årstall)
1) Malnutrition	13.04.23	CINAHL		21, 046	0	0	
2) Elderly*	13.04.23	CINAHL		109, 763	0	0	
3) Aged+ OR aged	13.04.23	CINAHL		1, 100, 414	0	0	
S4) Aged, 80 and over	13.04.23	CINAHL		331, 889	0	0	
S5) S2 OR S3 OR S4	13.04.23	CINAHL		1, 123, 968	0	0	
S6) TI prevention OR SU prevention	13.04.23	CINAHL		661, 888	0	0	
S7) Nursing homes OR nursing home	13.04.23	CINAHL		49, 492	0	0	
S8) Long Term Care	13.04.23	CINAHL		27, 323	0	0	
S9) S7 OR S8	13.04.23	CINAHL		67, 200	0	0	
S10) TI nurs* OR SU nurs*	13.04.23	CINAHL		820, 425	0	0	
S11) S1 AND S5 AND S6 AND S9 AND S10	13.04.23	CINAHL	Publisert år: 2013-2023 Peer reviewed. Språk: dansk, engelsk, norsk, svensk	59	59	12	Gjerlaug et al. (2016)  Sjøgren Forss et al. (2018)



### 3.1.4 PubMed

I PubMed søkte vi med søkeordene "malnutrition", "prevention" og "nursing home". Vi gjorde en fritekstsøking av søkeordene ved hjelp av operatoren "AND", for å knytte de sammen. Dette ga oss 77 endelige artikler. Se tabell for detaljert søk.

Tabell 2: Søketabell Pubmed

Søkeord	Dato	Database	Evt. avgrensning	Antall treff	Leste abstracter (antall)	Leste artikler (antall)	Inkluderte artikler (forfatter, årstall)
Malnutrition	13.04.23	PubMed	2013-2023 Free full text	26,103	0	0	
Nursing home	13.04.23	PubMed	2013-2023 Free full text	17,940	0	0	
Prevention	13.04.23	PubMed	2013-2023 Free full text	769,266	0	0	
Malnutrition AND nursing home AND prevention	13.04.23	PubMed	2013-2023 Free full text	77	7	4	Van den Berg et al. (2021)  Sortland et al. (2013)

### 3.1.5 SveMed

Søkeordene som ble brukt i SveMed var "malnutrition", "prevention" og "nursing home". Disse ble fritekstsøkt ved hjelp av operatoren "AND" for å koble søkeordene sammen. Dette ga oss samlet 45 artikler. Se tabell for detaljert søk.

Tabell 3: Søketabell SveMed

Søkeord	Dato	Database	Evt. avgrensning	Antall treff	Leste abstracter (antall)	Leste artikler (antall)	Inkluderte artikler (forfatter, årstall)
Malnutrition	18.04.23	SveMed		863	0	0	
Nursing home	18.04.23	SveMed		2257	0	0	
Malnutrition AND nursing home	18.04.23	SveMed	Peer review Artikler publisert siste 10 år	45	8	3	Eide et al.(2013)  Kuven & Giske (2017)

### 3.1.6 Medline

I Medline brukte vi søkeordene "malnutrition", "prevention" og "nursing home". Søkeordet "prevention" ble søkt etter i både tittel, abstrakt og subjekt for å utvide funnet. Vi koblet deretter søkeordene sammen ved hjelp av "AND". Dette ga oss til sammen 108 artikler. Se tabell for detaljert søk.

Tabell 4: Søketabell Medline

Søkeord	Dato	Databas e	Evt. avgrensning	Antall treff	Leste abstracter (antall)	Leste artikler (antall)	Inkluderte artikler (forfatter, årstall)
1)Malnutrition	24.04.23	Medline		165,357	0	0	
2) Nursing home	24.04.23	Medline		50,368	0	0	
3) TI Prevention or AB prevention or SU prevention	24.04.23	Medline		1,900,599	0	0	
1 AND 2 AND 3	24.04.23	Medline	2013-2023 Per review Language: Danish, English, Norwegian, Swedish	108	8	1	Pezza et al. (2015)

### 3.1.7 Inklusjons – og eksklusjonskriterier

Inklusjon og eksklusjonskriterier hjelper oss å identifisere hva man trenger å søke etter i en fokusert og målrettet retning. De detaljerte kriteriene vil sikre at den utvalgte litteraturen er relevant for problemstillingen. En viktig regel er at man ikke skal involvere litteratur som ikke står etter kravene, da dette vil bryte systematikken (Aveyard,2019, s.75-79). I tabell 1 ser dere våre inklusjon- og eksklusjonskriterier som ble brukt under litteratursøket:

Tabell 5: Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Fagfellevurderte artikler	Ikke pasienter med parenteral og intravenøs ernæring
Artikler som inneholdt pasienter på sykehjem	Ikke artikler med underernæring rettet mot en spesifikk somatisk sykdom. Eks demens og underernæring
Artikler på norsk, svensk eller engelsk	
Sykepleieperspektiv	
Artikler som ligner sykehjem i Norge. Eks Sverige, USA, England	
Artikler publisert 2013-2023	

### 3.1.8 Utvelgelse av artiklene

Spørsmål vi stilte oss selv i utvelgelsen av artiklene var; er litteraturen relevant for vår oppgave? Har litteraturen god evidens ut ifra evidenshiarkiet? Hvilke styrker og svakheter har artiklene, og er vi klar over deres relevans i forhold til vår problemstilling? (Aveyard,2022, s.131). For å sørge for sterke og relevante artikler utformet vi først inklusjon- og eksklusjonskriterier, dette er mer beskrevet tidligere i kapittel 3. Etter hvert som vi fant artikler sjekket vi om alle var fagfelleverderte, og hvor høyt de lå i evidenshiarkiet. Alle artiklene våre er både fagfelleverderte, og har høy evidens. Vi mener derfor at artiklene vi har, er av god kvalitet. I tillegg ble alle artiklene sjekket for etiske vurderinger eller godkjenninger, dette er mer beskrevet under *Etiske vurderinger* i tilhørende kapittel.

Det er sjekket at tidsskriftene artiklene er hentet fra er vitenskapelige. Dette ble gjort via et norsk målesystem som rangerer ulike vitenskapelige tidsskrifter mellom nivå 1 og 2, hvor 2 er høyest (Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse, u.å). Fire av artiklene våre er rangert med 1, en artikkel er rangert med 2, og to av artiklene hadde nedlagte tidsskrifter, men hadde etterfølgere med rangering 1. Etter alle kvalitetsvurderingene satt vi igjen med to kvantitative, tre kvalitative, og to systematiske artikler.

### 3.1.9 Etiske vurderinger

Alle som driver forskning innen helsefag må gjøre dette etisk forsvarlig. Helsinkideklarasjonen er en deklarasjon som sørger for å beskytte pasienter som er med i studier mot farer som følge av forskning, samt at det informerte samtykke står sentralt. Alt dette skjer på et overordnet nivå ledet av Helsinkideklarasjonen (Christoffersen,2020, s.43). Nasjonale forskningsetiske komiteer (FEK) har som oppgave at all forskning i privat og offentlig regi skjer i henhold til anerkjente etiske normer (Regjeringen.no, 2022). I Norge er det Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) som sørger for etisk forsvarlighet (Christoffersen,2020, s.44).

Eksempel på forskningsetiske normer er kravet om samtykke. Seks av våre inkluderte studier har ivaretatt etiske retningslinjer som omhandler konfidensialitet, anonymitet og frivillighet. Alle deltakere har gitt muntlig eller skriftlig samtykke i forkant av studiene. Noen av pasientene har ikke hatt mulighet til å gi samtykke selv, og har derfor fått pårørende eller ansvarlig personell til å godkjenne for dem. Artikkelen til Gjerlaug et al., (2016) redegjør ikke for etiske vurderinger eller godkjenning, men da den ikke berører enkeltindivider direkte, og er fagfelleverdert velger vi likevel å inkludere artikkelen. Flere av våre inkluderte studier spesifiserer at de har godkjenning av etisk komite.

