

Kandidatnummer: 10167, Kaia Melhus
Kandidatnummer: 10075, Maria Bergliot
Vennesland Messelt

Hvordan kan sykepleiere forebygge underernæring på sykehjem, med fokus på personsentrert omsorg?

Litteraturbachelor
Antall ord: 7371

Bacheloroppgave i Sykepleie
Juni 2023

Kandidatnummer: 10167, Kaia Melhus

Kandidatnummer: 10075, Maria Bergliot Vennesland
Messelt

Hvordan kan sykepleiere forebygge underernæring på sykehjem, med fokus på personsentrert omsorg?

Litteraturbachelor

Antall ord: 7371

Bacheloroppgave i Sykepleie
Juni 2023

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Bakgrunn: Risikoen for underernæring øker med alderen. Med en økende andel eldre i samfunnet, er det derfor nødvendig å ta tak i underernæring som et alvorlig helseproblem. Aktuelle tiltak og tilnærminger må implementeres for å forebygge underernæring på sykehjem, og her spiller sykepleiere en viktig rolle. I arbeidet med forebygging kan sykepleierne benytte en personsentrert tilnærming.

Hensikt: Belyse hvordan sykepleiere kan arbeide forebyggende mot underernæring på sykehjem, med fokus på personsentrert omsorg.

Metode: En systematisk litteraturstudie basert på åtte ulike forskningsartikler. Litteratursøket ble gjennomført i april 2023. Annen relevant litteratur og egne erfaringer fra praksis ble benyttet i oppgaven.

Resultat: Tre temaer ble identifisert: økt kunnskap om ernæring, fokus på individuelle preferanser og tilretteleggelse av et sosialt spisemiljø. Det ble avdekket en begrenset ernæringskompetanse og paternalistiske holdninger hos sykepleiere, noe som kan påvirke ernæringsomsorgen. Implementering av personsentrert omsorg og individuelt tilpassede intervensjoner kan resultere i økt matinntak. Likedan kan intervensjoner som legger til rette for et godt sosialt måltidsfellesskap øke matinntaket.

Konklusjon: Studien viser at sykepleiere kan forebygge underernæring på sykehjem ved å implementere personsentrerte intervensjoner. For å oppnå dette er det behov for økt ernæringskompetanse blant sykepleiere, involvering av beboeres preferanser i beslutning om mat og meny, samt tilretteleggelse av et godt sosialt spisemiljø ved å oppmuntre til samspising og inkludere familie og frivillige. Ytterligere ressurser og forskning er nødvendig for å oppnå optimal personsentrert ernæringsomsorg.

Nøkkelord: Sykepleie, forebygge, underernæring, sykehjem, eldre, personsentrert omsorg

Abstract

Background: The risk of undernutrition increases with age. With an increasing percentage of elderly, it is necessary to address undernourishment as a significant health issue. Appropriate interventions and approaches need to be implemented to prevent undernutrition in nursing homes, where nurses play a crucial role. Nurses can use a person-centered approach to prevent undernutrition.

Aim: The aim of this study is to investigate how nurses can prevent undernutrition in nursing homes, with a focus on person-centered care.

Method: A systematic literature study based on eight different research articles. The literature search was conducted in April 2023. Additional literature and personal experiences from nursing education were included in the study.

Results: Three themes were identified: increased nutritional knowledge, focus on individual preferences and creation of a social dining environment. It was revealed that nurses have a limited nutritional knowledge and paternalistic attitude, which can affect nutritional care. To implement person-centered care and interventions based on individual preferences can result in increased food intake. Similarly, interventions that create a social eating environment can also increase food intake.

Conclusion: This study demonstrates that nurses can prevent undernutrition in nursing homes by implementing person-centered interventions. To achieve this, there is a need for increased nutritional knowledge among nurses, and involvement of residents' preferences in decisions about food and menus. Creation of a supportive social dining environment by promoting communal dining and involving family and volunteers will also assist in this goal. More resources and research are necessary to achieve optimal person-centered nutritional care.

Keyword: nurse, prevent, undernutrition, nursing home, elderly, person-centered care

Innhold

1.	Introduksjon.....	7
1.1.	Aktualitet	7
1.2.	Teorier og begreper.....	8
1.2.1.	Underernæring	8
1.2.2.	Den eldre sykehjemsbeboer	8
1.2.3.	Sykepleieteorier	9
1.2.3.1.	Kari Martinsens omsorgsteori.....	9
1.2.3.2.	Sykepleiers forebyggende funksjon	9
1.2.3.3.	Personsentrert omsorg	10
1.2.4.	Retningslinjer og lovverk.....	11
1.2.4.1.	Relevante lover.....	11
1.2.4.2.	St. melding 15: lev hele livet- en kvalitetsreform for eldre	11
1.2.4.3.	Nasjonal strategi- god og riktig mat hele livet.....	11
1.3.	Hensik og problemstilling	12
2.	Metode	13
2.1.	Beskrivelse av metode	13
2.2.	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	13
2.3.	Søkestrategi og søkehistorikk	14
2.4.	Vurdering av utvalgte artikler	18
2.5.	Analyse av utvalgte artikler	18
3.	Resultater	20
3.1.	Artikkelmatrise	20
3.2.	Tematisk fremstilling av resultater.....	27
3.2.1.	Sykepleierens kompetanse og holdninger	28
3.2.2.	Individuell tilnærming	28
3.2.3.	Sosiale intervensjoner	29
4.	Diskusjon	30
4.1.	Resultatdiskusjon	30
4.1.1.	Sykepleier bør øke sin kompetanse om ernæring	30
4.1.2.	Sykepleier bør ha fokus på sykehjemsbeboerens individuelle preferanser ..	32
4.1.3.	Sykepleier bør tilrettelegge for et godt sosialt spisemiljø	33
4.2.	Metodisk vurdering	35
4.3.	Konklusjon	36
	Referanser.....	37

Tabeller og figurer

Figur 1.2.1.1. Faktorer som påvirker matinntaket	8
Tabell 2.2.1. Inklusjons- og eksklusjonskriterier	13
Tabell 2.3.1. Konsepttabell	14
Tabell 2.3.2. Søkehistorikk	15-18
Tabell 2.5.1. Evans prosess for syntetisering.....	18
Tabell 2.5.2. Hovedtema i artiklene	19
Tabell 3.1.1. Artikkelmatrikse	20-27
Figur 3.2.1. Tematisk fremstilling av resultater	27

1. Introduksjon

Helsetjenesten i Norge er stadig i endring, og fremtidens helsetjeneste vil bli preget av en økt andel eldre. Fra 2017 til 2040 er det estimert en økning av eldre over 67 år fra 790 000 til 1,28 millioner (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021, s.11). Høyere andel eldre samtidig som et lavere antall yrkesaktive (Klp, 2022, s.13) kan by på problemer for fremtidens helsesektor. Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at rundt 38 000 bor på sykehjem i Norge, hvorav tre av fire er over 80 år (Hoen & Abrahamsen, 2023). Underernæring er et vanlig problem blant beboere på sykehjem. I nyhetene leser vi overskrifter som *"Bryter lover om ernæring på sykehjem"*, *"Nesten halvparten av beboere på sykehjem spiser for lite"* og *"En rystende erkjennelse om underernæring i sykehjem"*. Eldre får ikke den hjelpen de har krav på i ivaretagelsen av sitt grunnleggende behov for mat, ernæring og gode måltidssituasjoner (Meld. St. 15, (2017-2018), s. 103). I 2021 ble det gjennomført en kartlegging av sykehjemsbeboere som avslørte at 45,4% var i risiko for underernæring, og denne prosentandelen kunne være høyere grunnet underrapportering (Helsedirektoratet, 2022). Stortingsmelding 15 ((2017-2018), s.103) trekker frem fire hovedutfordringer knyttet til mat og eldre på sykehjem: Flere med underernæring, manglende systematisk ernæringsoppfølging, manglende individuell tilpasning og mangel på kunnskap og kompetanse.

Måltid dekker ikke bare et fysiologisk behov, men er også viktig for sosiale og kulturelle behov (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021, s. 32). Mat har dermed betydning for den psykososiale helsen og livskvalitet (Hanssen, 2016, s. 46). For mange sykehjemsbeboere skaper måltid en struktur på dagen og er en sosial arena der relasjoner dannes. Denne oppgaven vil diskutere hvordan sykepleiere kan forebygge underernæring på sykehjem. Vi vil først presentere relevant teori, deretter en grundig beskrivelse av metode, etterfulgt av resultater i en artikkelmatrise og sammenfattet i tekst. Videre drøftes resultatene i en diskusjonsdel før funnene avslutningsvis oppsummeres i en konklusjon.

1.1. Aktualitet

Som fremtidige sykepleiere ser vi behovet for å ha kunnskap om eldre og ernæring, da risikoen for underernæring øker med alderen og andelen eldre i samfunnet stiger. (Helsedirektoratet, 2022). Å legge til rette for at eldre kan opprettholde god helse, blir stadig viktigere med en økende belastning på helsevesenet. For sykepleiere kan tilstrekkelig med kunnskap være avgjørende for å implementere forebyggende tiltak mot underernæring. Helsedirektoratet (2022) understreker betydningen av forebyggende intervensjoner, da disse ofte er mindre ressurskrevende, og dermed kan bidra til å takle fremtidige utfordringer i helsetjenesten.

Gjennom praksisperioder i sykepleierutdanningen har vi fått større innsikt i den komplekse problematikken knyttet til ernæring hos eldre, spesielt på sykehjem. Vi observerte ulike tilnærminger til ernæring og bemerket at det var lite fokus på personsentrerte tiltak under måltidene. Personsentrert omsorg vektlegger den enkeltes særegne og individuelle behov (Thorsen, 2016, s.69). Etter hvert som vi har blitt kjent med den eldre pasienten i ulike deler av helsetjenesten, har vår interesse for ernæring og eldre økt. I tillegg har undervisning om ernæring på sykepleiestudiet stimulert vår

interesse, ettersom vi har opplevd at teorien som læres ikke alltid blir implementert i praksis. Brodtkorb (2016, s.306) påpeker et kjent gap mellom juridiske og faglige krav og hvordan ernærings situasjonen til beboere følges opp i praksis. Med denne oppgaven ønsker vi å oppnå ytterligere kunnskap om ernæring og eldre, for videre å anvende kompetansen i vår fremtidige yrkesutøvelse som sykepleiere.

1.2. Teorier og begreper

1.2.1. Underernæring

Underernæring kan defineres som "en tilstand der mangel på energi eller protein gir vekttap og redusert muskelmasse som fører til forverret fysisk eller mental funksjon og til dårligere utfall ved sykdom" (Helsedirektoratet, 2022). Brodtkorb (2016, s.306-308) definerer underernæring som en tilstand der næringsinntaket er lavere enn ernæringsbehovet. Risikofaktorer for underernæring inkluderer redusert lukt- og smakssanser, ensomhet og demens (Brodtkorb, 2016, s. 308). Dette er vanlige fysiologiske konsekvenser av aldring, og dermed relevant for sykehjemsbeboere.

Underernæring kan oppstå enten fordi ernæringsbehovet øker, eller fordi inntaket av næringsstoffer reduseres. Helsedirektoratet (2022) beskriver flere faktorer som kan påvirke matinntaket: funksjonsnivå (munn- og tannstatus og generell fysisk- og muskelfunksjon), medisinske faktorer (allmenntilstand, depresjon og angst), kulturelle og psykososiale faktorer (erfaring med måltider, vaner, preferanser, sorg og ensomhet), miljøfaktorer (spiseplass, rutiner og spisehjelp) og maten som tilbys (utseende, lukt og smak).

Forebygging av underernæring er en viktig oppgave for sykepleiere, ettersom underernæring har flere negative konsekvenser. Personer som lider av underernæring har økt risiko for sykdom, komplikasjoner, redusert levetid og livskvalitet. Underernæring kan også forverre både den fysiske og kognitive funksjonen (Helsedirektoratet, 2022). God ernæring bidrar til god helse, økt livskvalitet og beskytter kroppen mot sykdom og skade (Brodtkorb, 2016, s. 301).

