

BSYBAC_5

Bacheloroppgave i Sykepleie



Universitetet
i Stavanger

Ernæring på sykehjem

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

Stavanger, 12. mai 2021

X *Jeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet*

Sammendrag

Innledning: Sykepleier på sykehjem står overfor flere utfordringer når det kommer til ernæring hos pasienter. På tross av at det finnes enkle løsninger på ernæringsproblematikk, ser vi at ernæring nedprioriteres til fordel for andre sykepleieroppgaver.

Hensikt: Hensikten med oppgaven er å identifisere ernæringsrelaterte utfordringer sykepleier står overfor på sykehjem, samt presentere ulike løsningsforslag på disse.

Metode: Oppgaven er litteraturbasert og baserer seg på én kvantitativ og tre kvalitative forskningsartikler. Forskningsartiklene ble analysert og satt i en integrativ litteraturoversikt etter Febe Fribergs (2017) modell. Resultatene fra analysen pekte på tre gjennomgående tema som til slutt ble sammenfattet til en ny helhet.

Resultat: De tre hovedtemaene er; *måltidsmiljø, sykepleiers kunnskap og kompetanse og sykehjemspasienters deltakelse*. Flere av funnene tydet på at sykepleierne var usikre i ernæringsarbeidet, og at det var mangel på retningslinjer og rutiner i virksomheten. Funn viste også at pasientene i liten grad ble involvert i egen ernæring.

Diskusjon: Vi tok for oss de tre hovedtemaene i diskusjonsdelen, og diskuterte med følgende undertema. I denne delen drøftet vi funnene fra forskningsartiklene opp mot relevant teori og egne erfaringer, meninger og refleksjoner.

Konklusjon: Sykepleiere må få en tilrettelagt arena for å kunne tilegne seg mer kunnskap om ernæring på sykehjem. Ved økt kunnskap om temaet og utarbeiding av gode retningslinjer fra virksomhetens side, mener vi sykepleiere kan bidra til et bedre ernæringsarbeid på sykehjem. Sykepleier bør også åpne opp for å inkludere sykehjemspasienter i egen ernæringsomsorg.

Nøkkelord: Ernæring, måltid, sykehjem, eldre, pasient, sykepleie, retningslinjer, kunnskap og kompetanse.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	4
1.1. Bakgrunn for valg av tema og problemformulering.....	4
1.2 Oppgavens hensikt.....	5
2.0 Teori	6
2.1 Ernæring	6
2.2 Lovverket.....	8
2.3 Individuell plan	9
2.4 Nasjonale faglige råd og retningslinjer	9
2.5 Yrkesetiske retningslinjer.....	10
2.6 Etikk.....	10
2.7 Sykepleieteori	11
2.8 Innspill fra helse- og omsorgsminister.....	12
3 Metode	13
3.1 Valg av metode.....	13
3.2 Litteratursøk.....	13
3.2.1 Avgrensning.....	14
3.2.2 Valg av søkeord	14
3.2.3 Valg av artikler	16
3.3 Analyse	17
4.0 Resultater og funn	18
4.1 Resultat av artikler.....	18
4.2 Måltidsmiljø	18
4.3 Kunnskap og kompetanse.....	19
4.4 Sykehjemspasienters deltagelse i måltidet.....	21

5.0 Diskusjon	24
5.1 <i>Metodediskusjon</i>	24
5.1.1 Valg av metode.....	24
5.1.2 Kvantitativ, kvalitativ og aksjonsbasert litteratur.....	24
5.1.3 Valg av database.....	25
5.2 <i>Resultatdiskusjon</i>	26
5.2.1 Måltidsmiljø	26
5.2.2 Kunnskap og kompetanse.....	28
5.2.3 Sykehjemspasienters deltakelse i måltidet	31
6.0 Avslutning.....	33
6.1 <i>Konklusjon</i>	33
6.2 <i>Implikasjoner for videre praksis</i>	33
Referanser.....	35
VEDLEGG	38

Antall ord: 9939

1.0 Innledning

1.1. Bakgrunn for valg av tema og problemformulering

Helse- og omsorgsdepartementet presenterte i mai 2018, stortingsmeldingen *Leve hele livet*. Et kapittel i meldingen handler om mat og måltid, og hvor viktig god mat er for helsen og livskvaliteten til eldre. Helse- og omsorgsminister Bent Høie, kom i anledning med utsagnet «jeg mener vi bør gjøre måltidet hellig igjen». Bakgrunnen for meldingen var at mange eldre er feil- eller underernært, og det erfares lite samsvar mellom anbefalt og utøvende praksis (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 103). Så sent som 26. april i år ble også temaet omtalt i Stavanger Aftenblad. Der presenterte avisen et sykehjem i Stavanger kommune, som hadde flyttet middagsmåltidet fra formiddag til ettermiddag, og opplevde at pasientene spiste mer og ble sittende lenger ved bordet (Østbø, 2021).

I 2019 fantes det nesten 40 000 sykehjems plasser i Norge (Statistisk sentralbyrå, 2020). Ifølge Helsedirektoratet (2013, s. 10) anslås det at opp mot 60 % av pasientene på sykehjem er underernærte. Risikoen for komplikasjoner øker ved underernæring. Deriblant er pasientens motstand mot infeksjoner redusert, den psykiske og fysiske funksjonen svekkes, livskvaliteten går ned, tilhelingsprosessen bremses og dødeligheten økes (Brodtkorb, 2015, s. 301; Helsedirektoratet, 2013, s. 10-12).

Ernæring hos eldre er med andre ord et aktuelt og viktig tema som engasjerer mange. Temaet opptar også oss, og da spesielt ernæring hos eldre på sykehjem. Først og fremst interesserer det oss da vi i vår sykehjemspraksis har sett hvor mye glede mat og måltid gir pasientene. Dernest mener vi også at det ligger muligheter innenfor måltidets rammer, som sykepleiere kan dra nytte av i arbeidet med ernæring hos pasienter på sykehjem. Vi erfarer også fra praksis at ernæring ofte blir nedprioritert i en helsekontekst, til fordel for andre tiltak. Arbeidet med ernæringsrelaterte utfordringer hos pasienter på sykehjem er i våre øyne tilfeldig og gjentakende. Dette er noe vi stiller spørsmål til, da ernæringsarbeid er en viktig sykepleieroppgave, hvor vi mener sykepleieren med sin kunnskap kan bidra til å sørge for helhetlig pleie og omsorg.

Vi vil i denne oppgaven se på hvordan sykepleier kan arbeide med ernæringsrelaterte utfordringer hos pasienter på sykehjemmet. Oppgaven vil ta for seg sykepleiere i sykehjem sine opplevde erfaringer rundt ernæringsproblematikk hos sine pasienter. Samstundes vil den også

belyse pasientenes synspunkt og behov relatert til egen ernæringsomsorg. Vi stiller spørsmål til om det er mulig å finne løsninger som kan fungere i en hektisk sykehjemshverdag, for både sykepleier og pasient, samtidig som det er fruktbart og kostnadseffektivt.

Ut fra dette har vi kommet frem til følgende problemstilling:

«Hvilke ernæringsrelaterte utfordringer møter sykepleier hos pasienter på sykehjem, og hvordan kan sykepleier bidra til å løse disse?»

1.2 Oppgavens hensikt

Hensikten med oppgaven er å identifisere ulike ernæringsrelaterte utfordringer sykepleieren står overfor hos pasienter på sykehjem. I tillegg ønsker vi å få økt innsikt i hvordan sykepleier kan bidra til å løse disse utfordringene. Løsningene vil også være utgangspunkt for implikasjoner for videre praksis.

2.0 Teori

2.1 Ernæring

Tilrettelegging for at pasientens ernæringsbehov dekkes, har alltid vært en viktig oppgave for sykepleieren (Aagaard, 2017, s. 192). Ernæring og helse henger tett sammen. Spesielt eldre er utsatt for utfordringer når næringsinntaket ikke er nok. Selv om energibehovet blir betraktelig mindre med alderen, har kroppen et like stort behov for vitaminer og mineralstoffer når en blir eldre. Gjennom optimal ernæringsstatus er kroppen beskyttet mot sykdom og skader, samtidig som helsen opprettholdes. Derfor regnes optimal ernæringsstatus hos eldre som et viktig forebyggende tiltak. (Aagaard, 2017, s. 206; Brodtkorb, 2015, s. 301). Helse- og omsorgsdepartementet pekte i 2018 på flere utfordringer knyttet til eldre og ernæring, deriblant manglende systematisk oppfølging, lite fokus på måltidsopplevelsen, lang nattfaste, for få måltider og for lite variasjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 103).

Som sykepleier er det viktig å sikre at pasientens grunnleggende behov dekkes. Kartlegging av pasientens væske- og energiinntak gjøres for å identifisere om pasienten er i ernæringsmessig risiko. For å kartlegge kan sykepleieren bruke ulike verktøy, som for eksempel MNA-skjema (Mini Nutritional Assessment) og ernæringsjournalen. Kostregistreringsskjema kan brukes for å overvåke inntaket av energi og væske (Aagaard, 2017, s. 222-223). Helsepersonell har en lovpålagt plikt til å dokumentere og føre pasientjournal. Dokumentasjon er «det skriftlige uttrykket for hva sykepleiere observerer, vurderer, planlegger, gjennomfører og evaluerer i samhandling med pasienten» (Moen et al., 2008, sitert i Skaug, 2017, s. 343). For at pasienten skal få et helhetlig behandlingstilbud må dokumentasjon om ernæringskartlegging foreligge, da det er en nødvendig og viktig del av et klinisk undersøkelsestilbud (Helsedirektoratet, 2013, s. 16). Ifølge Hauge (2015, s. 272) er det mangel på struktur og oversiktlig sykepleiedokumentasjon i norske sykehjem, noe som kan gi manglende oppfølging i tjenestetilbudet.