## 3.2 Analyse

I analysedelen skal vi redegjøre for hvordan analysen av artiklene ble utført, og hvordan materialet ble jobbet med for å finne svar på vår problemstilling. Vi har tatt for oss en og en artikkel hvor vi deretter kategoriserte dem i hjelp av å belyse vårt tema. I analysearbeidet har vi valgt å ta utgangspunkt i Evans (2002) analysemodell som består av fire faser.

**I den første fasen** skal man samle inn datamaterialet (Evans, 2002). Hvordan vi gjorde dette har vi beskrevet tidligere i teksten under *søkeprosess*. Artiklene har vært gjennom kvalitetsbedømminger som vi har beskrevet i metodekapittelet. Vi formulerte også inklusjonskriterier av hver artikkel vi mente var relevant for vår oppgave. Vi satt deretter igjen med syv artikler som virket relevant for å besvare vår oppgave.

**I den andre fasen** skal man identifisere hovedfunnene i hver artikkel (Evans, 2002). Først leste vi over alle artiklene hver for oss, og begynte å legge inn relevant informasjon i litteratormatrise for hver enkelt artikkel. Matrisene hjalp oss å skape oversikt, i tillegg til at vi nummererte de fra 1-7. Dette hjalp oss å se hvilke resultater de enkelte artiklene hadde kommet frem til, samt hovedfunnene. Vi gikk deretter gjennom artiklene en runde til på langs, og fargekodet de ulike hovedfunnene og relevante sitater for hver enkelt artikkel. Dette skapte oversikt til den tredje fasen av analysemodellen.

**I den tredje fasen** skal nøkkelfunnene sammenlignes og kategoriseres på tvers av studiene (Evans, 2002). I tillegg til å se etter motsigende funn, eller funn som kunne relateres til hverandre i litteratormatrisene, lagde vi også en tabell i forbindelse med fargekodingen. Tabellen hjalp oss å organisere de ulike funnene til temaer, samt artiklene som hører til.

Fargekodingen vi brukte under analysearbeidet gjenspeiler seg i tabellen. Tabellen under illustrerer de ulike hovedtemaene vi har kommet frem til:

Tabell 6: Hovedtema og relevante artikler

Hovedtema	Relevante artikler
Organisering og systematisering	1,2,3,6
Sykepleiers ansvar i ernæringsarbeid	3,4,7
Samhandling	3,4,5,7

Tabellen virket som et godt verktøy for en oppsummerende oversikt over de ulike hovedtemaene, samt artiklene som hørte til. Fargekodene hjalp oss å skille viktige sitater og relevant informasjon fra hverandre i det vi leste artiklene på tvers.

**I den fjerde fasen** skal man gjøre rede for funnene (Evans, 2002). Tabellen illustrerer de ulike hovedtemaene vi vil ta for oss i neste kapittel.

## 4. Resultater

I de syv forskningsartiklene viser funnene våre at organisering og systematisering, sykepleiers ansvar og samhandling er faktorer som fremmer forebygging av underernæring. Vi skal utdype disse hovedtemaene med undertemaer i resultatdelen, en etter en. Å se resultatdelen som en helhet vil være viktig, da temaene henger noe sammen og vil gå inn i hverandre.

### 4.1 Deskriptivt resultat

I tabellen under presenteres et deskriptivt resultat av de syv inkluderte forskningsartiklene som er brukt i oppgaven vår.

Tabell 7: Artikkelmatrikse

Artikkel nr.	Studiens hensikt	Nøkkelbegrep	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
1	Å kartlegge eventuelle forebyggende tiltak som vekt dokumentasjon, vektendringer, KMI, måltidsfrekvens og nattefaste hos eldre (70+) på sykehjem. Studien beskrev også sykehjemmenes rutiner rundt vektregistrering og måltidsfrekvens.	Elderly, nursing home, nutrition, weight documentation, body mass index, meals, night fasting	<b>Metode:</b> Kvantitativ metode <b>Utvalg:</b> Datainnsamlingen skjedde over 27 sykehjem i Norge med 243 sykehjemsbeboere over 70 år. <b>Datainnsamling:</b> Data som ble samlet inn var data for sist registrerte vekt, tidligere og nåværende vekt, vektendring, høyde, kroppsmasseindeks (KMI), alder, lengde på nattefaste, måltidsfrekvens og lengde på sykehjemsopphold. <b>Analyse:</b> Resultatene ble registrert, bearbeidet og analysert ved hjelp av SPSS versjon 17,0-19,0. Datamaterialet ble analysert med deskriptiv statistikk. <b>Etiske vurderinger:</b> Muntlig informert samtykke ble innhentet fra alle deltakerne.	Mer en halvparten av vektregistreringene i dette utvalget ikke var i samsvar med retningslinjene. Nærmere to tredjedeler av pasientene i undersøkelsen er underernært, eller i risiko for å bli det	Studien belyser aktuelle faktorer som kan være med på forebygging og kartlegging av ernæringsstatus hos eldre sykehjemsbeboere. Studien kommer med flere temaer som er interessant for vår problemstilling. <b>Hovedfunn:</b> Kartlegging av risiko for underernæring, samt sykehjemmenes rutiner rundt måltidsfrekvens og nattefaste.
2	Hensikt med studien er å identifisere screeningsverktøy som egner seg til å avdekke risiko for underernæring blant eldre mennesker i langtidsinstitusjoner.	Eldre, ernæringscreening, litteraturstudie, screeningsverktøy, underernæring	<b>Metode:</b> Systematisk litteraturstudie. <b>Utvalg:</b> Pasienter bosatt i langtidsinstitusjoner, og som mottar hjemmesykepleie. <b>Datainnsamling:</b> Søkene ble gjennomført i 2014 gjennom ulike databaser. I tillegg ble det gjennomført håndtak. <b>Analyse:</b> Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions. Brukte så en pragmatisk kvalitetsvurderingsmodell basert på retningslinjene i Cochrane.	Studien viser grunnlag til å påstå at MNA-SF er egnet til å avdekke ernæringsmessig risiko hos eldre i langtidsinstitusjon. Verktøyene SNAQ-BMI og MST kan være gode verktøy i langtidsinstitusjoner, men ser ut til å overdiagnostisere underernæring. Funnene antyder at man ikke kan bruke samme	Studien tar for seg ulike screeningsverktøy som kan brukes hos eldre i langtidsinstitusjoner. Studien belyser punkter som kan hjelpe oss å svare på deler av vår problemstilling. <b>Hovedfunn:</b> Ulike screeningsverktøy som kan være relevante for å avdekke