1.2.2. Den eldre sykehjemsbeboer

"De fleste eldre er friske, men de fleste syke er eldre" (Meld. St. 29 (2012-2013), s. 40). Det er ingen entydig definisjon av "eldre", men i denne oppgaven støtter vi oss til Romøren (2016, s. 29) sin definisjon av eldre som personer over 67 år. Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at de fleste sykehjemsbeboere på langtidsopphold er over 80 år (Hoen & Abrahamsen, 2023), og Romøren sin definisjon vil dermed inkludere majoriteten av sykehjemsbeboere.

Aldersrelaterte forandringer påvirker hverdagen til den eldre. Aldring kan deles inn i tre deler: den biologiske, psykologiske og den sosiale aldringen (Romøren, 2016, s.32). Den psykologiske aldringen innebærer endret evne til læring og hukommelse. Den sosiale

Figur 1.2.1.1. Faktorer som påvirker matinntaket (Helsedirektoratet, 2022)



aldringen omfatter endring i roller, eksempelvis vil den sosiale rollen endres når eldre personer flytter til et sykehjem (Romøren, 2016, s.32). Når mennesker blir eldre oppstår det flere biologiske forandringer i kroppen (Brodtkorb, 2016, s. 301). Flere av de biologiske endringene kan påvirke den eldres lyst og evne til å opprettholde et godt kosthold. Eksempler på dette kan være at smaksfølelsen svekkes, tennene eldres, spyttproduksjonen reduseres, hukommelsen blir dårligere, motorikken blir langsommere, hørselen svekkes, muskelmassen og grepsstyrken i hendene reduseres og hosterefleksjonen reduseres (Mensen, 2016, s.53-55).

Sykehjem er ikke den helsetjenesten med flest brukere, men disse brukerne har størst behov for tjenester (Hoen & Abrahamsen, 2023). Beboere på sykehjem er ofte de mest pleietrengende personene. Sykehjemsbeboere er ikke i stand til å fortsette å bo hjemme, og trenger bistand til å få dekket grunnleggende behov. Bistandsbehov kan deles inn i tre nivåer: (1) noe/avgrenset, (2) middels til stort, (3) omfattende (Hoen & Abrahamsen, 2023). De siste årene har sykehjemsbeboere fått et stadig større bistandsbehov, og tall fra Statistisk sentralbyrå viser at i 2022 hadde 86 prosent av sykehjemsbeboere et omfattende bistandsbehov (Hoen & Abrahamsen, 2023).

1.2.3. Sykepleieteorier

1.2.3.1. Kari Martinsens omsorgsteori

Kari Martinsens omsorgsteori vektlegger omsorg som en relasjon mellom to individer der fellesskap, solidaritet og gjensidighet danner grunnlaget for relasjonen (Austgard, 2010, s. 77). Omsorgsteorien fokuserer på sykepleierens rolle som omsorgsperson og betydningen av å ha en helhetlig tilnærming til pasienten, der pasientens totale situasjon blir vektlagt (Austgard, 2010, s. 77). Videre vektlegger omsorgsteorien at sykepleiere skal basere omsorgen med hensyn til pasientens individuelle behov og unike livssituasjon (Austgard, 2010, s. 90).

Martinsen (sitert i Tveiten, 2020:56) presenterer også begrepet "svak paternalisme". "Svak paternalisme" beskriver situasjoner der helsepersonell besitter mer kunnskap enn pasienten, og derfor handler på vegne av pasienten. Paternalisme innebærer å bruke standardtiltak uavhengig av individuelle ønsker og behov (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021, s.15), noe som kan begrense valgmulighetene til pasienten. Paternalisme er et inngrep som potensielt kan undertrykke brukermedvirkning og autonomi (Kirkeveld, 2020, s. 41).

1.2.3.2. Sykepleiers forebyggende funksjon

Sykepleieprofesjonen omfatter en rekke ulike funksjoner og ansvarsområder. Sykepleierens funksjon kan deles inn i åtte kategorier, hvorav fem er rettet mot pasienter og pårørende: helsefremming, forebygging, behandling, lindring og rehabilitering (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s. 17). Forebygging kan deles inn i primær-, sekundær- og tertiærforebygging (Ranhoff, 2016, s. 162). Primærforebygging fokuserer på å hindre at sykdom oppstår, og rettes mot friske mennesker (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s. 18). Sekundærforebygging fokuserer på å identifisere helserisiko eller helsesvikt, og har til formål å forhindre utvikling av sykdom (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s. 18). Tertiærforebygging består av tiltak som skal hindre ytterligere

negative konsekvenser av eksisterende sykdom eller funksjonssvikt (Ranhoff, 2016, s. 168). Tertiærforebygging er spesielt relevant for eldre mennesker med kroniske sykdommer, der målet er å oppnå god livskvalitet til tross for sykdommen. Det er viktig å betrakte disse yrkesfunksjonene som en helhet og som en integrert praksis (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s. 27).

1.2.3.3. Personsentrert omsorg

Begrepet personsentrert omsorg er ikke entydig. Thorsen (2016, s.69) beskriver personsentrert omsorg som pleie der den enkeltes individuelle og særegne behov blir vektlagt. Kirkevold (2016, s.108) identifiserer fire prinsipper for personsentrert omsorg: (1) fokus på mennesket som en helhet og unikt individ, (2) fokus på hverdagsliv, (3) erkjennelse av at personen er ekspert på eget liv, og betydningen av deltagelse og myndighet, (4) evne til se personen fremfor sykdommen. Til tross for at personsentrert omsorg betraktes som et fundament i pleien, viser yrkesutøvelsen at omsorgen ofte rettes mot rutiner og standardisering (Thorsen, 2016, s. 69). Det finnes ulike modeller og tilnærminger til personsentrert omsorg (Kirkevold, 2016, s.108), hvor VIPS-modellen er en av dem.

VIPS-modellen er et rammeverk for utøvelse av personsentrert omsorg, utviklet av den engelske psykologen Dawn Brooker (Brooker, 2013, s.8-11). Personsentrert omsorg inneholder fire elementer (Brooker, 2013, s.9), og VIPS-modellen tar for seg disse elementene. **V** står for verdier, **I** står for individuelt tilrettelagte tjenester, **P** for pasientperspektiv og **S** for det sosiale miljøet (Brooker, 2013, s.9). Til de fire elementene er det laget hjelpespørsmål som beskriver hva elementene handler om i praksis (Røsvik & Mjørud, 2020, s.18).

Verdier handler om at alle mennesker er like mye verdt og at helsepersonell kontinuerlig skal utvikle seg faglig for å kunne utøve personsentrert omsorg (Brooker, 2013, s.20). Eksempelvis er hjelpespørsmål til dette elementet: Har arbeidsplassen en tydelig visjon rundt personsentrert omsorg? Legger ledelsen til rette for en arbeidsplass som støtter under utøvelse av personsentrert omsorg? (Røsvik & Mjørud, 2020, s. 22).

Individuelle tilpassede tjenester handler om omsorg tilpasset den enkelte. Her skal vaner, livshistorie og egne preferanser inkluderes i utformingen av omsorgstjenesten (Brooker, 2013, s.34). Eksempelvis er hjelpespørsmål til dette elementet: Hva misliker og liker personen, og tar helsepersonell hensyn til dette? Bruker vi kunnskap om personen sin livshistorie i utøvelsen av sykepleie? (Røsvik & Mjørud, 2020, s. 23).

Pasientperspektivet handler om at helsepersonell prøver å sette seg inn i hvordan verden oppleves for den enkelte (Brooker, 2013, s.48). Eksempelvis er hjelpespørsmål til dette elementet: Bli person spurt om hva han/hun ønsker og mener? Viser helsepersonell evne til å sette seg inn i personens opplevelse, og blir det tatt hensyn til dette i ytelsen av helsehjelp? (Røsvik & Mjørud, 2020, s. 23-24).

S-elementet handler om det sosiale miljøet. Ofte må helsepersonell bidra til å skape et sosialt og inkluderende fellesskap (Brooker, 2013, s.62-63). Eksempelvis er hjelpespørsmål til dette elementet: Bli det lagt til rette for samtale og fellesskap? Er det tilrettelagt for at personer fra det lokale miljøet kan komme på besøk? (Røsvik & Mjørud, 2020, s.24).

1.2.4. Retningslinjer og lovverk

1.2.4.1. Relevante lover

Helse- og omsorgstjenester skal være forsvarlige. Kravet til forsvarlighet er lovfestet i spesialisthelsetjenesteloven (1999, § 2-2), helsepersonelloven (1999, §4) og helse- og omsorgstjenesteloven (2011, § 4-1). I helsepersonelloven § 4 står det "Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen forøvrig." (Moen, 2019, s. 138).

I Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-1) tydeliggjøres brukerens rett til medvirkning i valg mellom tilgjengelige og forsvarlige helsetjenester. Her vektlegges brukerens meninger og behov ved utforming av tjenestetilbud (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1).

1.2.4.2. St. melding 15: lev hele livet- en kvalitetsreform for eldre

Reformen "lev hele livet" består av 25 konkrete strategier på områder hvor det ofte svikter i tilbudet til eldre. Et av områdene er "mat og måltider" (Meld. St. 15, (2017-2018), s. 103).

Kommunene bør tilby eldre brukere av helse- og omsorgstjenester næringsrik mat som både ser god ut, dufter godt og smaker godt, er tilpasset den enkeltes forutsetninger og behov og serveres i en hyggelig ramme. Det bør legges til rette for sosiale måltidsfellesskap for de som ønsker det. (Meld. St. 15, (2017-2018), s. 107).

I reformen blir det understreket at mange eldre mener at gode måltider er en av hverdagens viktigste begivenheter. Måltidsopplevelser for de eldre har de senere årene kommet på agendaen til flere politikere, men det er riktignok et stort avvik mellom anbefalt og utøvet praksis (Meld. St. 15, (2017-2018), s. 103).

1.2.4.3. Nasjonal strategi- god og riktig mat hele livet

Utgangspunktet for strategien "God og riktig mat hele livet" er St. melding 15, og en videreutvikling av innsatsområdet "Mat og måltid" (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021, s. 8). Målet for strategien er å skape gode måltidsopplevelser og redusere feil- og underernæring blant eldre på sykehjem. Fokuset skal ligge på hva som er viktig for den enkelte, og skape en personsentrert tilnærming for å kunne ivareta bredden av fysiologiske, psykologiske, sosiale, kulturelle og religiøse behov knyttet til måltider (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021, s. 7). Helse- og omsorgsdepartementet (2021, s.9) har utarbeidet konkrete og målrettede tiltak som skal bidra til å nå målene for strategien. To av innsatsområdene er "tilstrekkelig og riktig kompetanse" og "individuell tilpasset mat- og ernæringsoppfølging" (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021, s. 15). Strategien legger vekt på at eldre skal få bedre mat - og måltidsopplevelser gjennom større grad av medvirkning og valgfrihet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021, s. 7).

1.3. Hensik og problemstilling

Formålet med denne bacheloroppgaven er å undersøke hvordan sykepleiere kan jobbe forebyggende mot underernæring på sykehjem. Da andelen eldre i Norge øker, samtidig som alder i seg selv medfører økt risiko for underernæring, er dette et tema av betydelig interesse for oss som fremtidige sykepleiere. I oppgaven vil vi benytte tidligere forskning, annet relevant pensum og erfaringer fra praksis for å belyse problemstillingen. Problemstillingen er formulert slik:

Hvordan kan sykepleiere forebygge underernæring på sykehjem, med fokus på personsentrert omsorg?

Grunnet økende press i helsevesenet vil oppgaven legge vekt på forebyggende tiltak rettet mot intervensjoner som er mindre ressurskrevende. Det finnes ulike tilnærminger til personsentrert yrkesutøvelse, og i oppgaven vil vi benytte oss av VIPS-modellen.