For at pasienten skal få dekket ernæringsbehovet sitt må sykepleieren sørge for at pasienten får riktig kost. I tillegg kan sykepleieren bidra med å tilrettelegge spisemiljøet for pasienten. Aagaard (2017, s. 220) sier at «måltidet bør være et viktig avbrekk som beboerne ser fram til og kan nyte». Aagaard trekker også frem en undersøkelse ved en geriatrik langtidsavdeling i 1987, der det fremkom at matlysten øker når det ser pent ut og miljøet er trivelig. For å tilrettelegge for et pent og trivelig spisemiljø bør rommet pasienten spiser på være ryddig og

rent, med god tilgang på frisk luft. Måltidet bør presenteres på en innbydende måte, for å øke pasientens matlyst. Faktorer som kan påvirke matlysten er i følge Aagaard (2017, s. 220) blant annet lukt, smak, belysning, temperatur, sosiale forhold og matens presentasjon. Det bør legges til rette for at roen opprettholdes under måltidet, og sykepleieren bør sørge minimalt med forstyrrelser, som medisinutdeling, besøk eller legevisitt. I tillegg kan det legges til rette for at pasientene kan sitte sammen med andre som de har en relasjon til, og med personalet dersom det er tid og anledning for det. Andre oppgaver enn måltidet har lett for å bli prioritert, men måltidet bør, så langt det lar seg gjøre, beskyttes (Aagaard, 2017, s. 220-221; Helsedirektoratet, 2016b). For å vurdere og prioritere ernæringstiltak som skal settes i gang kan også ernæringstrappen fra Helsedirektoratet (2016b) brukes, se figur 1.



Ernæringstrappen - modell for prioritering av ernæringstiltak

Figur 1: Ernæringstrappen (Helsedirektoratet, 2016b)

2.2 Lovverket

Det finnes juridiske rammer rundt sykepleiernes ernæringsarbeid i sykehjem. Første lov gjelder loven om helsepersonell, som har som formål å bidra til pasientsikkerhet og kvalitetssikring i helse- og omsorgstjenester. Andre lov, er lov om forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp, som står beskrevet i §4. Her beskrives helsepersonells plikter og krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. I andre ledd nevnes det blant annet at når pasienten har rett på individuell plan, er helsepersonell pliktig til deltakelse ved utarbeiding av en slik plan. I §39 beskrives helsepersonells plikt til å føre journal (Helsepersonelloven, 1999, §§1, 4, 39).

Helse- og omsorgstjenesteloven gjelder de tjenestene som tilbys og utøves blant annet i kommunen. Kommunen har et ansvar for at det tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester til de som oppholder seg i kommunen, blant annet til pasienter på sykehjem. Tjenestene må i tillegg være forsvarlige, og tilrettelegges slik at et verdig, helhetlig og koordinert tjenestetilbud gis. I tillegg skal det sikres nødvendig og tilstrekkelig fagkompetanse. Kommunens plikt til å utarbeide individuell plan for pasienter som har behov for langvarige helse- og omsorgstjenester, står beskrevet i helse- og omsorgstjenesteloven §7-1 (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §§3-1, 7-1).

Pasient- og brukerrettighetsloven skal sikre kvalitet og like rettigheter og tilgang til befolkningen. Etter §3-1 har pasienten rett til medvirkning av behandlings- og undersøkelsesmetoder, dersom pasienten er samtykkekompetent etter §4-1. Retten til individuell plan beskrives i §2-5. Loven omfatter pasienter som har behov for langvarige helse- og omsorgstjenester. Denne planen skal være individuelt utarbeidet ut fra hver enkelt pasient. I tillegg er kommunen også ansvarlig for utarbeiding av individuell plan for pasienter som har behov for og rett til det (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §§2-5, 3-1, 4-1).

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenester bidrar til å sikre at mottakere av pleie- og omsorgstjenester, blant annet etter kommunehelsetjenesteloven, får sine grunnleggende behov ivaretatt på en respektfull og verdig måte. Med ivaretagelse av grunnleggende behov vil det blant annet si at pasienten får tilstrekkelig næring, variert og helsefremmende kosthold, nok tid og ro i måltidet, og valgfrihet når det kommer til mat. Pasienten skal få de tjenestene de har behov for til rett tid (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenester, 2003, §§1, 3).

2.3 Individuell plan

Individuell plan er et lovfestet tilbud, etter Pasient- og brukerrettighetslovens (1999) §2-5, som alle pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester har rett til. Dette gjelder pasienter som mottar tjenester innenfor ulike deler av helsesektoren, hvor det er nødvendig å koordinere helsetjenestene. Det er kommunen som er pålagt ansvaret med å utarbeide en individuell plan, men pasienten må samtykke og har rett til å delta i arbeidet med sin individuelle plan. Formålet med individuell plan er å styrke samarbeidet mellom de som yter tjenestene, pasient og eventuelt pårørende, og mellom tjenesteyter og etater innen et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåene (Molven, 2016, s. 102). Alle pasienter som er i ernæringsmessig risiko, bør ha en individuell plan. Planen bør settes opp sammen med pasienten og skal ta høyde for pasientens vaner og preferanser (Aagaard, 2017, s. 222).

2.4 Nasjonale faglige råd og retningslinjer

Helsedirektoratet (2016a) beskriver god ernæringspraksis i sine Nasjonale faglige råd slik: «God ernæringspraksis innebærer kartlegging, vurdering og dokumentasjon av pasientens ernæringsstatus, vurdering av matinntak i forhold til behov, igangsetting av målrettede ernæringstiltak samt oppfølging og evaluering». Nasjonale faglige råd er råd og anbefalinger gitt av Helsedirektoratet, for å sikre god kvalitet, riktige prioriteringer og helhetlige pasientforløp i tjenesten (Helsedirektoratet, 2019). Helsedirektoratet publiserte i 2013 et hefte med retningslinjer for forebygging av underernæring. Her kommer de med generelle anbefalinger, for både spesialist- og primærhelsetjenesten. Da denne oppgaven omhandler pasienter i primærhelsetjenesten er det kun disse anbefalingene som trekkes frem.

Ved innleggelse i institusjon som sykehjem skal alle pasienter vurderes for ernæringsmessig risiko. Når pasienten er i risikozonen er det en rekke individuelle tiltak som innføres for å forebygge og behandle underernæring, og det opprettes en individuell ernæringsplan. Tiltakene i denne planen kan prioriteres etter ernæringstrappen, se figur 1 tidligere i teksten. Behandlingstype skal alltid vurderes ut fra det faglige, etiske og juridiske (Helsedirektoratet, 2013).

2.5 Yrkesetiske retningslinjer

Yrkesetiske retningslinjer er et viktig verktøy for forbedringen av utøvelsen av sykepleiepraksis. Disse skal være en sikkerhet for at sykepleien utøves i henhold til etikken og til pasientens beste (Mølven, 2016, s. 70). Norsk Sykepleierforbund (2019) beskriver sykepleiens grunnlag slik: «Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene». I utøvelsen av sykepleien følger det med et ansvar for egne handlinger og vurderinger. Gjennom sine plikter og sitt personlige ansvar skal sykepleieren sikre at utøvelsen er forsvarlig, både faglig, etisk og juridisk. Dette innebærer blant annet å holde seg oppdatert om ny forskning, utvikling og praksis innenfor sykepleiens fagområde (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

2.6 Etikk

Påfølgende avsnitt vil handle om etikk, som anses som relevant for belysningen av oppgavens tema, ernæring på sykehjem.

Nærhetsetikk har møtet mellom mennesker i fokus, og sier at etikken oppstår i det mennesker møtes (Brinchmann, 2016, s. 127). Den danske filosofen Knud Ejler Løgstrup skrev flere bøker innen nærhetsetikk. Den norske sykepleieren og filosofen Kari Martinsen har i boken *Løgstrup og Sykepleien* (2012) kommet med sine vinklinger på hvordan sykepleiere kan anvende, og daglig anvender, Løgstrups filosofi i utførelsen av sykepleie (Martinsen, 2012, s. 11). I Løgstrups filosofi er etikkens utgangspunkt de suverene livsytringene tillit, barmhjertighet, håp, talens åpenhet og medfølelse. At de er suverene betyr at de er grunnleggende, og ikke menneskeskapt (Martinsen, 2012, s. 48-49).

Kari Martinsen (2012, s. 49) skriver at det grunnleggende i etikken er å våge seg frem mot den andre med et utgangspunkt om at den andre vil en godt. Det er dette som er tillit, og er som tidligere nevnt en av Løgstrups suverene livsytringer. I tilliten er vi utlevert til hverandre, i en sårbarhet og gjensidighet. Både hun og Løgstrup bruker den gylne regel fra bibelen som veiledning for handlinger; *Gjør mot andre, det du vil at andre skal gjøre mot deg*. I dette legger Martinsen at en skal sette seg i den andres sted og situasjon, og dermed spørre «hvordan vil jeg at den andre skulle møte meg?». I bruken av den gylne regel tilføyer Martinsen, at en må bruke

fantasien og gjøre det som er best for den andre, ut fra situasjonen, så godt som det er mulig. Fantasi skaper rom for skjønnsmessige overveielser og faglighet. Det er der etikken i sykepleie kommer til ytring (Martinsen, 2012, s. 50-54).