			<b>Etiske vurderinger:</b> Nei. Berører ikke enkeltindivider direkte.	screeningsverktøy i alle pasientarenaer.	underernæring hos eldre.
3	Hensikt er å belyse opplevelsen eldre mennesker har av ernæring i pleiesammenheng og hvordan sykepleier opplever at ernæring er en del av pleien. Sykepleiere ses om en viktig rolle i hvordan elders ernæringsbehov blir vurdert og i forebygge underernæring. Studien ønsker å få fram både eldre pasienter og sykepleiere sine opplevelser av dette, med særlig fokus på sist nevnte.	Eldre, sykepleier, underernæring, omsorg, intervjuer, sykepleie intervensjon, pasientinvolvering	<b>Metode:</b> Kvalitativt metode <b>Utvalg:</b> Studien baseres på åtte registrerte sykepleiere og fire eldre personer med gjennomsnittsalder på 85,7 år i en by fra den sørlige delen av Sverige. De eldre personene bor alle på ulike sykehjem og er underernært eller står i fare for å bli det. Sykepleierne i studiet har varierende grad av erfaring som sykepleier. <b>Datainnsamling:</b> Semistrukturerte intervjuer <b>Analyse:</b> Innholdsanalyse <b>Etiske vurderinger:</b> Studien er utført i samsvar med etiske retningslinjener, muntlig informasjon, skriftlig informert samtykke av deltakere.	Funnene i studien tyder på at i den moderne kliniske sykepleiepraksisen er det holdninger som overstemmer pasientens rett til selvbestemmelse samt at det finnes skjevheter i forholdet mellom pasient og sykepleier. Sykepleierne i studiet utrykte bevissthet rundt brukermedvirkning og viktigheten av å involvere de eldre i ernæringspleie, men dette ble ikke nødvendigvis overført i praksis. Strategier for å involvere eldre i deres ernæring i sykehjems sammenheng må ta hensyn til at fordi denne pasientgruppa kanskje ikke alltid oppleves som en viktig del av sykepleie	Denne studien tar for seg ernæringspleie fra et pasient -og sykepleieperspektiv i sykehjem. Den kan gi oss ulike synspunkter og refleksjoner i møte med problemstillingen vår.  <b>Hovedfunn:</b> Sykepleiere og pasienters opplevelse av ernæringspleie i sykehjem
4	I denne studien tar for seg systematisk effektiviteten av tiltak for å forebygge underernæring og lager en oversikt over disse.	Institusjon, underernæring, helsepersonell, sykepleie, ernæringstiltak, grunnleggende behov, ernæringsstøtte, ernæringsstatus, systematisk review	<b>Metode:</b> Systematisk review <b>Utvalg:</b> 15 studier derav ni er fra sykehus og seks er fra sykehjem. Alle hadde fokus på sykepleietiltak knyttet til underernæring. Aldersgruppe 70-87 år og 3162 deltakere til sammen i alle 15 studiene. <b>Datainnsamling:</b> Hentet gjennom systematiske søk <b>Analyse:</b> I de 15 artikler ble effekten av sykepleietiltakene vurdert. Variansen ble av dette ble også vurdert. Standardavvik og standardfeil. Statistikk over effekt av sykepleietiltak. <b>Etiske vurderinger:</b> Objektiv vurdering av tidligere artikler og studier. Kvalitet og validitet ble vurdert av en uavhengig part.	To hovedkategorier av sykepleietiltak ble identifisert; ernæringspleie i sykepleie med fokus på sykepleiehandlinger og sykepleie med fokus på ernæringsstøtte. Det viste seg at det var disse to punktene som kom i hyppigst igjen i studiene og de to sykepleietiltakene som forbedret ernæringsstatusen i høyest grad.	Denne studien tar for seg systematisk relevante sykepleietiltak for å forebygge underernæring og hva effekten av de er.  <b>Hovedfunn:</b> sykepleietiltak, underernæring hos eldre pasienter på sykehus og på sykehjem, ernæringsstøtte
5	Denne studien belyser hvordan sykepleiere samhandler med lege.. Fokus på sykepleieres	Samhandling, ernæringsarbeid, underernæring, sykehjem, sykepleier, lege,	<b>Metode:</b> Kvalitativt design med analyse av fokusgruppeintervjuer <b>Utvalg:</b> 15 sykepleiere fra sju sykehjem i fire ulike fylker deltok. Informantene	Samarbeidet mellom sykepleiere og sykehjemslegen spiller en viktig rolle i ernæringsarbeidet i sykehjem.	Studien kan vise en ny vinkel av problemstillingen i forhold til tverrfaglig samarbeid i møte

	synsvinkel og erfaringer. «Hvordan erfarer sykepleiere sykehjemslegen s rolle i ernæringsarbeid et?»	kommunikasjo, Norge	hadde fra fire til 25 års erfaring med pleie fra sykehjem, og det ble gjennomførte fire fokusgruppeintervjuer. <b>Inklusjonskriterier:</b> Sykepleiere som var involvert i direkte pleie, og som hadde minst to års erfaring med beboere med demensdiagnoser. <b>Datainnsamling:</b> Høsten 2013. Hovedspørsmål «Fortell om opplevelser eller erfaringer og etiske dilemmaer du har opplevd i møte med underernærte beboere på sykehjem». Intervjuene varte fra 55 til 110 minutter. Alle intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert ordrett. <b>Analyse:</b> Fokusgruppe intervju med sykepleiere som er involvert i direkte pleie. Bygger på Malteruds tilnærming til analyse av datamateriale, som igjen er en modifisering av Giorgis fenomenologiske analyse. <b>Etiske vurderinger:</b> Deltakerne mottok skriftlig og muntlig informasjon om studiet og formålet med den. Frivillig å delta og opplysningene er anonymisert med fiktive navn. Godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD).	Erfaringene til sykepleiere i sykehjem tilsier at et samarbeid med sykehjemslegen er en viktig faktor i ernæringsarbeid i sykehjem. Et godt samarbeid fremmer faglig forsvarlig ernæringsbehandling for pasienter i sykehjem.	med ernæringsarbeid i sykehjem. <b>Hovedfunn:</b> Tverrfaglig samarbeid mellom lege og sykepleier i møte med ernæringsarbeid i sykehjem fra sykepleieres perspektiv. Heving av faglig kompetanse hos sykepleiere.
6	I Norge anbefales det at nattefasten ikke skal overstige 11 timer for eldre sykehjemsbeboere. Denne studien undersøkte varigheten av nattefaste og betydningen av å ha en nattefaste under, eller over 11 timer med hensyn til ernæringsstatus blant eldre sykehjemsbeboere.	Faste over natta, underernæring, eldre, sykehjem, Norge	<b>Metode:</b> Kvalitativ metode med observasjonsdesign <b>Utvalg:</b> 342 beboere på langtids plass fordelt på 19 kommunale sykehjem ble med i undersøkelsen. <b>Datainnsamling:</b> Ernæringsstatus ble screenet ved bla. MUST. Varigheten av nattenfasten ble målt av spesialutviklet skjema innen to uker etter datainnsamlingsbesøket. Nattefasten ble kartlagt over tre dager (to ukedager og en helgedag). <b>Analyse:</b> Dataene ble analysert med programvaren PASW. Beskrivende statistikk som brukes er median, rekkevidde og frekvenser. <b>Etiske vurderinger:</b> Studien ble godkjent av etisk komite. Informert samtykke ble gitt av deltakerne.	For mange av de sykehjemsbeboerne som deltok i studien overskred nattefasten anbefalt lengde. Det ble gjort funn på at nattefasten var betydelig lengre enn anbefalt varighet på ≤ 11 timer. Flere av beboerne var middels eller høy risiko for underernæring	Denne artikkelen gir oss et perspektiv i forhold til nattefaste og underernæring. Dette kan gå under det forebyggende arbeidet på systemnivå en sykepleier møter på i ernæringsarbeid. <b>Hovedfunn:</b> Nattefaste og måltidsfrekvens. Studien stiller spørsmål om hvilke screeningsverktøy som er best egnet for å avdekke underernæring i langtidsinstitusjoner.
7	Samle inn informasjon om faktiske behov	Long Term Care, elderly, malnutrition, risk	<b>Metode:</b> Kvantitativ	Hos beboere på sykehjem er ernæringsmessige	Denne artikkelen tar for seg underernæring og