2. Metode

2.1. Beskrivelse av metode

I denne oppgaven har vi brukt litteraturstudie som metode. Litteraturstudier analyserer et utvalg av studier innenfor et fagområde som er relevant for å svare på en problemstilling (Dalland, 2017, s. 207). Målet med søkeprosessen var å finne god fagforskning som kunne brukes til å undersøke problemstillingen vår. Vi gjennomførte et systematisk litteratursøk i fem ulike databaser, etterfulgt av en kritisk vurdering av relevant fagforskning. Litteratur ble valgt fra tre av de fem databasene, og søket vårt resulterte i åtte forskningsartikler. I dette kapitlet beskrives søkestrategien, søkehistorikken, inklusjons- og eksklusjonskriterier for utvelgelsen av forskningsartikler, en analysedel og en vurdering av forskningsartiklene.

2.2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Tabell 2.2.1. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

<u>Inklusjonskriterier</u>	<u>Eksklusjonskriterier</u>
Artikler med engelsk eller skandinavisk språk	Andre språk
Artikler publisert i 2013-2023	Artikler publisert for mer enn 10 år siden
Sykehjemsbeboere	Pasienter innlagt på sykehus, hjemmetjenesten, andre uten hjemmehjelp
Eldre	Under 67 år, beboere i palliativ fase
Underernæring grunnet et lavt matinntak	Andre grunner til underernæring
Fagfellevurderte artikler	
Artikler med IMRAD struktur	
Overførbare til norske forhold	
Sykepleietiltak	Tiltak som er utenfor sykepleierens profesjon

Vi benyttet inklusjons- og eksklusjonskriterier for å spesifisere innholdet vi ønsket i forskningsartiklene. Kriteriene ble valgt ut ifra oppgavens tematikk og problemstilling. Inklusjonskriteriene ble brukt for å sikre at artiklene vi valgte var relevante for problemstillingen. Artiklene skulle være publisert i løpet av de siste ti siste årene for å sikre oppdatert forskning. Det var også viktig at funnene fra artiklene kunne overføres til norske forhold, for å sikre relevans til problemstillingen.

Eksklusjonskriteriene ble brukt for å ekskludere artikler som ikke var relevante for problemstillingen. Som nevnt i teoridelen finnes det flere årsaker til underernæring, og vi valgte å fokusere på underernæring grunnet lite inntak av mat. Artikler som omhandlet underernæring grunnet andre årsaker, for eksempel sykdom, ble ekskludert. I henhold til nasjonale retningslinjer skal ikke helsepersonell forebygge og behandle underernæring hos personer i livets slutfase, men det skal vurderes ut fra beboernes egne ønsker (Helsedirektoratet, 2022). Derfor ekskluderte vi sykehjemsbeboere i palliativ fase i oppgaven.

2.3. Søkestrategi og søkehistorikk

Vi utførte litteratursøket i databasene Cinahl, MedLine og Oria. Både Cinahl og Medline er anerkjente forskningsdatabaser innen helse, mens Oria er søkeportalen til fagbiblioteket på NTNU. Selv om søkeprosessen var krevende og til tider frustrerende, ga den en grundig og oversiktlig tilnærming som bidro til å styrke validiteten og relevansen til de valgte forskningsartiklene.

For å strukturere og definere søkeord benyttet vi oss av en konsepttabell. I arbeidet med konsepttabellen skrev vi ned problemstillingen og fremhevet sentrale konsept. Da konseptene var identifisert, benyttet vi oss av MeSH. MeSH er utviklet for å oversette medisinske og helsefaglige ord fra norsk til engelsk (Helsebiblioteket, 2016). Ved å bruke MeSH sikret vi en standardisert terminologi, og bedre presisjon i søket etter relevant litteratur. Konseptordene er presentert i tabellen under.

Tabell 2.3.1. Konsepttabell

	Konsept 1	Konsept 2	Konsept 3
Norsk	Sykepleier	Underernæring	Sykehjem
Engelsk	nurse* nursing	undernourishment* undernutrition* malnutrition	"nursing home*" "long term care*"

Søkeordene ble kombinert med bruk av OR og AND for å avansere søket ytterligere. Søkeprosessen startet med et bredt søk for å utforske temaet eldre og underernæring. Deretter spesifiserte vi søket ved å inkludere søkeord knyttet til måltidsmiljø, noe som resulterte i 28 artikler i databasene Cinahl og Medline. Etter veiledning ble vi oppfordret til å utvide søket, og vi utviklet en ny konsepttabell (tabell 2.3.1).

Vi endret søket til: nurse* OR nursing AND "nursing home*" OR "long term care*" AND malnutrition OR undernutrition* OR undernourishment. Asterisk (*) ble brukt for å inkludere forskjellige endelser på søkeordene. Søket resulterte i 968 artikler i Cinahl og Medline.

For å sortere søkeresultatene, leste vi gjennom overskriftene på alle artiklene og ekskluderte de som var irrelevante for problemstillingen vår. Dette resulterte i 53 artikler, hvorav vi hadde tilgang på 38. Vi leste gjennom de resterende artiklene, og valgte ut syv artikler basert på inklusjons- og eksklusjonskriterier samt relevans til problemstillingen.

For å øke antallet forskningsartikler inkluderte vi databasen Oria. Søkefunksjonen er noe annerledes enn på Cinahl og Medline. Vi benyttet kun tre søkeord, noe som resulterte i 314 artikler, hvorav kun 50 var aktuelle for oss. Vi hadde tilgang på 23, og bestemte oss for kun å bruke en artikkel. Søkehistorikken som førte til valgte forskningsartikler, er presentert i tabell 2.3.2 tabell over søkehistorikk.

Tabell 2.3.2. Søkehistorikk

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
Medline	18.04.23	S1.	nurse*		495,910	
		S2.	nursing		1,012,667	
		S3.	"nursing home*"		67,724	
		S4.	"long term care*"		58,782	
		S5.	undernutrition*		24,337	
		S6.	malnutrition		60,161	
		S7.	undernourishment		647	
		S8.	S1 OR S2		1,149,998	
		S10.	S3 OR S4		115,123	
		S11.	S5 OR S6 OR S7		68,215	
		S12.	S8 AND S10 AND S11	Fagfellevurdert (Peer Reviewed)	1,001	
		S13.	S8 AND S10 AND S11	Publiseringsår (2013-2023)	542	
		S14.	S8 AND S10 AND S11	Språk: dansk, svensk, norsk eller engelsk	492	1 (E)
		Cinahl	18.04.23	S1.	nurse*	

		S2	nursing		760,661	
		S3	"nursing home*"		49,566	
		S4	"long term care*"		37,793	
		S5	undernutrition		10,523	
		S6	malnutrition*		21,239	
		S7	undernourishment		241	
		S8	S1 OR S2		988,225	
		S9	S3 OR S4		75,020	
		S10	S5 OR S6 OR S7		23,686	
		S11	S8 AND S9 AND S10		734	
		S12	S8 AND S9 AND S10	Fagfelleudert (Peer Reviewed)	692	
		S12	S8 AND S9 AND S10	Publiseringsår (2013-2023)	420	
		S13	S8 AND S9 AND S10	Språk: dansk, svensk, norsk eller engelsk	400	6 (A,B,C, D,F,G)
Oria		S1	nursing			
		S2	nursing homes			
		S3	malnutrition			

		S4	S1 AND S2 AND S3	Fagfelleudert (Peer Reviewed)	1682	
		S5	S1 AND S2 AND S3	Publiseringsår (2013-2023)	886	
		S6	S1 AND S2 AND S3	Språk: dansk, svensk, norsk eller engelsk	314	1(H)

Inkluderte artikler:

- A. Forss, S. 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(1), 19. <https://doi.org/10.1186/s12912-018-0289-8>
- B. Kuven, B. M. & Giske, T. (2015). Når mor ikke vil spise - Etske dilemmaer i møte med underernærte mennesker med demens i sykehjem: When mother will not eat - Ethical dilemma experienced by nurses when encountering malnourished patients. *Nordic Journal of Nursing Research*, 35 (2), 98-104. <https://doi.org/10.1177/0107408315578593>
- C. Watkins, R., Goodwin, V. A., Abbott, R. A., Hall, A., & Tarrant, M. (2017). Exploring residents' experiences of mealtimes in care homes: A qualitative interview study. *BMC Geriatrics*, 17(1), 141. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0540-2>
- D. Wu, A. S., Morrison- Koechl, J., Slaughter, S. E., Middleton, L. E., Carrier, N., McAiney, C., Lengyel, C. & Keller, H. (2020). Family member eating assistance and food intake in long term care: A secondary data analysis of the M3 study. *WILEY- Leading Global Nursing Research*, 76(11), 2933-2944. <https://doi.org/10.1111/jan.14480>
- E. Slaughter, S.E., Morrison-Koechl, J.M, Chaudhury, H., Lengyel, C.O., Carrier, N. & Keller, H.H. (2020). The association of eating challenges with energy intake is moderated by the mealtime environment in residential care homes. *International Psychogeriatrics*, 32(7), 863-873. <https://doi.org/10.1017/S1041610219001959>
- F. Philpin, S., Merrell, J., Warring, J., Hobby, D & Gregory, V. (2014). Memories, identity and homeliness: the social construction of mealtimes in residential care homes in South Wales. *Aging & Society*, 34(5), 753-789. <https://doi.org/10.1017/S0144686X12001274>
- G. Burdick, R., Lin, T. & Shune, S. E. (2021). Visual Modeling: A Socialization-Based Intervention to Improve Nutritional Intake Among Nursing Home Residents. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 30(5), 2202-2213. https://doi.org/10.1044/2021_AJSLP-21-00097

- H. Beattie, E., O`Reilly, M., Strange, E., Franklin, S., Isenring, E. (2012). How much do residential aged care staff members know about the nutritional needs of residents? *International Journal of Older People Nursing*, 9(1), 54-64. <http://doi.org/10.1111/opn.12016>

2.4. Vurdering av utvalgte artikler

Samtlige av artiklene som ble inkludert i oppgaven var fagfellevurdert, noe som indikerer at forskningen er kvalitetssikret (Svartdal, 2021). Videre ble alle artiklene vurdert i henhold til de definerte inklusjons- og eksklusjonskriterier presentert i delkapittel 2.2. Av de valgte artiklene hadde fire et kvalitativt design. For å vurdere de kvalitative artiklene, benyttet vi "sjekklister for kvalitativ studie" (Helsebiblioteket, 2021). Sjekklisten er basert på kriterier fra *Critical Appraisal Skills Programme - CASP* (2018) og består av 10 spørsmål som fungerer som et vurderingsverktøy for vitenskapelige artikler. Disse kriteriene omhandler blant annet artikkelens formål, hensiktsmessig bruk av metode, og kvalitet og relevans av funn (Helsebiblioteket, 2021). For artiklene med tverrsnittstudier og kvantitative metode benyttet vi egnet sjekklister fra CASP. Vurdering av artiklene resulterte i åtte relevante artikler, som videre ble brukt til å utforske problemstillingen.

2.5. Analyse av utvalgte artikler

Analyse av artiklene som blir brukt i denne oppgaven er beskrevet etter Evans (2002) sin prosess for syntetisering. I tabellen under presenteres de fire stegene i prosessen.

