

HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

**Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid,
Pilestredet,
Fakultet for helsefag**

Kandidatnummer: 616

Eksamensnavn: SYBAS3900 Bacheloroppgave

Dato: 31.05.2017

Klasse: Sandvika

Kull: 2014

Antall ord: 11966

Underernæring hos sykehjemsbeboere:

Sykepleierens forebyggende rolle

SAMMENDRAG

Bakgrunn for oppgaven:

Temaet for oppgaven ble valgt fordi det er kjent at eldre som bor på sykehjem har en større risiko for å bli underernært, og en for høy prosentandel lider av underernæring (Helsedirektoratet, 2010). Ernæring er et grunnleggende behov (Aagaard & Bjerkreim, 2011), og det er også et av grunnprinsippene til Virginia Henderson (1997). Det er altså en av sykepleiernes viktigste oppgave å sørge for at det ivaretas.

Problemstilling:

Problemstillingen for oppgaven er; Hvordan kan sykepleiere forebygge underernæring på sykehjem hos eldre? Med hovedfokus rettet mot lavkostnadstiltak som å gjøre endringer med spisesituasjonen.

Metode:

Metoden som er brukt er litteraturstudium, og det presenteres 8 artikler som er funnet i databasene Cinahl og Cochrane library.

Resultat og diskusjon:

Resultatene viser at hovedmåltidene ikke alltid blir spist opp, men det gjør mellommåltidene. Det kan være gunstig å endre tidspunktene for måltidene. Det kommer også frem at å endre spisesituasjonen til å servere mat, som i en familie, kan bedre ernæringsstatusen ved at de eldre tar mat selv fra fat på bordet. I tillegg understreker både litteraturen og forskningen viktigheten av gode rutiner for å følge opp individuell plan.

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING	5
1.1 Underernæring på sykehjem.....	5
1.2 Begrunnelse for tema og førforståelse.....	5
1.3 Problemstilling og oppgavens hensikt.....	6
1.4 Avgrensninger.....	6
1.5 Oppgavens oppbygning.....	7
2.0 PRESENTASJON AV FORSKNINGSARTIKLER	8
3.0 TEORETISK REFERANSERAMME	11
3.1 Helsedirektoratet.....	11
3.2 Faglitteratur.....	13
3.2.1 Underernæring.....	13
3.2.2 Den eldre beboer på sykehjem.....	14
3.2.3 Fysiologiske forandringer hos eldre.....	15
3.2.4 Vurdering av ernæringsstatus.....	17
3.2.5 Forebyggende sykepleie.....	17
3.3 Virginia Henderson.....	18
3.4 Etske prinsipper.....	19
4.0 METODE	20
4.1 Litteraturstudie som metode.....	20
4.2 Søkeprosess til forskningsartikler.....	20
4.3 Søkeprosess til den teoretiske referanserammen.....	21
4.4 Kildekritikk.....	22
4.4.1 Kildekritikk til forskningsartiklene.....	22
4.4.2 Kildekritikk til den teoretiske referanserammen.....	23

4.5 Reliabilitet og pålitelighet (Kritikk av metode).....	24
5.0 RESULTAT OG FUNN.....	25
5.1 Underernæringsstatusen blant eldre på sykehjem.	25
5.2 Ulike forebyggingstiltak i forhold til spisesituasjonen.....	26
5.4 Sykepleiers verdier og holdninger til underernæring på sykehjem.	28
5.5 Eldre sine vurderinger av ernæring på sykehjem og spisesituasjonen.	28
6.0 DISKUSJON.....	30
6.1 Ernæringsstatus.....	30
6.2 Hvordan kan sykepleiere forebygge underernæring?.....	32
6.3 Eldre sine vurderinger av spisesituasjonen og kunnskapsnivået til sykepleiere.	35
7.0 AVSLUTNING.....	38
LITTERATURLISTE.....	40
VEDLEGG.....	45
Vedlegg 1: Skjema over artikler.....	45
Vedlegg 2: Søkeprosessen.....	52
Vedlegg 3: PICO skjema.....	55

«There is no more important element in the preparation for nursing than the study of nutrition» - Virginia Henderson

1.0 INNLEDNING

I dette kapittelet presenteres det kort om temaet, begrunnelse for valg av tema, førforståelse, hensikten med oppgaven, problemstilling, avgrensninger og oppgavens oppbygning.

1.1 Underernæring på sykehjem.

Underernæring på sykehjem har vært mye i fokus i de siste årene. Til tross for mange retningslinjer internasjonalt og nasjonalt, så er tallene på underernæring fortsatt høye (Cunneen, Jones, Davidson & Bannerman, 2011). Det er et økt problem som ofte får lav prioritet, og det er mange studier som fastslår at dette er en stor utfordring (Wikby & Fågerskiöld, 2004; Cunneen et al., 2011; Sortland, Gjerlaug & Harviken, 2012). Helsedirektoratet hevder at opptil 60 % er underernærte i institusjoner i Norge (2010). Sortland (2011 s. 217) påpeker også at det blant annet kan føre til økt falltendens, redusert bevegelighet, depresjon, apati, nedsatt immunforsvar og forsinket sårtilheling. Tidligere forskningsartikler har også funnet ut at underernæring har en sammenheng med økt dødelighet blant eldre på sykehjem (Beck, 2014). Helsedirektoratets faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring oppgir at alle som blir lagt inn på sykehjem eller på en institusjon, skal vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse. Deretter skal de også vurderes månedlig eller etter annet faglig begrunnet individuelt opplegg (Helsedirektoratet 2010; Sortland, 2011). Eldre bør ha en kroppsmasseindeks (KMI) på over 24 kg/m², og en undersøkelse viste at kun 31,6 % av personalet hadde kunnskap om denne normalverdien (Bauer, Halfens & Lohrmann, 2015).

1.2 Begrunnelse for tema og førforståelse.

Temaet for denne bacheloroppgaven er valgt fordi de eldre som bor på sykehjem bør ha en rett til å få dekket sine fysiologiske grunnleggende behov, som for eksempel ernæring

(Aagaard & Bjerkreim, 2011). De er i sin siste fase av livet, og det er viktig at sykepleiere forebygger ernæringsproblemer så godt de kan. Det er tross alt lettere å forebygge enn å behandle underernæring (Helsedirektoratet, 2010). Mat og måltider er en stor sosial og kulturell del av livet, og på et sykehjem bør det være fokus på de gode stundene. Mat kan skape mye glede og livskvalitet, hvis det blir servert riktig (Kuosma, Hjerrild, Pedersen & Hundrup, 2008). Underernæring på sykehjem er også en tverrfaglig problemstilling, hvor sykepleiere har en viktig rolle fordi de er tette på beboerne i det daglige arbeidet.

Sykepleierne har sammen med andre helsefaglige yrkesgrupper en forebyggende funksjon. Egne erfaringer fra praksis og arbeid har vist at spisesituasjonen ofte er travel, stressende og lite sosial. Derfor er det interessant å undersøke om det er faktorer ved spisesituasjonen som kan endres, for at måltidet skal bli til noe hyggelig og noe de eldre kan se frem til. Måltidene bør være et fristed i hverdagen.

1.3 Problemstilling og oppgavens hensikt.

Fokuset i denne oppgaven vil hovedsakelig være å se på de enklere forebyggingstiltakene som det er skrevet om i litteraturen. Som for eksempel å tilpasse spisesituasjonen, ved miljø-, måltid- og pasienthensyn. Helsedirektoratet (2010) hevder at dette er det første tiltaket som skal gjøres for å forebygge underernæring på sykehjem. Siden eldre på sykehjem trolig ikke er kapable nok til å forbedre spisemiljøet selv, er det noe sykepleierne er ansvarlig for (Mathey, Vanneste, de Graaf, de Groot & van Staveren, 2001).

Hensikten med denne oppgaven er gjennom et litteraturstudium å undersøke hvordan sykepleiere kan forebygge underernæring på sykehjem. Fokuset vil ligge mest på å undersøke tiltak rettet mot selve spisesituasjonen og spisemiljøet blant de eldre på sykehjem.

Problemstillingen for oppgaven er derfor; Hvordan kan sykepleiere forebygge underernæring på sykehjem hos eldre, med hovedfokus rettet mot lavkostnadstiltak. Sentrale begreper i oppgaven vil bli definert og beskrevet underveis i teorikapittelet.

1.4 Avgrensninger.

På grunn av ordrammen så er det satt noen avgrensninger i oppgaven. Den kommer ikke til å inkludere demente pasienter, pasienter uten samtykkekompetanse i henhold til pasient – og

brugerrettighetsloven (1999) § 4A, pasienter under tvungen ernæring i henhold til lov om psykisk helsevern (1999) § 4-4, palliative pasienter og pasienter som mottar enteral eller parenteral ernæring. Disse avgrensingene er valgt fordi hver av de pasientgruppene har veldig mange ulike behov knyttet til sitt problemområde, og en må som sykepleier ha et annet fokus når en jobber med disse gruppene ved at muligens krever mer spesialisert forebygging og behandling.

Oppgaven vil heller ikke gå inn på forebyggende tiltak som omfatter næringsdrikker, sondeernæring og intravenøs ernæring som også kommer frem fra illustrasjonen «Ernæringstrappen» fra Helsedirektoratet (2010). Oppgaven vil heller ikke ta for seg alle formene for energiberiking av mat og tilpasninger av kosten. Det finnes mange ulike måter å berike eller tilpasse kosten til individuelle behov, og på grunn av ordrammen vil kun noen få eksempler bli nevnt i diskusjonen. Oppgaven vil heller ikke nevne hvordan ulike kostregistreingskjemaer fungerer, eller andre verktøy for å kartlegge kosten. Det vises til Helsedirektoratets (2010; 2012) litteratur for mer detaljert informasjon om det. De vurderingsverktøyene som blir beskrevet er Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) og Mini Nutritional Assessment (MNA). Selv om oppgaven kun beskriver disse to, er ikke det enstydig med at andre verktøy ikke er relevante å bruke.

1.5 Oppgavens oppbygning.

Oppgaven er bygd opp etter IMRaD-strukturen som er en forkortelse for innledning/Introduction, metode/Methods, resultat/Results og/and diskusjon/Discussion (Dalland, 2012 s.79). Etter innledningen er det lagt inn et kapittelet som presenterer forskningsartiklene, og deretter et kapittel som presenterer den teoretiske referanserammen. Oppgavens oppsett er basert på bøkene til Dalland (2012) og Thidemann (2015), samt egne preferanser for å få en gjennomgående rød tråd i oppgaven.

2.0 PRESENTASJON AV FORSKNINGSARTIKLER

Totalt presenteres det her 8 artikler. På grunn av ordrammen blir det kun en kort presentasjon, og det vises til ytterligere beskrivelse i vedlegg 1 og i kapittel 5.0.

Eldre personers ernæring og matinntak ved et sykehjem – en pilotstudie, er en studie utført i Norge. Den ble publisert i 2009, og utvalget består av kun seks beboere. Forfatterne er Kjersti Sortland, Grete Skjeggstad, Lisbeth Jansen og Anna-Lena Berglund. Hensikten var å kartlegge om beboernes ernæringsbehov dekkes, og om det var behov for mat eller drikke mellom siste kveldsmåltid og frokost. Hensikten var også å finne ut om eldre var tilfredse med maten og tidspunktene den ble servert, og om det var behov for å endre tidspunktene. Metoden som ble brukt var spørreskjemaer, kostregisteringer og næringsberegninger. Studien var også delt inn i tre perioder, og var et samarbeidsprosjekt mellom Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA) og et sykehjem.

Vektdokumentasjon, kroppsmasseindeks, måltidsfrekvens og nattefaste blant eldre sykehjemsbeboere – en pilotstudie, er også en studie utført i Norge. Publikasjonsdatoen er 2012, og den er utført av Kjersti Sortland, Anne Karin Gjerlaug og Gunn Harviken. Utvalget var 243 beboere over 70 år. Hensikten var å kartlegge vektendring, vektdokumentasjon, KMI, måltidsfrekvens og lengde på nattefasten. Metoden som ble brukt var at sykepleiestudenter samlet inn data via et registreringskjema.

An investigation of food provision and consumption in a care home setting, er det studie fra Skottland som er skrevet av Sinead Cunneen, Jacklyn Jones, Isobel Davidson og Elaine Banneerman. Den er fra 2011, og utvalget bestod av 25 beboere. Hensikten var å vurdere forsyningen og forbruket av mat og væske, vurdere hvilke måltider, typer mat og måltidstidspunkter som er mest likt av beboerne. Hensikten var også å bestemme hvilken rolle hver spisesituasjon hadde i energi- og næringsinntaket. Metoden som ble brukt var å veie maten for å vurdere mat- og væskeinntaket. Mellommåltidene ble observert og notert ned. Næringsberegning ble også gjort av den veide maten. I tillegg ble alle måltidene i løpet av en 24 timers periode undersøkt for å samle inn data rundt matvanene til deltakerne.

Assessment of the nutritional status among residents in a Danish nursing home – health effects of a formulated food and meal policy, er en studie utført av Kirsi Kuosma, Joan

Hjerrild, Preben Ulrich Pedersen og Yrsa Andersen Hundrup. Den er utført i Danmark, og er publisert i 2007. Hensikten med studien var å undersøke om innføring av individuell plan kunne ha en påvirkning på vektstabiliteten blant beboerne. Sykehjemmet som ble undersøkt har i mange år hatt måltider basert på servering slik det er i en familie. Tilslutt var det 15 beboere som fullførte studien. Metoden som ble brukt var vurdering av ernæringsstatus med MNA (kortversjon) og kartlegging av antropometriske målinger (se definisjoner i kapittel 3.2.4).

Effects of family-style meals on energy intake and risk of malnutrition in Dutch nursing home residents: A randomized controlled trial, er en studie fra Nederland. Den er publisert i 2006 og er skrevet av Kristel A. N. D. Nijs, Cees de Graaf, Els Siebelink, Ybel H. Blauw, Vincent Vanneste, Frans J. Kok og Wija A. van Staveren. Utvalget bestod av 178 som fullførte studien. Hensikten var å undersøke om et familiemåltid øker energiinntaket nok til å forbedre eller opprettholde energibalansen, og minske risikoen for underernæring. Metoden som ble brukt var å dele avdelinger inn i intervensjonsgrupper og kontrollgrupper. Ernæringsstatusen ble også vurdert før og etter intervensjonen.