	for ernæringstiltak i sykehjem og om rollen til institusjonelle faktorer i ernæringsomsorgen.	off malnutrition, treatment	<p><b>Utvalg:</b> Studien inkluderte 19 sykehjem og 1394 eldre over 60 år i Italia.</p> <p><b>Eksklusjonskriterier:</b> Terminal sykdom, pasienter under 60 år, pasienter som får parentral ernæring.</p> <p><b>Datainnsamling:</b> Lederen for hver institusjon ble intervjuet for å samle inn data om strukturelle faktorer. Fokus på totalt antall sengeplasser og omsorgspersonell, inkludert sykepleiere og annet pleiepersonell. Dette ble satt i sammenheng.</p> <p><b>Analyse:</b> MNA ernæringsscreening og laget oversikt over pasienter med underernæring og risiko for underernæring. Det ble sett nærmere på sykepleietiltak knyttet til dette, som blant annet implementering av oral diett, resept på ernæringsdrikker og fortykning og kosttilskudd. Analysert ved hjelp av STATA analyse.</p> <p><b>Etiske vurderinger:</b> Skriftlig informert samtykke til pasient eller verge med mulighet for å trekke seg. Studien ble utført i samsvar med prinsippene i Helsinki-erklæringen.</p>	problemer svært vanlig, underdiagnostisert og underbehandlet. Ernæringscreening bør være en del av den rutinemessige omsorgen. Det ble registrert fravær i systematiske screeningprosedyrer. Det var et behov for sykepleietiltak knyttet til ernæring hos 958 av 1352 pasienter. Av disse var det 475 pasienter som hadde adekvate tiltak satt i gang og 28% av disse store i fare for underernæring eller var det. Hos de resterende 483 pasientene som ikke fikk tilstrekkelig oppfølging av ernæring ble 67,5% underernærte eller i fare for å bli det. Det ses også at det kan være behov for systematisk involvering av en spesialist innen ernæring.	risikoen for underernæring hos pasienter på sykehjem. Den tar for seg ulike risikofaktorer og ser nærmere på sykepleietiltak som bør iverksettes. <b>Hovedfunn:</b> underernæring på sykehjem, sykepleietiltak, screening, ulike risikofaktorer. Tverrfaglighet?
	<ol style="list-style-type: none"> <li>Sortland K., Gjerlaug A.K &amp; Harviken G. (2013). Vektdokumentasjon, kroppsmasseindeks, måltidsfrekvens og nattefaste blant eldre sykehjemsbeboere –en pilotstudie. <i>Nordic Journal of Nursing Research</i>, 33(1) 41-45. doi: <a href="https://doi.org/10.1177/010740831303300109">https://doi.org/10.1177/010740831303300109</a></li> <li>Gjerlaug A.K., Harviken G., Uppsata S. &amp; Bye A. (2016). Verktøy ved screening av risiko for underernæring hos eldre. <i>Sykepleien forskning</i>. 11(2), 148-156. 10.4220/Sykepleienf.2016.57692</li> <li>Sjögren Forss K., Nilsson J. &amp; Borglin G. (2018). Registered nurses' and older people's experiences of participation in nutritional care in nursing homes: a descriptive qualitative study. <i>BMC Nursing</i>. 17(19). 1-13. <a href="https://doi.org/10.1186/s12912-018-0289-8">https://doi.org/10.1186/s12912-018-0289-8</a></li> <li>Van den Berg G.H., Huisman-de Waal G.G.J., Vermeulen H. &amp; de van der Schueren M.A.E. (2021). Effects of nursing nutrition interventions on outcomes in malnourished hospital inpatients and nursing home residents: A systematic review. <i>International of Nursing Studies</i>.1-15. <a href="https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103888">https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103888</a></li> <li>Kuven B.M &amp; Giske T. (2017). Samhandling mellom sykepleier og lege er viktig for ernæringstilstanden til sykehjemspasienter. <i>Sykepleien forskning</i>. 1-18. DOI: 10.4220/Sykepleienf.2017.64510</li> <li>Eide, HD., Aukner, C. og Iversen, PO. (2013). <i>Nutritional status and duration of overnight fast among elderly residents in municipal nursing homes i Oslo</i>. Vård I Norden. 105(33)</li> <li>Pezzana A., Cereda E., Avagnina P., Malfi G., Paiola E., Frighi Z., Capizzi I., Sgnaolin E. &amp; Amerio M.L. (2015). Nutritional care needs in elderly residents of long-term care institutions: potential implications for policies. <i>J Nutr Health Aging</i>. 19(9). 947-954. Doi: 10.1007/s12603-015-0537-5.</li> </ol>				



## 4.2 Organisering og systematisering av ernæringsarbeid

Gjennom forskningslitteraturen kom det frem at organisering på sykehjem sier noe om det forebyggende ernæringsarbeidet av underernæring. Dette handlet mye om rutiner av måltider og nattefaste. Måltidsfrekvens og rutiner på når måltider ble servert, viste seg å ha en stor innvirkning på ernæringsstatusen for beboerne i sykehjem (Eide et al.,2013; Sortland et al.,2013). Studien gjort av Sortland et al. (2013) viser til at 51% av beboerne inntok tre hovedmåltider, og to mellommåltider om dagen, noe som samsvarer i stor grad med anbefalingene. Samtidig ser man at 36% inntok fire måltider eller færre i døgnet, noe som derimot ikke er tilfredsstillende til anbefalingene. Til sammen 86% av beboerne spiste frokost mellom 09.00-09.30, og det siste kveldsmåltidet 18.00-19.00. Bli måltidsfrekvensen for lang, viser flere studier til at dette vil påvirke nattefasten i negativ retning (Eide et al.,2013; Sortland et al.,2013). En av sykepleieren i studien til Sjøgren Forss et al (2018) uttalte seg slik:

*"Three main meals and three in-between meals. One meal needs to be just before bedtime to avoid a long period of starvation at night, which will happen if one doesn't eat just before bedtime"* (Sjøgren Forss et al.,2018, s.6)

Av de 243 sykehjemsbeboerne som deltok i studien var nattefasten 11 timer eller mindre hos 2%, mens 65% hadde en nattefaste på over 15 timer (Sortland et al.,2013). Også i studien gjort av Eide et al. (2013) legges det frem at hele 98% av beboerne hadde en nattefaste på mer enn 11 timer, hvor totalt 65% hadde nattefaste på 15 timer eller lengre. Studien viser også til at pasienter på sykehjem i Oslo som overstiger nattefasten med mer enn 11 timer, har betydelig større problemer med underernæring, eller risiko for å utvikle det. Det vises også til at mer enn 35% av pasientene som oversteg 11 timer var i medium eller høy risiko for underernæring. 20% av pasientene var allerede undervektige med en KMI på 20kg/m<sup>2</sup> (Eide et al.,2013).

### **Datainnsamling i ernæringsarbeidet/datainnsamling av ernæringsstatus**

Systematisering av datainnsamling i form av screening og vektdokumentasjon var funn som gikk igjen i artikkelene. Dette skal være en del av de rutinemessige utredningene ved innleggelse i langtidsinstitusjon. I studien gjort av Sortland et al. (2013) ser man at kun 13% av beboerne i utvalget var veid ved innkomst. 33% var veid for en til fire uker siden, og 28% ble ikke veid mellom en måned, og over ett år siden sist. Hos 26% var det noe ikke vekt registrering. I tillegg viste nærmere halvparten av utvalget i studien (48%) av de som ikke hadde tidligere dokumentert vekt, at de var moderat underernært (Sortland et al.,2013). Dette viser til at over halvparten av vektregistreringen ikke samsvarer med dagens retningslinjer. I studien gjort av Sjøgren Forss et al. (2018) påpekes det at konstant mangel på tid var en barriere som gjorde at andre sykepleieoppgaver ble prioritert fremfor ernæringsarbeid. En sykepleier uttalte seg slik:

*"...yeah, one simply doesn't have the time because we have other things to do which one thinks is more important, but this is equally important"* (Sjøgren Forss et al.,2018, s.6).

Retningslinjene kommer med anbefalinger om screening av pasienter, og verktøyet som anbefales er MST, *Malnutrition Screening Tool* (Helsedirektoratet,2022). Gjennom studien gjort av Gjerlaug et al. (2016) viste MNA-SF å ha høy validitet ved bruk i langtidsinstitusjon, og viser derfor grunnlag for å være et egnet verktøy i denne pasientarenaen. Screeningsverktøyene SNAQ-BMI og MST kan være gode i langtidsinstitusjoner, men har en tendens til overdiagnostisering. Geriatric Nutritional Risk Index (GNRI) viste moderat validitet grunnet lav spesifisitet og lav prediktiv verdi. GNRI viser også til overestimering av risiko (Gjerlaug et al.,2016).