Martinsen skriver videre hvordan travelheten kommer i veien for sykepleieren. Dette fordi det i et moderne helsevesen skapes regler, standarder og vitenskapelige metoder, som ikke gir plass til de suverene livsytringene i pasientsituasjoner. Dette skaper travelhetens stillstand, som er noe sykepleiere ofte faller inn i en hektisk hverdag (Martinsen, 2012, s. 55-58).

Etiske rammeverk finner vi også i de fire prinsippers etikk. Etisk teori kan ofte anses som svevende og udefinerbar. De fire prinsippene er konkrete utgangspunkt, og de fungerer som gode veiledere for sykepleiere som står overfor kompliserte etiske situasjoner. Prinsippene har av den grunn fått stor innflytelse på hvordan en tenker omkring etikk i helsevesenet i dag (Nortvedt, 2016, s. 99).

Prinsippene lyder som følger (Brinchmann, 2016, s. 85):

- Velgjørenhet – plikten til å gjøre godt mot andre
- Ikke skade – plikten til å ikke skade andre
- Respekt for autonomi – plikten til å respektere autonome personers holdninger
- Rettferdighet – plikten til å behandle like tilfeller likt og til å fordele ressurser rettferdig

2.7 Sykepleieteori

Virginia Henderson er kjent for å være en av de første sykepleierne som spesifiserte en sykepleieteori, ved å definere 14 grunnleggende behov for sykepleie. Ettersom ernæring og mat inngår i behovene, anses hun som relevant for belysningen av oppgavens tema; ernæring på sykehjem (Kristoffersen, 2017, s. 22). Henderson definerte behovene som «mat, kjærlighet, anerkjennelse, følelsen av å være til nytte og av gjensidig samhørighet og avhengighet av andre i den menneskelige sammenheng» (Henderson, 1961, sitert i Kristoffersen, 2017, s. 36-37). Behovene er ifølge Henderson noe alle mennesker trenger å få dekket. Skulle derimot et menneske, her pasienten, ikke ha mulighet til å dekke de selv, må sykepleieren hjelpe med å

dekke de, dog ut fra pasientens egne formeninger. Pasienten får derfor en aktiv og deltakende rolle i den sykepleien han mottar (Kristoffersen, 2017 s. 38). Henderson påpeker at behovene vil oppleves og ivaretas forskjellig hos person til person, og det er derfor viktig at sykepleieren gjør seg kjent med pasienten. Dette fordi den enkelte pasient har krav på en individualisert pleie og omsorg (Kristoffersen, 2017, s. 39).

2.8 Innspill fra helse- og omsorgsminister

Helse- og omsorgsdepartementet presenterte i mai 2018 stortingsmeldingen *Leve hele livet*, som også nevnes innledningsvis. Den skulle tilrettelegge for et aldersvennlig Norge, og bidra til at eldre skal mestre livet lenger. Deriblant skal det sørges for at eldre får gode måltidsopplevelser og næringsrik mat. Disse to satt sammen kan både redusere underernæring og gi økt livskvalitet hos eldre (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 103). Bent Høie presenterte og en kronikk i 2016, hvor han nevner et bokollektiv som flyttet middagsmåltidet fra 13.30 til 15.30. Dette førte til at beboerne la på seg mer, og sov bedre da de ikke sov på dagen lenger (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

3 Metode

3.1 Valg av metode

Denne oppgaven vil følge en integrativ litteraturoversikt, som presentert i Febe Fribergs *Dags för uppsats* (2017, s. 148). Det betyr at det er valgt ut vitenskapelige forskningsartikler, som alle omhandler temaet ernæringsrelaterte utfordringer hos pasienter på sykehjem. Analysen av artiklene vil til slutt sammenstilles til en ny helhet, som svar til vår problemstilling. Oppgaven vil basere seg på fire forskningsartikler, hvorav én er kvantitativ og tre er kvalitative. Av de tre kvalitative, er to aksjonsforskningsprosjekt.

Kvantitativ metode gir svar på målbare resultater, for eksempel gjennom systematisk innsamling og analysing av data. Ved bruk av denne metoden går en i bredden og innhenter data uten påvirkning av subjektive faktorer. Det er vanlig å bruke spørreskjema eller spørreundersøkelser med låste svaralternativer for å innhente data til undersøkelsen (Dalland, 2017, s. 52-53).

Undersøkelser eller studier utført med kvalitativ metode har, i motsetning til en kvantitativ metode, som hensikt å gå i dybden og dermed fange opp subjektive meninger og oppfatninger. Disse meningene og oppfatningene lar seg ikke tallfeste eller måles. Ved anvendelse av kvalitativ metode er det vanlig å gjennomføre intervjuer med kontakt tett på fagfeltet, eller bruke spørreundersøkelser og spørreskjemaer med åpne svaralternativer (Dalland, 2017, s. 52-53).

Aksjonsforskning er erfaringsbasert kunnskap i praksis, hvor prosjekt settes i gang og resultatene analyseres. Resultatene brukes deretter for å sette i gang nye tiltak og prosjekt. Ideen er at en ny forståelse om egen situasjon, vil gi økt nysgjerrighet og lærevillighet hos de som deltar (Dalland, 2017, s. 48-49).

3.2 Litteratursøk

Først vil vi definere inklusjons- og eksklusjonskriterier for søket vi foretok oss. Vi utførte først noen brede søk, og dannet oss et helikopterperspektiv over litteraturen som finnes om emnet (Friberg, 2017, s. 146). Ut fra innsikten helikopterperspektivet ga oss, innskrenket vi søket ytterligere. Vi vurderte litteraturens kvalitet, og valgte til slutt det endelige utvalget av forskningsartikler.

3.2.1 Avgrensning

Vi benyttet to helsevitenskapelige databaser, CINAHL og SveMed+. Begge disse er godkjent ved Universitetet i Stavanger. SveMed+ har vi brukt flere ganger i løpet av studieforløpet. Vi kjente derfor godt til databasen, og har hatt god erfaring med den. CINAHL var ny for oss, men den var enkel og oversiktlig å navigere i. Den spesifiserer seg blant annet innenfor sykepleie og har et bredt utvalg av sykepleierelatert litteratur.

Innenfor databasene har vi valgt å ekskludere artikler som er eldre enn ti år gamle, samt artikler skrevet på andre språk enn engelsk, svensk, norsk og dansk. Artikler uten fagfelle vurdering ble også ekskludert i litteratursøket. Vi valgte å inkludere søkeresultater fra alle kildetyper, som inneholdt søkeord relevante til tema *ernæringsrelaterte utfordringer på sykehjem*.

3.2.2 Valg av søkeord

I denne delen vil vi beskrive fremgangsmåten for litteratursøket.

Tabell 1: Søkeord første artikkel

Søke ID	Søkeord	Database	Treff
#6 (#1 AND #2 AND #4)	Sykehjem AND eldre AND ernæring	SveMed+	13
#5	Ernæring	SveMed+	450
#4 (#1 AND #2 AND #3)	Sykehjem AND eldre AND underernæring	SveMed+	8
#3	Underernæring	SveMed+	117
#2	Eldre	SveMed+	2745
#1	Sykehjem	SveMed+	274

I tabell 1 ses søkeordene som ble brukt for å finne første artikkel. Da vi kombinerte søkeordene første gang, ble artiklene skimlet. Det ene søkeordet ble endret, da artiklene som først kom opp ikke svarte til temaet eller problemstillingen vår. Vi gjentok prosessen seks ganger, til vi til slutt endte opp med søkeordene «sykehjem», «eldre» og «ernæring», som ga 13 treff i databasen.

Tabell 2: Søkeord andre artikkel

Søke ID	Søkeord	Database	Treff
S3	Registered nurse AND malnutrition AND older people	CINAHL	6
S2	Registered nurse AND malnutrition	CINAHL	44
S1	Registered nurse	CINAHL	15439

Tabell 2 viser søkeordene for andre artikkel. Vi forsøkte oss med samme søkeord som i forrige database, men valgte ingen av disse artiklene på grunn av relevans opp mot tema og problemstilling. For å inkludere sykepleieres erfaringer valgte vi å søke på registered nurse. «Nurse» alene ga lite aktuell litteratur. Søkeordene som ble valgt er «registered nurse», «malnutrition» og «older people», som ga oss seks resultater.

Tabell 3: Søkeord tredje artikkel

Søke ID	Søkeord	Database	Treff
S6 (S4 AND S5)	(Nursing home* AND elderly or older people AND nutrition or diet or food) AND nursing care	CINAHL	22
S5	Nursing care	CINAHL	13628
S4 (S1 AND S2 AND S3)	Nursing home* AND elderly or older people AND nutrition or diet or food	CINAHL	137
S3	Nutrition or diet or food	CINAHL	66594
S2	Elderly or older people	CINAHL	31314
S1	Nursing home*	CINAHL	7593

Tabell 3 viser søkeordene vi brukte for tredje artikkel. Etter å ha gjennomført to søk fra før, hadde vi lest gjennom en del artikler og søkeordene tilpasset seg derfor etter hvert. Vi søkte på «nursing home*», «elderly people» og «nutrition or diet or food». Disse tre ga et mer innsnevret søk med 137 artikler. Vi ønsket imidlertid et enda mer spesifikt søk og valgte å inkludere «nursing care» også, slik at vi kunne være sikre på at sykepleierens rolle ble inkludert i studien. Her fikk vi til slutt 22 artikler.