Health effects of improved meal ambiance in a Dutch nursing home: A 1-year intervention study, er også en studie fra Nederland. Forfatterne er Marie-Françoise A. M. Mathey, Vincent G. G. Vanneste, Cees de Graaf, Lisette de Groot og Wija A. van Staveren. Den er publisert i 2001, og utvalget bestod av 22 beboere som fullførte etter 1 år. Hensikten var å fastslå effekten forbedret spisemiljø hadde på matinntaket og ernæringsstatusen. Metoden som ble brukt var også å dele avdelinger inn i intervensjonsgrupper og kontrollgrupper. Ernæringsstatusen ble også vurdert både før og etter intervensjonen.

Knowlegde and attitudes of nursing staff towards malnutrition care in nursing homes: A multicentre cross-sectional study, denne studien er publisert i 2015 og utført av Silvia Bauer, R. J. G. Halfens og C. Lohrmann. 59, 5% av de ansatte på de 66 sykehjemmene deltok i studien. Hensikten var å vurdere kunnskapen og holdningene til sykepleiere og hjelpepleiere rundt underernæring på sykehjem, og se på ulikheter blant de. Metoden som ble brukt var et spørreskjema besvart av personalet.

The willingness to eat: An investigation of appetite among elderly people, er en studie utført av Kerstin Wikby og Astrid Fägerskiöld. Den er fra Sverige, og er publisert i 2004. Metoden

var intervju, og totalt ble 15 beboere intervjuet. Hensikten var identifisere og beskrive faktorer rundt appetitten til eldre.

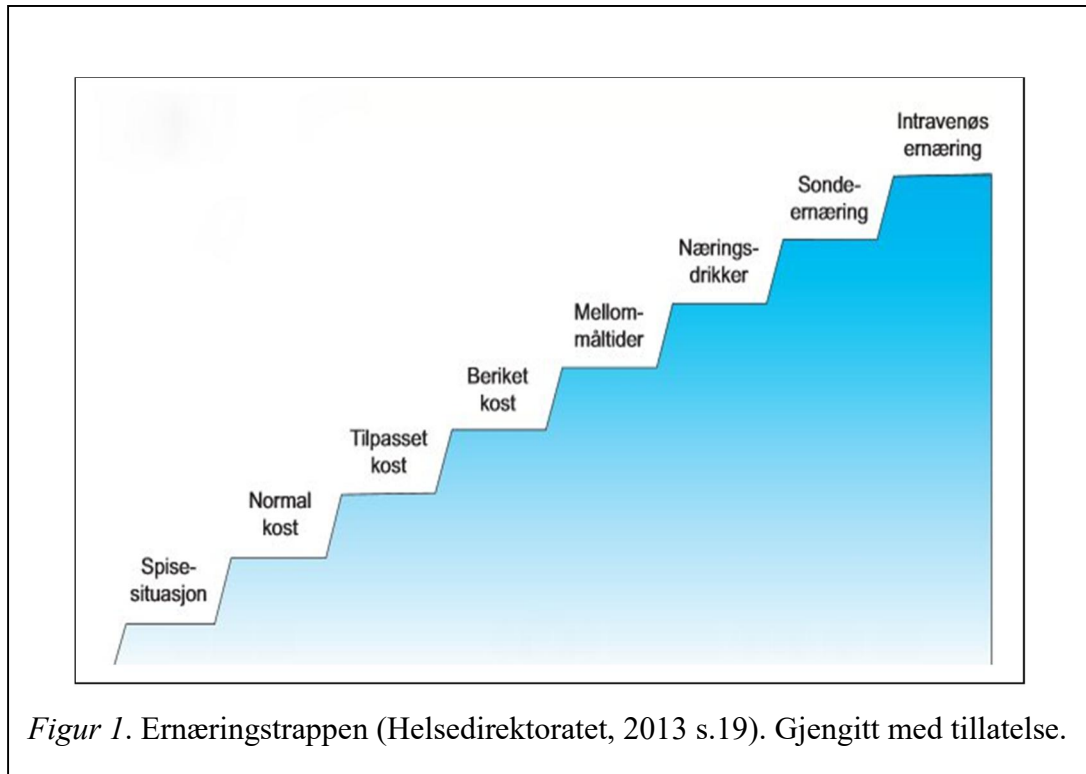
3.0 TEORETISK REFERANSERAMME

I dette kapittelet presenteres Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer, kosthåndboken, anbefalinger og en oppdragsrapport utført av Heidi Aagaard. I tillegg presenteres faglitteratur og Virginia Henderson sitt syn på sykepleie og ernæring. Tilslutt presenteres det kort om de viktigste etiske prinsippene.

3.1 Helsedirektoratet.

I 2010 kom Helsedirektoratet ut med nye nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring, der målgruppen var helsepersonell som arbeider med voksne og eldre pasienter i spesialist- og primærhelsetjenesten. For primærhelsetjenesten anbefaler Helsedirektoratet at alle som blir lagt inn på sykehjem eller på en institusjon, skal vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse og deretter månedlig eller etter annet faglig begrunnet individuelt opplegg. Det er også bestemt at eldre som er i risiko for å utvikle underernæring skal ha en individuell ernæringsplan.

Når en skal ta i bruk ulike tiltak så mener Helsedirektoratet (2010) at spisesituasjonen og godt miljø under måltider alltid skal være i fokus først, og at man kan oppnå mye med lavkostnadstiltak. Lavkostnadstiltak vil si tilrettelegging av for eksempel spisesituasjonen, og energiberiking kosten. Tiltak med høyere kostnad er for eksempel sonde- og intravenøsernæring. Se figur av ernæringstrappen under. Spisesituasjonen kan deles inn i ulike hensyn: miljøhensyn, måltidshensyn og pasienthensyn. Under miljøhensyn bør det tas hensyn til renslighet, hygiene, spiseplass, lite støy, fokus på trivsel og individuell spisehjelp. Under måltidene bør det tas hensyn til størrelse på porsjonene, utseende på maten, lukter, smaker, temperatur på maten og næringsinnholdet. Pasienthensyn vil si at en tar hensyn til hver enkelt beboer, og de ulike individuelle behovene den beboeren må ha. For eksempel må en ta hensyn til eventuelle vaner og ønsker som beboeren har, og forsøke å etterstrebe det så godt det lar seg gjøre (Helsedirektoratet, 2010). Tiltakene mellommåltider, beriket kost og tilpasset kost blir nevnt i kapittel 6.0, men vil ikke bli beskrevet noe nærmere i dette kapittelet.



Figur 1. Ernæringstrappen (Helsedirektoratet, 2013 s.19). Gjengitt med tillatelse.

Kosthåndboken er en revidert utgave av retningslinjene til statens ernæringsråd fra 1995, utgitt av Helsedirektoratet. Den er laget for å blant annet være et verktøy for de nasjonale faglige retningslinjene. I boken står det om tiltak når matinntaket blir for lite, hvor de nevner måltidsmiljøet som en faktor som er samspeillet mellom menneskene, maten og ressursene. Rommet hvor de eldre spiser er av stor betydning for miljøet. Lukter, lyder, farger og møbler er faktorer som påvirker matlysten (Helsedirektoratet, 2012). Møtet mellom personalet og de eldre er også en viktig faktor, personalet bør kjenne de enkelte beboerne og vite hvilke behov de har rundt måltidene. Personalet må også være tilstede under måltidene, både fysisk og mentalt (Helsedirektoratet, 2012). Hvordan maten presenteres er også viktig, og individuelle hensyn er med på å gi respekt til hver enkelt beboer.

Oppdragsrapporten til Heidi Aagaard (2010) «Ærlig talt: Mat og måltider i sykehjem: En undersøkelse blant beboere i somatiske sykehjem i Østfold» er utført for Helsedirektoratet. Hensikten til undersøkelsen var å undersøke sykehjemsbeboernes vurderinger av blant annet måltidsmiljøet. Det ble gjennomført intervjuer for å samle inn data, og totalt ble 204 eldre intervjuet som gir en svarprosent på 88%. Svarene fra denne undersøkelsen vil bli brukt til å belyse andre funn i diskusjonen.

3.2 Faglitteratur.

I dette underkapittelet beskrives det kort om underernæring, årsaker, konsekvenser, den eldre beboeren på sykehjem, fysiologiske aldersforandringer, vurderingsverktøy for å vurdere ernæringsstatus og forebyggende sykepleie.

3.2.1 Underernæring.

Eldre generelt og spesielt eldre med obstipasjonsproblemer eller eldre med ulike sykdommer, er i risikogruppen for å bli underernært (Sortland, 2011). Obstipasjonsproblemer vil si avføringsbesvær med treg eller hard avføring (Store Medisinske Leksikon, 2016, 09.03). I nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring defineres underernæring slik «En ernærings situasjon der mangel på energi, protein og/eller andre næringsstoffer forårsaker en målbar ugunstig effekt på kroppssammensetning og funksjon, samt klinisk resultat» (Helsedirektoratet, 2010 s. 14). Helsedirektoratet (2010) skiller mellom tre diagnoser for underernæring: ernæringsmessig risiko, moderat underernæring og alvorlig underernæring.

Årsaker til underernæring er som oftest ulike sykdommer som rammer de eldre, for eksempel hjerte- og lungesykdommer (Sortland, 2011). Andre årsaker til at eldre kan bli underernærte er appetittmangel, som kan både være forårsaket av noe fysisk eller psykisk. Tann- og munnstatus, svelgefunksjonen, mage- og tarmfunksjonen kan også være årsaker til underernæring hvis de er svekket. For eksempel så kan en infeksjon i munnen gjøre at det er vondt å spise, eller tannverk på grunn av karies. Sortland (2011) skriver også at god munnhygiene er essensielt hos eldre på sykehjem, fordi dårlig munnhygiene kan føre til at appetitten blir dårligere. For eksempel ved gamle matrester i munnen, som kan gi en ubehagelig følelse og dårlig ånde. God munnhygiene forebygger også luftveisinfeksjoner, soppinfeksjoner, karies og betennelser (Sortland, 2011). Hvis eldre er preget av obstipasjonsproblemer kan dette også svekke matlysten. Smaksløkene svekkes og det kan også være en årsak til underernæring, ved at maten ikke smaker like godt lenger (Sortland, 2011).

Årsaker til at spisesituasjonen kan være en faktor til at eldre blir undernært, kan for eksempel være dårlig renhold eller uro i spiseområdet. Mange eldre kan ha problemer med å spise på

grunn av ulike årsaker som nevnt i avsnittet over, men spisesituasjonen kan være med på å påvirke de til å spise eller ikke spise. Ved for eksempel kvalme kan en stor porsjon med lite appetittvekkende mat gjøre at de ikke vil spise noe, men motsatt kan en liten delikat porsjon med yndlingsmaten gjøre at beboeren får i seg den nødvendige næringen. Sortland (2011) understreker at det sosiale samværet i spisesituasjonen også kan påvirke matlysten. Hvis de eldre ikke kommer overens med hverandre, kan det gjøre at de ønsker å sitte så kort som mulig i fellesarealet og at de dermed ikke spiser tilstrekkelig. Eller det kan føre til at de vil sitte inne på rommet sitt, og der kan andre faktorer som ensomhet, depresjon og innestengte lukter påvirke at de ikke vil spise.

Konsekvenser av underernæring hos eldre er mange og de kan være svært alvorlige. På grunn av mangel på ulike næringsstoffer kan det føre til tretthet, svakhet, anemier og svekket immunforsvar som igjen kan føre til økt infeksjonsfare (Sortland, 2011). Anemi betyr blodmangel, som vil si at for få røde blodceller sirkulerer i kroppen. Det er et sykdomstegn, og et godt indikasjonsmål er mengden hemoglobin i blodet (Store Medisinske Leksikon, 2017, 20.01). Trykksår kan også lettere oppstå hos underernærte, og sårtilhelingen vil i tillegg være forsinket. Eldre mister naturlig muskelmasse når de blir eldre, men underernæring kan føre til at de mister mer enn normalt. Også underhuds fett vil minske raskere. Hos eldre kan dette også føre til dårligere regulering av varme i kroppen. Organer kan også miste vekt, og hvis hjertet taper størrelse kan det føre til kardial kakeksi som igjen kan føre til hjertesvikt (Mowé, 2002; Sortland, 2011). Når det er mangel på protein vil kroppen ta i bruk reservelager av albumin, når nivået av albumin synker i kroppen vil væske fra blodet flyte ut i vevet og dette kan føre til ødemer. Så en som er underernært kan få ødemer, og det er viktig å vite om dette så det ikke skjuler en undernært person. Næringsstoffene vil absorberes dårligere, og dette er også en fysiologisk endring hos eldre. Så det er svært uheldig at eldre blir underernært for da skjer den fysiologiske aldringsprosessen mye raskere (Sortland, 2011).

3.2.2 Den eldre beboer på sykehjem.

Eldre mennesker har bodd hjemme store deler av livet sitt, og av ulike årsaker havner mange etter hvert på et sykehjem. World Health Organization (2015, september) definerer eldre i ulike aldergrupper. Eldre er mennesker mellom 60-74 år, og gamle er mennesker over 75 år. Når eldre blir omtalt i oppgaven benyttes enten begrepet eldre eller beboer. Ordet pasient blir benyttet i liten grad, fordi sykehjemmet er de eldre sitt hjem og for å bidra til å skape en

hjemmekoselig atmosfære unngås begrepet pasient der det går. Begrepet gamle blir heller ikke benyttet, selv om personer over 75 år er inkludert i oppgaven. Norsk Helseinformatikk definerer sykehjem som «Et sykehjem er et sted man får behandling, opptrening, og hjelp til daglige gjøremål i kort eller lang tid på grunn av at sykdom, skade eller normal aldring som gjør at man ikke klarer seg hjemme.» (Norsk Helseinformatikk, 2015, 17.02). Hauge (2010) legger også vekt på at et sykehjem også er de eldre sitt hjem, og ikke kun et sted de får behandling.