### 4.3 Sykepleiers ansvar i ernæringsarbeid

I flere av artiklene ble ernæringskompetanse trukket fram som en faktor i ernæringsarbeid. Særlig ble det lagt vekt på sykepleiers individuelle ansvar for å tilegne seg ernæringskompetanse. Artikkelen til Kuven & Giske (2017) sier at som sykepleier har man et ansvar for å kartlegge pasientens ernærings situasjon, og videre følge opp dette ved å iverksette tiltak.

*«Ernæringstilstanden til pasienten er en viktig del av den helhetlige pasientbehandlingen, noe sykepleierne i undersøkelsen vår understreket»* (Kuven & Giske, 2017, s. 9).

Sykepleierne som var med i studien beskrev ernæringsarbeidet i sykehjem som utfordrende. Det ble blant annet vist til begrenset kunnskap om ernæring, og at dette kunne føre til mangelfull oppfølging av pasientenes ernæringstilstand, og utilfredsstillende kvalitet på ernæringsarbeidet (Kuven & Giske, 2017, s.6).

Kompetanse om ernæring ses på som en viktig faktor for å forebygge underernæring i sykehjem. I artikkelen van den Berg et al. (2021) sies det at å følge med på matinntaket og ernæringsstatusen til pasienten oppleves som en vanskelig oppgave. Det kan også være utfordrende å motivere og støtte pasientene til å nå de ernæringsmessige målene (van den Berg., 2021, s.9). I artikkelen Pezzana et al. (2015) ses det nærmere på kompetanseheving av ernæring for helsepersonell som jobber på sykehjem. Dette kan innebære kurs eller videre utdanning innenfor kompetanseområdet ernæring (Pezzana et al., 2015, s.952).

### 4.4 Samhandling

#### **Brukermedvirkning**

Det ble gjort funn av brukermedvirkning i flere av artiklene. Brukermedvirkning trekkes fram som et tiltak som kan forebygge underernæring i sykehjem (van den Berg et al., 2021, s. 3). I artikkelen Pezza et al. (2015) sies det at pasient -og behovsbasert omsorg kan forbedre ernæringsstatusen til pasientene. Dette kan innebære assistanse under inntak av mat, og legge til rette for en «hjemmekoselig» atmosfære under måltidene (Pezza et.al, 2015, s. 952). I artikkelen Sjøgren Forss et.al. (2018) delte sykepleiere

sine erfaringer rundt brukermedvirkning i sykehjem. Det ble gitt uttrykk for at dette kunne være utfordrende.

*"Involving older persons in their nutritional could be experiences as a challenge for some RNs. One particular challenge expressed as a barrier for participation in nutritional care became discernible when the older persons no longer experienced that their life was meaningful"* (Sjögren Forss et al., 2018, s.5).

Når pasienten ikke så mening med tilværelsen, var det også vanskelig å legge til rette for deltakelse i ernæringspleien. Det samme gjaldt at pasientene var gamle og ikke ønsket å involvere seg. En annen årsak var lite tid som førte til prioriteringer av andre sykepleieoppgaver. (Sjögren Forss et al., 2018, s. 5).

Økt kunnskap om brukermedvirkning og hvordan involvere pasienter i deltakelse iblant annet ernæring burde være en prioritet ifølge artikkelen Sjögren Forss et al. (2018). For at sykepleier kan legge til rette for brukermedvirkning, var god kommunikasjon og kjennskap til pasienten vesentlig (Sjögren Forss et al., 2018, s.8). I artikkelen til Van den Berg et al. (2021) var det en økning i matinntaket ved å iverksette pasientsentrerte tiltak hvor pasienten fikk økt kunnskap om ernæring. Studien viste også at inntaket av mat forbedret seg når pasientene selv fikk delta i ernæringspleien (Van den Berg et al., 2021, s.9).

### **Tverrfaglig samarbeid**

Tverrfaglig samarbeid var et av hovedfunnene som gikk igjen i flere av artiklene. I Kuven & Giske nevnes det at ved mange sykehjem inngår samarbeid mellom flere faggrupper og fagpersoner som en del av ernæringsarbeidet (Kuven & Giske, 2017, s.3) I artikkelen Van den Berg et al. (2019) trekkes det ut at en individuell ernæringsplan hadde virkning med samarbeid mellom flere faggrupper (Van den Berg et al., 2021, s.9). God kommunikasjon og drøfting om ernæringssituasjonen til pasienten, kombinert med grundig dokumentasjon om ernæring underveis, viste seg å fremme ernæringsarbeidet (Kuven og Giske, 2017, 9).

Artikkelen Kuven & Giske (2017) la særlig vekt på samarbeidet mellom lege og sykepleier. Funnene i artikkelen tydet på at sykehjemslegens rolle i ernæringsarbeidet er en sentral del (Kuven & Giske, 2017, s 5).

*«Sykehjemslegen kjennskap til den enkelte pasienten var viktig. Informantene la vekt på betydningen av at sykehjemslegen samarbeidet med avdelingen ved å sette seg inn i pasientenes situasjon samt kartlegge og følge opp ernæringstilstanden»* (Kuven & Giske, 2017, s. 6).

Når sykehjemslegen hadde god kjennskap til pasientene på sykehjem, viste det seg å hindre unødvendige innleggelse i sykehus. Dette opplevdes også som tryggende for sykepleierne, pasientene og pårørende. (Kuven & Giske, 2017, s.6-9).

## 5. Diskusjon

I diskusjonskapitlet skal vi drøfte hvordan de ulike hovedfunnene fra analysearbeidet kan svare på problemstillingen; *"hvordan kan sykepleier forebygge underernæring hos eldre/beboere i sykehjem?"* Våre funn viser til organisering og systematisering av ernæringsarbeid, sykepleiers ansvar, og samhandling. Vi vil nå se nærmere på disse funnene i lys av relevant teori og annet fagstoff.

### 5.1 Organisering og systematisering av ernæringsarbeid

Ledelsen har blant annet et viktig ansvar for sikre at pasientenes ernæringsbehov sikres. Dette gjøres via å utarbeide gode rutiner og systemer, sørge for kartlegging og observasjon samt gode mattilbud. Flere av våre studier retter seg mot hvordan systemarbeidet blir gjennomført. De viser til at beboere på sykehjem ikke har en tilfredsstillende måltidsfrekvens, og at måltidene blir for tette. Dette vil deretter gi negative konsekvenser, og en for lang nattefaste. Beboere som er utsatt for slike dårlige rutiner viser betydelig større risiko for å utvikle underernæring (Eide et al.,2013; Sortland et al.,2013).

I den ene studien ser vi at beboerne fikk servert frokost mellom 09.00-09.30 og siste måltid 18.00-19.00 (Sortland et al.,2013). Gjennom disse resultatene kan vi se at nattefasten vil overstige 11 timer, noe som ikke er i strid med helsemyndighetenes anbefalinger. Våre erfaringer rundt dårlige måltidsfrekvenser på sykehjem støtter også disse funnene. For å sikre et tilstrekkelig kalori -og proteininntak kan det være nødvendig å forandre både måltidsrytme og antall hoved- og mellommåltider. Dette vil dermed forhindre tap av muskel og fettvev, men også tilrettelegge for en jevnere måltidsfrekvens (Sortland et al.,2013). Dette betyr at sykepleiers rolle vil omhandle struktur i sykehjemmet, da struktur kan påvirke daglig drift og endring. I dette tilfelle; endring av måltidsrytme. En av sykepleierens forbyggende ansvarsområde er derfor å ha kjennskap til hvordan en kan endre organisasjonens struktur og oppbygging for å tilfredsstillende pasientenes ernæringsbehov (Orvik,2022, s.75-76). Ved å planlegge og organisere måltidene vil man i større grad kunne gjennomføre måltidene innenfor en rimelig tidsramme (Kirkevold et al.,2016, s.314).