Tabell 4: Søkeord fjerde artikkel

Søke ID	Søkeord	Database	Treff
S4	Nursing home* AND nursing practice AND qualitative research	CINAHL	41
S3	Nursing home* AND nursing practice	CINAHL	2155
S2	Nursing home* AND nutrition	CINAHL	1302
S1	Nursing home*	CINAHL	22178

Tabell 4 viser søkeordene vi brukte for å finne fjerde artikkel. Vi ønsket en artikkel som så på måltid fra sykepleierens ståsted og inkluderte derfor «nursing practice» i tillegg til «nursing home» og «nutrition» i søket vårt. Søket inkluderte også «qualitative research». Til slutt hadde vi søkeordene: «nursing home* AND nursing practice AND qualitative research». Dette ga oss 41 artikler.

3.2.3 Valg av artikler

Ut fra søkeresultatene valgte vi fire artikler basert på en relevansvurdering og en kvalitetsvurdering. Relevans ble vurdert ut fra i hvilken grad artiklene belyser denne oppgavens tema og problemformulering; *Hvilke ernæringsrelaterte utfordringer møter sykepleier hos pasienter på sykehjem, og hvordan kan sykepleier bidra til å løse disse?* Blant annet var det viktig at forskningsartiklene var fra sykehjem, samt så på ernæring som tema fra pasientene og sykepleierens perspektiv. Vi var også observante på at artiklene ikke inkluderte pasienter med demens. Kvalitet ble vurdert ut fra tre krav. Først så vi om artiklene fulgte IMRaD-strukturen, som setter krav til hvordan forskningsartikler skal bygges opp (Dalland, 2017, s. 163). Deretter gjennomførte vi sekundærsøk på forfatterne, slik at vi kunne finne mer ut om deres bakgrunn og tidligere publikasjoner. Til slutt sjekket vi om tidsskriftene artiklene er publisert i, tidligere hadde publisert relevant og troverdig sykepleieforskning.

3.3 Analyse

Analysearbeidet startet med at vi leste forskningsartiklene flere ganger, slik at vi fikk en tydelig forståelse. Vi har sett på likheter og ulikheter i artiklene, for å se hvilke faktorer som gjentar seg. Likheter er blitt kategorisert og kalt hovedtema. Temaer som er gjennomgående i alle artikler står oppført nedenfor i tabell 5. Disse vil vi deretter se hvordan sammenfaller med problemformuleringen, hvilke ernæringsrelaterte utfordringer møter sykepleier hos pasienter på sykehjem, og hvordan kan sykepleier bidra til å løse disse? Oversikt over analyserte artikler, med et lite sammendrag av problem, hensikt, metode og resultater fra hver av artiklene, finnes i vedlegg 1.

Alle artiklene hadde ernæring eller mat på sykehjem som teoretisk utgangspunkt. Leirvik, Høye og Kvigne (2016), og Ullrich, McCutcheon og Parker (2011) benyttet seg av aksjonsbasert forskning. Grøndahl og Aagaard utførte en kvantitativ spørreundersøkelse hos pasientene, og presenterte statistikk fra de. Forss, Nilsson og Borglin (2018) benyttet seg av kvalitativ metode gjennom dybdeintervju av sykepleiere og pasienter. Resultatene fra studiene presenteres på ulike sett. Flest likheter ses i de to aksjonsforskningsstudiene samt den kvalitative studien, hvor det er trukket frem sitater og konkrete erfaringer fra deltakerne.

Leirvik et al. (2016), Ullrich et al. (2011) og Grøndahl og Aagaard (2016) tar for seg miljøet rundt måltidet. Sistnevnte belyser hvordan pasienters ernæringsmessige status og deltakelse i ernæring og måltid kan henge sammen. Forfatterne presenterer ulike faktorer som kan påvirke ernæring hos sykehjemspasienter, deriblant pasientenes egen deltakelse i måltidsforberedelsen (Grøndahl & Aagaard, 2016). Samtlige studier tar for seg sykepleieres generelle kunnskaper om ernæring. Her belyser de blant annet utfordringer sykepleiere står overfor i hverdagen og mangel på individuell tilrettelegging i ernæringsomsorgen. Leirvik et al. (2016), Ullrich et al. (2011) samt Forss et al. (2018) sine problemstillinger tok utgangspunkt i sykepleiers perspektiv. Sistnevnte undersøkte i tillegg pasientenes erfaringer med ernæring, hvilket var utgangspunktet til den kvantitative artikkelen til Grøndahl og Aagaard (2016) også.

4.0 Resultater og funn

4.1 Resultat av artikler

I analysen av artiklene har vi kommet frem til tre tema for resultatene. Disse er listet opp i tabell 5.

Tabell 5: Oversikt over hovedtema og undertema

Hovedtema	Undertema
Måltidsmiljø	<ul style="list-style-type: none"> - Miljøfaktorer - Tilstedeværelse
Kunnskap og kompetanse	<ul style="list-style-type: none"> - Sykepleiers generelle kunnskaper om ernæring - Manglende møteplasser å diskutere ernæring - Mangel på kartlegging, individuell plan og individuell tilrettelegging
Sykehjemspasienters deltakelse i måltidet	<ul style="list-style-type: none"> - Sykepleiers holdninger - Pasientens holdninger og engasjement i egen ernæring

4.2 Måltidsmiljø

Funn fra artikkelen til Leirvik et al. (2016) viser at sykepleierstudentene som deltok i studien opplevde at det var mer fokus på andre sykepleieroppgaver enn ernæring, selv om ernæring også var en viktig sykepleieroppgave. Endringer som ble gjort underveis i prosjektet var blant annet at personalet i større grad bidro til å skape økt trivsel rundt selve måltidet. De ble mer oppmerksomme på egen adferd og hva måltidet faktisk dreier seg om - det handler ikke bare om maten. For å skape mer trivsel rundt måltidet satte de seg ned med pasientene da det var tid til det. Andre endringer gikk på det estetiske. Blant annet pyntet de bordene med duker, blomster og lys. Et av sykehjemmene kuttet ut bruken av «smekker» og innførte tøyservietter

i stedet for. Det ble også mer forskjell på hverdag og helg, da personalet pyntet med penere servise i helgene (Leirvik et al., 2016, s. 185-186).

Aksjonsstudien til Ullrich et al. (2011), innførte prosjektet beskyttet måltids-tid, *protected mealtimes*, som innebar at sykepleier skulle legge bort alle oppgaver som ikke var relatert til måltidet. Funn i studien tyder på at sykepleierne opplevde forbedring i egen og pasientenes tilstedeværelse, ved innføring av beskyttet måltids-tid. Det ble også gjort endringer i miljøet rundt spisebordet med veggdekor, duker, nye salt- og pepperbøsser og rolig bakgrunnsmusikk. For å åpne måltidet ble det holdt bordbønn. Sykepleierne prøvde fra tid til annen å rotere på bordsettingen, slik at pasientene fikk sosialisert seg med nye pasienter (Ullrich et al., 2011, s. 1343-1345). En sykepleier oppsummerte aksjonsstudien slik:

It's just been nothing but positive, the residents are more focused on their meal because they don't have the interruptions of having medication during their meal. The staff are learning to sit down and feel comfortable with the residents at the mealtime table and stimulating conversations (Ulrich et al., 2011, s. 1344-1345).

Grøndahl og Aagaard (2016, s. 210) viser også til funn om sosialisering rundt måltidet. Deriblant at måltidsmiljø og felles måltid kunne virke appetittvekkende, og at flere pasienter spiste mer når de spiste sammen med andre. Forfatterne viser også til at mange sykehjemspasienter knyttet sin egen identitet opp mot hvem de delte måltidet med. Måltidene var dog for mange pasienter blitt en del av den hverdagslige rutinen, og noe de følte de måtte delta i for å få dagen til å gå.

4.3 Kunnskap og kompetanse

Funn fra studien til Grøndahl og Aagaard (2016) viser at det var mangel på personsentrert pleie når det kom til måltidene i sykehjemmene. Blant annet hadde ikke alle sykehjemspasientene som deltok i spørreundersøkelsen fått kartlagt egen kroppsmasseindeks (BMI). Det kommer også frem i studien at 14,4 % av de spurte hadde liten appetitt, noe forfatterne presenterer som en mulig indikator på underernæring. Nesten alle av de spurte, svarte at de hadde god nok tid til å spise. 30 % svarte at de ikke fikk god nok hjelp til å spise, og dermed ikke fikk spist så mye som de ønsket (Grøndahl & Aagaard, 2016, s. 209). Samme studie peker også på at sykehjemsledelsen hadde lite fokus på involvering av sykehjemspasienter når det kom til mat og måltid. Ytterligere funn viser at sykepleierne hadde liten innsikt i hva pasientene selv klarte

før, under og etter måltidet. Dette kunne tyde på lite kartlegging av hva pasientene var i stand til (Grøndahl & Aagaard, 2016, s. 209-210).

