Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid,
Pilestredet,
Fakultet for helsesfag

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:


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.
INNHOLDSFORTEGNELSE

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 Etiske 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
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.


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

1.3 Problemstilling og oppgavens hensikt.


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


1.5 Oppgavens oppbygning.

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.


_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 vekststabiliteten blant beboerne. Sykehjemmet som ble undersøkt har i mange år hatt måltider basert på servering slik det er i en familie. Til slutt 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).


Knowledge 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.

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.


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


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 underernært er apetittmangel, som kan både være forårsaket av noe fysisk eller psykisk. Tann- og munnstatus, svelgfunksjonen, 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. Smakslokkene 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 underernært, 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.


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. Worlds 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


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 matintaket reduseres som følge av mindre energibehov. Derfor er det også lurt å tilby eldre små næringsstotte 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.


3.2.4 Vurdering av ernæringsstatus.


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 undernæring. 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 kroppsdeler og laboratorieprøver som for eksempel hemoglobin og jern. Kroppsmasseindeks (KMI), også kalt body mass index (BMI), er kroppsvektens (kg) delt på kvadratet av høyden (m) (kg/m²). KMI har en svakhet ved at det ikke regner med fordelingen av kroppsmassesammensetningen mellom fett- og muskelevv. (Helsedirektoratet, 2010 s. 38; Store Medisinske Leksikon, 2014, 18.12).

3.2.5 Forebyggende sykepleie.


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.

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 Etiske prinsipper.


4.0 METODE

I dette kapittelet 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.


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 Libary 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 & Reinar, 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 opprett holdt gjennom prosessen.


Via litteraturlisten til artikken «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

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 gruppe.


Den ene artikken fra Nederland er fra 2001, og når de skulle vurdere ernæringsstatusen vurderte de kun vekten, faste blodprover og matinnatt ved veining av maten. I dag er det anbefalt av Helsedirektoratet å bruke ernæringsverktøy, så en kan stille seg litt kritisk til resultatene fra denne artikken.
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.


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 kapittelet beskriver en kort kritisk refleksjon til metoden som er brukt i oppgaven. Dette kapittelet 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.

5.0 RESULTAT OG FUNN

I dette kapittelet presenteres funnene fra de de fire ulike gruppene som artikklene 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, Skjegstad, 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).


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 enumet 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 levergrisse. 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 Skotland og England (Cunneen et al., 2011). Proteininnholdet var høyere, mens kostfiberinnholdet var lavere. Av det som faktisk ble spist av den serverte maten var innretningen av karbohydrater lavere enn anbefalt, mens proteininnmatket var tilfredsstillende. Dette vil altså si at ikke alle 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 karbohydratinhold.

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 fornøyde 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 nattene på grunn av tørste eller sult. Eldre var fornøyde med tidspunktene mot middagen (frokost kl. 09:00, middag kl. 13:00 og kveldsmåltid kl. 18:00). Funngene fra spørreskjemaet utført av pleiepersonalet viste at de var fornøyde 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 ernæringbehov 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 Residens: A Randomized Controlled.
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 blodprover 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 oppfølgning, 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 spisemiljøet kunne ha en positiv effekt på ernæringsstatusen blant eldre. Det var en liten tendens til at de i intervensjonsgruppen økte kroppsvектen 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 nyutdannete.

5.5 Eldre sine vurderinger av ernæring på sykehjem og spisesituasjonen.


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, nyt de måltidet. De beskrev at det å spise var en viljehandling, basert på ønsket om å spise. Noen tvang i seg mot 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
6.0 DISKUSJON


6.1 Ernæringsstatus.


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). Artikken til Sortland et al. (2009) påpeker også at det kan være nødvendig å endre måltidsrytmen og antall hoved- og mellommåltider, for å sikre

6.2 Hvordan kan sykepleiere forebygge underernæring?


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.

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 superenkel 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 matglæde 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 ukesmenyen ved å se matrettene fysisk foran seg. Det vil igjen bidra til å øke autonomiprisippet 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 sitetat «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.


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 forblī 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 næringsstette mellommåltider i løpet av dagen. I tillegg viser ulike kilder til at endring av tidspunktet for måltidserveringen 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 ukesmenyene.