Nattefaste viste gjennom flere studier å være et problem i forbindelse med underernæring (Eide et al.,2013; Sortland et al.,2013). Ene studien viste at nærmere 2/3 av beboerne (65%) hadde nattefaste på 15 timer eller mer (Sortland et al.,2013). Hos den andre studien så vi at hele 98% av beboerne hadde en nattefaste på mer enn 11 timer, og over 35% av disse beboerne var i medium eller høy risiko for underernæring (Eide et al.,2013). Disse resultatene står ikke i samsvar med helsedirektoratets anbefalinger om å overstige 11 timers nattefaste (Helsedirektoratet 2016). Ettersom sykepleiers ansvar også omhandler oppgaver i behandlende og forebyggende karakter, vil tilbud av nattemåltid være av forebyggende tiltak. Mange av pasientene som er i risiko for underernæring vil trenge måltid før leggetid, eller på natten. Dette er for å komprimere måltidsdøgnet, og sørge for opprettholdelse av energi, protein eller andre næringsstoffer (Sortland et al.,2013). Vi stiller oss spørsmål om senere kveldsmåltider i sykehjem vil kunne praktiseres grunnet tidspress, vaktskifter og ro om natten. Vi har selv erfart at dette ikke er så lett å gjennomføre. Ettersom sykepleier er ansvarlig for å utarbeide, og følge opp individuelle tilpasset ernæringsplaner ser vi likevel på dette som

en mulig forebyggende løsning (Kirkevold et al.,2016, s.314). Artikkelen til Sortland et al. (2013) sier at det finnes gode eksempler på sykehjem som serverer kveldsmat mellom 19.00-21.00. For å sikre at nattefasten dermed ikke overstiger 11 timer, kan vi se at sykepleiers betydning kan omhandle utvikling av nye rutiner som peker mot pasientenes måltidsfrekvens.

For å øke pasientens næringsinntak anbefales det 6-8 hoved- og mellommåltider om dagen. Gjennom hyppige måltider kan man øke det daglige energiinntaket med hele 600kcal (Sortland et al.,2013, s.43). Resultatene fra studiene viser både gode og dårlige rutiner i henhold til antall måltider per dag (Sjøgren Forss et al.,2018; Sortland et al.,2013). Beboere på sykehjem bør ha tilgang til mellommåltider som frukt, dersom appetitten er god. Dette kan øke både energiopptak, men også være et tiltak for å utvide måltidsdøgnet (Kirkevold et al.,2016, s.311). Som sykepleier har man et forebyggende funksjonsansvar. Dette innebærer å iverksette tiltak for å forebygge mulig eller reell helsesvikt eller at det oppstår nye problemer (Stubberud et al.,2020, s.22). Dermed kan hyppig tilbud av mellommåltider sees som et forebyggende tiltak mot underernæring.

### **Datainnsamling i ernæringsarbeidet**

Screening og vektdokumentasjon er anbefalt ved innleggelse, og deretter månedlig for pasienter innlagt i langtidsinstitusjon ifølge Helsedirektoratets retningslinjer (Helsedirektoratet 2022). En studie viste til at anbefalingene rundt vektregistrering ble fulgt hos kun 1/3 av beboerne. Som følge av dette var nærmere halvparten av beboerne i studien moderat underernærte (Sortland et al.,2013). Studien viser at kun 13% av beboerne var veid ved innkomst, og 26% ikke hadde noe vekt registrert (Sortland et al.,2013). Dette er resultater som ikke tilfredsstiller anbefalingene. Å gjennomføre vektregistreringer ved innkomst er svært viktig da underernæring er noe som utvikler seg over tid, og kan være vanskelig å oppdage. Hvor fort en vektreduksjon skjer, vil også ha betydning for alvorlighetsgraden (Kirkevold et al.,2016, s.303). Gjennom studier og pensum kan det tolkes at grunnen til at tilstanden utvikler seg over tid er mangel på kartleggingsrutiner (Gjerlaug et al.,2016; Kirkevold et al.,2016, s.303; Sortland et al.,2013). Betydningen kartlegging har for sykepleie er at screening av ernæringsmessig risiko skal være en del av sykepleiers rutinemessige utredning (Gjerlaug et al.,2016). Samtidig påpeker en sykepleier at dårlig tid er en barriere som gjør at ernæringsarbeid blir nedprioritert (Sjøgren Forss et al.,2016, s.6). Det beskrives at manglende veierutiner har med tidspress, manglende rutiner og system, manglende verdsetting av kroppsvekt som data, pasient er for redusert til å veies, og lite kompetanse om screeningsverktøy å gjøre (Gjerlaug et al.,2016; Sjøgren Forss et al.,2018; Stubberud et al.,2016). I ene studien ble det også nevnt at manglende vektapparat var en mulig årsak til manglende vektregistreringer (Sortland et al.,2013).

Helsedirektoratets anbefalinger om screeningsverktøy viser til at MST (Malnutrition Screening Tool) skal være det beste å bruke. Samtidig forteller retningslinjene oss ingenting om verktøyets validitet og reliabilitet (Helsedirektoratet 2022). En studie viste oss at verktøyet MNA-SF har høy validitet ved bruk i langtidsinstitusjon, og egner seg derfor godt i denne pasientarenaen. Verktøyene SNAQ-BMI og MST kan også være gode i langtidsinstitusjon, men har tegn til overdiagnostisering. De viste også at de ulike screeningsverktøyene har ulik validitet i ulike pasientarenaer (Gjerlaug et al.,2016). Dette er faktorer som vil være viktig for en sykepleier som skal anvende verktøyene rutinemessig og systematisk. De må være både valide, og gi det samme resultatet etter

gjentatte målinger. For at screeningsverktøy skal virke som et forebyggende tiltak i tråd med anbefalingene må det være både praktisk, raskt og enkelt å anvende for sykepleiere og pasienter (Gjerlaug et al.,2016). Vi har selv erfart at dersom verktøyene er for omfattende å anvende, og gir en dårlig reliabilitet blir både rutinene og resultatene dårlige.

Gjennom de fleste studiene ser vi at screeningsverktøy ofte står alene som kartlegging av ernæringsstatus. Kostregistrering er også en viktig del av sykepleiers ansvar. Selv om pasient har en godt utarbeidet ernæringsplan, må man følge med på hva pasienten faktisk inntar. Sykepleier har ansvar for å registrere hva pasienten spiser og drikker, samt vurdere hva som blir observert i henhold til det pasienten antas å ha behov for (Stubberud et al.,2016, s.25). Gjennom våre erfaringer er det ofte annet helsepersonell som står for servering og innsamling, og heller ikke har ansvar for å dokumentere dette. Dette viser til et ansvarsområde som sykepleiere må legge mye mer vekt på fremover. Gjennom disse tiltakene ser vi samspill med Hendersons teori. Teorien består av en trinnvis tilnærming ved datainnsamling, pasientenes behov for sykepleie og iverksetting av eventuelle tiltak (Kristoffersen et al., Bind 3,2017, s.38-39). Gjennom de ulike kartleggingene, og utgangspunkt i Henderson teori vil sykepleier kunne utarbeide en individuelt tilpasset ernæringsplan med tilstrekkelig inntak av proteiner og kalorier, og iverksetting av eventuelle tiltak.