I studien til Leirvik et al. (2016) rapporterte sykepleierstudentene delte meninger når det gjaldt ivaretagelsen av pasientenes ernæringsbehov. Én tredjedel av studentene mente at dette behovet ikke ble dekket hos pasientene deres. Dette var derfor et av prosjektene som ble innført i aksjonsstudien. Ytterligere funn fra studien pekte på ulike tiltak som ble iverksatt i prosjektet. Blant annet innførte de ernæringsjournal som en del av dokumentasjonssystemet. Her ble pasientens høyde, vekt, matlyst, munn-/tannstatus, og andre ernæringsrelaterte data registrert. Disse dataene ble så vurdert av sykepleierne og sykepleierstudentene. En av studentene uttrykte at de «fikk tilrettelagt et mattilbud som passet akkurat denne pasienten» (Leirvik et al., 2016, s. 186).

Et annet utviklingsområde som studien til Leirvik et al. (2016, s. 182) pekte på, var å styrke personalets kompetanse innenfor kunnskapsbasert arbeid. Tre av de seks sykehjemmene som deltok lagde egne nettverksgrupper, bestående av to eller tre sykepleiere i startfasen. Hensikten med disse gruppene var å få medlemmene til å skape engasjement til videre involvering av personalet på avdelingene. Selv om de fleste deltakerne uttrykte at det var interessant å få bidra til utvikling av egen arbeidsplass, var det likevel en utfordring å få engasjert alle ansatte. For å forbedre fagutvikling, kompetanse og praksis på sykehjemmene, mente samtlige i nettverksgruppene at det var viktig med et arbeid der det deltes erfaringer, innspill og ideer. Halvparten av nettverksmedlemmene rapporterte ved slutten av prosjektet at de hadde hatt stor nytte av kunnskapsbasert forskning, som verktøy for utvikling av kvalitet på praksisen. Videre mente halvparten av medlemmene at prosjektet hadde bidratt til økt kompetanse hos sykepleierne i stor grad. Tre fjerdedeler mente prosjektet bidro til økt kvalitet på utøvd sykepleie innenfor ernæring (Leirvik et al., 2016, s. 186-189).

Funn fra studien til Ullrich et al. (2011) peker på at sykepleierne som deltok i studien, ikke anså ernæring og måltidene som en sykepleieoppgave. Dette fordi de falt bort blant aktive sykepleieroppgaver som stell, medisiner og papirarbeid. Ullrich et al. (2011) belyser i sin studie, at det ved innføring av beskyttet måltids-tid ble mulighet for sykepleierne å finne nødvendig tid til ernæringsarbeidet. Ved å være til stede under måltidet fikk sykepleierne gjort ernæringsarbeid og kartlegging, samtidig som de fikk observert og snakket med pasientene. Når medisiner, administrative oppgaver, pauseavvikling og telefonsamtaler ble holdt

utenfor pasientenes måltid fikk sykepleierne tid til å observere pasientenes matinntak og kartlegge hjelpebehov pasientene hadde. De fikk også tid til å reflektere over hvordan mat og sykepleie henger sammen (Ullrich et al., 2011, s. 1340).

Tilbakemeldinger fra deltakerne i studien til Ullrich et al. (2011) tyder på at aksjonsgruppemøtene hadde hatt en positiv effekt i ernæringsarbeidet på sykehjemmet, da det førte til bedre kommunikasjon i tillegg til forståelse og samarbeid. Spesielt vektla de temaet «food crossing into care». En sykepleier i studien uttrykte at hun tidligere heller ville gått til en kollega og snakket om en idé, enn å samle en gruppe. Dette fordi hun ikke visste hvordan hun skulle fått ansvar og makt til å faktisk gjøre en endring. Ullrich et al. (2011) avdekker hvordan det kan være utfordrende å få til nye rutiner og endringer i et moderne helsesystem, spesielt når det kommer til ernæringsarbeid. Dette peker forfatterne mot at det er ulike meninger om hvor stort ansvarsområde sykepleiere skal ha når det kommer til ernæring hos sine sykehjemspasienter. Videre skriver de at sykepleieres arbeid ikke alltid kun strekker seg til å hjelpe pasienten å spise, altså å innta næring (Ulrich et al., 2011, s. 1345-1346).

Forss et al. (2018) sin studie peker i retning av at flere av sykepleierne viste usikkerhet og utfordringer i deres utøvelse av ernæringsmessig pleie, spesielt når det kom til hvilke tiltak som skulle iverksettes når pasienten var underernært. Det første tiltaket som oftest ble igangsatt var å tilføre næringspulver eller gi næringsdrikker til pasientene, siden dette ble ansett som det enkleste og raskeste. En av sykepleierne fortalte «when we have given complete nutritional supplement drinks, we believe we have done it all», mens en annen uttrykte dette:

My initial thought is always complete nutritional supplement drinks. We met with the dietician yesterday and talked about this, and then he said that these [nutritional supplement drinks] are actually the last way out/option. One should focus more on adjusting the meal environment or use simpler methods to find out what is causing the person in question not to eat (Forss et al., 2018, s. 7).

4.4 Sykehjemspasienters deltakelse i måltidet

Funn fra Grøndahl og Aagaard (2016) sin studie avdekket at ingen av de spurte pasientene fikk være med å planlegge menyen. Ti prosent svarte at de fikk være med å forberede maten, dekke på bordet eller rydde av etterpå. En av fire oppga at de ikke visste at det var en mulighet å få være med å dekke på, eller rydde opp etter måltidet (Grøndal & Aagaard, 2016, s. 208).

Ytterligere funn viste at under en fjerdedel fikk bestemme tidspunktet de skulle spise på, men at det sjeldent ble matserving utenfor satte måltid. I studien svarte én av fire sykehjemspasienter at de hadde mulighet til å bestemme hvem de skulle sitte ved siden av under måltidet. Dette var imidlertid avhengig av hvor godt ernæringsinntak pasienten hadde. De med god appetitt hadde mindre bestemmelsesrett enn de med dårlig (Grøndahl & Aagaard, 2016, s. 208-210).

I Ullrich et al. (2011) sin studie rapporterte deltakende sykepleiere at sykehjemsbeboerne kunne fokusere mer på måltidet og maten, fordi det var færre forstyrrelser under måltidet. Dette påvirket beboernes verdighet på en positiv måte (Ullrich et al., 2011, s. 1345).

Forss et al. (2018) har i sin studie sammenlignet pasientenes deltakelse, med informasjon gitt av sykepleierne. Funnene peker i retning av at bedre informasjon rundt ernæring gjorde pasientene mer engasjert i egen ernæring, og dermed førte til økt deltakelse. Flere av sykepleierne kunne rapportere om at de ikke var flinke nok på å informere pasientene om blant annet hva det ville si å være underernært, konsekvensene som medfølger og hvordan en kan forebygge underernæring. Videre kunne de fortelle at inkluderingen av de eldre ikke var sykepleiernes førsteprioritet, noe som kunne forklares av blant annet dårlig tid, men også av en holdning fra sykepleiernes side om at de «vet best». En sykepleier uttrykte følgende: «It becomes as a bit of «I know best» attitude in this. That you might feel [like], ‘But I actually have this education and I do know this stuff [...]’» (Forss et al., 2018, s. 5). På den andre siden kunne noen andre av sykepleierne rapportere at én av utfordringene rundt inkluderingen av pasientene, faktisk kom av at de eldre ikke ønsket å bli inkludert selv, da de stolte på at sykepleiernes kompetanse (Forss et al., 2018, s. 6).

Ytterligere funn i studien viser at pasientene ikke var fornøyd med hvor mye innflytelse de hadde på egen ernæring. De følte, i likhet med sykepleierne, at de ikke fikk nok informasjon rundt dette temaet. En av pasientene uttrykte at sykepleierne gjorde mye uten å informere pasientene hva som foregikk. En annen pasient kunne rapportere at informasjonen de fikk var helt grei, men at de skulle ønske de fikk delta mer i ernæringsomsorgen. Flere av pasientene opplevde at det første sykepleietiltaket som ble satt i gang var å få tildelt næringsdrikker frem til pasientens vekt var tilstrekkelig. Pasientene mente selv næringsdrikkene kun følte som en god korttidsløsning. Flere beskrev en akutt metthetsfølelse, som gjorde at det ble vanskelig om de fikk flere enn én. Om pasientene kunne, hadde de valgt vanlig mat og drikke som

behandling, i tillegg til mer deltakelse i planlegging og utførelse av måltidet og settingen rundt. De ville være med på å bestemme både meny og hvem de skulle få sitte ved siden av. En av pasientene fortalte at hun ble plassert ved siden av samme person hver dag, selv om de ikke hadde noe til felles. Hun trodde det var fordi sykepleierne mente de passet sammen. Maten spiste de fordi det ikke var noen andre alternativer, bortsett fra ved frokosten, som de mente var det eneste måltidet de hadde noe innflytelse på. Likevel påpekte en av pasientene at de kunne få annen mat, om de ikke likte det som ble servert. Men, selv om det til tider hendte, følte pasienten seg skammet over å be om annen mat, fordi hun visste at personalet gjorde sitt beste for å lage god mat til pasientene. Avslutningsvis trekkes det i studien frem at det ikke var mulig for pasientene å være med på å påvirke når maten serveres. De ble servert til gitte tidspunkter, og dersom en var ute ble maten satt av. Pasientene uttrykte at de ønsket at noen spurte de når de ville spise (Forss et al., 2018, s. 7-9).