Oppgaven konkluderer også med at forskningen viser til at de pårørende kan ha en positiv innvirkning på ernæringsstatusen, og at en mulig løsning kunne være 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 ukesmenyen. 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 konkluderer 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 bør 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


Vedlegg 1: Skjema over artikler.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tittel:</th>
<th>Forfattere: Kjersti Sortland, Grete Skjegstad, Lisbeth Jansen og Anna-Lena Berglund</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>«Eldre personers ernæring og matinntak ved et sykehjem – en pilotstudie»</td>
<td>År: 2009</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Land: Norge</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Tidsskrift: Vård i Norden</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>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.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Metode: Metoden er en pilotstudie, som også er et samarbeidsprosjekt mellom høgskole og et sykehjem. Datainnsamlingen er gjort med spørreskjemaer, kostregistreringer og næringsberegning av matinntaket til eldre i sykehjem. 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.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>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.</td>
</tr>
</tbody>
</table>
|         | Resultat: Kostregistrering og næringsberegning:
10 av 18 målinger viste lavt energiinntak. Høyt inntak av mettet fett, lavt inntak av ummetet fett. Lvat 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.

| 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) sykehjemsoberere. |
| Metode: Deskriptiv pilotstudie basert på kvantitativ metode, innhenting av data om ernæring ble gjort gjennom et registrieringskjem. |
| Sykepleiestudenter utførte registreringen. |
| Utvalg: Utvalget bestod av 243 sykehjemsoberere over 70 år. |
| Resultat: 13 % var veid ved innkomst, 26 % var ikke vektregistrert. 15 % hadde en KMI på under 18,5. 98 % hadde nattefaste på mer enn 11 timer. |

| Forfattere: Sinead Cunneen, Jacklyn Jones, Isobel Davidson og Elaine Banneerman |
| År: 2011 |
| Land: United Kingdom - Skottland |
| Tidsskrift: British Journal of Community Nursing |
**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.

**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.

**Utvalg:** Deltakere var rekruttert fra et 130 sengers privat sykehjem i øst Skottland.

**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.

| «Assessment of the nutritional status among residents in a Danish nursing home – Health effects of a formulated food and meal policy» | **Forfattere:** Kirsi Kuosma, Joan Hjerrild, Preben Ulrich Pedersen og Yrsa Andersen Hundrup  
**År:** 2007  
**Land:** Danmark  
**Tidsskrift:** Journal of Clinical Nursing  
**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.  
**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 |
informasjonsdeling, undervisning og implementering av de nye intervensjoene.

**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.

**Resultat:** 75 % av beboerne var i fare for å bli underernært.

Vektstabiliseten økte utover studiens periode. 75-100% hadde en MNA score på under 11, som indikerer mulig underernæring.

| «Effect of Family-Style Meals on Energy Intake and Risk of Malnutrition in Dutch Nursing Home Residents: A Randomized Controlled Trial» | **Forfattere:** Kristel A. N. D. Nijs, Cees de Graaf, Els Siebelink, Ybel H. Blauw, Vincent Vanneste, Frans J. Kok og Wija A. van Staveren  
**År:** 2006  
**Land:** Nederland  
**Tidsskrift:** Journal of Gerontology  
**Hensikt:** Undersøke om et familiemåltid øker energiinntaket nok til å forbedre eller opprettholde energibalansen og minske risikoen for underernæring blant nederlandske sykehjemsbeboere.  
**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 matservering som lignet med på et familiemåltid. Kontrollgruppen bevarte normal matservering i løpet av de 6 månedene. Det ble også foretatt datainnsamling for å vurdere ernæringsstatusen og energiinntaket til beboerne både før og etter intervensjonsperioden. Veiling av mat og observasjon, og MNA kartlegging.  
**Utvalg:** 282 beboere ble invitert, 250 stykker villr være med og 178 fullførte studien.  
**Resultat:** I intervensjonsgruppen økte energiinntaket, og karbohydrat-, protein og fettdiinntaket 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 |
kontrollgruppen gikk det fra 25% til 17 %. I intervensjonsgruppen var det 17 % som var underernært ifølge MNA før intervensjonsperioden, mens etter perioden var kun 4% underernært. I kontrollgruppen var 11% underernært før start, og ved endt intervensjons økte det til 23 %.