## 5.2 Sykepleiers ansvar i ernæringsarbeid

Sykepleier har et individuelt ansvar i ernæringsarbeidet (Kuvén & Giske, 2017, s.3). I studien vår om forebygging av underernæring ble det gjort funn av ernæringskompetanse i flere av artiklene. Det individuelle ansvaret for å tilegne seg ernæringskompetanse er en del av å jobbe som sykepleier, da kanskje også særlig viktig i sykehjem. Når forskning viser at underernæring har en forekomst på opptil 60% i sykehjem og sykehus, i tillegg til at eldre over 70 år har høyest forekomst, vil ernæringskompetansen til sykepleier være vesentlig (Sortland et al., 2013, s. 41) For å forebygge underernæring vil kunnskap om pasienters ernæringsbehov, underernæring og administrering av ernæring være viktig (Stubberud et al. 2016, s.18). Som sykepleier vil det være vesentlig å se til at pasienten får i seg nok mat og drikke, legge til rette for sosialt samvær under måltider, tilpasse hjelp, og gi pasientene tid og ro til å innta måltidene som forebyggende faktorer (Helsedirektoratet 2022).

Vi ser at kompetanse om ernæring ble sett på som viktig i det forebyggende i flere av artiklene. Likevel ser vi at sykepleiere opplevde dette som utfordrende. Kunnskapen opplevdes som begrenset, og at dette igjen kunne påvirke det forebyggende arbeidet (Kuvén & Giske, 2017, s.6). For å forebygge underernæring trekker Helsedirektoratet fram individuelt tilpasset, og tilstrekkelig ernæring (Helsedirektoratet, 2022). Flere av artiklene sier at oppfølging av pasienter er mangelfull, samt at det er krevende å følge med på pasientens inntak av mat, og videre holde oversikt over ernæringsstatusen (Kuvén & Giske, 2017, s.6; Van den Berg et al., 2021, s. 9). Alt dette tyder på utfordringer med å gi tilpasset og tilstrekkelig ernæringstilbud til pasientene etter anbefalingene.

Siden ernæringskompetansen spiller en vesentlig del av det forebyggende arbeidet, kan det stilles spørsmål om ernæringskompetanse til sykepleiere er god nok. Artiklene sier ikke noe om de bakenforliggende grunnene til at kompetansen av ernæring ikke alltid er

tilstrekkelig. Det kan tenkes at det kan handler om bemanning, mangel på tid, nedprioritering til fordel for andre sykepleieoppgaver, og lite faglig oppdateringer på området. Dette kan faktorer som kan hindre god forebygging av underernæring. Likevel ser det ut til at sykepleiere er bevisst på at ernæringskompetansen spiller en viktig rolle i det forebyggende arbeidet, da en av artiklene peker på viktigheten av økt kompetanseheving av ernæring for helsepersonell. Dette via for eksempel kurs eller videre utdanning (Pezza et al., 2015, s.952). For å forebygge underernæring må ernæringstilstanden ses som en del av den helhetlige pasientbehandlingen, noe ernæringskompetanse kan bidra med (Kuven & Gikse, 2017, s.9).

## 5.3 Samhandling

### **Brukermedvirkning**

Flere av studiene som var gjort i artiklene pekte på brukermedvirkning som en del av det forebyggende arbeidet i sykehjem. En av artiklene trakk frem at pasientsentrert omsorg kan forbedre pasientens ernæringsstatus (Pezza et al., 2015, 952). Hendersons behovsteori bygger på at pasienten selv er deltaker i den sykepleien som blir gitt (Kristoffersen et al., bind 3, 2017, s.38-39). Ut ifra teorien er et sykepleietiltak som kan rettes mot underernæring i sykehjem være å legge til rette for pasientens deltakelse under måltidene. (Kirkevold et al. 2016, s. 313).

Selv om flere av artiklene mente brukermedvirkning var en del av det forebyggende arbeidet i sykehjem, viste også artiklene at dette kunne være utfordrende for sykepleiere å legge til rette for det. Ofte er pasientene gamle og ikke ønsker å involvere seg, eller at pasientene ikke opplever mening med livet lengre (Sjögren Forss et al., 2018, s.5). Når teori sier at pasienter i sykehjem kan være preget av sykdom, medisinsk behandling og funksjonssvikt kan det tenkes å påvirke både livskvalitet og motivasjon (Kirkevold et al., 2020, s.302). Pasienter på sykehjem har noe ulikt utgangspunkt for tilretteleggelse av brukermedvirkning. Hos pasienter som var mottakelig for brukermedvirkning, viste resultat at økt kunnskap om ernæring, deretter gir økt matinntak (Van den Berg et al., 2021, s.9). Likevel kan det stilles spørsmål om det er tilrettelagt for at sykepleiere kan legge til rette for dette. En studie viste at lite tid på sykehjem førte til at brukermedvirkning ble nedprioritert til fordel for andre sykepleieoppgaver (Sjögren Forss et al., 2018, s. 5)

For at sykepleier skal kunne forebygge underernæring i sykehjem pekte en av artiklene på at økt kunnskap om brukermedvirkning var vesentlig. Andre forebyggende faktorer var god kommunikasjon med pasienten, og at sykepleieren hadde kjennskap til dem (Sjögren Forss et al., 2018, s. 8). Hendersons behovsteori sier at pasientens grunnleggende behov om ernæring må ivaretas individuelt, og at sykepleier kan gjøre dette ved å skaffe seg kunnskap om pasientens behov og pasientens egne opplevelser (Kristoffersen et al., Bind 3, 2017, s.38-39). Sykepleier kan derfor jobbe forebyggende ved tilretteleggelse for en individuelt tilpasset ernæringsplan (Kirkevold et al., 2016, s. 314). Matinntak vil øke dersom pasienten selv får delta i ernæringspleien, og dermed virke forebyggende for underernæring (Van den Berg et al., 2021, s.9).

### **Tverrfaglig samarbeid**

I sykehjem inngår samarbeid mellom flere faggrupper og fagpersoner som en del av ernæringsarbeidet (Kuven & Giske, 2017, s.3). Gjennom resultatene viste flere av

artiklene at tverrfaglig samarbeid er en viktig del av det forebyggende arbeidet. Sykepleiers ansvar omhandler blant annet samarbeid med lege eller fysioterapeut for å utarbeide en systematisk og faglig kartlegging. Samtidig støtter flere av artiklene at en individuell ernæringsplan var meningsfull i samarbeid mellom flere faggrupper (Van den Berg et al., 2021, s.9). For å forebygge underernæring i sykehjem, er god kommunikasjon med andre faggrupper, samt drøfting om pasientens ernæringsstatus viktig. Dette kan innebære bistand fra annet kvalifisert personell ved behov, legevisitter, pasient og pårørende kontakt (Kuven & Giske, 2017). Sykepleiers rolle betraktes ofte som det kliniske arbeidet med pasientene, samtidig som det er viktig å ha en lege for diskusjon og fortløpende samarbeid. Et godt samarbeid med ulike faggrupper kan oppnå kravet om faglig forsvarlighet og kvalitet innen ernæringsarbeidet. Dette gjenspeiler seg deretter i god kommunikasjon og kartleggingsrutiner.

Sykepleiers ansvar omhandler å opprettholde en god ernæringsstatus hos eldre (Kirkevold et al., 2020, s. 302). For at dette skal fungere i sykehjem la artiklene særlig vekt på samarbeidet mellom lege og sykepleier. Det hadde betydning at sykehjemslegen hadde kjennskap til hver enkelt pasient for å gi den beste oppfølgingen (Kuven & Giske, 2017, s.6). Teori trekker ut at det forebyggende arbeidet er avgjørende for at sykepleier skal identifisere pasienter som er risiko for feil- og underernæring, slik at tiltak kan iverksettes (Sortland et al., 2013, s. 41). Det kan tenkes at det er avgjørende med et tverrfaglig samarbeid for å oppnå dette, gjerne hos sykehjemslegen. Resultat viser til betydningen av at legen samarbeidet med avdelingen ved å sette seg inn i pasientenes situasjon, kombinert med kartlegging og oppfølging av ernæringsstatus. Dette kan virke tilsynelatende selvsagt, noe våre erfaringer sier at det ikke er. Vi kan samtidig se at underernæring har en rekke negative følger, som for blant annet økt bruk av ressurser og liggetid (Sortland et al., 2013, s.41). Studie viste til at dersom sykehjemslegen hadde god kjennskap til pasienten ville det hindre unødvendige innleggelser i sykehus (Kuven & Giske, 2017, s. 6-9). Dette tyder på at godt tverrfaglig samarbeid i sykehjem, særlig mellom sykepleier og lege, kan hjelpe det forebyggende arbeidet i sykehjem.