Det kan føles vanskelig for eldre å tilpasse seg den nye situasjonen å havne på sykehjem, og Sidenvall (2003) påpeker at det kan gå utover ernæringsstatusen. Spise- og måltidsmiljøet er som regel helt annerledes enn hva de er vant til hjemme. På et sykehjem er det oftest en felles spisesal, eller man kan velge å spise alene på rommet sitt. Det er mange nye mennesker man skal forholde seg til, og det er ikke alltid en får velge hvor en vil sitte under måltidene. Det kan være nye lyder og lukter, og maten kan smake annerledes enn hva en er vant til når man bodde hjemme og lagde sin egen mat. Måltidene er ofte forbundet med det sosiale liv, og mange tenker på måltidet som et sosialt fellesskap med familie eller venner (Sidenvall, 2003). Når en kommer på sykehjem er måltidet fortsatt preget av å være sosialt, og alle beboere på sykehjemmet samles som regel under måltidene. Karoliussen (2000) påpeker også at de eldre muligens har ulike forventninger til miljøet, hvordan maten serveres, hva som serveres, hvordan man spiser og hva man snakker om.

3.2.3 Fysiologiske forandringer hos eldre.

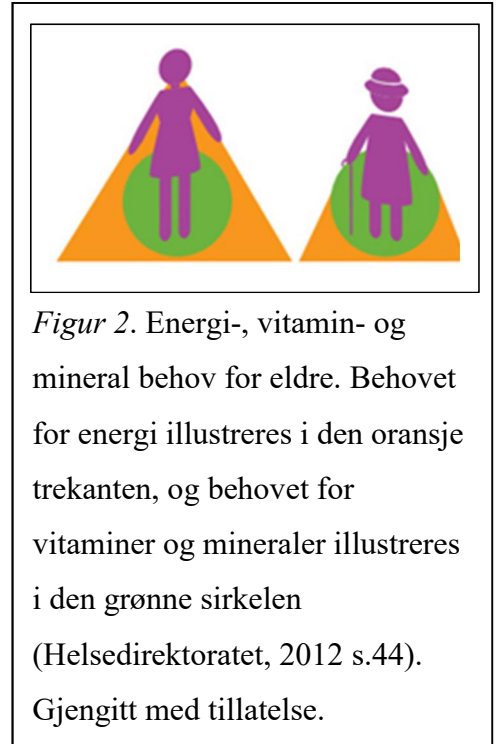
Når mennesker blir eldre skjer det ulike forandringer med kroppen som kan påvirke ernæringsstatusen (Sortland, 2011). En av de viktigste forandringene er endring i kroppsmassesammensetningen. Det vil si redusert muskelmasse, økt fettmasse med 30-45% og reduksjon av vann i kroppen med 10-15 %. Denne endringen gjør også at energibehovet blir mindre, og det er årsaken til at basalstoffskiftet reduseres (Sortland, 2011; Mensen, 2010). Basalstoffskifte vil si «Den energimengden som omsettes i kroppen etter 12-18 timers faste

og fullstendig fysisk og mental hvile i behagelig romtemperatur» (Sortland, 2011 s.28). I tillegg reduseres ofte energiforbruket til eldre, og dermed trenger ikke kroppen like stort energiinntak. Allikevel synker ikke behovet for essensielle næringsstoffer, slik at ernæringen til eldre må være næringsstett for å tilfredsstille behovet for næringsstoffer. Dette kan nemlig få konsekvenser for ernæringsstatusen, hvis ikke næringsstettheten øker når matinntaket reduseres som følge av mindre energibehov. Derfor er det også lurt å tilby eldre små næringsstette måltider for å bidra til å øke inntaket av næringsstoffer (Sortland, 2011). For å regne ut energibehovet anbefales det normalt å bruke formelen 30 kcal/kg/døgn, mens ved eldre over 70 år anbefales det å redusere det med 10 %. Det anbefales å øke med 10 % hvis personen er mager.

(Helsedirektoratet, 2010). Figur 2 sammenlikner behovene for en ung person og en eldre person.

Andre fysiologiske endringer er at kaliumtapet fra skjelettet øker, og beintettheten blir derfor redusert som kan øke faren for brudd (Mensen, 2010; Sortland, 2011). Lukte- og smakssansene blir redusert, fordi antall smaksløker reduseres i munnen. Derfor trenger eldre ofte mat som er konsentrert i smak. Svelgeproblemer og problemer med å tygge maten kan oppstå, eldre kan miste tenner og de kan ha problemer med eventuelle tannproteser (Sortland, 2011). Produksjon av spytt reduseres også til en tredjedel når en blir eldre (Mensen, 2010). Eldre får redusert tørstefølelse, som kan føre til lavt væskeinntak og deretter munntørrehet, som igjen kan føre til at svelging og tygging blir vanskelig.

Andre endringer er også at magesekken produserer mindre saltsyre, produksjonen av enzymet pepsin reduseres, tarmperistaltikken blir dårligere, produksjonen av gallestoff og aktiviteten av lipase reduseres også. Dermed blir absorpsjonen av næringsstoffer som kommer via maten redusert (Sortland, 2011). Pepsin og lipase er enzymer som bryter ned proteiner og fett i fordøyelsessystemet (Sand, Sjaastad, Haug & Bjålie, 2006). Mensen (2010) skriver allikevel at tarmfunksjonen ikke endrer seg så mye fysiologisk, men at de største ernæringsmessige plagene kommer av lite aktivitet, fiberfattig kost og lite væskeinntak. Anbefalingene for fysisk aktivitet til de over 65 år er minst 150 min i uken, og hvis man dobler den mengden vil



Figur 2. Energi-, vitamin- og mineral behov for eldre. Behovet for energi illustreres i den oransje trekanten, og behovet for vitaminer og mineraler illustreres i den grønne sirkelen (Helsedirektoratet, 2012 s.44). Gjengitt med tillatelse.

helsegevinsten bli enda større (Helsedirektoratet, 2016, 12.12). I denne sammenhengen kan den helsegevinsten for eksempel være økt matlyst og bedre ernæringsstatus.

3.2.4 Vurdering av ernæringsstatus.

I nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring anbefaler Helsedirektoratet (2010) å bruke verktøyene MNA og MUST for å vurdere ernæringsstatus på sykehjem (2010). MNA består av to ulike vurderingsdeler. Først fyller en ut del 1 og regner ut poengsummen, hvis den er 11 eller mindre skal man gå videre til del 2 for å gradere ernæringstilstanden. Deretter summerer man begge poengsummene, fra del 1 og 2, og hvis en havner på en samlet sum på mellom 17-23,5 er den eldre i fare for å bli underernært. Hvis den samlede summen er på mindre enn 17 er pasienten underernært.

MUST består av fem trinn. I trinn en, to og tre regner man ut en poengscore for KMI, vekttap og akutt sykdom. I trinn fire legger man sammen poengscoren fra de tidligere trinnene, for å beregne risikoen den eldre har for underernæring. Score 0 gir lav risiko, score 1 gir middels risiko og score 2 eller mer gir høy risiko. Deretter ser man i trinn fem på ulike tiltak som bør innsettes ut i fra hvilken score den eldre fikk.

Antropometriske målinger er et begrep som blir brukt i oppgaven i forhold til vurdering av ernæringsstatusen. Sortland definerer det med «Alle målinger som kan gi tallmessige uttrykk for kvantitative (målbare) forhold i kroppen» (Sortland, 2011 s. 222). Som for eksempel høyde, vekt, KMI, hudfoldsmålinger, omkrets av ulike kroppsdelene og laboratorieprøver som for eksempel hemoglobin og jern. Kroppsmasseindeks (KMI), også kalt body mass index (BMI), er kroppsvekten (kg) delt på kvadratet av høyden (m) (kg/m^2). KMI har en svakhet ved at det ikke regner med fordelingen av kroppsmassesammensetningen mellom fett- og muskelvev. (Helsedirektoratet, 2010 s. 38; Store Medisinske Leksikon, 2014, 18.12).

3.2.5 Forebyggende sykepleie.

Både Ranhoff (2010) og Mæland (2010) hevder at forebyggende sykepleie for eldre i hovedsak handler om å styrke motstandskraften mot forhold som kan true helsen, stimulere til mestring og selvbestemmelse, og bidra til økt livskvalitet. I litteraturen til Ranhoff (2010) står

det skrevet at det kan skilles mellom tre ulike forebyggingsaspekter hos eldre; primærforebyggende helsearbeid og sekundær- og tertiærforebyggende. Primærforebyggende vil si den forebyggingen som har pågått hele livet, som å sette inn tiltak i eget liv for å fremme god helse. For eksempel god fysisk aktivitet og sunt kosthold gjennom hele livet. Det er mange meninger om hva et sunt kosthold er, men Helsedirektoratet (2012) mener det bør inneholde grove kornprodukter, «fem om dagen» av frukt og grønnsaker, magre meieri- og osteprodukter, fisk, begrenset inntak av rødt kjøtt og begrenset inntak av sukker og salt. Det er essensielt at den eldre gjennom livet har hatt stor egeninnsats for å gjøre primærforebyggende tiltak. Sekundær- og tertiærforebygging handler mer om å forebygge når personen har blitt skrøpelig og eldre. Det er tiltak som settes i verk etter at det har oppstått for eksempel sykdom. Tertiærforebygging brukes når man skal forebygge ytterligere forverring av en kronisk tilstand eller sykdom. Når underernæring har oppstått hos eldre, så er det sekundær- og eventuelt tertiærforebyggende tiltak som skal brukes slik at tilstanden ikke forverres. Mens når eldre kommer til sykehjemmet uten å være underernært, så skal primærforebyggende tiltak gjennomføres før problemet har oppstått. Som for eksempel å følge Helsedirektoratets (2010) råd om å vurdere for ernæringsmessig risiko ved innleggelse.

Mæland (2010) skriver om forskjellen på sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid, som er to motsetninger i det forebyggende arbeidet som også komplementerer hverandre godt. En enkel beskrivelse av hovedforskjellen er at en ikke bare skal bedre helsen (sykdomsforebyggende), men også fremme den (helsefremmende). Endringer ved spisesituasjonen kan på mange måter ses på som et helsefremmende tiltak. Helsefremmende arbeid er et komplekst begrep, som oppgaven ikke vil gå nærmere inn på grunnet ordrammen.

3.3 Virginia Henderson.

Virginia Henderson var en amerikansk sykepleier, som ble ferdigutdannet i 1921. Hun var blant en av de første som formulerte en sykepleiedefinisjon, og hun ble også kjent for sine 14 grunnkomponenter for sykepleie (Kristoffersen, 2011). I sin bok «Basic principles of nursing care» presenterer hun disse 14 komponentene, som forteller hva hun mener det er viktig for en sykepleier å fokusere på. Komponent nr. 2 heter «Helping patient with eating and drinking», og der skriver hun sitatet «There is no more important element in the preparation for nursing than the study of nutrition» (Henderson, 1997). Dette tyder på at ernæring er noe som hadde stor betydning for Virginia i en sykepleiesammenheng.

Hennes definisjon av sykepleie er «Sykepleierens særegne funksjon er å hjelpe personen, syk eller frisk, i utførelsen av de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse (eller til fredfull død), noe han ville gjort uten hjelp om han hadde tilstrekkelige krefter, kunnskaper og vilje, og å gjøre dette på en slik måte at personen gjenvinner uavhengighet så fort som mulig» (gjengitt etter Berg, 2012 s. 123). Denne definisjonen bygger på autonomiprinsippet og brukermedvirkning, ved at målet med sykepleien er at personen skal gjenvinne uavhengighet så fort som mulig.

3.4 Etske prinsipper.

De fire viktigste etiske prinsippene er velgjørhetsprinsippet, ikke-skade prinsippet, autonomiprinsippet og rettferdighetsprinsippet. Her presenteres kort Nortvedt (2012) sine tolkninger av de ulike prinsippene. Velgjørhetsprinsippet handler mye om å gjøre det beste for pasienten, og en kan også knytte det opp mot § 4 om faglig forsvarlighet i lov om helsepersonell (1999). Ikke skade-prinsippet betyr blant annet at en skal minske smerte og ubehag, og når en utøver sykepleie så skal det gjøres så varsomt som mulig.

Autonomiprinsippet vil blant annet si at en ser på mennesker som et selvbestemmende vesen, og alle skal kunne bestemme over eget liv og utøve brukermedvirkning. Tilslutt er det rettferdighetsprinsippet som kan for eksempel ha mye betydning i diskusjoner rundt goder og ressurser. Knyttet til oppgaven kan det handle om at alle beboerne skal ha lik rett på god ernæringsstatus og omsorg (Nortvedt, 2012). Prinsippene vil diskuteres videre i kapittel 6.0, og autonomiprinsippet er mest relevant for denne oppgaven.

4.0 METODE

I dette kapitlet presenteres metoden som er anvendt i oppgaven, samt en beskrivelse av den. Søkeprosessen som ble gjort for å finne de ulike forskningsartiklene og faglitteratur presenteres også. Tilslutt presenteres kildekritikken og kritikk til egen metode.

En metode er en fremgangsmåte man kan bruke for å komme frem til ny kunnskap, og det er et redskap som hjelper oss med å samle inn data (Dalland, 2012). Metoden skal hjelpe leseren med å forstå hvordan oppgavens resultater har blitt funnet (Thidemann, 2015). I dette kapitlet vises fremgangsmåten for datainnsamlingen til oppgavens problemstilling.

4.1 Litteraturstudie som metode.

Metoden som er brukt i oppgaven er et litteraturstudie, fordi i læringsutbyttene for HiOA står det at ferdigheter som er forventet er blant annet at studenten kan gjennomføre en selvstendig, avgrenset litteraturstudium under veiledning i tråd med gjeldende forskningsetiske normer. Et litteraturstudium er et studium av eksisterende litteratur, altså kunnskap andre har kommet frem til og presentert i ulik litteratur (Dalland, 2012).

4.2 Søkeprosess til forskningsartikler.

De første søkene ble gjort i databasen Cinahl (se vedlegg 2 for mer detaljert beskrivelse av søkeprosessen). De første søkene var mindre søk, med 3-4 søkeord per søk. Få gode resultater kom frem, og det ble forsøkt et større søk med rundt 1000 artikler som resultat. For å raskt skille ut relevante artikler, ble tittelen lest. For å snevre artiklene ytterligere ble sammendraget og hensikten lest. Det ble også gjort noen søk i databasene Cochrane Library og Medline, da ble det også benyttet et PICO skjema (se vedlegg 3). PICO er et rammeverktøy som står for Patient/Problem, Intervention, Comparison og Outcome (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012 s.33). Til slutt ble de mest interessante artiklene printet ut og lest mer detaljert. Så ble det laget et skjema med oversikt over tittel, forfatter, år, land, tidsskrift, hensikt, metode, utvalg og resultat (se vedlegg 1). Det ble også laget forskjellige bunker av

artiklene, de som var lest og skrevet inn i skjemaet, de som var usikre, og de som ikke var lest enda. Slik ble oversikten opprettholdt gjennom prosessen.