Tabell 2.5.1. Evans prosess for syntetisering

Steg	Beskrivelse
1. steg	Første steg handler om å samle aktuell data (Evans, 2002). I denne delen av prosessen gjennomførte vi den systematiske søkeprosessen beskrevet i 2.1 (inklusions- og eksklusjonskriterier), 2.2 (konsepttabell) og 2.3 (søkehistorikk).
2. steg	Andre steg omhandler en grundig analyse av artiklene for å identifisere de viktigste funnene. I denne delen av prosessen leste vi artiklene flere ganger for å gjenkjenne og notere viktige utsagn og observasjoner. Disse resultatene brytes ned til nøkkelfunn (Evans 2002).
3. steg	I tredje steg sammenlignes nøkkelfunnene i artiklene ved å se på likheter og ulikheter ved studiene. Deretter sammenfattet vi funnene til hovedtemaer for videre drøfting. Vi fant tre hovedtemaer i artiklene, og disse er presentert i tabell 2.5 (Hovedtema i artiklene).
4. steg	Det siste steget handler om å beskrive fenomenet og lage en syntese (Evans, 2002). Dette inkluderer å gi en nærmere beskrivelse av fenomenene som er sammenfattet i steg tre (Evans, 2002). I denne delen av prosessen utførte vi en sammenfattelse av resultater fra artiklene. Disse er presentert i hovedkapittel tre.

Tabell 2.5.2. Hovedtema i artiklene

Hovedfunn	Hvilke artikler inneholder hovedfunnet?
Kompetanse/holdninger hos sykepleiere	A,B,C, F, H
Sosiale intervensjoner	C, D, E, F, G, H
Individuelle behov og pasientperspektiv	A, C, D, E, F,

3. Resultater

3.1. Artikkelmatrikse

Tabell 3.1.1. Artikkelmatrikse

Artikkel A	
Referanse	Forss, S. 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. <i>BMC Nursing</i> , 17(1), 19. https://doi.org/10.1186/s12912-018-0289-8
Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	Formålet med studien var å utforske hvordan ernæringsomsorgen oppleves av sykehjemsbeboere, med fokus på brukermedvirkning. Studien inkluderte både sykepleierne og beboernes perspektiv og opplevelser.
Metode	En kvalitativ studie fra Sverige. Studien inkluderte åtte sykepleiere og fire sykehjemsbeboere fra fire ulike sykehjem. Gjennomsnittsalderen på beboerne var 85,7 år, og ingen hadde betydelig grad av kognitiv svikt.
Resultat	Det ble presentert tre funn i studien, hvor de to første hadde et sykepleierperspektiv og det siste et beboerperspektiv: (1) Sykepleieres involvering av sykehjemsbeboere i ernæringsomsorg er lav og ernæringsintervensjoner blir påvirket av paternalistiske holdninger. (2) Ernæringsomsorgen påvirkes av utilstrekkelig kompetanse. (3) God ernæringspraksis bør tilpasses individuelle preferanser
Kommentar og relevans for problemstilling	Studien er relevant for problemstillingen vår da den tar for seg personsentrert ernæringsomsorg med fokus på sykehjemsbeboeres brukermedvirkning . I tillegg belyses utfordringer knyttet til individualisert omsorg som for eksempel paternalisme, ressursmangler og sykepleiers kompetanse. Funn fra studien viser både sykepleierperspektiv og sykehjemsbeboernes opplevelser. I likhet med norske forhold er sykepleierutdannelsen i Sverige en treårig bachelor, og de fleste sykehjem er statlig eid. Med bakgrunn i dette, konkluderer vi med at funn fra studien kan overføres til norske sykehjem.

Artikkel B	
Referanse	Kuven, B. M. & Giske, T. (2015). Når mor ikke vil spise - Ethiske dilemmaer i møte med underernærte mennesker med demens i sykehjem: When mother will not eat - Ethical dilemma experienced by nurses when encountering malnourished patients. <i>Nordic Journal of Nursing Research</i> , 35 (2), 98-104. https://doi.org/10.1177/0107408315578593
Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	Studien undersøkte sykepleierens opplevelse i møte med underernærte sykehjemsbeboere med demens. Hensikten var å utforske hvilke etiske dilemmaer sykepleieren kan oppleve i møte med disse beboerne.
Metode	En kvalitativ studie fra Norge. Studien benyttet seg av gruppeintervju med 15 sykepleiere fra seks ulike sykehjem.
Resultat	Resultatet av studien ble oppsummert i fem etiske dilemmaer sykepleierne ofte opplevde i møte med underernærte sykehjemsbeboere: <ol style="list-style-type: none"> 1. Dårlig samvittighet 2. Hensyn til pasient eller pårørende? 3. Faglig skjønn eller nasjonale retningslinjer? 4. Travle tider gir vekttap for pasientene 5. Refleksjon i fellesskap eller faglig usikkerhet?
Kommentar og relevans for problemstilling	Studien er relevant for problemstillingen vår da den belyser faktorer som begrenser sykepleiere i utøvelsen av personsentrert ernæringsomsorg. Videre viser funn fra studien hvordan ressursmangel kan være en barriere for ytelsen av individualisert omsorg og brukermedvirkning. Studien har et tydelig sykepleie fokus, noe som er relevant for oppgaven vår.

Artikkel C	
Referanse	Watkins, R., Goodwin, V. A., Abbott, R. A., Hall, A., & Tarrant, M. (2017). Exploring residents' experiences of mealtimes in care homes: A qualitative interview study. <i>BMC Geriatrics</i> , 17(1), 141. https://doi.org/10.1186/s12877-017-0540-2

Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	Hensikten med studien var å undersøke sykehjemsbeboeres opplevelser av omsorgen som blir gitt, med fokus på måltidssituasjonen.
Metode	Kvalitativ undersøkelse med intervju av 11 sykehjemsbeboere fra fire ulike sykehjem i sørvest England. Intervjuene ble supplert med observasjoner av måltidssituasjoner.
Resultat	Måltidssituasjonen ble belyst som viktig for beboeres opplevelse av pleie og omsorg på sykehjem. Tre temaer knyttet til beboeres opplevelse av måltidssituasjon ble identifisert: (1) Sosiale relasjoner til andre beboere kan påvirke måltidsopplevelsen. Resultater fra studien viste at gode sosiale intervensjoner kan føre til økt matinntak. (2) Individuelle tilpasninger ble fremhevet som viktig for god ernæringsomsorg, men mangel på ressurser kan medføre at sykepleiere nedprioriterer personsentrerte intervensjoner. (3) Rutine og familiære omgivelser ga struktur på hverdagen og gode rammer for å etablere relasjoner med andre beboere.
Kommentar og relevans for problemstilling	Studien beskriver betydningen av intervensjoner basert på individuelle preferanser i ernæringsomsorg, noe som er relevant for problemstillingen vår. For å utøve individualisert omsorg, noe som er essensielt i personsentrert omsorg, er kunnskap om beboernes opplevelser viktig. Videre er studien relevant for vår problemstilling da den viser sammenheng mellom et sosialt måltidsfellesskap og matinntak. Studien er fra et privat sykehjem i England, noe som gjør at funnene må sees i lys av norske forhold.

Artikkel D	
Referanse	Wu, A. S., Morrison- Koechl, J., Slaughter, S. E., Middleton, L. E., Carrier, N., McAiney, C., Lengyel, C. & Keller, H. (2020). Family member eating assistance and food intake in long term care: A secondary data analysis of the M3 study. <i>WILEY-Leading Global Nursing Research</i> , 76(11), 2933–2944. https://doi.org/10.1111/jan.14480
Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	Hensikten med studien var å kartlegge om energiinntaket endres dersom familiemedlemmer bidrar i ernæringsomsorgen.

Metode	Studien benyttet seg av en kvantitativ metode, hvor data ble samlet inn mellom oktober 2014 og januar 2016 fra 32 ulike sykehjem i Canada. Beboerne var ≥ 65 år, medisinsk stabile og hadde et oralt matinntak. I tillegg var studien en sekundær analyse av M3 (Making the Most of Mealtimes), så funn fra M3 ble benyttet i studien. M3 var en stor studie som fokuserte på hvordan tilgang på mat, matkvalitet og måltidsopplevelser påvirker næringsinntaket til beboere på sykehjem.
Resultat	Da familiemedlemmer bidro i ernæringsomsorgen, ble det observert en betydelig forbedring av matinntak hos beboerne. Når familiemedlemmet bidro i måltidet, konsumerte pasienten i snitt 50 kcal mer hver dag, og i løpet av et år kan dette resultere i en vekttoppgang på 2 kg.
Kommentar og relevans for problemstilling	Denne studien er relevant da den belyser hvordan involvering av familie i ernæringsomsorgen kan fremme personsentrert omsorg. Familien bidro til økt etterlevelse av individuelle preferanser. Sykepleiefunksjonen rettes mot kunnskap og informasjonsformidling om positive effekter av å involvere familien i ernæringsomsorgen. Studien er relevant til problemstillingen da involvering av familie førte til økt matinntak, og sykepleiere kan bruke denne kunnskapen til å jobbe forebyggende mot underernæring.

Artikkel E	
Referanse	Slaughter, S.E., Morrison-Koechl, J.M, Chaudhury, H., Lengyel, C.O., Carrier, N. & Keller, H.H. (2020). The association of eating challenges with energy intake is moderated by the mealtime environment in residential care homes. <i>International Psychogeriatrics</i> , 32(7), 863–873. https://doi.org/10.1017/S1041610219001959
Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	Hensikten med studien var å skape en større forståelse av hvordan måltidssituasjon, både på demensavdeling og en generell avdeling, har sammenheng med beboeres spiseutfordringer og energiinntak. Studien beskrev tre forskningsspørsmål: (1) Hva er sammenhengen mellom spiseutfordringer og egenskapene til beboer på demensavdeling og en generell avdeling?

	<p>(2) Hvordan er måltidsmiljøet på en demensavdeling sammenliknet med en generell avdeling?</p> <p>(3) Hva er effekten av tiltak rettet mot måltidsmiljøet?</p>
Metode	<p>Artikkelen var en tverrsnittstudie av 32 ulike omsorgsboliger i Canada. Deltakerne i studien (n=624, 197 menn og 427 kvinner) hadde en gjennomsnittsalder på 86,7 år, hadde bodd der ≥ 1 måned og hadde et oralt matinntak. Studien inkluderte beboere på generelle avdelinger (n=444) og egne demensavdelinger (n=180).</p>
Resultat	<p>Funn fra studien viste at miljøet rundt måltidet påvirket energiinntak til beboerne på en generell avdeling, mens effekten var mindre for beboere på en demensavdeling. Beboere med spiseutfordringer hadde et lavere energiinntak. Sosiale og personsentrerte tiltak reduserte den negative effekten av spiseutfordringer, noe som resulterte i økt energiinntak.</p>
Kommentar og relevans for problemstilling	<p>Artikkelen er relevant for problemstillingen da den inneholder sosiale og personsentrerte ernæringsintervensjoner. Funn fra studien viser at personsentrert omsorg og et godt sosialt måltidsfellesskap kan øke energiinntaket, noe som er relevant for oppgaven vår da den har fokus på forebygging og personsentrert omsorg.</p>

<u>Artikkel F</u>	
Referanse	<p>Philpin, S., Merrell, J., Warring, J., Hobby, D & Gregory, V. (2014). Memories, identity and homeliness: the social construction of mealtimes in residential care homes in South Wales. <i>Aging & Society</i>, 34(5), 753-789. https://doi.org/10.1017/S0144686X12001274</p>
Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	<p>Hensikten med studien var å finne faktorer som påvirket ernæringsomsorgen til eldre. Fokuset i oppgaven var rettet mot hvordan individuelle preferanser rundt ernæring ble møtt av helsepersonell.</p>
Metode	<p>Artikkelen benyttet en kvalitativ metode. Studien ble gjennomført sør i Wales og benyttet intervju av helsepersonell (n=15), avdelingsledere (n=4), beboere (n=16, n=3 menn og n=13 kvinner) og deres pårørende</p>

	(n=10). Beboerne var ≥ 65 år og hadde et oralt matinntak. Deltakerne i studien var fra to forskjellige omsorgsboliger. Observasjon av måltider ble dokumentert, og relevante dokumenter ble analysert. Totalt ble det gjennomført 16 timer med observasjon av måltider.
Resultat	Det ble funnet fire hovedtema knyttet til måltidssituasjonen: (1) kvalitet og tilstrekkelig med ressurser, (2) muligheten til å ta valg, (3) helsepersonells etterlevelse av individuelle preferanser, (4) måltid som en sosial arena. Studien pekte på betydningen av tilretteleggelse av en positiv og meningsfull måltidsopplevelse for eldre beboere, og belyste viktigheten av å anerkjenne og verdsette beboernes individuelle preferanser og opplevelser knyttet til måltider.
Kommentar og relevans for problemstilling	Fokuset i studien er rettet mot hvordan individuelle preferanser blir etterlevd under måltidet. Da individuelle tilpasninger er essensielt for utøvelsen av personsentrert sykepleie, er funn fra studien relevant for problemstillingen vår. Videre er funn fra studien relevant da den viser at personsentrert ernæringsomsorg kan føre til økt matinntak. Vi ser på det som aktuelt å ha med denne artikkelen da den viser konkrete eksempler på intervensjoner sykepleiere kan iverksette for å forebygge underernæring. Andre elementer studien tar for seg som er relevant for vår problemstilling er måltid som en sosial arena, helsepersonells kunnskap om ernæring og paternalistiske holdninger.