## 5.4 Styrker og svakheter med litteraturstudiet

Vi har et fordelt utvalg av kvantitativ, kvalitativ og systematiske artikler med i studien, da alle metodene kan benyttes for å svare på problemstillingen. Siden de ulike metodene innhenter data på forskjellige måter gjør dette at resultatene må tolkes for å gi mening, og gir bredde på informasjonen vi innhenter. Dette ser vi på som en styrke av oppgaven. Gjennom søket ble fire databaser tatt i bruk, dette for å romme et bredt spekter. Flere av artiklene viste seg igjen i flere av databasene, noe som tyder på et systematisk søk og en styrke i oppgaven. Vi har ikke vært forutinntatte, og latt dette prege oppgaven vår.

De fleste forskningsartiklene vi har brukt er noe eldre av årstall, og vi kan derfor tvile litt på om resultatene er like sannsynlig i dag. Om vi skulle gjort noe annerledes hadde vi ønsket nyere forskning og flere kvalitative artikler. Vi ser også at flere av artiklene tar for seg forebygging indirekte eller på et mer generelt nivå. Det kunne vært fordelaktig og funnet artikler som retter seg mer mot forebygging direkte.



## 5.5 Konklusjon

Hensikten med denne oppgaven var å se nærmere på hvordan sykepleier kan forebygge underernæring hos eldre i sykehjem. Gjennom studiene dreide hovedfunnene seg om organisering og systematisering, sykepleiers ansvar og samhandling.

Organisering og systematisering av ernæringsarbeid i sykehjem hadde betydning for sykepleien som ble gitt. Både måltidsfrekvens og rutiner på sykehjem viser seg å ha betydning for pasientenes ernæringsstatus. Individuelt tilpasset ernæringsplan, unngåelse av lang nattefaste og mellommåltider kan være forebyggende tiltak sykepleier kan iverksette. Datainnsamling i form av screening og vektdokumentasjon hadde også betydning for det forebyggende arbeidet. Strukturert og rutinemessig oppfølging fra sykepleier kan virke forebyggende for dette.

Sykepleier har også et individuelt ansvar i ernæringsarbeidet. Det viser seg at det er vesentlig at sykepleier har tilstrekkelig ernæringskompetanse. Videre så vi at det kunne være betydningsfullt at sykepleiere øker brukermedvirkningen hos pasientene for økt matinntak. Tverrfaglig samarbeid var en faktor som påvirket underernæring i forebyggende form, ved en positiv retning.

Sykepleier kan jobbe forebyggende i møte med underernæring hos eldre i sykehjem på flere måter, og vi ser at dette har betydning for ivaretagelsen av pasientene. Likevel ser vi at det ikke er tilstrekkelig forskning rundt forebygging av underernæring. Samfunnet er preget av eldrebølge, og behovet for sykepleie vil øke. Vi anbefaler derfor videre forskning på forebygging av underernæring, da det belyser konsekvenser for sykepleie både i dag, men også fremtiden.

# Referanser

Aveyard, H. (2019). *Doing a literature review in health and social care: A practical guide* (4.utg.). Open University Press.

Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P-A. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Abstrakt forlag.

Direktoratet for høgare utdanning og kompetanse. (u.å). *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. Kanalregister.hkdir.no.

<https://kanalregister.hkdir.no/publiseringskanaler/Om>

Eide, HD., Aukner, C. og Iversen, PO. (2013). *Nutritional status and duration of overnight fast among elderly residents in municipal nursing homes i Oslo*. *Vård I Norden*. 105(33)

Engedal K. (2019, 11. mars). *Alderdom*. Store norske leksikon.

<https://sml.snl.no/alderdom>

Evans, D (2002). Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data. *The Australian Journal of Advanced Nursing*. 20 (2), s.22-25

Gjerlaug A.K., Harviken G., Uppsata S. & Bye A. (2016). Verktøy ved screening av risiko for underernæring hos eldre. *Sykepleien forskning*. 11(2), 148-156.

10.4220/Sykepleienf.2016.57692

Helsedirektoratet (2016). *Nasjonale faglige råd for ernæring, kosthold og måltider i helse- og omsorgstjenesten* [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 19. desember 2017, lest 22. mai 2023).

Tilgjengelig fra

<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/ernaering-kosthold-og-maltider-i-helse-og-omsorgstjenesten>

Helsedirektoratet (2016). *Kosthåndboken -veileder i ernæringsarbeid i helse -og omsorgstjenesten (IS -1972)*. Tilgjengelig fra

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kosthandboken>

Helsedirektoratet (2022). *Nasjonal faglig retningslinje for forebygging og behandling av underernæring* [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 14. mars 2022, hentet 04. mai 2023).

Tilgjengelig fra

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-og-behandling-av-underernaering>

Helsedirektoratet (2022). *Om underernæring* [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 14. mars 2022, hentet 04. mai 2023).

Tilgjengelig fra

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/underernaering/om-underernaering>

Henderson, V. (1997). *Basic Principles of Nursing Care*. United States of America: International Council of Nurses.

Kuven B.M & Giske T. (2017). Samhandling mellom sykepleier og lege er viktig for ernæringstilstanden til sykehjemspasienter. *Sykepleien forskning*. 1-18. DOI:

10.4220/Sykepleienf.2017.64510

Kirkevold, M., Brodtkord, K. & Hysten Ranhoff, A. (2016). *Geriatriske sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (2.utg). Gyldendal.

Kristoffersen, N., Nortvedt, F., Skaug, E-A. & Grimsbø, G. (2016). *Grunnleggende sykepleie; Bind 2* (3.utg). Gyldendal.

Kristoffersen, N., Nortvedt, F., Skaug, E-A. & Grimsbø, G. (2016). *Grunnleggende sykepleie; Bind 3* (3.utg). Gyldendal.

Norsk sykepleier forbund. (u.å). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet 26.mai 2023 fra <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

Pezzana A., Cereda E., Avagnina P., Malfi G., Paiola E., Frighi Z., Capizzi I., Sgnaolin E. & Amerio M.L. (2015). Nutritional care needs in elderly residents of long-term care institutions: potential implications for policies. *J Nutr Health Aging*. 19(9). 947-954. Doi: 10.1007/s12603-015-0537-5.

Regjeringen.no (2022) *Etikk i forskningen*. Hentet 04.mai 2023 fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/forskning/innsiktsartikler/etikk-i-forskningen/id2000710/>

Sjögren Forss K., Nilsson J. & Borglin G. (2018). Registered nurses` and older people`s experiences of participation in nutritional care in nursing homes: a descriptive qualitative study. *BMC Nursing*. 17(19). 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12912-018-0289-8>

Sortland K., Gjerlaug A.K & Harviken G. (2013). Vektdokumentasjon, kroppsmasseindeks, måltidsfrekvens og nattefaste blant eldre sykehjemsbeboere –en pilotstudie. *Nordic Journal of Nursing Research*, 33(1) 41-45. doi: <https://doi.org/10.1177/010740831303300109>

Stubberud, D-G., Grønseth, R. & Almås, H. (2016). *Klinisk sykepleie 2* (5.utg). Gyldendal.

Van den Berg G.H., Huisman-de Waal G.G.J., Vermeulen H. & de van der Schueren M.A.E. (2021). Effects of nursing nutrition interventions on outcomes in malnourished hospital inpatients and nursing home residents: A systematic review. *International of Nursing Studies*.1-15. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103888>