Etter mye jobbing med artiklene ble det tilslutt bestemt hvilke som skulle presenteres i oppgaven. Artiklene ble delt inn i ulike grupper ut i fra problemstillingen. Den første gruppen ble kalt «underernæring» hvor de som omhandlet underernæringsstatus havnet. Den andre gruppen ble kalt «forebyggende», og der havnet artiklene som undersøkte spesifikke tiltak de kunne gjøre for å forebygge underernæring. Den tredje gruppen ble kalt «sykepleier» hvor det havnet en artikkel som handler om sykepleiere og hjelpepleieres kunnskapsnivå, verdier og holdninger til underernæring. I den siste og fjerde gruppen havnet en artikkel som omhandler pasientopplevelser. Til den siste gruppen er det også funnet en nasjonal oppdragsrapport utført for Helsedirektoratet som kan sammenliknes med de mindre forskningsartiklene (Aagaard, 2010).

Etter en grundig gjennomgang av de ulike gruppene, var det ikke nok artikler som handlet om forebyggende tiltak. Det ble derfor foretatt enda et søk på Cochrane Library. PICO skjemaet ble justert litt, og det ble lagt til under intervensjoner (I) «forebyggende tiltak» (se vedlegg 3). Først ble SveMed+ brukt for å finne MeSH begreper, der ble det funnet begrepene: prevention and control, preventive therapy, prophylaxis og preventive measures. I Cochrane ble det funnet en Review artikkel «Supportive interventions for enhancing dietary intake in malnourished or nutritionally at risk adults» (Baldwin, Kimber, Gibbs & Weekes, 2016). Denne artikkelen refererte til mange andre gode forskningsartikler, og artikkelen «Health effects of improved meal ambience in a Dutch nursing home» (Mathey et al., 2001) ble valgt.

Via litteraturlisten til artikkelen «Assessment of the nutritional status among residents in a danish nursing home – health effects of a formulated food and meal policy» (Kuosma et al., 2008) ble det også funnet en artikkel som var relevant i forhold til forebyggende tiltak «Effects of family-style meals on energy intake and risk of malnutrition in Dutch nursing home residents: a randomized controlled trial» (Nijs et al., 2006).

4.3 Søkeprosess til den teoretiske referanserammen.

For å skaffe faglitteratur ble ulike biblioteker benyttet til å lete etter aktuell litteratur for oppgaven. På biblioteket til HiOA ble det funnet flere bøker om eldre og underernæring, og

gjennom leting i tidligere og nåværende pensumlister ble også flere bøker funnet som var relevante. I boken til Westergren (2003) ble det funnet et sitat fra Virginia Henderson som var interessant. Det ble dermed gjort et søk i HiOA sine biblioteker hvor boken til Henderson (1997) ble funnet.

4.4 Kildekritikk.

Kildekritikken er en vurdering av kildene for å finne den beste kilden for å belyse problemstillingen, og hvorfor kildene er brukt i oppgaven (Dalland, 2012). Hensikten med kildekritikken er at leseren skal få et innblikk i den kritiske refleksjonen forfatteren av oppgaven har gjort for å velge ut relevant litteratur. Først presenteres kildekritikken til forskningsartiklene, og deretter kildekritikken til den teoretiske referanserammen.

4.4.1 Kildekritikk til forskningsartiklene.

Som skrevet i presentasjonen er det totalt 8 artikler, som igjen er delt inn i 4 grupper. Antall artikler er høyt fordi det var vanskelig å skille ut artiklene fordi det ble funnet mange som var relevant for problemstillingen. Eksklusjons- og inklusjonskriteriene for hvilke artikler som ble valgt var hvor relevante de var, og hvor enkle de var å lese og forstå. Det siste kriteriet var hvor relevante de var når de ble delt inn i de ulike gruppene.

Artiklene fra Norge som kartlegger ernæringsstatusen er fra 2009 og 2012, dermed blir kildekritikken at det ikke er en god oversikt over hvordan ernæringsstatusen er i 2017. Begge disse studiene er også pilotstudier, som vil si at de er utprøvningsstudier for eventuelle større studier (Store Norske Leksikon, 2014, 10.07). I slike studier kan det være flere feilkilder, og utvalget kan være svakt. Allikevel var det interessant å se et innblikk i ernæringsstatusen på norske sykehjem. Utvalget fra studien fra Skottland bestod av 22 kvinner, og 3 menn som gjør at det ikke blir et representativt utvalg med tanke på kjønnsfordeling.

Den ene artikkelen fra Nederland er fra 2001, og når de skulle vurdere ernæringsstatusen vurderte de kun vekten, fastende blodprøver og matinntak ved veiing av maten. I dag er det anbefalt av Helsedirektoratet å bruke ernæringsverktøy, så en kan stille seg litt kritisk til resultatene fra denne artikkelen.

4.4.2 Kildekritikk til den teoretiske referanserammen.

Helsedirektoratet sine retningslinjer og litteratur er valgt fordi de er en faglig rådgiver underlagt Helse- og omsorgsdepartementet, og de har det helhetlige ansvaret for den nasjonale helseberedskapen (Helsedirektoratet, 2017, 14.03). Dette er altså en svært troverdig kilde, som kan brukes i oppgaven til å belyse hvordan ernæringsstatusen skal være, samt hvilke tiltak som er anbefalt å bruke for å forebygge og behandle underernæring. Via mailkorrespondanse med Helsedirektoratet er det undersøkt at de utgavene som er brukt i denne oppgaven av Nasjonale Faglige Retningslinjer og Kosthåndboken er faglig oppdatert, i de nye utgavene er det kun rettet opp språkfeil.

Alt av litteraturen som er brukt i underkapittelet 3.2 er enten fra tidligere pensumlistene, eller funnet via søk på biblioteker. Utgaven til Sortland (2011) sin bok «Ernæring – mer enn mat og drikke», som er brukt i denne oppgaven er 4. utgave fra 2011. Sortland har kommet med en ny utgave i 2015, men det er undersøkt at de faglige forskjellene ikke er så store via mailkorrespondanse med Kjersti Sortland. Noe av pensum i den teoretiske referanserammen er av eldre karakter, slik som bøkene «Eldre, aldring og sykepleie» (Karoliussen & Smebye, 2000) og «Svårigheter att äta» (Westergren, 2003). Disse er aktuelle for oppgaven fordi de belyser gode poenger rundt hvordan eldre har det på sykehjem, og det var vanskelig å finne slik litteratur i annet pensum. Bøkene er også brukt i kombinasjon med «Geriatrisk sykepleie» (Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff, 2010) som er av nyere dato.

Virginia Henderson sin bok fra 1997 er også gammel, men dette er originallitteratur skrevet av Henderson selv. Det er aktuelt å bruke hennes litteratur fordi hun belyser hvor viktig ernæring er i arbeidet som sykepleier. Litteraturen om Henderson er også kombinert med Kristoffersen (2011) og Berg (2012).

Litteraturen for de etiske prinsippene er hentet fra Nortvedt (2012), fordi det er en av bøkene om etikk som sykepleiestudenter har på pensumlisten og er derfor relevant for oppgaven.

4.5 Reliabilitet og pålitelighet (Kritikk av metode).

Dette kapitlet beskriver en kort kritisk refleksjon til metoden som er brukt i oppgaven. Dette kapitlet viser at dette har vært en lærerik prosess, og det viser til hvilke endringer som kunne blitt gjort hvis man skal skrive en ny oppgave.

I søkeprosessen burde PICO skjema blitt brukt tidligere, for å skape et mer systematisk søk. I tillegg burde det kun ha blitt benyttet et PICO skjema, og ikke to. Det ble en del mindre søk i starten som ikke ga så mange gode resultater, og det hadde muligens vært tidsbesparende å bruke PICO skjemaet mer aktivt. Det ene søket på 1000 treff kunne kanskje vært unngått, fordi det er veldig tidskrevende å undersøke så mange artikler. Det ble også oppdaget sent i arbeidsprosessen at ikke alle forskningsartiklene var aktuelle for problemstillingen, så fokuset i starten burde vært å jobbe mer med forskningsartiklene. Dette er vanskelig å gjøre fordi en hele tiden vil gjøre litt av alt, og få ned så mange ord som mulig. Så til ettertanke burde tiden i starten nesten utelukkende brukes til å lese seg opp på faglitteraturen og forskningsartiklene, og at en skriver notater underveis. Som Thidemann (2012) anbefaler fordi det er vanskelig å huske alt man har lest.

5.0 RESULTAT OG FUNN

I dette kapittelet presenteres funnene fra de de fire ulike gruppene som artiklene ble delt inn i.

5.1 Underernæringsstatusen blant eldre på sykehjem.

Det er totalt tre artikler i denne gruppen. Artikkel nr. 1 heter «Eldre personers ernæring og matinntak ved et sykehjem – en pilotstudie» (Sortland, Skjeggstad, Jansen & Berglund, 2009), artikkel nr. 2 heter «Vektdokumentasjon, kroppsmasseindeks, måltidsfrekvens og nattefaste blant eldre sykehjemsbeboere – en pilotstudie» (Sortland et al., 2012) og artikkel nr. 3 heter «An investigation of food provision and consumption in a care home setting» (Cunneen et al., 2011).

Artikkel 1 og 2 er fra Norge, og den tredje er fra Skottland. Artiklene strekker seg fra år 2009-2012. Artiklene har noen likheter og noen ulikheter når det gjelder datainnsamlingen. Artikkel 1 bruker blant annet spørreskjema som metode, og det gjør ingen av de andre. Den måler også hemoglobin og jernnivået blant beboerne. Både artikkel 1 og 2 bruker et registreringsskjema for å innhente data. Artikkel 1 og 3 veier maten for å finne ut hvor mye beboerne spiser, tallerkenen blir veid før servering og etter at beboerne har spist ferdig. Høyde og vekt ble målt hos begge de norske artiklene, og det ble deretter også regnet ut KMI. Artikkel 2 samlet også inn data om alder, varighet av opphold, siste veiing, frokosttidspunkt, kveldsmåltidspunkt, antall hoved- og mellommåltider per døgn og nattefasten.

Generelt viste resultatene fra de tre artiklene at ernæringsstatusen blant eldre på sykehjem ikke er tilstrekkelig. Artikkel 1 viste at 10 av 18 målinger blant seks eldre viste lavt energiinntak sammenlignet med individuelle behov. Anbefalingene artikkelen gikk ut i fra var fra Helsedirektoratet. Inntak av mettet fett var noe høyt, men inntak av enumettet fett var noe lavt. Proteininntaket var lavt. Inntaket av vitamin C, vitamin D, riboflavin og tiamin var lavt. Kalsium var lavt hos alle, mens jern var kun lavt hos to. Det som var tilfredsstillende var inntaket av karbohydrat, kostfiber og vitamin A. Vitamin D var tilfredsstillende den dagen det ble servert ørret, og nivået av vitamin A var svært høyt da det ble servert levergryte. Artikkel 2 viste at kun 13 % ble veid ved innkomst, og hos 26 % var ikke vekt registrert. Der vekten

var registret hadde 42 % hatt vekttap fra forrige veiing. 15 % hadde KMI under 18,5 kg/m², og 40 % hadde en KMI på under 22 kg/m². For de som ikke hadde registret en tidligere vekt, hadde 18 % en KMI på under 18,5 kg/m² og 48 % en KMI på under 22 kg/m². Så å si alle beboerne hadde en nattefaste på over 11 timer. 51 % hadde fem måltider i døgnet, og resten hadde enten færre eller flere. Den tredje artikkelen viste at maten som ble servert ikke unngikk så mye fra det som var anbefalt av retningslinjene i Skottland og England (Cunneen et al., 2011). Proteininnholdet var høyere, mens kostfiberinnholdet var lavere. Av det som faktisk ble spist av den serverte maten var inntaket av karbohydrater lavere enn anbefalt, mens proteininntaket var tilfredsstillende. Dette vil altså si at ikke all maten som ble servert ble spist opp. Nesten alt som ble servert av mellommåltider ble spist opp av de eldre, selv om de måltidene var lave i proteininnhold og høye i karbohydratinnhold.

I tillegg hadde artikkel 1 funn fra to ulike spørreskjemaer. I spørreskjemaet besvart av de eldre fikk de spørsmål om tilfredsheten med mattilbudet og måltidene. Resultatet viser at fire av sju svarte at de aldri ble tilbudt mat etter kveldsmåltid, to svarte sjeldent og en svarte ofte. Sju av åtte var fornøyd med frokosttidspunktet (mellom kl. 8-10). Tre av sju spiste alene. Det ble oftere tilbudt drikke enn mat etter kveldsmåltidet. To av åtte svarte at de sjelden følte seg sultne når de la seg. Ingen lå våkne om nettene på grunn av tørste eller sult. Eldre var fornøyd med tidspunktene og variasjonen i mattilbudet (frokost kl. 09:00, middag kl. 13:00 og kveldsmåltid kl. 18:00). Funnene fra spørreskjemaet utført av pleiepersonalet viste at de var fornøyd med tidspunktet kveldsmåltidet ble servert på. Det gikk som regel 14 timer mellom kveldsmåltid og frokost. 25 % svarte at de eldre ble veid en gang i måneden. De tilbyr oftere drikke enn mat etter kveldsmåltidet, og de eldre spurte også oftere om drikke. De svarte også at de mente de eldre sitt ernæringsbehov dekkes, noe som ikke stemmer overens med funnene.

5.2 Ulike forebyggingstiltak i forhold til spisesituasjonen.

Det er totalt tre artikler i denne gruppen. Artikkel nr. 1 heter «Assessment of the nutritional status among residents in a Danish nursing home – health effects of a formulated food and meal policy» (Kuosma et al., 2008), artikkel nr. 2 heter «Effect of Family-Style Meals on Energy Intake of Malnutrition in a Dutch Nursing Home Residents: A Randomized Controlled

Trial» (Nijs et al., 2006), og den tredje heter «Health Effect of Improved Meal Ambiance in a Dutch Nursing Home: A 1-Year Intervention Study» (Mathey et al., 2001).