Artikkel G	
Referanse	Burdick, R., Lin, T. & Shune, S. E. (2021). Visual Modeling: A Socialization-Based Intervention to Improve Nutritional Intake Among Nursing Home Residents. <i>American Journal of Speech-Language Pathology</i> , 30(5), 2202-2213. https://doi.org/10.1044/2021_AJSLP-21-00097
Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	Hensikten med studien var å utforske hvordan sosiale intervensjoner påvirket matinntaket. Beboerens matinntak ble vurdert under tre ulike måltidsituasjoner: (1) beboer spise alene, (2) beboer spise sammen med en annen person som ikke spiste selv, (3) beboer spise sammen med en annen som også spiste.

Metode	Data ble samlet inn fra fire beboere, hvor alle bodde på samme sykehjem. Informasjon om matinntak ble samlet inn gjennom 15 måltider med tre forskjellige måltidssituasjoner. Matinntaket ble dokumentert og porsjonene ble tatt bilde av før og etter. Studien ble gjennomført i USA.
Resultat	Studien viste en korrelasjon mellom spisemiljø og matinntak. Matinntaket var høyest når beboerne spiste sammen med en annen som selv spise. Funnene fra studien ble forklart med bruk av en sosial modell om imitasjon av en observert atferd.
Kommentar og relevans for problemstilling	<p>Dette er en aktuell studie da den viser en tydelig sammenheng mellom matinntak og sosiale interaksjoner. Studien forklarer at sosialt fellesskap rundt måltidet kan føre til økt matinntak.</p> <p>Sosiale intervensjoner er en viktig del av personsentrert omsorg, Studien beskriver betydningen av et sosialt måltidsfellesskap og hvordan det kan øke matinntaket, og er derfor relevant for vår problemstilling.</p>

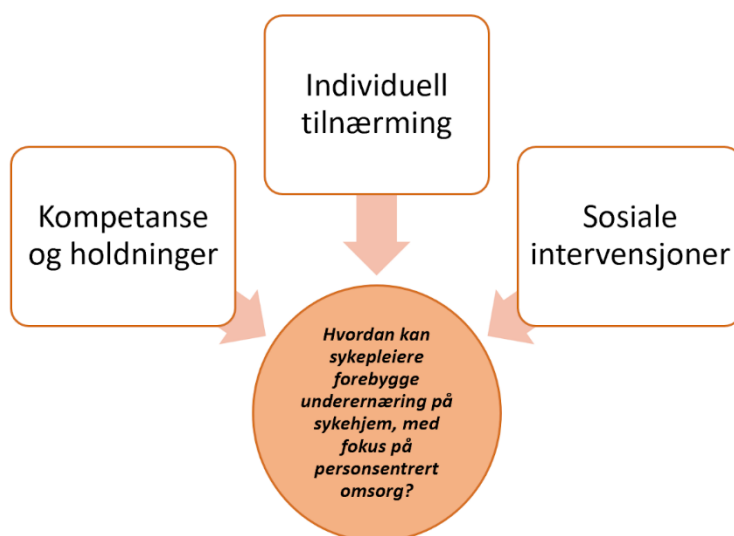
Artikkel H	
Referanse	Beattie, E., O`Reilly, M., Strange, E., Franklin, S., Isenring, E. (2012). How much do residential aged care staff members know about the nutritional needs of residents? <i>International Journal of Older People Nursing</i> , 9(1), 54-64. http://doi.org/10.1111/opn.12016
Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	<p>Hensikten med denne studien var å:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Identifisere kunnskapsnivået blant ansatte på sykehjem når det gjelder ernæringsmessige behov hos beboere (2) Utforske hvordan måltidene blir praktisert på sykehjemmet (3) Utforske helsepersonells holdninger rundt måltidene
Metode	Studien var en tverrsnittsundersøkelse og ble gjennomført på et stort sykehjem i Brisbane (Australia). 33% av de ansatte deltok. Undersøkelsen inkluderte spørsmål om ernæringskunnskap og en vurdering av assistanse ved måltid.
Resultat	Etter at deltakerne hadde fullført kunnskapstesten om ernæring fikk de en skår mellom 1 og 10. I studien ble

	<p>gjennomsnittskåren 4,67. Flere svarte riktig på risikofaktorer for underernæring, men feil på hva som er god ernæring. Videre ble holdningene og praktiseringen av måltidene identifisert. Et viktig resultat, som ble trukket frem, var at 83% svarte at ernæringsvurdering er en viktig del av arbeidsdagen, mens kun 53% gjennomførte slike vurderinger.</p> <p>Videre ble andre barrierer til god ernæringspraksis trukket frem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilstrekkelig med tid til å observere beboere (56%) • Uvitenhet om beboerens ernæringsproblemer (46%) • Dårlig kunnskap om ernæringsvurderinger (44%) • Uappetittelig presentering av maten som serverer (57%)
<p>Kommentar og relevans for problemstilling</p>	<p>Studien er relevant da den handler om kartlegging av ernæringskunnskap blant ansatte på sykehjemmet. Den viser også til holdninger rundt måltidene. Denne studien er aktuell for vår problemstilling da holdninger og kunnskap blant sykepleiere er to viktige elementer i den personsentrerte omsorgen.</p>

3.2. Tematisk fremstilling av resultater

Formålet med oppgaven er å utforske forebyggende tiltak rettet mot underernæring blant sykehjemsbeboere. Etter et grundig litteratursøk og videre analyse av utvalgte artikler har vi identifisert tre hovedtemaer. Disse temaene er presentert i figuren nedenfor.

Figur 3.2.1. Tematisk fremstilling av resultater



3.2.1. Sykepleierens kompetanse og holdninger

I studien til Forss et al. (2018) ble betydningen av å øke helsepersonells kunnskap og kompetanse innen ernæring fremhevet. Studien foreslo at økt kunnskap kunne oppnås gjennom regelmessig ernæringskurs på arbeidsplassen. I studien til Philpin et al. (2014) ble behovet for adekvat opplæring av personalet understreket som viktig for å sikre tilstrekkelig med ernæringskunnskap. Kuven & Giske (2015) belyste at kompetanse og kunnskap om ernæring bør kartlegges for å sikre at personalet har en solid forståelse både av ernæringsproblematikk, og sykehjemmets ernæringsrutiner. Kuven & Giske (2015) beskrev videre at sykepleiere ofte stod i et dilemma mellom å følge riktige prosedyrer rundt måltidet og den sykepleieren de faktisk hadde tid og mulighet til å utøve i hverdagen.

Forss et al. (2018) påpekte at kunnskapshull om ernæring kunne gi store konsekvenser for sykehjemsbeboeren. Studien til Beattie et al. (2012) viste at ansatte med mangelfull ernæringskunnskap unngikk å vurdere ernæringsstatus på grunnlag av manglende kjennskap til prosedyrer rettet mot underernæring. Til tross for at 83% av deltakerne i studien til Beattie et al. (2012) mente at ernæring var en viktig del av den daglige praksisen, var det kun 53% som iverksatte ernæringstiltak. Beattie et al. (2012) beskrev også at mangel på kunnskap kan være en betydelig hindring i forebygging av underernæring.

I studiene utført av Forss et al. (2018), Watkins et al. (2017) og Philpin et al. (2014), ble paternalisme identifisert som en holdning blant flere sykepleiere. Sykepleierne kunne ty til en paternalistisk tilnærming, og en holdning som var lite imøtekommende for beboernes individuelle preferanser (Forss et al., 2018). Forss et al. (2018) påpekte at pasientinvolvering ikke var en høy prioritet. En tilsvarende holdning ble også observert i studien av Watkins et al. (2017), der sykepleierne gjennomførte intervensjoner basert på egne oppfatninger av hva som var best for pasienten, uten å engasjere pasienten. Den samme holdningen ble funnet i forskningen til Philpin et al. (2014), der personalet ikke spurte hva beboerne ønsket å spise, men hadde allerede en antagelse om deres preferanser.

3.2.2. Individuell tilnærming

Syv av studiene omhandlet individuelle tilpasninger til måltidet. Forskningen indikerte at personsentrert omsorg med individuelle og persontilpassede intervensjoner, kunne øke matinntaket blant sykehjemsbeboere (Wu et al., 2020; Forss et al., 2018; Slaughter et al., 2020). Slaughter et al. (2020) forklarte at måltidsintervensjoner som var tilpasset den enkelte, bidro til økt næringsinntak ved å redusere utfordringer knyttet til måltidet.

Forskningen viste at individuelt tilpasset omsorg var viktig av flere grunner. Individualisert pleie med mulighet til å ta valg, ble ansett som avgjørende for beboernes opplevelse av kvalitet og omsorg (Watkin et al., 2017). Studien fremhevet videre at mangelen på valgmuligheter kunne medføre isolasjon og ensomhet. Watkin et al. (2017) og Forss et al. (2018) påpekte at tilretteleggelse av individuelle tiltak kunne bidra til økt empowerment, selvfølelse og integritet. Philpin et al. (2014) sin studie viste at muligheten til å ta egne valg er knyttet til psykisk og fysisk velvære, og at god ernæringsomsorg innebærer å imøtekomme individuelle behov for mat og drikke.

Fem av artiklene avdekket utfordringer knyttet til implementeringen av individuelt tilpasset omsorg. Kuvene & Giske (2015) forklarte at ansatte ofte befant seg i et dilemma mellom å utføre god sykepleie og tilgjengelige ressursene i hverdagen. Forss et al. (2018) og Watkin et al. (2017) forklarte hvordan tidspress resulterte i at ansatte ikke hadde nok tid til å involvere beboere i tilstrekkelig grad. I studiene utført av Burdick et al. (2021) og Watkin et al. (2017), ble det påpekt at beboernes ulike preferanser var en utfordring for individuell tilretteleggelse av spisemiljøet.

Tre av studiene presenterte konkrete eksempler på implementering av individuelt tilpasset omsorg. Wu et al. (2020) belyste viktigheten av å inkludere familie/frivillige i måltidssituasjoner for å sikre individualisert omsorg og økt næringsinntak. I studien til Philpin et al. (2014) var sykehjemsbeboere aktivt involvert i planlegging av ukemenyen, noe som førte til økt involvering og brukermedvirkning. Studien til Forss et al. (2018) viste at sykepleiere primært informerte sykehjemsbeboere om underernæring, men at tiltak som ble iverksatt var basert på sykepleiernes egne erfaringer.

3.2.3. Sosiale intervensjoner

Fem av de inkluderte artiklene omhandlet det sosiale aspektet ved måltidet. Funn fra artiklene viste positive effekter av et godt sosialt måltidsfellesskap (Watkins et al., 2017; Philpin et al., 2014; Slaughter et al., 2020; Burdick et al., 2021; Wu et al., 2020). Watkins et al. (2017) beskrev måltidssituasjoner som en mulighet til å etablere sosiale relasjoner, mens Philpin et al. (2014) vektla betydningen av mattradisjoner som symbol på fellesskap, identitet og minner.