**År:** 2001  
**Land:** Nederland  
**Tidsskrift:** Preventive medicine  
**Hensikt:** Fastslå effekten forbedret spisemiljø har på matinntaket og helse- og ernæringsstatusen blant nederlandske eldre sykehjemsbeboere.  
**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 veiling av mat og observasjon, fastende blodprøver og livskvalitet ble målt ved hjelp av spørreskjemaer.  
**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 til slutt kunne 38 av de være med. 22 eldre fulførte etter 1 år.  
**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. |
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Land: Østerike</td>
<td><strong>Tidsskrift:</strong> Journal of Nutrition, Health and Aging</td>
</tr>
<tr>
<td>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.</td>
<td><strong>Metode:</strong> 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».</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Utvalg:</strong> 66 østeriske sykehjem med gjennomsnittlig 95 sengeplasser, aksepterte å bli med i studien. 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.</td>
<td><strong>Resultat:</strong> 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. Sykepleierenes 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.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>«The willingness to eat: An investigation of</th>
<th>Forfattere: Kerstin Wikby og Astrid Fagerskiöld</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>År: 2004</td>
<td><strong>Land:</strong> Sverige</td>
</tr>
</tbody>
</table>
**Tidsskrift:** Sand J Caring Sci  
**Hensikt:** Identifisere og beskrive faktorer om appetitten til eldre.  
**Utvalg:** 15 aksepterte, alder variet fra 79-95 år. Bodde sør i Sverige i fire ulike sykehjem. 3 menn og 12 kvinner.  
**Resultat:** Resultatene fra intervjuene ble delt i 7 ulike kategorier; villigheten til å spise, humør, personlige verdier, sunnhet, maten, spisemiljøet og måltidsfellesskap.
Vedlegg 2: Søkeprosessen

<table>
<thead>
<tr>
<th>Søk</th>
<th>Beskrivelse</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Søk nr. 1</td>
<td>- Database: Cinahl</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Søkeord: Nutrition (explode), aged (explode), malnutrition, nursing</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>homes (explode)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Search with AND</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Resultat: 33 stk. Fant de norske forskningsartiklene: «Eldre personers</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>ernæring og matinntak ved et sykehjem – en pilotstudie»,</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>«Vektdokumentasjon, KMI, måltidsfrekvens og nattefaste blant eldre</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>sykehjemsbeboere – en pilotstudie», «Nutritional status and duration</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>of overnight fast among elderly residents in muni»</td>
</tr>
<tr>
<td>Søk nr. 2</td>
<td>- Database: Cinahl</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Søkeord: malnutrition, aged (explode), nursing homes (explode)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Search with AND</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Resultat: 59 stk.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Avgrensing: «Research article».</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Resultat: 42 stk. Ingen funn.</td>
</tr>
<tr>
<td>Søk nr. 3</td>
<td>- Database: Cinahl</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Søkeord: nursing homes (explode), malnutrition, nutrition (explode),</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>aged (explode)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Search with AND</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Avgrensing: «Research article»</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Resultat: 20 stk. Ingen funn.</td>
</tr>
<tr>
<td>Søk nr. 4</td>
<td>- Database: Cinahl</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Søkeord: Preventive health care (explode), nurses (explode), appetite,</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>appetite stimulating agents, sensory stimulation (explode), sosial</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>environment (explode), eating environment, nursing homes (explode),</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>malnutrition, aged (explode)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Avgrensning: Research article, english, aged 65+, europe, Peer Rewied</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Search with OR</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Resultat: 64 980 stk.</td>
</tr>
</tbody>
</table>
- 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)
- Se bilde i eget dokument av søket.

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.)

Søk nr. 5
- 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
- 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
Vedlegg 3: PICO skjema.

### PICO skjema nr. 1:

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>P</th>
<th>I</th>
<th>C</th>
<th>O</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Norske søkeord</strong></td>
<td>Eldre</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Underernæring</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Sykehjem</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Engelske søkeord</strong></td>
<td>Aged</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Malnutrition</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Nursing home</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### PICO skjema nr. 2:

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>P</th>
<th>I</th>
<th>C</th>
<th>O</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Norske søkeord</strong></td>
<td>Eldre</td>
<td>Forebyggende tiltak</td>
<td></td>
<td>Underernæring</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Sykehjem</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Engelske søkeord</strong></td>
<td>Aged</td>
<td>Preventive measures</td>
<td></td>
<td>Malnutrition</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Nursing home</td>
<td>Prevetion</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>