Det er en artikkel fra Danmark og to fra Nederland, og årstallet de er gitt ut strekker seg fra 2001-2008. Alle studiene er kvantitative, og også i denne gruppen er noen likheter i utførelsen av artikkelen. Både i artikkel nr. 2 og 3 ble noen av avdelingene intervensjonsgrupper, mens de andre avdelingene ble kontrollgrupper som ble sammenliknet med hverandre ved endt intervensjonsperiode. Begge intervensjonene gikk ut på å endre spisesituasjonen ved at blant annet maten ble servert som i en familie, pleiepersonalet skulle være mer delaktig, bordene skulle være dekket pent og det rolig og lite stressende atmosfære. I kontrollgruppene skulle ingenting endres med spisesituasjonen.

Alle artiklene vurderte ernæringsstatusen blant de eldre. I de to intervensjonsstudiene ble den vurdert både før og etter intervensjonsperioden. I artikkel 1 ble ernæringsstatusen vurdert hver 3 måned mens intervensjonen pågikk. Både artikkel 1 og 2 benyttet MNA som vurderingsverktøy. Artikkel 3 benyttet vekt, veiing av mat, fastende blodprøver og vurdering av livskvalitet som vurderingsverktøy for å hente inn data om ernæringsstatusen.

Artikkel nr. 1 fra Danmark skilte seg litt ut ved at den har tatt utgangspunkt i et sykehjem som allerede har innført en spisesituasjonen hvor de fokuserer på miljøet, kvaliteten på maten og at pleiepersonalet er til stedet. Der var intervensjonen å kombinere den allerede fungerende spisesituasjonen med en individuell plan, for å se om det fikk vekten til å stabilisere seg hos de eldre.

Resultatet i artiklene viser at ved å kombinere å servere mat som i en familie, og individuell plan og oppfølging, fører det til stabil vekt blant beboerne. Artikkel 1 viser at vektstabiliteten økte med 30 % allerede etter tre måneder, og etter endt intervensjonsperiode hadde den økt til 40 %. Artikkel 2 viser tydelig at det å innføre matservering som i en familie, minsker risikoen for å bli underernært. Det var en klar forskjell mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen etter endt studieperiode. Før intervensjonen var 17% underernært i intervensjonsgruppen, mens etter endt periode var kun 4 % underernært etter MNA skjemaet. I kontrollgruppen var 11 % underernært før studiestart, mens tilslutt var det økt til 23 %. Artikkel 3 viste en tendens til at en endring i spise miljøet kunne ha en positiv effekt på ernæringsstatusen blant eldre. Det var en liten tendens til at de i intervensjonsgruppen økte kroppsvekten under studieperioden, i forhold til de i kontrollgruppen som holdt den relativt

stabil. I tillegg økte inntaket av vitamin C og E betydelig i intervensjonsgruppen. Livskvaliteten holdt seg stabil blant beboerne i intervensjonsgruppen, mens den sank blant beboerne i kontrollgruppen.

5.4 Sykepleiers verdier og holdninger til underernæring på sykehjem.

I denne gruppen er det en artikkel: «Knowledge and attitudes of nursing staff towards malnutrition care in nursing homes: A multicentre cross-sectional study» (Bauer et al., 2015). Undersøkelsen er utført på flere sykehjem i Østerrike. Det er en kvantitativ studie hvor deltakerne fullførte et spørreskjema, og holdningene til helsepersonellet ble vurdert av en skala. I tillegg ble det hentet informasjon om kjønn, alder, sykepleiergrad, arbeidserfaring og undervisningstimer om underernæring.

Resultatet viste at kunnskapen til helsepersonellet var bra når det gjaldt hvilke faktorer som positivt påvirket matinntaket, og 80 % visste konsekvensene til underernæring og symptomer på underernæring. Litt under halvparten visste hva normal KMI var for eldre. Studien viste også at sykepleiere hadde betydelig større kunnskap enn hjelpepleiere. I tillegg hadde sykepleiere som ikke hadde jobbet så mange år mer kunnskap om underernæring enn de med mye arbeidserfaring, og holdningene til ernæringspleie var mer positivt blant de nyutdannede.

5.5 Eldre sine vurderinger av ernæring på sykehjem og spisesituasjonen.

I denne gruppen er det også bare en artikkel: «The willingness to eat: An investigation of appetite among elderly people» (Wikby & Fägerskiöld, 2004). Det er en kvalitativ studie med intervjuform.

Resultatene fra intervjuet ble delt i 7 ulike kategorier; villigheten til å spise, humør, personlige verdier, sunnhet, maten, spisemiljøet og måltidsfellesskap. Når maten smakte bra og var nøyte tilberedt, nøyte de måltidet. De beskrev at det å spise var en viljehandling, basert på ønsket om å spise. Noen tvang i seg mat selv om de ikke ville spise for å ikke sulte i hjel, og andre behersket seg fordi de ikke ønsket å spise for mye. Godt humør påvirket appetitten positivt, og de ble i godt humør av å føle trygghet og fredelighet. Dette følte de blant annet når de ble tatt godt vare på, og når de hadde et godt forhold til venner og familie. Angst og sorg førte til

dårlig appetitt. Selvstendighet og autonomi var verdier de mente var viktige for å øke appetitten, og muligheten til å gjøre ting selv og beholde sin tidligere livsstil på sykehjemmet. Motsatt ble appetitten påvirket negativt blant annet når de måtte ha mye assistanse. All kontakt fra pårørende var av stor betydning for de eldre. Det var viktig å være sultne og være i fysisk aktivitet før å øke aktiviteten. Appetitten økte når maten var godt tilberedt, hadde riktig konsistens og at den ble servert fersk. Eller når de visste at yndlingsretten skulle serveres. De eldre ville også at spisemiljøet skulle være rent, hyggelig og at det var stearinlys og blomster på bordene. Det var også viktig at det var et stille og rolig miljø, og at de spiste i mindre grupper. Appetitten ble redusert hvis de som hadde spisehandikapper for eksempel spyttet ut maten, og gjorde fellesområde skittent eller hvis noen manglet spisemanerer. Det var viktig for de å spise sammen, og det beste var å spise med noen man kjente fra sykehjemmet eller pårørende.

6.0 DISKUSJON

For å skape en rød tråd i oppgaven, nevnes problemstillingen igjen her: Hvordan kan sykepleiere forebygge underernæring på sykehjem hos eldre? Med hovedfokus på lavkostnadstiltakene til Helsedirektoratet (2010). I dette kapitlet forsøkes det å svare dette ved å drøfte de ulike funnene i resultatkapitlet sammen med den teoretiske referanserammen.

6.1 Ernæringsstatus.

Ranhoff (2010) og Mæland (2010) hevder at sykepleierne både kan gjennomføre primærforebygging, og sekundærforebygging for å forebygge underernæring. Når nye beboere kommer til sykehjemmet, er de enten undernært, i risiko for å bli det eller så har de en tilfredsstillende ernæringsstatus. Ved primærforebygging kan sykepleierne kartlegge ernæringsstatusen ved innkomst, og dermed forebygge før de blir undernært. Eller så kan de gjennomføre sekundærforebygging ved innkomst, ved å begynne å behandle de som allerede er undernært. Dette samsvarer også med retningslinjene til Helsedirektoratet (2010), at beboere *skal* vurderes for ernæringsmessig risiko ved innkomst og deretter månedlig. Da kan sykepleierne enten bruke for eksempel MNA eller MUST til kartleggingen. Allikevel viser forskningen at kun 13 % ble veid ved innkomst, og at hos 26 % av deltakerne i studien var ikke vekten registrert (Sortland et al., 2012). Det som er enda mer oppsiktsvekkende er at 18 % av de som ikke hadde registrert noen vekt, hadde en KMI på under 18, 5 kg/m². Det hevder Helsedirektoratet (2010) enten er moderat eller alvorlig underernæring, ut i fra om beboeren er over eller under 70 år. Sortland et al. (2012) understreker dermed viktigheten av gode rutiner for veiing og vektregistrering for å tidlig oppdage eldre med risiko for underernæring. Denne studien er som nevnt i kildekritikken en pilotstudie, og det er ikke et representativt utvalg. Allikevel er det alvorlig at dette var tilstanden på et sykehjem, og det er skremmende å tenke på at dette *kan* være et representativt utvalg. Studien er også fra 2012, og det vanskelig å si noe om hvordan ernæringsstatusen er i Norge i 2017.

I Skottland var maten som ble servert de eldre tilfredsstillende med tanke på innhold av næringsstoffer, men i studien til Cunneen et al. (2011) var problemet at de eldre ikke spiste opp all maten. Mellommåltidene derimot ble nesten alltid spist opp av de eldre, og de stod for 25 % av det daglige energiinntaket. Så det er tydelig at det er positivt på ernæringsstatusen å servere mellommåltider. Dette samsvarer også med teorien til Sortland (2011), som understreker at det lønner seg å servere små næringstette måltider til eldre fordi energiinntaket går ned. Et sykepleietiltak kan være å fokusere på å servere flere gode og næringsfulle mellommåltider, spesielt til de beboerne som får en egen tilpasset ernæringsplan fordi de er i risiko for underernæring. Mellommåltider og beriking av kosten er også to av tiltakene i ernæringstrappen til Helsedirektoratet (2010). Et eksempel på et godt mellommåltid kan være smoothie med frukt, grønnsaker, yoghurt og havregryn. Da får eldre i seg viktige næringsstoffer som antioksidanter, fiber, kalsium, vitamin C og vitamin B (Helsedirektoratet, 2012). En smoothie er også enkelt å få i seg for de med svelgeproblemer. Allikevel kan et slikt mellommåltid muligens virke fremmed for eldre, i og med at smoothie er en relativ ny mattrend. Det kan også være mer ressurskrevende for personalet, i og med at det krever litt mer arbeid. Med god planlegging, og et ønske om at de eldre skal ha en god ernæringsstatus er det nok gjennomførbart i praksis allikevel. Sortland et al. (2009) viser til at etter studien var ferdig, innførte sykehjemmet blant annet smoothie som mellommåltid, og en suppe til kveldsmat for å bedre ernæringsstatusen. Helsedirektoratet (2012) forslår også mellommåltider som grove vafler, kjeks med ost eller matmuffins. Sammen med mellom- og hovedmåltidene er det også viktig at beboerne får i seg tilstrekkelig med væske, som ut ifra resultatene til Sortland et al. (2009) sin studie virker som at de eldre gjør. Det kan virke som at det kun er kreativiteten som stopper sykepleierne når det gjelder å servere gode, men næringsfulle mellommåltider. Dette kan også gjøres i samarbeid med for eksempel lege og ernæringsfysiolog. Her kan de også samarbeide med de eldre, som setter autonomiprinsippet og § 3-1 om rett til medvirkning i fokus (Nortvedt, 2012; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

I tillegg til å tilby flere mellommåltider mellom hovedmåltidene, kan også det å eventuelt endre tidene for når de ulike måltidene blir servert forbedre ernæringsstatusen. I Norge har flere sykehjem endret tidspunktet for middagen til senere på dagen. Dette har pleiepersonalet observert at blant annet fører til vektøkning, bedre nattesøvn og bedre spisemiljø blant beboerne (Bergsagel, 2015, 02.05). Artikkelen til Sortland et al. (2009) påpeker også at det kan være nødvendig å endre måltidsrytmen og antall hoved- og mellommåltider, for å sikre

tilstrekkelig energi-, vitamin- og mineralinntak. Selv om beboerne selv fortalte at de var fornøyde med tidspunktene for når måltidene ble servert. Dette kan også tyde på at de eldre ønsker å være høflig og takknemlig for det tilbudet de får, som litteraturen til Sidenvall (2003) påpeker fordi det er en ny situasjon å bo på sykehjemmet. Det trengs trygghet for å kunne være åpen om egne meninger, og det kan hende ikke alle føler den tryggheten. Helse- og omsorgsdepartementet (2017) har laget en ny nasjonal handlingsplan for bedre kosthold. De mener også at hvis de eldre ikke har matlyst når middagen blir servert, så kan man vente med å servere den til de blir sultne. En kritisk refleksjon rundt denne påstanden, er at det kan bli vanskelig å gjennomføre det i praksis. Det er dessverre ikke nok bemanning på sykehjem til at de eldre kan velge når de vil spise, og måltidene må samordnes med andre aktiviteter. Det kommer også frem i undersøkelsen til Aagaard (2010) at de eldre ønsker at det går lengre tid mellom frokost og middag. Slik at det er mulig å legge til middagen til et senere tidspunkt, men at alle beboerne må spise da. Wikby og Fägerskiöld (2004) understreker at beboerne mente det også var viktig å være i fysisk aktivitet for å øke appetitten, og dette bekrefter også Mensen (2010) ved at lite aktivitet ofte er en av årsakene til ernæringsmessige plager. Dette er tiltak som nødvendigvis ikke krever noe ekstra fra sykepleierne, medisinene kan gis til normal tid før middagen slik at sykepleierne kan ha fullt fokus på spisesituasjonen senere. Slik det også ble gjort i studiene til Nijs et al. (2006) & Mathey et al. (2001). Eventuelt kan personalet og lederne planlegge dagen annerledes, slik at det er nok bemanning til de tidene det trengs.

6.2 Hvordan kan sykepleiere forebygge underernæring?

Studiene fra Nederland og Danmark (Mathey et al., 2001; Nijs et al., 2006; Kuosma et al., 2008) viser til en spisesituasjon hvor de har fokus på å servere måltidene som i en familie. Som viser seg å virke positivt på inntaket av næring. Spesielt artikkelen til Nijs et al. (2006) viser tydelig at et så enkelt tiltak som å la maten stå på bordet slik at beboerne kan forsyne seg selv kan faktisk bedre ernæringsstatusen betraktelig. Sykehjemmet i København, Ok-Hjemmet Lotte, har servert maten som i en familie i lang tid. Allikevel var det der en tendens til at beboerne var underernærte, men i studien gjort av Kuosma et al. (2008) forsøkte de i tillegg å innføre individuell plan og oppfølging. Dette viste seg å fungere meget bra, og det førte til en betydelig vektstabilitet blant beboerne. Beboernes rett til en individuell plan er allerede innført i Norge, i henhold til § 2-5 i pasient- og brukerrettighetsloven (1999). I

motsetning diskuterer Kirkevold (2010) at det ikke alltid er en realitet at individuell plan blir benyttet men heller et ideal. Forskningen til Randers og Mattiasson (2000), Zoffmann (2004) og Efrainsson (2005) (gjengitt etter Kirkevold, 2010, s.100) viser til resultater som resonnerer med at sykepleiere heller utformer sin pleie på grunnlag av sine egne oppfatninger og verdier av hva den syke trenger enn hva den eldre faktisk ønsker og har behov for. På grunn av ofte dårlig bemanning og mye arbeidsoppgaver, er det ikke alltid sykepleieren kan innfri beboerens ønsker. Kanskje kunne sykepleierne reflektere og bli mer bevisste på at det er beboerens ønsker og verdier som står høyest, og ikke sine egne.