Fire av studiene presenterte funn som viste at sosiale intervensjoner under måltidet kunne bidra til økt matinntak (Watkins et al., 2017; Slaughter et al., 2020; Burdick et al., 2021; Wu et al., 2020). Imidlertid varierte begrunnelsen av hvorfor det sosiale aspektet rundt måltidet hadde denne effekten. Slaughter et al. (2020) forklarte at gode sosiale aspekter ved måltidet bidro til en redusering av utfordrende atferd, som igjen resulterte i økt energiinntak. Watkins et al. (2017) fremhevet i sin studie at gode sosiale interaksjoner bidro til økt livskvalitet, noe som kunne ha positiv innvirkning på appetitt og matinntak. Burdick et al. (2021) sin studie viste at økt matinntak ble observert når beboere spiste sammen med andre som selv spiste. En tidligere studie av Charras & Frémontier (2010 sitert i Burdick et al., 2021:2204) viste til vektøkning, sosiale interaksjoner og økt grad av autonomi i måltidssituasjoner der helsepersonell spiste sammen med beboere. Observasjonsstudier utført av Wu et al. (2020), indikerte at tilstedeværelse av familiemedlemmer bidro til en mer hyggelig matopplevelse og økt matinntak.

Muligheten til å skape gode sosiale interaksjoner kunne påvirkes av ulike faktorer. To studier gjennomført av Watkins et al. (2017) og Philpin et al. (2014) viste til betydningen av å etablere faste sitteplasser rundt spisebordet. Både Watkins et al. (2017) og Philpin et al. (2014) påpekte at hørselsproblemer og varierende grad av sykdom kunne utgjøre en utfordring for etablering av gode sosiale interaksjoner under måltidet. Philpin et al. (2014) forklarte at det å skape et miljø som imøtekommer ulike preferanser og behov hos beboerne, kunne være utfordrende for sykepleiere.

4. Diskusjon

I første del diskuteres funn fra forskningsartikler, relevant litteratur og teori opp mot problemstillingen. Relevante erfaringer fra egen praksis vil inkluderes for å supplere forskning og litteratur. Videre vil styrker og svakheter knyttet til litteraturstudiet belyses. Problemstillingen er: Hvordan kan sykepleiere forebygge underernæring på sykehjem, med fokus på personsentrert omsorg. Implikasjon for sykepleie inkluderes underveis.

4.1. Resultatdiskusjon

4.1.1. Sykepleier bør øke sin kompetanse om ernæring

I «Nasjonal strategi – god og riktig mat hele livet» er det et eget kapittel som tar for seg utfordringer og innsatsområder, inkludert et spesifikt delkapittel om «for lite kunnskap og kompetanse». Dette kapittelet refererer til en undersøkelse fra 2015 som avdekket mangelfull kunnskap og kompetanse om ernæring blant helsepersonell (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021, s.14). Fagforskning støtter disse funnene, og både Forss et al. (2018), Philpin et al. (2014) og Kuven & Giske (2015) understreker betydningen av å øke helsepersonellens kunnskap og ferdigheter innen ernæring. «For å lykkes med å forebygge og behandle feil- og underernæring er det nødvendig med kunnskap og kompetanse.» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021, s.25).

Selv om kompetanseutvikling kan være utfordrende, er det av betydning at sykepleiere tilegner seg tilstrekkelig ernæringskompetanse, da forskning viser at personsentrert ernæringsomsorg kan øke matinntaket (Wu et al., 2020; Forss et al., 2018; Slaughter et al., 2020). Kirkevold (2016, s.109) og Brooker sin modell for personsentrert omsorg (2013, s. 31-33) understreker at kompetanseutvikling er en forutsetning for å praktisere personsentrert omsorg.

Lav ernæringskompetanse blant helsepersonell på sykehjem kan ha flere årsaker. En mulig årsak er det økende behovet for sykehjemsplasser som nå inntreffer samtidig som en økende mangel på ressurser. Samhandlingsreformen fra 2012 resulterte i en overføring av behandlingsansvar fra spesialist- til primærhelsetjenesten, noe som førte til en økning av antall pasienter som ble overført til sykehjem, og økt krav til kompetanse (Bruvik et al., 2017). Samtidig som presset på primærhelsetjenesten har økt, har det vist seg å være vanskelig å rekruttere sykepleiere og helsefagarbeidere til sykehjem (Hauge, 2016, s.279). Dette har ført til ansettelse av ufaglærte og en større utskiftning av personell (Hauge, 2016, s.279). Mangel på ressurser kan føre til tidspress og nedprioritering av egen kompetanseutvikling. Arbeidsdagen på sykehjem er ofte hektisk, og mange sykepleiere opplever at brukere sine behov krever all tilgjengelig tid (Tveiten, 2020, s. 60). Å prioritere egen kunnskapsutvikling fremfor å bruke tid sammen med sykehjemsbeboere kan medføre dårlig samvittighet (Tveiten, 2020, s. 60).

Helsepersonell har et ansvar for å gi kunnskapsbasert ernæringsomsorg (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021, s.19), og tilstrekkelig med kompetanse er avgjørende for å utøve kunnskapsbasert praksis. Kunnskapsbasert praksis innebærer å kombinere forskningsbasert kunnskap, klinisk erfaringskunnskap og kunnskap om brukernes egne

erfaringer (Kirkevold, 2016, s.106). Manglende kunnskap om ernæring kan få alvorlige konsekvenser for sykehjemsbeboere, som blir illustrert av eksempler der ansatte ikke vet hvilke tiltak som skal iverksettes ved underernæring (Forss et al., 2018). Beattie et al. (2012) forklarer at mangel på kompetanse kan føre til at ansatte unngår å vurdere ernæringsstatus, noe som strider med forsvarlighetsprinsippet. Kravet til forsvarlighet er forankret i flere lover: spesialisthelsetjenesteloven (1999, §2-2), helsepersonelloven (1999, §4) og helse- og omsorgstjenesteloven (2011, §4-1). Sentralt i forsvarlighetsprinsippet er at helsehjelp som gis skal være faglig begrunnet. Kompetanse er dermed avgjørende for at sykepleiere kan utøve sitt yrke på en forsvarlig måte og er en nøkkelfaktor for å lykkes med det forebyggende arbeidet mot underernæring.

På en annen side kan økt ernæringskompetanse føre til at sykepleiere har mer kunnskap enn beboerne, og handler på vegne av beboerne med deres beste interesse i tankene (Tveiten, 2020, s. 56). Sykepleiere kan overse beboerens kunnskap og skape en ubalansert maktfordeling der brukerkunnskapen blir neglisjert (Kirkevold, 2016, s.106), noe som viser paternalistiske holdninger. Kari Martinsen argumenterer for begrepet «svak paternalisme» som en nødvendig og uunngåelig del av sykepleiepraksisen (sitert i Tveiten, 2020:56). Sykepleiere har mer kunnskap om ernæring grunnet sin utdanning, og vil dermed handle på vegne av pasienten (Tveiten, 2020, s.56). Helsepersonell ønsker å fremme et sunt kosthold i samsvar med sin faglige kompetanse, samtidig som de må tilpasse individuelle behov og opprettholde beboerens autonomi (Philpin, et al., 2014). Dette kan skape en konflikt mellom sykepleiernes behov for å utøve faglig forsvarlig helsehjelp og beboernes krav om selvbestemmelse. I praksisperioden på sykehjem opplevde vi at sykepleiere kunne ha en paternalistisk holdning til ernæringsomsorg, og måltidene ble oppfattet som en hindring i den daglige utøvelsen av sykepleie. Sykepleierne plasserte maten foran beboeren uten å gi mulighet til å uttrykke egne preferanser. Vi fikk inntrykk av at det var en etablert praksis med holdninger som: «Sånn gjør vi det her, og sånn har vi alltid gjort det». Dette gjorde inntrykk på oss, ettersom vi i løpet av utdanningen har lært hvor viktig det er å legge til rette for brukermidvirkning.

Tiltak som øker ernæringskompetansen til sykepleiere bør implementeres i praksis. En betydelig andel ansatte på sykehjem, nærmere bestemt 25%, er ufaglærte (Flodgren et al., 2017). Sykepleiere har høyest kompetanse og ansvaret for å utvikle et aktivt fagmiljø (Hauge, 2016, s.279). Sykepleiere bidrar til å opprettholde høye faglige standarder ved å være gode rollemodeller gjennom den praksis en selv utøver (Hauge, 2016, s. 279). Dette krever imidlertid kompetanseutvikling og økt tilgang på ressurser. Funn fra forskning viser at det er nødvendig i sykepleieutøvelsen å kartlegge eksisterende kunnskap, og fylle kunnskapshull gjennom kurs og opplæring om ernæring (Forss et al., 2018; Philpin et al., 2014; Kuven & Giske, 2015). Regjeringen har gjennom tilskuddsordninger utarbeidet e-læringskurs, opplæringspakker og veiledere for god ernæringspraksis på sykehjem (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021, s.28). Målet med disse tiltakene er å bidra til kompetanseutvikling og forbedret ernæringspraksis. Imidlertid kreves det ekstra ressurser for å legge til rette for at helsepersonell kan dedikere tid til å forbedre sin ernæringskompetanse i arbeidshverdagen.

4.1.2. Sykepleier bør ha fokus på sykehjemsbeboerens individuelle preferanser

Ifølge Brooker sin modell om personsentrert omsorg, er etterlevelse av individuelle preferanser essensielt for utøvelsen av personsentrert sykepleie (Brooker, 2013, s.35-36). Funn fra studiene til Wu et al. (2020), Forss et al. (2018) og Slaughter et al. (2020) viser at personsentrert omsorg med individuelle og persontilpassede intervensjoner under måltidet kan føre til økt matinntak. For å forebygge underernæring kan sykepleiere i sin yrkesutøvelse bruke kunnskap om effekten av persontilpassede intervensjoner.

I møte med sykehjemsbeboere har sykepleiere mulighet til å støtte under individuelle preferanser. Dette kan gjøres ved å aktivt spørre hva som er viktig for den enkelte, og hvordan vi som sykepleiere kan bidra til å realisere disse ønskene. Denne formen for kommunikasjon, beskrevet som personorientert av Eide & Eide (2017, s.16), er en forutsetning for å ivareta beboeres individuelle ønsker. Likedan påpeker Kirkevold (2016, s.106) at dersom sykepleiere ikke tar hensyn til beboerne sine erfaringer og ønsker, vil ytelsen av helsehjelp være mindre kunnskapsbasert. Paternalistiske holdninger neglisjerer brukerkunnskapen, og sykepleiere bør derfor legge til rette for brukermedvirkning og aktivt etterspørre beboeres ønsker og behov. Personorientert kommunikasjon og tilretteleggelse av individuell omsorg understøttes også av Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-1), som understreker at sykepleiere skal vektlegge brukers meninger og behov i utforming av tjenestetilbud.

For å etterleve sykehjemsbeboeres individuelle preferanser, kan sykepleiere øke brukermedvirkning i utformingen av meny (Philpin et al., 2014; Forss et al., 2018). Involvering av brukere i menyplanlegging understøtter Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-1) som tydeliggjør brukers rett til medvirkning. Funn fra en svensk studie forklarte at involvering av beboere i menyplanlegging kan resultere i høyere matinntak (Forss et al., 2018). En norsk landsomfattende undersøkelse av sykehjem i 2015, viste at beboere i liten grad fikk medvirke i utformingen av meny (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021, s. 15). Lite medvirkning og valgfrihet øker risikoen for at mattilbudet ikke er tilpasset den enkeltes ønsker og behov, og kan resultere i underernæring (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021, s. 15). Med andre ord, involvering av beboere i menyplanlegging kan virke forebyggende mot underernæring. Både Watkin et al. (2017), Forss et al. (2018) og Philpin et al. (2014) viser til at individuelle tilpasninger medfører bedre kvalitet på omsorgen. Med tanke på lovpålagt brukermedvirkning og dokumenterte positive effekter av individuelt tilpassede tjenester, kan det derfor virke paradoksalt at sykepleiere til tider utøver handlinger basert på paternalisme.