5.0 Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

I følgende kapittel vil vi diskutere valg av integrativ litteraturoversikt som metode. Her vil vi også diskutere hvorvidt de valgte forskningsartiklene kan anses som gyldige kilder.

5.1.1 Valg av metode

Valget av litteraturbasert oppgave viste seg å være et godt valg, da en integrativ litteraturoversikt hjalp oss å trekke ut fellesnevnerne som tema i artiklene. Disse ga et godt grunnlag for å kunne drøfte oppgavens problemstilling «hvilke ernæringsrelaterte utfordringer møter sykepleier hos pasienter på sykehjem, og hvordan kan sykepleier bidra til å løse disse?». Vi ser likevel noen utfordringer med å velge litteraturbasert oppgave, blant annet fordi vi selv skal analysere artiklene. Dette gir rom for subjektiv tolkning av artiklene, som videre kan påvirke funnene.

5.1.2 Kvantitativ, kvalitativ og aksjonsbasert litteratur

Våre fire valgte studier har benyttet seg av tre ulike metoder, herunder aksjonsbasert forskning, kvalitativ og kvantitativ metode. Med kvantitativ metode har en som hensikt å undersøke årsakssammenhenger, og få resultater som er representative for det en ønsker å studere (Dalland, 2017, s. 53). Grøndahl og Aagaard (2016) som benytter seg av kvantitativ metode, undersøker årsakssammenheng mellom pasienters ernæringsstatus og deltakelse i eget ernæringsarbeid. Metoden har avdekket statistikk fra pasientenes ståsted, samt konkrete tall å henvise til i belysning av problemstilling. Derav dekkes, etter vår mening, noe av bredden i denne oppgaven. Den vil likevel ikke gi en indikasjon av meninger og tanker, da især fra sykepleiernes perspektiv. Her vil kvalitativ metode være mer gunstig, ettersom den har som hensikt å vise til det særegne, og samtidig få en mer helhetlig tilnærming gjennom å dykke dypere inn i det en undersøker (Dalland, 2017, s. 53). I Forss et al. (2018) sin studie trekkes det for eksempel frem sykepleieres og pasienters opplevde erfaringer. Disse kommer til syne gjennom sitat fra deltakerne, og dekker slik vi ser det, dybden i denne oppgaven. Aksjonsbasert forskning, som Leirvik et al. (2016) og Ullrich et al. (2011) benytter seg av i sine studier, viser hvordan endring kan skje gjennom å sette prosjekt ut i praksis (Dalland, 2017, s. 48-49). Blant

annet innførte Leirvik et al. (2016) bedre oppfølging av ernæringsarbeid og gruppemøter mellom personalet, mens Ullrich et al. (2011) startet med beskyttet måltids-tid. Resultatene ble analysert av artikkelforfatterne, og det de er kommet frem til er videre funnet nyttig for vår oppgave. Ettersom oppgavens hensikt er å identifisere ernæringsrelaterte utfordringer sykepleier møter hos pasienter på sykehjem, og hvordan sykepleier kan bidra til å løse disse, mener vi samtlige artiklers forskningsmetoder er tilfredsstillende.

5.1.3 Valg av database

Da vi tok i bruk SveMed+ som database visste vi på forhånd at den ikke hadde artikler etter 2019. Vi valgte likevel å benytte oss av den, sammen med CINAHL, ettersom 2019 er innenfor eksklusjonskriteriet på ti år. Vi kunne ha brukt flere databaser, og da potensielt hatt tilgang til flere artikler. Samtidig er en i litteratursøkingens natur nødt til å fravelge mer enn en velger, og søkeresultatene som er presentert ga nyttige resultater for oppgaven. Vi opplevde imidlertid at søkeprosessen var tidkrevende og utfordrende, og tenker i ettertid at vi kunne hatt en fremgangsmåte preget av mer systematikk.

I denne oppgaven har vi anvendt fagfellevurderte forskningsartikler for å sikre et visst kvalitetsnivå på innholdet, da disse er vurdert av eksperter innenfor dette fagområdet. Forskningsartiklene fulgte alle IMRaD-strukturen (Dalland, 2017, s. 163). Artiklernes troverdighet ble vurdert ut ifra forskernes faglige bakgrunn og deres kompetanse. Samtlige forfattere var knyttet til et universitet, med ulik sykepleie- eller helsefaglig kompetanse. Forfatterne var alle utdannet på master- eller doktorgradsnivå.

For oss var det først viktig å finne studier kun begrenset til sykehjem i Norge, men opplevde å ikke finne nok forskning med denne begrensningen. Søket ble senere utvidet til Norden og andre vestlige land med tilnærmet lik struktur i helsevesenet som i Norge. Vi ville også se på rutiner som ikke er implementert i norske sykehjem allerede, noe som også var årsaken til at vi ønsket å utvide søket vårt til utenfor Norge. De studiene vi til slutt satt igjen med er fra Norge, Sverige og Australia. Dette innebærer at det vil presenteres ulikheter og elementer som ikke er direkte relatert til Norge og vårt helsevesen. Med tanke på lovverket og retningslinjer ville det vært en fordel med studier fra Norge, da lover og retningslinjer kan være annerledes i andre land.

Den ene artikkelen er skrevet på norsk, som gir et godt utgangspunkt for tolkning og forståelse av teksten. De tre resterende er skrevet på engelsk, noe som kan ha ført til misforståelser av innholdet ved oversetting. Vi opplevde problemer med å finne gode oversettelser for noen engelske uttrykk som forfatterne i artiklene brukte. Engelsk har etter vår mening et mer dekkende ordforråd, noe som kan påvirke hvordan vi har tolket funnene. Vi opplever likevel å ha fått med oss innholdet på en god måte.

5.2 Resultatdiskusjon

Oppgavens problemstilling var å finne ut hvilke ernæringsrelaterte utfordringer sykepleier møter hos pasienter på sykehjem, og hvordan sykepleier kan bidra til å løse disse. I forrige kapittel kom vi frem til tre hovedtema fra artiklene. Disse skal vi nå drøfte ved hjelp av presentert teori og litteratur, og våre egne synspunkter og erfaringer.

5.2.1 Måltidsmiljø

Første hovedtema er måltidsmiljø, derunder miljøfaktorer rundt måltidet og sykepleiers tilstedeværelse i måltidet. Samtlige av våre utvalgte studier viser at sykepleiere hadde lite fokus på måltidet i seg selv som et verktøy i ernæring på sykehjem. Måltidene var blitt en del av den hverdagslige rutinen, og noe en skulle få overstått før en kunne gå videre med dagen (Grøndahl & Aagaard, 2016, s. 2010). Det var først når aksjonsforskningsstudiene til Leirvik et al. (2016) og Ullrich et al. (2011) innførte pasientrettet sykepleie og beskyttet måltids-tid, de så effekten av måltidsmiljø som ernæringstiltak. Å sette fokus på måltidsmiljø i ernæringsarbeidet, ga god uttelling på pasientenes helse. Gjennom små endringer i miljøet rundt måltidet, som å dekke bordet fint, si en borbønn og å ha en stille atmosfære, ble det en hyggeligere måltidsopplevelse for alle (Leirvik et al., 2016, s. 185-186; Ullrich et al., 2011, s. 1343). Dette påpekes ytterligere i Leirvik et al. (2016), som presenterer at spisemiljø rundt måltidet er svært viktig når appetitten er dårlig. Liknende funn ses også i Grøndahl og Aagaard (2016, s. 210), der det ble rapportert at måltidsmiljø og felles måltid var appetittvekkende faktorer for pasientene. Samlet sett vil dette ifølge Aagaard (2017, s. 206) og Brodtkorb (2015, s. 301) ha positiv innvirkning på sykehjemspasienters helse.

Som tidligere beskrevet står det i helse- og omsorgstjenesteloven (2011, §3-1) og forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenester (2003, §§1,3) at pasientene skal få sine grunnleggende behov ivaretatt på en verdig og respektfull måte. Grunnleggende behov innebærer her blant annet at pasienten skal få dekket sitt næringsbehov, få variert og helsefremmende kost samt ro og tid rundt måltidet. Dette kan også tolkes som en av grunnene til at måltidsmiljø faller bort i ernæringsarbeidet, fordi ernæring nettopp er et grunnleggende behov. Loven fastslår at grunnleggende behov skal dekkes, men det er også minimumet. Dette pekes også på i Ullrich et al. (2011, s. 1345) sin studie, der funn viser at sykepleiers arbeidsoppgaver ikke kun strekker seg til å hjelpe pasient med inntak av næring. Det kan virke som fordi ernæring er et fysiologisk behov, faller de sosiale rammene rundt mat og måltid bort. Så lenge pasienten får i seg mat, vil det ikke prioriteres å dekke bordet fint, eller sette seg ned med pasienten for en samtale. Her ser vi koblinger til Martinsens (2012) tolkning av Løgstrups nærhetsetikk. Martinsen (2012, s. 50-54) skriver at det i et moderne helsevesen ikke er plass til de suverene livsytringene tillit, barmhjertighet, håp, talens åpenhet og medfølelse. Selv om det er disse livsytringene som gjør relasjoner og møter betydnings- og verdifulle for mennesket, prioriteres de bort i en travel sykepleiehverdag.