Å servere måltidene som i en familie bidrar også til å øke autonomiprinsippet, ved at de eldre selv kan velge hvor mye mat de vil ha og hva de vil spise av den serverte maten (Nortvedt, 2012a). Det vil også gi økt selvstendighet og økt brukermedvirkning, som også er positivt for personalet ved at de eldre blir mindre avhengig av deres hjelp. Sykepleiedefinisjonen til Virginia Henderson støtter også opp mot autonomiprinsippet, ved at sykepleieren skal hjelpe personen slik at den gjenvinner sin uavhengighet så fort som mulig (Henderson, 1997). I studien til Nijs et al. (2006) varte intervensjonsperioden i 6 måneder, og etter den perioden sa beboerne at de ikke husket hvordan det var før intervensjonen startet. Dette kan tyde på at den vanlige serveringen, når personalet legger opp maten på tallerken, ikke var spesielt savnet. Dette tiltaket trenger ikke kreve så mye ekstra arbeid for sykepleierne, i og med at Helsedirektoratet (2010) påpeker at det er et lavkostnadstiltak å gjøre endringer ved spisesituasjonen sammenliknet med andre behandlingsalternativer. Allikevel understreker også Helsedirektoratet (2010) at det er viktig at sykepleierne er bevisste på at det noen ganger er mer forsvarlig å benytte tiltak høyere opp på ernæringstrappen.

Nijs et al. (2006) & Mathey et al. (2001) sine studier gjorde tiltak som å dekke pent på bordene med duk, pent service, servietter og blomster. Maten ble servert på fat, og beboerne fikk velge mellom to typer grønnsaker, kjøtt og poteter. Stor valgmulighet øker også følelsen av selvstendighet og autonomi (Nortvedt, 2012). Ingen andre aktiviteter skulle skje under måltidene og i tillegg skulle matserveringstrallen, medisintrallen og journalene skulle være ute av rommet. God belysning var viktig, og bakgrunnsmusikken ble selv valgt av de eldre. Slike tiltak støtter også Helsedirektoratet (2012) at bedrer miljøet under måltidene.

I studien til Nijs et al. (2006) og Mathey et al. (2001) satt de ansatte seg også ned med de eldre under måltidene, og minimum en ansatt satt ved hvert bord. De ansatte spurte hva beboerne ville ha til middag, og serverte de ikke automatisk slik som de gjorde før.

Helsedirektoratet (2012) bekrefter også at personalet bør være tilstede under måltidene, og at det er essensielt at sykepleierne er tilstede mentalt og at de deltar aktivt i samtalene rundt bordet. Egne erfaringer viser at personalet ofte sitter med de eldre, men det virker ikke alltid som de bidrar positivt til måltidsmiljøet. Noen ansatte kan unngå å prate med beboerne, eller så prater de med hverandre om personlige temaer. Jeg har også observert at sykepleierne sjelden sitter ned, og at de ofte går rundt for å dele ut medisiner eller benytter måltidet til å gjøre annet arbeid. Allikevel burde ikke sykepleierne få tyn for at de ikke er tilstede, fordi det er ofte for lite bemanning og for å rekke alle arbeidsoppgavene blir det vanskelig å være tilstede under måltidene (Zhang, Unruh & Wan, 2013). Lederne på sykehjemmet og andre styringsorganer har et ansvar for å skaffe nok bemanning, samtidig som Eide & Eide (2007) påpeker at sykepleierne og annet personell har et ansvar for å bidra til kommunikasjon mellom relasjoner. Dette kan bety å bidra til å skape gode samtaler under måltidene.

Teknologien kan også vise seg å muligens påvirke de negative tallene på underernæring på sykehjem. Applikasjonen «Appetitt» er utviklet av Universitetet i Oslo (UiO): Institutt for helse og samfunn (2017, 07.04). Det er en applikasjon som gjør at brukerne fysisk kan se maten, og hvordan de enten superenkelt eller enkelt kan tilberede den. Brukerne kan også se hvor mye de trenger i løpet av en dag for å oppnå det anbefalte inntaket av næringsstoffer (Helsedirektoratet, 2012). Maten ser svært appetittlig ut, og UiO hevder at den skal bidra til økt matglede og matlyst. Det foregår nå en utprøving blant hjemmeboende eldre. En tanke er at det er mulig dette også kan føres over til sykehjem, hvor eldre og personalet sammen kan bestemme for eksempel ukemenyen ved å se matrettene fysisk foran seg. Det vil igjen bidra til å øke autonomiprinsippet blant eldre, fordi de kan være delaktige i planleggingen (Nortvedt, 2012). I § 3-1 (Pasient – og brukerrettighetsloven, 1999) kan tolkes som at eldre har en rett til å være med å bestemme ved at det skal legges stor vekt på beboerens meninger. Undersøkelsen til Aagaard viser nemlig at de eldre har svekket medbestemmelse, ved at blant annet ingen av de eldre deltok i planlegging av menyen. Egne erfaringer viser også at det noen ganger føles som at beboerne kun spiser fordi vi sier det er mat, og det virker dermed som at medbestemmelsen er svekket. Som kan bekreftes av sitatet «Yes, there was nothing more to it than having to try to eat to stay alive» (Wikby & Fägerskiöld, 2004 s.123). Dette er rett og slett trist, og eldre på sykehjem bør ha bedre livskvalitet enn det. En ulempe med et slikt teknologisk tiltak er at det kan være for komplisert for eldre, i og med at ulike aldersforandringer kan svekke den kognitive funksjonen. Samt at synet også kan svekkes, slik at det kan bli vanskelig å lese fra et nettbrett (Mensen, 2010).

6.3 Eldre sine vurderinger av spisesituasjonen og kunnskapsnivået til sykepleiere.

Funnene fra denne forskningen poengterer også viktigheten av at personalet deltar under måltidene (Wikby & Fägerskiöld, 2004; Aagard, 2010). Begge studiene viser til at det er et ønske fra beboeres side. Allikevel viser Melheim (2008) sin artikkel til funn som at beboerne ikke ytret noe ønske om at personalet satt seg ned med de, men det var hyggelig hvis de gjorde det. Besøk og kontakt fra pårørende er noe Wikby og Fägerskiöld (2004) sin forskning viser at var av stor betydning, det hadde også betydelig effekt på matlysten når beboerne hadde et godt forhold til sine nærmeste. Det beste var å spise med noen kjente fra sykehjemmet eller nære venner. En ulempe med dette kan være for de som ikke har pårørende. Det kan da bli ekstra trist for de beboerne å se de hyggelige stundene de andre har når de får besøk. En tenkelige løsning kan være at de pårørende som kommer ikke bare skal fokusere på sin nærmeste, men forsøke å bidra til hele fellesskapet og spisemiljøet. I motsetning nektet Nijs et al. (2006) og Mathey et al. (2001) i sine studier at besøk skjedde under måltidene, av både pårørende og leger. Dette var nok trolig for å skape ro. Hvis det ikke er mulig å invitere pårørende til måltidene, kan sykepleierne muligens oppfordre til å invitere de eldre hjem til seg for en middag der. Da overholdes både det å skape ro, og at de eldre får spise måltider med sine nærmeste.

Wikby og Fägerskiöld (2004) sin forskning fant også ut at de eldre setter verdier som selvstendighet og autonomi høyt med tanke på å øke appetitten, og det var viktig for dem å kunne ha muligheten til å gjøre ting selv og beholde sin tidligere livsstil på sykehjemmet. Motsatt ble appetitten påvirket negativt blant annet når de måtte ha mye assistanse. Dette samsvarer også med de andre funnene, fra forskningen og teorien. I Melheim (2008) sine intervjuer uttrykte de eldre at de manglet krefter rundt måltidene, til å gjøre noe annet enn å spise maten. Derfor er det kanskje ikke alltid alle eldre som setter verdiene selvstendighet og autonomi høyest, dette bør sykepleierne selvfølgelig også respektere. Allikevel, på grunn av autonomiprinsippet og pasient- og brukerrettighetsloven, bør en fokusere på brukervedvirkning og forsøke å motivere de eldre til å gjøre ting selv. Denne problemstillingen kan en også knytte opp mot den svake paternalismen til Kari Martinsen, hvor hun mener at sykepleierne kan bruke sin faglige forståelse til å handle slik at det er til pasientens beste (Kristoffersen, 2011 s.253). Det kan til syvende og sist være bra for de eldre at de blir mer selvhjulpne, og som artikkelen til Wikby og Fägerskiöld (2004) konkluderer med kan det bidra til å øke matlysten.

I forhold til hvordan spisesituasjonen er utformet, mener de eldre intervjuet i Melheim (2008) sin forskning at blomster og fint service ikke var det viktigste, men at det var hyggelig. De fleste uttrykte at de trivdes sosialt rundt måltidene, men noen synes det ble for tøft fordi det var vanskelig å bli gammel, og se andre i samme situasjon. Hørselen påvirket også at noen ikke likte å sitte sammen med de andre, fordi det ble vanskelig å føre samtaler. Wikby og Fägerskiöld (2004) sine intervjuer viser også mye av det samme, og det var viktig at spisemiljøet var rent og hyggelig med stearinlys og blomster. En annen ting som gjorde at de eldre fikk økt matlyst, var å få servert yndlingsretten sin. En bør derfor kanskje utforske muligheten for å kartlegge beboernes yndlingsretter, og servere de innimellom på ukesmenyen. Her er ressursbruk og økonomiske kostnader et spørsmål, som må tenkes på hvis en slik løsning skulle vært mulig. Rettferdighetsprinsippet spiller også en rolle inn her, ved at dette bør dermed endres på samtlige kommunale sykehjem og ikke bare noen få (Nortvedt, 2012).

Undersøkelsen gjort av Heidi Aagarde (2010) viser at 19 % ikke hygget seg under måltidene, og 26 % så ikke fram til måltidene med glede. Den generasjonen som bor på sykehjem nå er født mellom ca. 1920-1960-tallet, som vil si at verdiene og holdningene de vokste opp med kan være annerledes enn det som er vanlig i dag. De er muligens vant til strengere disiplin rundt matbordet, og noen er kanskje vant til å si bordbønn før maten. Andre kan komme fra et hjem med mindre disiplin, og kan derfor mangle spisemanerer som det kommer frem i intervjuene til Wikby og Fägerskiöld (2004). Det kan derfor være vanskelig for sykepleiere å forstå de eldre sine behov, og det kan være vanskelig å kartlegge de. Det er allikevel viktig at sykepleiere er klar over at eldre mennesker er vokst opp på en annen tid, og kan ha ulike preferanser og ønsker med tanke på hvordan de vil at spisesituasjonen skal være utformet (Karoliussen, 2000). Wikby og Fägerskiöld (2004) viser også til at beboerne kunne miste appetitten når beboerne lagde slike lyder, eller for eksempel spyttet ut maten. Det er allikevel viktig å ikke ekskludere disse beboerne, og skape et miljø hvor alle er velkomne. Kanskje kunne sykepleierne satt beboerne på ulike bord, etter hvilke behov de setter høyest. Helsedirektoratet (2012) mener at dette er noe personalet bør ha kunnskap om. Rettferdighetsprinsippet og velgjørhetsprinsippet kan også brukes til å løse et slikt etisk dilemma. Rettferdighetsprinsippet taler mot at alle skal føle seg rettferdig behandlet, og velgjørhet er viktig for både de med spisehandikapper og de uten.

Forskningen til Bauer et al. (2015) viser at kunnskapsnivået til sykepleiere var tilstrekkelig når det gjaldt teoretiske kunnskaper om underernæring, men at nyutdannede sykepleiere hadde høyest kunnskapsnivå. Korrekt svarprosent var litt svakere på et spørsmål som omhandlet normal KMI. På den andre siden viser artikkelen til Sortland et al. (2009) at personalet svarte at de mente de eldre sitt ernæringsbehov dekket, når resultatene tydelig viste at det ikke dekket. Dette viser at kunnskapsnivået om ernæring kan bli enda bedre blant helsepersonell. Et tiltak som gjøres av Helse- og omsorgsdepartementet (2017) er at de skal heve kompetansen om ernæring, mat og måltider i hele helse- og omsorgstjenesten blant annet gjennom «Kompetanseløft 2020». Kanskje kunne også lederne på de ulike sykehjemmene bedre kunnskapsnivået ved å åpne for flere faglige diskusjonsgrupper, og tid i arbeidstiden til å lese seg opp på faglitteratur. Etter egne erfaringer er det lagt av liten tid i arbeidstiden for at sykepleiere skal kunne oppdatere seg på fagkunnskap, noe som egentlig er pålagt gjennom de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (Norsk Sykepleierforbund, 2011, 09.08).

7.0 AVSLUTNING

I diskusjonen har det kommet frem en del tiltak på hvordan sykepleiere kan forebygge underernæring på sykehjem. Det første er å bruke bevisst enten primærforebyggende tiltak, eller sekundærforebyggende tiltak. Ved for eksempel innleggelse på sykehjem, så kan beboerne kartlegges med MNA eller MUST. Deretter kan en enten forbygge ytterligere hos de som allerede er underernært, eller forebygge for at de som er velernært skal forbli sånn. Det er også viktig at sykepleierne implementerer gode rutiner for veiing og registrering av vekt, slik at det blir lettere å ha fokus på det i en travel hverdag. Et annet sykepleietiltak som forskningen viser fungerer, kan være å servere beboerne flere næringstette mellommåltider i løpet av dagen. I tillegg viser ulike kilder til at endring av tidspunktet for måltidsserveringen kan bedre ernæringstilstanden. Ved at de eldre er mer sultne når de for eksempel får servert middagen litt senere.