Kirkevold (2016, s.106) forklarer at noen normer i sykepleie ofte er mer et ideal enn en realitet. Funn fra forskning viser til flere forklaringer på hvorfor et mål om individualisert omsorg kan være utfordrende å implementere og etterleve i praksis. Som sykepleier kan det være vanskelig å tilpasse omsorgen den enkelte, da det er beboere med ulike behov og preferanser (Philpin et al., 2014). Watkins et al. (2017) forklarer at det kan oppstå konflikt mellom enkeltes interesser og kollektive interesser. Kuvene & Giske (2015) sin studie forklarer videre at mangel på ressurser hemmer etterlevelse av individuelt tilpasset ernæringsomsorg, da det å ta hensyn til individuelle preferanser i omsorg ofte er ressurskrevende. Autonomi kan nedprioriteres på en travel avdeling (Kuvene & Giske, 2015), noe som resulterer i intervensjoner basert kun på sykepleieres erfaringer.

To av elementene i modellen til Brooker (Røsvik & Mjørud, 2020, s.23-24) handler om å gi omsorg tilpasset den enkelte, og ta hensyn til beboernes ønsker og meninger. Intervensjoner basert på paternalistiske holdninger, kan dermed betraktes som en motsetning til personsentrert utøvelse av sykepleie. En paternalistisk tilnærming kan resultere i at individuelle preferanser og behov blir oversett, noe som kan redusere effekten av tiltak og forverre ernæringsproblemene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021, s.15). Funn fra studien til Forss et al. (2018) viser at næringsdrikker var den første intervensjonen ved risiko for og behandling av underernæring. Beboere fikk ikke velge mellom ulike intervensjoner, bare hvilken smak de ønsket på næringsdrikkene. Videre forklarer en beboer i studien til Forss et al. (2018) at hun hadde hatt lav BMI hele livet, og næringsdrikk gjorde henne engstelig og uvel. Forss et al. (2018) forklarte at dette resulterte i at den eldre damen ikke drakk næringsdrikk, og intervensjonen mistet sin effekt. I praksis opplevde vi det samme, da det under legevisitt kun ble foreslått næringsdrikk som tiltak for å forebygge og behandle underernæring. En paternalistisk tilnærming med lite hensyn til individuelle følelser og behov kan dermed bidra til å redusere effekten av forebyggende arbeid.

På den andre siden viser funn fra studien til Philpin et al. (2014) positive effekter av paternalisme. Sykehjemsbeboere forklarte at paternalistiske tilnærminger i måltidet skapte en følelse av at personalet kjente dem og deres preferanser. Relasjonen til ansatte ble bedre, og beboere satt igjen med en følelse av tilhørighet (Philpin et al., 2014). Den eldre generasjonens verdier som solidaritet, fellesskap og det å ikke være til bry, kan komme i konflikt med individuelle preferanser (Forss et al., 2018). Ifølge Forss et al. (2018) har eldre en takknemlighet for helsevesenet som kan føre til neglisjering av egne behov og preferanser. Med andre ord, mangel på ytring av misnøye kan ikke ses i sammenheng med opplevd kvalitet på ernæringsomsorgen. Funnene fra Forss et al. (2018) om Eldres neglisjering av egne behov kan dermed brukes til å stille spørsmålsteget ved funnene av Philpin et al. (2014) sin studie som forklarer positive effekter av paternalisme.

4.1.3. Sykepleiere bør tilrettelegge for et godt sosialt spisemiljø

Forskning viser en sammenheng mellom et godt sosialt spisemiljø og økt matinntak (Watkins et al., 2017; Slaughter et al., 2020; Burdick et al., 2021; Wu et al., 2020). Sykepleiere bør derfor implementere intervensjoner som fremmer et sosialt måltidsfellesskap i sin yrkespraksis. Det sosiale miljøet er et av fire elementer i VIPS-modellen, og er viktig i utøvelsen av personsentrert sykepleie (Brooker, 2013, s.9). Likedan beskriver Helse- og omsorgsdepartementet (2021, s.31) at personsentrert omsorg innebærer å ivareta det sosiale behovet ved måltidet, og sykepleiere har dermed en viktig rolle i å tilrettelegge for et sosialt spisemiljø på sykehjem. Forskningsartikler og relevant litteratur presenterer ulike intervensjoner som kan bidra til et sosialt måltidsfellesskap.

For å skape et godt spisemiljø kan sykepleiere legge til rette for bordplasseringer som fremmer sosiale interaksjoner (Watkins et al., 2017; Philpin et al., 2014). Philpin et al. (2014) sin studie viser at faste sitteplasser rundt spisebordet er viktig for å etablere kontinuitet, vennskap og gode samtaler. Watkins et al. (2017) understreker faste bordplasser som en nøkkelfaktor for etablering av gode relasjoner. Riktignok er det nødvendig å ta individuelle behov og preferanser med i betraktning når man bestemmer hvem som skal sitte sammen. Noen beboere foretrekker å spise i stillhet, mens andre

ønsker å ha samtale under måltidene (Philpin et al., 2014). I praksis observerte vi at enkelte av beboerne hadde kognitiv svikt som påvirket muligheten til å delta i sosiale interaksjoner under måltidet. Watkin et al. (2017, s. 4) bekrefter våre erfaringer fra praksis gjennom en kommentar fra en beboer: "We're all in different stages of an illness which prevents communication." For å støtte i samtale og redusere kommunikasjonsbarrierer kan sykepleiere selv bidra i de sosiale interaksjonene.

Funn fra forskning indikerer at sykepleiere bør tilrettelegge for et godt sosialt spisemiljø ved å delta i måltidene sammen med beboerne (Watkins et al., 2017; Charras & Frémontier, 2010, sitert i Burdick et al., 2021:2204; Philpin et al., 2014). I Stortingsmelding 15 ((2017-2018), s.107) blir det påpekt at sykehjemstjenesten bør organiseres på en måte som muliggjør at ansatte aktivt kan delta under måltider. Erfaringer fra vår praksisperiode viste at sykepleiere ofte ikke prioriterer å delta i sosiale interaksjoner under måltidet. I løpet av praksisperioden på sykehjem ble vi som studenter oppfordret til å sette oss ned sammen med beboerne som spiste, noe sykepleierne sjelden gjorde selv. Dette indikerer et gap mellom helsemyndighetens anbefalinger og de faktiske oppfølgingene av måltidssituasjonen. Erfaringer fra praksis viste at sykepleiere har mange oppgaver å håndtere under måltidene. Forskning støtter våre erfaringer ved å beskrive at sykepleiere har oppgaver i måltidssituasjonen som hindrer fokus på sosiale interaksjoner (Kuvene & Giske, 2015). Kuvene & Giske (2015) forklarer at sykepleiere opplevde utfordringer med å finne tid til å sette seg ned med sykehjemsbeboere, da de samtidig måtte håndtere administrering av medisiner og driften i avdelingen. Mangel på ressurser beskrives i en norsk studie som en begrensende faktor i utøvelsen av ønskelige ernæringsomsorg (Kuvene & Giske, 2015). Dersom sykepleier skal kunne etterleve anbefalingene fra Stortingsmelding 15, kan det være nødvendig å tildele flere ressurser til sykehjemmene.

Funn fra forskning støtter under involvering av familie og pårørende i matomsorgen (Philpin et al., 2014; Wu et al., 2020). Wu et al. (2020) viste til at når familien deltok i måltidet, økte sykehjemsbeboere gjennomsnittlige daglige kaloriinntak med ca. 50 kcal. I vår sykehjemspraksis oppfordret sykepleiere pårørende til å besøke beboerne utenom måltidene, noe som resulterte i at pårørende ikke spiste sammen med beboere. Wu et al. (2020) forklarer at sykepleiere bør i sin praksis fremme samspising til pårørende, og opplyse hvilke positive helseeffekter dette kan ha. Brodtkorb (2016, s. 306) fremhever at sykepleiere kan tilby kaffe eller annen form for småmat når pårørende er på besøk under måltidet, da dette signaliserer at de er velkomne og verdsatt som ressurs. Det er likevel viktig å vite at ikke alle sykehjemsbeboere har pårørende som kan bidra fysisk under måltidene. I slike tilfeller kan sykepleiere informere om digitale alternativer. Teknologiske fremskritt har gjort det mulig med digital samspising, spesielt under covid-19-pandemien (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021, s.33). APPetitus er et resultat av et innovasjonsprosjekt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021) der video er integrert i applikasjonen og gir mulighet for digitalt selskap under måltid (appetitus, u.å.). Eldre har ofte begrenset digital kompetanse (Aursand, 2022), men applikasjonen er utformet på en enkel måte, og sykepleiere kan veilede og tilrettelegge for bruken av den.

Ikke alle sykehjemsbeboere har involverte pårørende, og økt involvering av frivillige kan være en intervensjon for å bidra til et sosialt måltidsfellesskap for alle. Regjeringen har til hensikt å innføre og opprettholde relevante tilskuddsordninger til frivillige organisasjoner som legger til rette for måltidsfellesskap (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021, s.35). Denne strategien påvirker sykepleieprofesjonen på

et organisatorisk nivå i kommunen, da tilskuddet bidrar til at kommunene kan samarbeide med frivillig sektor (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021, s.36). Spisevenn er et prosjekt der frivillige inviteres til å delta under måltid på sykehjem (Meld. St. 15 (2017-2018), s.107). Evaluering av et spisevenn-prosjekt i Odense viste til vekt oppgang, etablering av flere sosiale relasjoner og økt livskvalitet (Meld. St. 15 (2017-2018), s.108). I tillegg til å forebygge underernæring kan Spisevenn-prosjektet bidra til å redusere ensomhet, som igjen er en risikofaktor for redusert matinntak (Brodtkorb, 2016, s.309).

4.2. Metodisk vurdering

Ved utvelgelse av inklusjonskriteriene for vår studie ble det besluttet å inkludere artikler som var publisert i løpet av de siste ti årene for å sikre aktualitet og relevans. En av artiklene var fra 2012, noe som strider mot inklusjonskriteriene. Vi valgte å ta den med da innholdet viste seg å være relevant for problemstillingen, og det var begrenset forskning tilgjengelig på hvordan kunnskap påvirker matinntak.

Enkelte av artiklene inneholdt noe uklarhet når det gjaldt om funnene var sykepleierrettet. Til tross for dette mener vi at relevansen for sykepleiere er betydningsfull uavhengig av hvilket helsepersonell det refereres til, da sykepleieres rolle er allsidig. I tillegg inneholdt litteratursøket konseptet "nurse", noe som støtter relevansen for sykepleierprofesjonen. Studien inkluderer ikke bare et sykepleierperspektiv, men også hvordan måltidet oppleves for den enkelte beboer. Dette kan betraktes som en styrke ved vår studie, da brukeres erfaringer er viktig for utøvelsen av kunnskapsbaserte praksis (Kirkevold, 2016, s.106).

Fokuset på personsentrert omsorg har gjort det utfordrende å identifisere konkrete tiltak, ettersom beboere har ulike preferanser. I tillegg undersøkte flere av artiklene ulike intervensjoner som påvirket flere aspekter ved måltidet, noe som gjorde det vanskelig å evaluere den eksakte effekten av hvert tiltak. Forskingen belyste også at det var utfordrende å fastslå hva som førte til økt matinntak, da eldre sykehjemsbeboere har komplekse behov og flere faktorer kan påvirke matinntaket. Dette kan ses på som en svakhet ved studien vår.