Det finnes, slik vi ser det, ingen retningslinjer som sier at alle sykehjem skal ha budsjett til å kjøpe blomster og stearinlys, eller at alle måltid skal åpnes med bordbønn. Måltidsmiljø er etter vår erfaring et tilfeldig tiltak, hvor de som har tid gjerne dekker bordet med noen blomster, en duk eller finner frem noe hyggelig musikk. Dette gjenspeiles også i pensumlitteraturen vi har lest i løpet av studietiden, hvor det er større fokus på kartlegging av pasientens ernæringstilstand og hvilken mat som gir mye næring, enn hvordan rammene rundt måltidet er (Brodtkorb, 2015, s. 302-305). Vi mener måltidsmiljø må inngå i ernæringsarbeidet på sykehjem, med klare retningslinjer på hva som skaper et godt måltidsmiljø og hvordan det kan gjennomføres. Ernæringstrappen til Helsedirektoratet (2016b) nevner måltidsmiljø som tiltak, og at det er viktig, men det mener vi er for generelt og vanskelig å overføre til praksis.

Like fullt skal det nevnes at regjeringen har satt fokus på måltidsmiljø i sykehjem, gjennom kvalitetsreformen *Leve hele livet*, og det tyder på økende oppmerksomhet rundt temaet i media (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018; Østbø, 2021). Det kan derfor se ut som det er forandring i sikte, i ernæringsarbeidet hos eldre.

5.2.2 Kunnskap og kompetanse

Som tidligere beskrevet i teorikapitlet inngår kunnskap og kompetanse i de yrkesetiske retningslinjene (Molven, 2016, s. 70). Retningslinjene forplikter sykepleiere til å utøve sykepleie forsvarlig, både faglig, etisk og juridisk. Deriblant er en som sykepleier nødt til å holde seg oppdatert om ny forskning innenfor sykepleiens fagområde, herunder ernæring (Aagaard, 2017, s. 192; Norsk sykepleierforbund, 2019). Her stilles det også krav fra helsepersonelloven (1999, §4) som sier at helsepersonell er pliktig til å utøve faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. Resultatene fra de fire forskningsartiklene peker på ulike utfordringer i sykepleiernes kompetanse rundt ernæringsarbeid på sykehjem. I Forss et al. (2018, s. 7) sin studie tyder det på at sykepleierne var usikre i ernæringsarbeidet. De deltakende sykepleierne kunne rapportere om at det var utfordrende å sette i gang tiltak når pasienten var underernært. Sykepleierne rapporterte også om en manglende bevissthet rundt ernæringsarbeid i praksis fra både de og ledelsen. Om det var et resultat av manglende kunnskap, belyser ikke studien, men det kan tolkes som et resultat av at sykepleierne opplevde usikkerhet i ernæringsarbeid. Funn fra studien til Ullrich et al. (2011, s. 1340) tyder på at ernæring ikke ble ansett som en sykepleieroppgave. Dette er også noe vi selv har erfart fra praksis. Vi har gjennom pensumlitteratur og forelesninger på studiet lært at ernæring er en viktig sykepleieroppgave, men vi mener ikke dette gjenspeiles godt nok i praksis. Dette, tenker vi, ikke nødvendigvis bunner i lite kunnskap fra sykepleiers side. Slik vi har erfart kan det være en konsekvens av tidspress og en travel hverdag for sykepleierne, som Martinsen (2012) beskriver det. Dette fører igjen til at ernæringsarbeidet som sykepleieroppgave blir nedprioritert.

Nettverksmøter mellom sykepleierne kan ses på som en mulig løsning på kunnskap- og kompetansemangel, som presentert i Leirvik et al. (2016, s. 187) og Ullrich et al. (2011, s. 1344) sine studier. Innføring av nettverksmøtene hadde ifølge de fleste av deltakerne i Leirvik et al. (2016) sin studie ført til økt kompetanse, økt kvalitet og ny kunnskap. I Ullrich et al. (2011, s. 1344) sin studie forklarer sykepleierne at møtene ble et naturlig sted å lufte problemer de hadde når det kom til ernæring. Tidligere hadde ikke de deltakende sykepleierne visst hvordan de skulle innføre nye rutiner og endringer når det kom til ernæringsarbeidet. Dette tolker vi som at det oftere skjer endring og forbedring i sykepleiernes kompetanse og kunnskap, når det opprettes arenaer for sykepleierne å møtes på. For at sykepleiere skal kunne gi faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, som nedfelt i de yrkesetiske retningslinjene og helsepersonelloven (1999) må det være satt av tid til å kunne snakke og diskutere de ulike

pasientene og deres utfordringer knyttet til ernæring (Helsepersonelloven, 1999, §4; Norsk Sykepleierforbund, 2019). Etter vår mening, kan ikke dette overlates til tilfeldige møter rundt et spisebord, eller i et vaktskifte.

Funn fra studien til Forss et al. (2018, s. 7-9) viser at sykepleiere ofte igangsatte tiltak som næringsdrikker og næringspulver til pasientene som var i ernæringsmessig risiko. Det ble gjort, selv om de deltakende pasientene rapporterte at de ikke så det som en langvarig løsning. Pasientene oppga også at de foretrakk vanlig mat, fremfor næringsdrikker. Sykepleierne innførte altså næringsdrikker før andre tiltak ble utprøvd. Det tror vi bunner i at næringsdrikker er et konkret og enkelt tiltak, som ikke krever forkunnskaper å gi. I tillegg føres den ofte opp på medisinkortet og kan derfor lett følges opp. Det kan videre tolkes til at næringsdrikker ses på som medisiner, og ikke ernæring. De gis for eksempel sjeldent i forbindelse med et måltid, men som mellommåltid eller sammen med medisiner. Ser vi tilbake på ernæringstrappen til Helsedirektoratet (2016b), er næringsdrikker et tiltak, men det er flere trinn før. Først må en undersøke underliggende faktorer, deretter måltidsmiljøet, som er drøftet tidligere i oppgaven. Videre kan det ses på mattilbudet, etterfulgt av beriking av mat og mellommåltider. Etter disse fire trinnene er utprøvd, kommer en til næringsdrikker, rett før de to siste tiltakene, sonde- og intravenøs næring (Helsedirektoratet, 2016b). Slik vi ser det, hopper sykepleierne i studien, over noen grunnleggende trinn i ernæringsarbeidet, ved å gå direkte opp til trinn fem der en finner næringsdrikker. Ernæringstrappen kan være til god hjelp i ernæringsarbeidet på sykehjem, men den må benyttes riktig.

Dokumentasjon er en viktig del av pasientens oppfølging, og helsepersonell er lovpålagt å dokumentere sykepleien som utøves (Helsepersonelloven, 1999, §39; Skaug, 2017, s. 343). Dette presiseres også i Helsedirektoratets nasjonale faglige råd og retningslinjer (2016a). Deltakerne i Leirvik et al. (2016) sin studie kunne opplyse om at de etter hvert benyttet seg av ernæringsjournalen som dokumentasjonssystem for å følge opp pasientene. De uttrykte at dette var et godt tiltak, som enkelt kunne hjelpe personalet med å identifisere pasienter i ernæringsmessig risiko. Likevel ser en manglende oppfølging, når det kommer til dokumentasjon i sykehjem. Dette kan blant annet skyldes lite struktur i dokumentering av sykepleierne (Hauge, 2015, s. 272; Leirvik et al., 2016). Fra egne erfaringer i praksis på sykehjem har vi opplevd at det er generelt lite fokus på dokumentering av ernæringen, da det ikke er noen klare retningslinjer eller rutiner på hvordan en skal gjøre det. Om dette er tilfellet på flere sykehjem, kan ikke våre erfaringer si noe om, men slik det tyder i resultater fra studiene

og pensumlitteraturen vil vi si at dette klart er et utviklingsområde. Tiltak som kan settes i gang, tenker vi, er å lage gode rutiner for dokumentering, gjennom undervisning, fagdager eller faggrupper som har dette som fokus, slik som aksjonsgruppene i studiene til Leirvik et al. (2016) og Ullrich et al. (2011).

Studien til Grøndahl og Aagaard (2016, s. 209) avdekket at 30 % av pasientene ikke fikk god nok hjelp under måltidet, og av den grunn ikke fikk spist så mye som de ønsket. Ytterligere funn viste at ikke alle pasienter hadde fått egen BMI registrert. I Forss et al. (2018, s. 7) sin studie avdekket funnene at det fantes generelle tiltak mot underernæring, men ikke noen som pekte seg ut for hver enkelt pasient. Løsninger for bedre individualisert plan vises i studien Ullrich et al. (2011, s. 1340). Bedre tid ga sykepleierne mulighet til å være med under måltidet, og igjen bedre innsikt i hvilken hjelp pasientene trengte. Dette var ikke et tiltak, men en tilfeldig konsekvens av at andre arbeidsoppgaver ble lagt utenfor måltidet. Også i Leirvik et al (2016) sin studie skulle de forbedre ernæringsarbeidet. De opprettet blant annet ernæringsjournal på hver enkelt pasient, som et tiltak for bedre personsentrert pleie. En deltakende sykepleier rapporterte følgende: «vi fikk tilrettelagt et mattilbud som passet akkurat denne pasienten» (Leirvik et al., 2016, s. 186).