Et av hovedtiltakene som oppgaven fremmer er å endre spisesituasjonen, ved å ha et måltid som i en familie. Dette viser forskningen at fungerer positivt, og det fungerer spesielt godt i kombinasjon med individuell plan. For å fremme de eldre sine ønsker og verdier, konkluderer oppgaven med at sykepleierne kan bli mer reflekterte over hva som er eldre sine ønsker og verdier og legge til side sine egne. Når måltidene blir servert som i en familie, og for å bedre spisesituasjonen generelt viser forskningen og litteraturen at det er svært positivt at de ansatte setter seg ned med beboerne. Det er da viktig at de er mentalt tilstede, og unngår andre distraksjoner. Oppgaven foreslår et tiltak som innebærer at teknologiske verktøy, som applikasjonen «Appetitt» kan overføres til sykehjem og hjelpe de eldre til å se maten visuelt. Dermed kan de også være delaktige i for eksempel planlegging av ukemenyene.

Oppgaven konkluderer også med at forskningen viser til at de pårørende kan ha en positiv innvirkning på ernæringsstatusen, og at en mulig løsning kunne vært at de pårørende kunne delta aktivt i måltidene kombinert med tiltaket å flytte middagen til et senere tidspunkt. Eller at sykepleierne oppfordrer de pårørende til å invitere de eldre hjem på middag. Forskningen viser også til at appetitten øker når beboerne føler selvstendighet og autonomi, og oppgaven konkluderer derfor med at sykepleiere bør fokusere på å motivere de eldre til å gjøre ting selv. Et annet tiltak som kommer frem i forskningen er at beboernes matlyst øker betraktelig når de vet yndlingsretten skal bli servert, og derfor konkluderer også oppgaven med at sykepleiere

kan kartlegge hva de rettene er hos de ulike beboerne og inkludere de i ukemenyen. Samtidig som en må ha rettferdighetsprinsippet og økonomiperspektivet på det i bakhodet. Når det gjelder beboere med spisehandikapper konkluderer oppgaven at alle beboerne må føle seg velkomne, men at de kan settes på ulike bord ut i fra hvilke behov de ulike beboerne setter høyest under spisesituasjonen. I og med at forskingen viste at kunnskapsnivået til sykepleiere og personalet kan bedres, så konkluderes det med at lederne på sykehjemmene bør åpne for flere faglige diskusjonsgrupper og at det prioriteres å gi tid i arbeidstiden til å lese seg opp på nødvendig fagkunnskap.

Denne oppgaven har vært veldig lærerik og interessant å skrive. Det er et svært aktuelt tema, og det er positivt at det settes fokus på eldre sitt behov for velgjørenhet og livskvalitet mens de bor på sykehjem. Sykepleierne og helsevesenet bør gjøre enda flere tiltak for å bedre spisesituasjonen på sykehjem, og det bør forskes mer på andre tiltak som virke positivt inn på spisesituasjonen og miljøet. Som en konklusjon kan en si at endringer rettet mot miljøet rundt måltider vil kunne gagne alle positivt, uavhengig av hvorfor de har havnet på sykehjemmet. Ernæring er et grunnleggende behov som alle har en rett til at skal dekkes, og det gjelder ikke noe mindre for mennesker som er i den siste fasen av livet sitt. Det er også viktig at sykepleierne har et stort fokus på forebygging, fordi dess tidligere underernæring oppdages dess mindre lidelse pådras til de eldre.

LITTERATURLISTE

- Aagaard, H. (2010). «Ærlig talt» *Mat og måltider i sykehjem: En undersøkelse blant beboere i somatiske sykehjem i Østfold*. Halden: Høgskolen i Østfold.
- Aagaard, H. & Bjerkreim, T. (2011). Væske og ernæring. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Grunnleggende behov* (2. utg., Bind 2, s. 161-208). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Baldwin, C., Kimber, K. L., Gibbs, M. & Weekes, C. E. (2016) Supportive interventions for enhancing dietary intake in malnourished or nutritionally at-risk adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12), s. 8-242. DOI: 10.1002/14651858.CD009840.pub2
- Bauer, S. Halfens, R. J. G. & Lohrmann, C. (2015). Knowledge and attitudes of nursing staff towards malnutrition care in nursing homes: A multicentre cross-sectional study. *Journal of nutrition, Health and ageing*, 19(7), 734-740.
- Beck, A. M. (2015). Weight loss, mortality and associated potentially modifiable nutritional risk factors among nursing home residents – A danish follow-up study. *Journal of nutrition, Health and ageing*, 19(1), 96-101
- Berg, G. V. (2012). Eldre sykehuspasienter – helsefremmende tenking i sykehuset en utfordring for sykepleien. I Å. Gammersvik & T. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis* (s.121-137). Bergen: Fagbokforlaget.
- Bergsagel, I. (2015, 02.05). Her serveres middagen sent, men godt. *Sykepleien*. Hentet fra <https://sykepleien.no/2015/10/her-serveres-middagen-sent-men-godt>
- Cunneen S., Jones J., Davidson I. & Bannerman E. (2011) An investigation of food provision and consumption in a care home setting. *Nutrition*, 22-28.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner* (2.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Energi-, vitamin- og mineral behov for eldre. [Figur] (2016). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/51/Kosthaandboken-IS-1972.pdf>
- Ernæringstrappen. [Figur] (2013). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/916/Nasjonalfagligretningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-undererning-IS-1580.pdf>
- Hauge, S. (2010). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den eldre pasienten* (1. utg., s.219-236). Oslo: Gyldendal Forlag.
- Helsedirektoratet. (2010). *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av undererning*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2012). *Kosthåndboken - Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2016, 12. desember). Anbefalinger fysisk aktivitet. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/fysisk-aktivitet/anbefalinger-fysisk-aktivitet>
- Helsedirektoratet. (2017, 14.03). Om oss. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/om-oss/dette-gjor-helsedirektoratet>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Henderson, V. (1997). *Basic Principles of Nursing Care*. United States of America: International Council of Nurses.
- Karoliussen, M. (2000). Ernæring. I M. Karoliussen, K. L. Smebye (Red.), *Eldre, aldring og sykepleie* (2. utg., s.303-362). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Kirkevold, M. (2010). Individuell sykepleie. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den eldre pasienten* (1. utg., s.100-112). Oslo: Gyldendal Forlag.
- Kristoffersen, N. J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleierens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg., s.209-280). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kuosma K., Hjerrild J., Pedersen P. U. & Hundrup Y. A. (2008) Assessment of the nutritional status among residents in a Danish nursing home – health effects of a formulated food

- and meal policy. *Journal of clinical nursing*, 17, 2288-2293. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02203.x
- Mathey M.-F. A. M., Vanneste V. G. G., de Graaf C., de Groot L. & van Staveren W. A. (2001) Health effects of improved meal ambiance in a Dutch nursing home: A 1-year intervention study. *Preventive medicine*, 32, 416-423. doi: 10.1006/pmed.2001.0816
- Melheim, B. G. (2008). Pasientopplevelser av måltidsfellesskapet i sykehjem. *Sykepleien*, 3(4), s. 212-219. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2009/03/pasientopplevelser-av-maltidsfellesskap-i-sykehjem>
- Mensen, L. (2010). Biologisk aldring. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den eldre pasienten* (1. utg., s.51-56). Oslo: Gyldendal Forlag.
- Mowé, M. (2002). Behandling av underernæring hos eldre pasienter. *Tidsskriftet: Den norske legeforening*, (8), 815-818. Hentet fra <http://tidsskriftet.no/2002/03/tema-geriatri/behandling-av-underernaering-hos-eldre-pasienter>
- Nijs K. A. N. D., de Graaf C., Siebelink E., Blauw Y. H., Vanneste V., Kok F. J. & van Staveren W. A. (2006) Effect of family-style meals on energy intake and risk of malnutrition in Dutch nursing home residents: A randomized controlled trial. *Journal of Gerontology*, 61A(9), 935-942.
- Norsk Helseinformatikk. (2015, 17.02). Innleggelse i sykehjem. Hentet fra <https://nhi.no/livsstil/egenomsorg/innleggelse-i-sykehjem/>
- Norsk Sykepleieforbund. (2011, 09.08). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Nortvedt, P. (2012). *Omtanke: En innføring i sykepleiens etikk* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Nortvedt, M.W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok* (2. utg.). Oslo: Akribe.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

- Psykisk helsevernloven. (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>
- Ranhoff, A. H. (2010). Forebyggende og helsefremmende sykepleie. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den eldre pasienten* (1. utg., s.137-147). Oslo: Gyldendal Forlag.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017–2021): Sunt kosthold, måltidsglede og god helse for alle!*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/fab53cd681b247bfa8c03a3767c75e66/handlingsplan_kosthold_2017-2021.pdf
- Sand, O., Sjaastad, Ø. V., Haug, E. & Bjålie, J. G. (2006). *Menneskekroppen: Fysiologi og anatomi* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sidenvall, B. (2003) Äldres måltidsvanor. I A. Westergren (Red.), *Svårigheter att äta* (s.27-36). Sverige: Studentlitteratur.
- Sortland, K. (2011). *Ernæring - Mer enn mat og drikke* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Sortland K., Gjerlaug A. K. & Harviken, G. (2012) Vektdokumentasjon, kroppsmasseindeks, måltidsfrekvens og nattefaste blant eldre sykehjemsbeboere – en pilotstudie. *Vård i Norden*, 33(1), 41-45.
- Sortland K., Skjegstad G., Jansen L. & Berglund A.-L. (2009) Eldre personers ernæring og matinntak ved et sykehjem – en pilotstudie. *Vård i Norden*, 29(4), 25-29.
- Store Medisinske Leksikon. (2016, 09.03). Forstoppelse. Hentet fra <https://sml.snl.no/forstoppelse>
- Store Medisinske Leksikon. (2014, 18.12). BMI. Hentet fra <https://sml.snl.no/BMI>
- Store Medisinske Leksikon. (2017, 20.01). Anemi. Hentet fra <https://sml.snl.no/anemi>
- Store Norske Leksikon. (2014, 10.07). Pilotstudie. Hentet fra <https://snl.no/pilotstudie>
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Universitetet i Oslo: Institutt for helse og samfunn. (2017, 07.04). Appetitt. Hentet fra <http://www.med.uio.no/helsam/forskning/prosjekter/appetitt/>
- Westergren, A. (Red.), (2003). *Svårigheter att äta*. Sverige: Studentlitteratur.

- Wikby, K. & Fägerskiöld, A. (2004). The willingness to eat: An investigation of appetite among elderly people. *Scand J Caring Sci*, 18, 120-127.
- Worlds Health Organization. (2015, september). Ageing and health. Hentet fra <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/en/>
- Zhang N. J., Unruh L. & Wan T. T. H. (2013) Gaps in nurse staffing and nursing home resident needs. *NURSING ECONOMIC\$*, 31(6), 289-297.

VEDLEGG

Vedlegg 1: Skjema over artikler.

Tittel:	
«Eldre personers ernæring og matinntak ved et sykehjem – en pilotstudie»	<p>Forfattere: Kjersti Sortland, Grete Skjeggstad, Lisbeth Jansen og Anna-Lena Berglund</p> <p>År: 2009</p> <p>Land: Norge</p> <p>Tidsskrift: Vård i Norden</p> <p>Hensikt: Kartlegge om eldre sine ernæringsbehov dekkes, om det var behov for mat/drikke mellom siste kveldsmåltid og frokost, om eldre var tilfredse med maten og tidspunktene den ble servert, og om det var behov for å endre tidspunktene.</p> <p>Metode: Metoden er en pilotstudie, som også er et samarbeidsprosjekt mellom høgskole og et sykehjem.</p> <p>Datainnsamlingen er gjort med spørreskjemaer, kostregistreringer og næringsberegning av matinntaket til eldre i sykehjem.</p> <p>Studien var delt i tre perioder (4 måneder mellom). I den første perioden ble det gjennomført kostregistrering og næringsberegning uten noen endringer i menyen, og de eldre besvarte et spørreskjema om tilfredshet med mattilbudet. Pleiepersonalet besvarte også et spørreskjema, og det var også en kontrollgruppe som besvarte det samme. I den andre perioden ble det servert levergryte for å undersøke om det hadde noe utslag på jernnivået. I den tredje perioden ble de servert ovnsbakt ørret, for å se om det hadde noe innvirkning på fett og vitamin D nivået. Pleiepersonalet og kontrollgruppen besvarte det samme spørreskjema som i første periode. Hemoglobin og jern ble også målt i den siste perioden, og sammenliknet med tidligere måltider.</p> <p>Utvalg: Fire kvinner i alderen 86-94 år og to menn i alderen 84-86 år. De var klare og orienterte, kunne snakke, spise og drikke selv, ha et normalt forhold til mat og spise normal kost.</p> <p>Resultat: Kostregistrering og næringsberegning:</p>

	<p>10 av 18 målinger viste lavt energiinntak. Høyt inntak av mettet fett, lavt inntak av umettet fett. Lavt inntak av vitaminer, kalsium. Jern var lavt hos to av de eldre. Vitamin A nivået var svært høyt når de ble servert levergryte, og ellers var det tilfredsstillende. Vitamin D nivået var bra hos fem av seks eldre når de fikk ørret. Spørreskjema (eldre): Eldre var fornøyde med måltidstidspunktene og variasjonen i mattilbudet. Spørreskjema (pleiepersonalet): Gikk 14 timer mellom kveldsmåltid og frokost. Første og tredje periode svarte 25 % at de eldre ble veid en gang per mnd. Pleiepersonalet tilbyr også de eldre oftere drikke enn mat. Hovedtendensen var at de mente at de eldre sitt ernæringsbehov var dekket.</p>
<p>«Vektdokumentasjon, KMI, måltidsfrekvens og nattefaste blant eldre sykehjemsbeboere – en pilotstudie»</p>	<p>Forfattere: Kjersti Sortland, Anne Karin Gjerlaug, Gunn Harviken År: 2012 Land: Norge Tidsskrift: Vård i Norden Hensikt: Kartlegge vektendring, vektdokumentasjon, KMI, måltidsfrekvens, lengde på nattefaste blant eldre (over 70 år) sykehjemsbeboere. Metode: Deskriptiv pilotstudie basert på kvantitativ metode, innhenting av data om ernæring ble gjort gjennom et registreringsskjema. Sykepleiestudenter utførte registreringen. Utvalg: Utvalget bestod av 243 sykehjemsbeboere over 70 år. Resultat: 13 % var veid ved innkøst, 26 % var ikke vektregistrert. 15 % hadde en KMI på under 18,5. 98 % hadde nattefaste på mer enn 11 timer.</p>
<p>«An investigation of food provision and consumption in a care home setting»</p>	<p>Forfattere: Sinead Cunneen, Jacklyn Jones, Isobel Davidson og Elaine Banneerman År: 2011 Land: United Kingdom - Skottland Tidsskrift: British Journal of Community Nursing</p>