Et av inklusjonskriteriene våre var at funn fra artiklene skulle være overførbare til norske forhold. Vi ønsket derfor å benytte litteratur fra Europa siden sykepleiere fra EU/EØS land får godkjenning av yrkeskvalifikasjoner i Norge (Helsedirektoratet, 2020). Det ble inkludert fire artikler fra land utenfor Europa, noe som kan betraktes som en svakhet med vår studie. For å vurdere relevans og overførbarhet til norske forhold, ble funnene sammenlignet med informasjon fra regjeringen, helse- og omsorgsdepartementet, norske lover og nasjonale strategier.

Vår studie inkluderte forskningsartikler som omhandlet omsorgsboliger og privateide sykehjem. Dette kan være en svakhet, ettersom tilgangen på ressurser kan variere mellom ulike typer institusjoner. Vi valgte å inkludere disse artiklene da tematikken var relevant for problemstillingen. Funn fra disse artiklene ble kritisk vurdert og kontinuerlig sammenlignet med forhold på sykehjem og egne erfaringer fra praksis på sykehjem.

4.3. Konklusjon

Oppgavens hensikt var å undersøke hvordan sykepleiere kan jobbe forebyggende mot underernæring på sykehjem. Ved å gjennomføre en litteraturstudie der vi analyserte åtte forskningsartikler, relevant pensum og egne praksiserfaringer, besvarte vi problemstillingen:

Hvordan kan sykepleiere forebygge underernæring på sykehjem, med fokus på personsentrert omsorg?

Gjennom tematisk analyse av litteraturen, identifiserte vi tre sentrale temaer: økt kunnskap om ernæring, fokus på individuelle preferanser og tilrettelegging av et sosialt spisemiljø. Fagforskning viste at et godt sosialt spisemiljø og intervensjoner basert på individuelle preferanser økte matinntaket hos sykehjemsbeboere. Inkludering av sykehjemsbeboere i utformingen av meny, kan bidra til etterlevelse av individuelle preferanser. Ved å skape en atmosfære som oppmuntrer til samspising og involvering av familie og frivillige, kan sykepleiere i sin yrkespraksis tilrettelegge for et sosialt spisemiljø på sykehjem. Fagforskning og annen relevant litteratur viser at sykepleiere har for lav ernæringskompetanse. Kompetanseutvikling er avgjørende for å utøve kunnskapsbasert praksis og personsentrert omsorg. Tiltak for å øke ernæringskompetansen til sykepleiere bør implementeres, men dette vil kreve ressurser dedikert til kompetanseutvikling.

I sykepleieres yrkesutøvelse er det nødvendig med økt bevisstgjøring om betydningen av å involvere beboere aktivt, og ta deres ønsker og behov på alvor. Selv om personsentrerte intervensjoner har vist seg å ha en forebyggende effekt mot underernæring, er det likevel viktig å adressere eventuelle utfordringer for å oppnå optimal personsentrert omsorg. Den kommende eldrebølgen vil kreve flere ressurser og bedre tilrettelegging dersom sykepleierne skal kunne utøve god ernæringspraksis. Videre forskning innen fagfeltet er også avgjørende for å møte fremtidige utfordringer.

Referanser

- Appetitus. (uå). *Helsepersonell: verktøy for ernæringsoppfølging*. Hentet 2. mai 2023, fra <https://appetitus.no/helsepersonell/>
- Aursand, P. (2022, 22.august). *Disse gruppene sliter med å henge med på digitaliseringen*. SSB. <https://www.ssb.no/teknologi-og-innovasjon/informasjons-og-kommunikasjonsteknologi-ikt/artikler/disse-gruppene-sliter-med-a-henge-med-pa-digitaliseringen>
- Austgard, K. (2010). *Omsorgsfilosofi i praksis: Å tenke med filosofen Kari Martinsen i sykepleien* (2.utg). Cappelen Damm.
- Beattie, E., O`Reilly, M., Strange, E., Franklin, S., Isenring, E. (2012). How much do residential aged care staff members know about the nutritional needs of residents? *International Journal of Older People Nursing*, 9(1), 54-64. <http://doi.org/10.1111/opn.12016>
- Burdick, R., Lin, T. & Shune, S. E. (2021). Visual Modeling: A Socialization-Based Intervention to Improve Nutritional Intake Among Nursing Home Residents. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 30(5), 2202-2213. https://doi.org/10.1044/2021_AJSLP-21-00097
- Brodtkorb, K. (2016). Ernæring, mat og måltid. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (2.utg.,s. 301-314). Gyldendal.
- Brooker, D. (2013). *Personsentrert demensomsorg: Veien til bedre tjenester* (1.utg). Forlaget Aldring og helse.
- Bruvik, F., Drageset, J. & Abrahamsen, J. (2017). Fra sykehus til sykehjem - hva samhandlingsreformen har ført til. *Sykepleien Forskning*. 12(60613), e-60613. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.60613>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal akademisk.
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner* (Utg. 3). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20(2), 22-26
- Flodgren, G.M., Bidonde, J. & Berg, R.C. (2017, mars). *Konsekvenser av en høy andel ufaglærte på kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenestene: en systematisk oversikt*. <https://www.fhi.no/publ/2017/konsekvenser-av-en-hoy-andel-ufaglarte-pa-kvalitet-og-pasientsikkerhet-i-he/>

- Forss, S. 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(1), 19. <https://doi.org/10.1186/s12912-018-0289-8>
- Hanssen, I. (2016). Etniske minoriteter. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (2.utg.,s.39-50). Gyldendal.
- Hauge, s. (2016). Sykepleie på sykehjem. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (2.utg.,s.265-280). Gyldendal.
- Helsebiblioteket. (2021, 17. september). 4. Kritisk vurdering- sjekklister. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering-41-sjekklister>
- Helsebiblioteket. (2016, 24. oktober). *Medisinske og helsefaglige termer/ MeSH på norsk og engelsk*. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/legemidler/legemiddelaktuell/me-disinske-og-helsefaglige-termer-mesh-pa-norsk-og-engelsk>
- Helsedirektoratet. (2022, 14.mars). *Forebygging og behandling av underernæring*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-og-behandling-av-underernaering>
- Helsedirektoratet. (2022, 14.mars). *Om underernæring*. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/underernaering/om-underernaering>
- Helsedirektoratet. (2022, 23. juni). *Oppfølging av risiko for underernæring hos beboere på institusjon*. <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/oppf%C3%B8lging-av-ern%C3%A6ring-hos-beboere-p%C3%A5-sykehjem>
- Helsedirektoratet. (2022, 30. mai). *En aldrende befolkning*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/folkehelse-i-et-livslopsperspektiv-helsedirektoratets-innspill-til-ny-folkehelsemelding/folkehelse-gjennom-livslopet-eldre/en-aldrende-befolkning>
- Helsedirektoratet. (2022, 14.mars). *Retningslinjer: forebygging og behandling av underernæring*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-og-behandling-av-underernaering/tilpasset-og-tilstrekkelig-ernaering/for-personer-i-risiko-for-underernaering-skal-det-utarbeides-en-individuell-ernaeringsplan-for-a-sikre-tilpasset-og-tilstrekkelig-ernaering#c0e9849c-442f-4ace-b140-316552b01d38-praktisk>
- Helsedirektoratet. (2020, 27. mai). *Godkjenning av helsepersonell med utdanning for utlandet*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ansettelse-av->

[helsepersonell/helsemyndighetenes-ansvar/godkjenning-av-helsepersonell-med-utdanning-fra-utlandet](#)

- Helsedirektoratet. (2022, 23.juni). *Oppfølging av risiko for underernæring hos beboere på institusjon*.
<https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/oppf%C3%B8lging-av-ern%C3%A6ring-hos-beboere-p%C3%A5-sykehjem>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2021). *God og riktig mat hele livet*.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/235cf7df0c184bcdb2fb50719d5667bc/no/pdfs/god-og-riktig-mat-hele-livet.pdf>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV- 1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Hoen, B.T. & Abrahamsen, D.G. (2023, 13. april). *Sykehjem og hjemmetjenester i Norge*. SSB. <https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/artikler/sykehjem-og-hjemmetjenesten-i-norge>
- Kirkevold, M. (2016). Personsentret og individualisert sykepleie. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (2.utg., s. 106-119). Gyldendal.
- Kirkevold, Ø. (2020). Autonomi og tvang. I B. Husebø & E. Flo (Red.), *Eldreboen* (1.utg., s.39 - 45). Fagbokforlaget.
- Klp. (2022, 28. juni). *Analyse av yrkesaktivitet blant sykepleiere*.
<https://www.klp.no/med-hjerte-pa-jobben/klps-arbeidslivsrapport/Yrkesaktivitet%20blant%20sykepleiere.pdf>
- Kristoffersen, N.J. & Nortvedt, F. (2016). Hva er sykepleie? I N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: Sykepleie- fag og funksjon* (1.utg., s.15-27). Gyldendal.
- Kuven, B. M. & Giske, T. (2015). Når mor ikke vil spise - Ethiske dilemmaer i møte med underernærte mennesker med demens i sykehjem: When mother will not eat - Ethical dilemma experienced by nurses when encountering malnourished patients. *Nordic Journal of Nursing Research*, 35 (2), 98-104.
<https://doi.org/10.1177/0107408315578593>
- Mensen, L. (2016). Biologisk aldring. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (2.utg., s. 52-57). Gyldendal.
- Meld. St. 15. (2017-2018). *Lev hele livet - en kvalitetsreform for eldre*. Det kongelige helse- og omsorgsdepartement.

- <https://www.regjeringen.no/contentassets/196f99e63aa14f849c4e4b9b9906a3f8/no/pdfs/stm201720180015000dddpdfs.pdf>
- Meld. St. 29. (2012-2013). *Morgendagens omsorg*. Det kongelige helse- og omsorgsdepartement.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf>
- Moen, O. (2019). *Sykepleie og jus* (utg. 6). Gyldendal.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Philpin, S., Merrell, J., Warring, J., Hobby, D & Gregory, V. (2014). Memories, identity and homeliness: the social construction of mealtimes in residential care homes in South Wales. *Aging & Society*, 34(5), 753-789.
<https://doi.org/10.1017/S0144686X12001274>
- Ranhoff, A.H. (2016). Forebyggende og helsefremmende sykepleie. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (2.utg., s. 162-172). Gyldendal.
- Romøren, T. I. (2016). Eldre, helse og hjelpebehov. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (2.utg., s. 29-38). Gyldendal.
- Røsvik, J. & Mjørud, M. (2020). *VIPS - MANUALEN FOR LEDERE- personsentrert ledelse fra visjon til praksis* (utg. 2). Forlaget Aldring og Helse.
- Slaughter, S.E., Morrison-Koechl, J.M, Chaudhury, H., Lengyel, C.O., Carrier, N. & Keller, H.H. (2020). The association of eating challenges with energy intake is moderated by the mealtime environment in residential care homes. *International Psychogeriatrics*, 32(7), 863-873.
<https://doi.org/10.1017/S1041610219001959>
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten* (LOV- 1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Svartdal, F. (2021). *Fagfellevurdering*. Store norske leksikon.
<https://snl.no/fagfellevurdering>
- Thorsen, K. (2016). Aldringsteorier. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (2.utg., s. 58-70). Gyldendal.
- Tveiten, S. (2020) *Helsepedagogikk - Helsekompetanse og brukermedvirkning* (2.utg). Fagbokforlaget.
- Watkins, R., Goodwin, V. A., Abbott, R. A., Hall, A., & Tarrant, M. (2017). Exploring residents' experiences of mealtimes in care homes: A qualitative interview study. *BMC Geriatrics*, 17(1), 141. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0540-2>

Wu, A. S., Morrison- Koechl, J., Slaughter, S. E., Middleton, L. E., Carrier, N., McAiney, C., Lengyel, C. & Keller, H. (2020). Family member eating assistance and food intake in long term care: A secondary data analysis of the M3 study. *WILEY- Leading Global Nursing Research*, 76(11), 2933–2944.
<https://doi.org/10.1111/jan.14480>