	<p>Hensikt: Vurdere mat og væske forsyningen og forbruket blant et utvalg av eldre sykehjemspasienter. Vurdere hvilke måltider, typer mat og måltidstidspunkt som er mest likt av beboerne. Hensikten var også å bestemme hvilken rolle hver spisesituasjon hadde i energi og næringsinntaket.</p> <p>Metode: «Weighed plate-wastage method» ble brukt til å vurdere mat og væske inntak. Hvert måltid ble veid før servering, eventuelle rester etter måltidet ble også målt individuelt. All snacks ble observert og notert ned.</p> <p>Utvalg: Deltakere var rekruttert fra et 130 sengers privat sykehjem i øst Skottland.</p> <p>Resultat: Energinivået i maten som ble servert var ikke så veldig ulik retningslinjenes anbefalinger. Innholdet av proteiner var høyere enn anbefalingene, mens fiber var det mindre innhold av. Inntaket av hva de eldre faktisk fikk i seg var energinivået lavere enn anbefalingene, mens proteinnivået var ganske likt. 95% av snacksen de mottok ble spist, og det stod for nesten en fjerdedel av det daglige energiinntaket.</p>
«Assessment of the nutritional status among residents in a Danish nursing home – Health effects of a formulated food and meal policy»	<p>Forfattere: Kirsi Kuosma, Joan Hjerrild, Preben Ulrich Pedersen og Yrsa Andersen Hundrup</p> <p>År: 2007</p> <p>Land: Danmark</p> <p>Tidsskrift: Journal of Clinical Nursing</p> <p>Hensikt: Hensikten med denne studien er å skaffe informasjon om effekten av skriftlig formulerte retningslinjer på OK-Hjemmet Lotte, og mer spesifikt å vurdere om systematiske ernæringsvurderinger og intervensjoner ville resultere i vekt stabilitet blant beboerne.</p> <p>Metode: Vurdering av ernæringsstatus med MNA (kortversjon). Antropometriske målinger ble gjort. Det var allerede innført intervensjoner rundt spisesituasjonen, og det hadde servert måltidene som i en familie i lang tid. I denne studien innførte de nye intervensjoner: vurdering av beboernes ernæringsstatus hver tredje måned, innføre individuell plan til de som var i risiko for å bli underernært, og overvåking av pleiepersonalet for å sikre</p>

	<p>informasjonsdeling, undervisning og implementering av de nye intervensjoene.</p> <p>Utvalg: Alle beboerne på Lotte sykehjem som hadde bodd der fra 1.september 2004. Til sammen var det 15 stykker som ble vurdert alle fem gangene. Det var frivillig å delta i studien, og bli veid.</p> <p>Resultat: 75 % av beboerne var i fare for å bli underernært. Vektstabiliteten økte utover studiens periode. 75-100% hadde en MNA score på under 11, som indikerer mulig underernæring.</p>
<p>«Effect of Family-Style Meals on Energy Intake and Risk of Malnutrition in Dutch Nursing Home Residents: A Randomized Controlled Trial»</p>	<p>Forfattere: Kristel A. N. D. Nijs, Cees de Graaf, Els Siebelink, Ybel H. Blauw, Vincent Vanneste, Frans J. Kok og Wija A. van Staveren</p> <p>År: 2006</p> <p>Land: Nederland</p> <p>Tidsskrift: Journal of Gerontology</p> <p>Hensikt: Undersøke om et familiemåltid øker energiinntaket nok til å forbedre eller opprettholde energibalansen og minske risikoen for underernæring blant nederlandske sykehjemsbeboere.</p> <p>Metode: Avdelinger fra utvalgte sykehjem ble delt inn i intervensjonsgrupper og kontrollgrupper. I intervensjonsgruppene skulle de følge et 6 måneders program, hvor de hadde fokus på ulike momenter som ville bidra til en matsservering som lignet med på et familiemåltid. Kontrollgruppen bevarte normal matsservering i løpet av de 6 månedene. Det ble også foretatt datainnsamling for å vurdere ernæringsstatusen og energiinntaket til beboerne både før og etter intervensjonsperioden. Veiting av mat og observasjon, og MNA kartlegging.</p> <p>Utvalg: 282 beboere ble invitert, 250 stykker villr være med og 178 fullførte studien.</p> <p>Resultat: I intervensjonsgruppen økte energiinntaket, og karbohydrat-, protein og fettinntaket økte. MNA scoren økte med 2,5 poeng. I kontrollgruppen falt energiinntaket falt, og karbohydrat- og proteininntaket minsket. Fettinntaket var endret seg ikke betydelig. MNA scoren sank med 1,5 poeng. Etter 6 måneder økte antall beboerne med en tilfredsstillende ernæringsstatus fra 20-51%. I</p>

	<p>kontrollgruppen gikk det fra 25% til 17 %. I intervensjonsgruppen var det 17 % som var underernærte ifølge MNA før intervensjonsperioden, mens etter perioden var kun 4% underernærte. I kontrollgruppen var 11% underernærte før start, og ved endt intervensjons økte det til 23 %.</p>
<p>«Health Effect of improved meal ambiance in a Dutch Nursing Home: A 1-year Intervention Study»</p>	<p>Forfattere: Marie-Françoise A. M. Mathey, Vincent G. G. Vanneste, Cees de Graaf, Lisette de Groot og Wija A. van Staveren</p> <p>År: 2001</p> <p>Land: Nederland</p> <p>Tidsskrift: Preventive medicine</p> <p>Hensikt: Fastslå effekten forbedret spise miljø har på matinntaket og helse- og ernæringsstatusen blant nederlandske eldre sykehjemsbeboere.</p> <p>Metode: Noen intervensjonsgrupper og noen kontrollgrupper, begge gruppene fikk samme måltider. Intervensjonsprogrammet gikk ut på å fokusere på tre ting i løpet av måltidene. 1) Fysisk miljø og atmosfære i spisesalen, 2) Spisesituasjonen, 3) Organisasjonen av pleiepersonalets assistanse. Annen datainnsamling ble hentet inn før og etter intervensjonsperioden, vekt av beboerne, matinntaket ble målt ved veiing av mat og observasjon, fastende blodprøver og livskvalitet ble målt ved hjelp av spørreskjemaer.</p> <p>Utvalg: 4 sykehjemsavdelinger med 15 beboere i hver. To ble tilfeldig valgt som intervensjonsgrupper, og to som kontrollgrupper. 60 eldre ble invitert til å delta, 42 eldre hadde lyst til å bli med, og tilslutt kunne 38 av de være med. 22 eldre fullførte etter 1 år.</p> <p>Resultat: I intervensjonsgruppen økte vekten på beboerne i løpet av den ene året, mens den holdt seg stabil blant de eldre i kontrollgruppen. Ved start var ernæringsinntaket lavt i begge gruppene, ved slutten av intervensjonen hadde vitamin C og E gått opp i intervensjonsgruppen. De fastende blodprøvene viste at hemoglobinnivået holdt seg stabilt i intervensjonsgruppen, mens i kontrollgruppen sank verdiene. Målingene fra spørreskjemaet om livskvalitet viste at intervensjonsgruppen holdt seg stabil, mens livskvaliteten sank blant de i kontrollgruppen.</p>

<p>«Knowlegde and attitudes of nursing staff towards malnutrition care in nursing homes: A multicentre cross sectional study»</p>	<p>Forfattere: S. Bauer, R. J. G. Halfens og C. Lohrmann</p> <p>År: 2014</p> <p>Land: Østerike</p> <p>Tidsskrift: Journal of Nutrition, Health and Aging</p> <p>Hensikt: Vurdere kunnskapen og holdningene til sykepleiere og hjelpepleiere rundt underernæring i sykehjem, og se på ulikheter i kunnskap og holdninger med tanke på generelle egenskaper som kjønn, alder og hvor mange år man har jobbet.</p> <p>Metode: Ledelsen mottok spørreskjemaer som de ansatte skulle fylle ut, uten hjelp fra internett eller andre. Deretter ble skjemaene sendt tilbake igjen. Det ble også spurt om generelle egenskaper: kjønn, alder, sykepleier tittel, arbeidserfaring og trening i underernæring. Spørreskjemaet het «Knowlegde of Malnutrition-Geriatric (KoM-G), og skalaen het «SANN-G».</p> <p>Utvalg: 66 østeriske sykehjem med gjennomsnittlig 95 sengeplasser, aksepterte å bli med i studien.</p> <p>59, 5% av de ansatte på de 66 sykehjemmene deltok. 458 sykepleiere og 619 hjelpepleiere, 75 oppga ikke sin utdannelse status. De fleste var kvinner, og medianalderen var 41, 4 år. Sykepleiere hadde mye mer arbeidserfaring, og mer trening i underernæring.</p> <p>Resultat: 87,2% visste hvilke faktorer som ga positiv effekt på oral ernæring. Mer enn 80 % visste mulige konsekvenser og tegn på underernæring, og faktorer som negativ påvirker oral ernæring og mulige intervensjoner til pasienter med svelgevansker. 31,6% visste hva normal KMI var. Sykepleiernes kunnskapsnivå var høyere enn hjelpepleiernes. De med trening i underernæring visste mer enn de uten. 39,2% hadde positive holdninger, mens 51,7% var nøytrale, og 9,1% hadde negative holdninger. De generelle egenskapene hadde ikke så mye å si.</p>
<p>«The willingness to eat: An investigation of</p>	<p>Forfattere: Kerstin Wikby og Astrid Fägerskiöld</p> <p>År: 2004</p> <p>Land: Sverige</p>

appetite among elderly people»	<p>Tidsskrift: Sand J Caring Sci</p> <p>Hensikt: Identifisere og beskrive faktorer om appetitten til eldre.</p> <p>Metode: Kvalitative metode. Intervjuer på sykehjemmet. Varierte i lengde på 10 – 45 minutter. Alle intervjuene ble transkribert og tatt opp på bånd, og analysert før neste intervju. Deretter ble det bestemt hvem som skulle intervjues neste gang, og etter 10 intervjuer var det ingen ny informasjon. Allikevel ble alle 15 intervjuet.</p> <p>Utvalg: 15 aksepterte, alder varierte fra 79-95 år. Bodde sør i Sverige i fire ulike sykehjem. 3 menn og 12 kvinner.</p> <p>Resultat: Resultatene fra intervjuene ble delt i 7 ulike kategorier; villigheten til å spise, humør, personlige verdier, sunnhet, maten, spisemiljøet og måltidsfellesskap.</p>
--------------------------------	---

Vedlegg 2: Søkeprosessen

Søk	Beskrivelse
Søk nr. 1	<ul style="list-style-type: none"> - Database: Cinahl - Søkeord: Nutrition (explode), aged (explode), malnutrition, nursing homes (explode) - Search with AND - Resultat: 33 stk. Fant de norske forskningsartiklene: «Eldre personers ernæring og matinntak ved et sykehjem – en pilotstudie», «Vektdokumentasjon, KMI, måltidsfrekvens og nattefaste blant eldre sykehjemsbeboere – en pilotstudie», «Nutritional status and duration of overnight fast among elderly residents in muni»
Søk nr. 2	<ul style="list-style-type: none"> - Database: Cinahl - Søkeord: malnutrition, aged (explode), nursing homes (explode) - Search with AND - Resultat: 59 stk. - Avgrensing: «Research article». - Resultat: 42 stk. Ingen funn.
Søk nr. 3	<ul style="list-style-type: none"> - Database: Cinahl - Søkeord: nursing homes (explode), malnutrition, nutrition (explode), aged (explode) - Search with AND - Avgrensing: «Research article» - Resultat: 20 stk. Ingen funn.
Søk nr. 4	<ul style="list-style-type: none"> - Database: Cinahl - Søkeord: Preventive health care (explode), nurses (explode), appetite, appetite stimulating agents, sensory stimulation (explode), sosial environment (explode), eating environment, nursing homes (explode), malnutrition, aged (explode) - Avgrensning: Research article, english, aged 65+, europe, Peer Rewied - Search with OR - Resultat: 64 980 stk.

	<ul style="list-style-type: none"> - Endret «Published» til 2005-2016. - Resultat: 48 487 stk. - Søkeord: Food - Search with AND - Resultat: 1 086 stk. - Søkeord: Aged (fordi det dukket opp mange irrelevante, som omhandlet yngre mennesker) - Search with AND - Resultat: 1 086 stk. (ingen forskjell) - <i>Se bilde i eget dokument av søket.</i> <p>I søk nr. 4 fant jeg mange relevante artikler, først åpnet jeg de i ny fane og leste tittel og hensikt. De jeg synes virket mest relevant printet jeg ut (14 stk.). Deretter leste jeg nærmere gjennom de, og skrev de inn i et skjema (1. Forfatter, år, land, tittel. 2. Hensikt og problemstilling. 3. Metode. 4. Utvalg. 5. Resultat.)</p>
Søk nr. 5	<ul style="list-style-type: none"> - Database: Cochrane Library (søk gjort av læreren i undervisning om søkeprosessen) - Advanced search - Search manager - Søkeord: nursing next home*, malnutrition* - Search with AND - Resultat: 71 treff. Ingen funn.
Søk nr. 6	<ul style="list-style-type: none"> - Database SveMed+ - Oversette fra svensk til norsk: forebyggende tiltak=förebyggande åtgärder - Svensk MeSH: Förebyggande åtgärder - Resultater: Prevention and control (synonymer: preventive therapy, prophylaxis, preventive measures, prevention, control) - Database: Cochrane Library - Søkeord: nursing next home*, malnutrition*, prevention* - Avgrensninger: Publication date: 2014-2017

	<ul style="list-style-type: none">- Resultat: 14 stk. Fant artikkelen «Supportive interventions for enhancing dietary intake in malnourished or nutritionally at risk adults - Review». I den artikkelen ble det tilslutt funnet en relevant artikkel: «Health Effect of improved meal ambiance in a Dutch Nursing Home: A 1-year Intervention Study»
--	---

Vedlegg 3: PICO skjema.

PICO skjema nr. 1:

	P	I	C	O
Norske søkeord	Eldre Sykehjem			Underernæring
Engelske søkeord	Aged Nursing home			Malnutrition

PICO skjema nr. 2:

	P	I	C	O
Norske søkeord	Eldre Sykehjem	Forebyggende tiltak		Underernæring
Engelske søkeord	Aged Nursing home	Preventive measures Prevention		Malnutrition