Kravet om individuell plan, står som beskrevet i teorikapittelet, i pasient- og brukerrettighetsloven §2-5 (1999), og angår spesielt sykehjemspasienter som krever langvarige helse- og omsorgstjenester. Samme spesifikasjoner finner vi også i Hendersons sykepleieteori som skriver at sykepleier må gjøre seg kjent med den enkelte pasient, for å best kunne ivareta den individuelle pleien og omsorgen (Kristoffersen, 2017, s. 39). Også i Martinsen (2012, s. 50-54) og Løgstrups etikk finner vi innspill om individualisert pleie, i bruken av den gyldne regel der fantasien må tas i bruk for for å gjøre gode skjønsmessige avgjørelser for pasienten.

Ut fra det Forss et al. (2018) og Grøndahl og Aagaard (2016) presenterer i sine funn, kan det for oss virke som det er mangel på personsentrert pleie på sykehjemmene. Dette kjenner vi også igjen fra praksis, da det sjeldent ble dokumentert under punktet ernæring i journalen, dersom dette var en utfordring for pasienten. Matinntak hos pasientene ble ofte nevnt i muntlig rapport fra dagvakt til kveldsvakt. Hensikten var at om pasienten hadde spist lite til frokost og middag, burde de som skulle ta over, være påpasselig med å få i pasienten nok mat i løpet av kvelden. Vi antar dette er hverdagslige brudd i rutiner fra sykehjemmets side. Problemet aktualiseres nok en gang i Martinsens (2012, s. 55) syn på travelhet i sykepleierhverdagen.

Travelheten kan komme i veien for sykepleiers evne til å gjøre skjønnsmessig gode avgjørelser for pasienten. Løsninger vises i studiene til Leirvik et al (2016, s. 186) og Ullrich et al. (2011, s. 1340) med fokus og bedre tid til ernæringsarbeid. Som Kirkevold (2015, s. 106) skriver er personsentrert pleie mer et ideal enn en realitet, men likevel noe vi mener alle sykepleiere bør tilstrebe.

5.2.3 Sykehjemspasienters deltakelse i måltidet

Funn i Grøndahl og Aagaard (2016) og Forss et al. (2018) sine studier viser at et fåtall eller ingen av pasientene fikk være med å planlegge menyen eller forberede måltidet. Begge studiene trekker frem pasientenes manglende innvirkning på tiden måltidet holdes, samt liten innflytelse på hvem de får sitte sammen med under måltidet. Forss et al. (2018) sine funn tyder på at pasientene som ble plassert sammen, ofte ble det fordi sykepleierne mente at de passet sammen. Dette kan bunne i at sykepleier fort kan få en holdning om at de vet best, slik som Forss et al. (2018) sin studie peker i retning til. Studien tyder i tillegg på at deltakende sykepleiere opplevde at pasientene ikke ønsket å inkluderes i egen ernæringsomsorg. Slik uttrykker en av de deltakende sykepleierne det: «It depends on how interested the patient is. Some patients don't want to know anything. If you start to talk about certain stuff, the reply is, 'Yeah, yeah. You are handling it so well'» (Forss et al., 2018, s. 6).

Holdninger som dette kan bunne i at sykepleier føler de selv har mye kunnskap om ernæring. Samtidig kan det virke uhensiktsmessig for sykepleier å stille spørsmål om mat og måltid til en pasient som ikke ønsker å inkluderes i temaet. At pasientene ikke får velge hvem de vil sitte sammen med tenker vi likevel er problematisk, da funn fra Grøndahl og Aagaard (2016, s. 210) viser at pasientene ofte knyttet sin identitet til hvem de deler måltidet med. Samme studie viser også at 25 % av de spurte pasientene ikke engang visste de hadde mulighet til å bli inkludert i mat-og måltidsplanlegging (Grøndahl & Aagaard, 2016, s. 209). Som Forss et al. (2018) og Grøndahl og Aagaard (2016) belyser i sine studier, var det noen pasienter som ønsket å inkluderes i egen ernæringsomsorg, men som likevel ikke ble det. En deltakende pasient i Forss et al. (2018, s. 8) uttrykte det slik: «One is not allowed to decide anything».

Fra egen praksis opplever vi at ernæringstiltak sjeldent blir diskutert med pasienten. Vi har erfart at pasienter er interessert i mat og måltid som tema, men likevel ikke blir inkludert i samtaler og diskusjoner rundt egen ernæring. Det kan tenkes at måltidet er en god arena for

samtale, som igjen kan gi sykepleier nyttig innsikt i hvilken mat pasient liker. Sykepleier kan for eksempel fylle ut et MNA-skjema sammen med pasienten etter endt måltid. Denne informasjonen kan være til god hjelp i arbeidet med ernæringsutfordringer. For å belyse dette ytterligere, ønsker vi å trekke inn Hendersons behovssykepleie. Den påpeker at behovene, her ernæringsbehovet, vil være ulikt fra pasient til pasient. For å kunne ivareta behovene på best mulig måte bør sykepleier gjøre seg kjent med hver enkelt pasient (Kristoffersen, 2017, s. 39). Det betyr at sykepleier bør avklare med pasientene om de ønsker å inkluderes i ernæringsarbeidet. Dette vil også være det etisk riktige dersom vi ser på de fire prinsippers etikk, da spesielt plikten til å respektere menneskers autonomi og holdninger (Brinchmann, 2016, s. 85). De pasientene som ønsker å inkluderes og medvirke er også sikret dette etter lov om pasient- og brukerrettigheter (1999, §3-1), som betyr at de har rett til medvirkning i egen behandling. Det blir deretter sykepleiers oppgave å opprette og bruke en individuell plan i ernæringsarbeidet, slik det står nevnt tidligere, og som Henderson også nevner i krav om individualisert pleie og omsorg (Kristoffersen, 2017, s. 39). Det er viktig å ta med seg at individuell plan er noe pasienten har en lovfestet rett til å få utarbeidet, på lik linje som helsepersonell og kommunen har en lovfestet plikt til utarbeidelse av denne. Kravet om individuell plan skal altså gjelde alle pasienter, til tross for at noen ikke ønsker å inkluderes (Aagaard, 2017, s. 222; Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §7-1; Helsepersonelloven, 1999, §4; Molven, 2016, s. 102; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §2-5). Dette kan også ses i de fire prinsippers etikk som sier at sykepleieren er pliktig til å behandle like tilfeller rettferdig (Brinchmann, 2016, s. 85). Samlet, vil dette sikre pasienten et tilstrekkelig helsetilbud, slik det også er nedskrevet i pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-1).

6.0 Avslutning

6.1 Konklusjon

Gjennom arbeidet med denne oppgaven har vi fått en dypere forståelse for utfordringer knyttet til ernæring på sykehjem. Hensikten med oppgaven var å få økt kunnskap om hvilke ernæringsrelaterte utfordringer sykepleier møter hos pasienter på sykehjem, samt hvordan sykepleier kan bidra til å løse disse utfordringene. Ved hjelp av utvalgte forskningsartikler og relevant teori, har det blitt drøftet flere faktorer som synes å være avgjørende for sykepleiers tilnærming til ernæring til pasienter på sykehjem. Særlig er det lagt vekt på sykepleiers *kunnskap og kompetanse* om ernæring til pasienter på sykehjem. Her ses det mangel på tilbud for sykepleiere til å tilegne seg kunnskap om dette temaet, samt få arenaer å diskutere ernæringsproblemer med kollegaer. Dette kan videre forklare den manglende oppfølgingen og kartleggingen av pasienters ernæring. Vi mener sykepleierne ikke kan få en endring på problemet alene, og at virksomheten eller kommunen bør ha klare retningslinjer på hvordan sykepleiere kan få utviklet sin faglige kompetanse gjennom arbeidet. Det er også verdt å nevne de to resterende temaene som er diskutert; *måltidsmiljø* og *sykehjemspasienters deltakelse*. Måltidsmiljøet alene er ikke et svar på hvordan underernæring kan forebygges, men et lite og viktig tiltak som kan være en bidragsyter til større næringsinntak hos eldre. Det samme gjelder sykehjemspasienters deltakelse. Her mener vi det må til en holdningsendring fra sykepleiers side, for at pasienten skal bli mer inkludert i ernæringsarbeidet.

6.2 Implikasjoner for videre praksis

På bakgrunn av funnene våre mener vi sykepleier har en viktig rolle i pasientens ernæring på sykehjem. Innenfor dette området ser vi at det er flere områder sykepleieren kan bidra på, for at pasientens ernæring ivaretas på en god måte. Forbedring av måltidsmiljøet er enkle kostnadseffektive oppgaver å gjennomføre i en sykepleiers hverdag, som kan gjøre store endringer i en sykehjemspasients hverdag. Følgende forbedringstiltak innen måltidsmiljø tenker vi kan ha betydning for videre praksis:

- Virksomheten må sammen med sykepleier eller annet helsepersonell rette fokus mot måltidsmiljø i ernæringsarbeidet.
- Sykepleier og annet helsepersonell bør, så langt det lar seg gjøre, sørge for at måltidet er en arena for ro og trivsel. Oppgaver som ikke er ernæringsrelaterte bør derfor vurderes å flyttes til andre tidspunkt i løpet av vekten.

Sykepleieren har også mye kunnskap å bidra med i ernæringsomsorgen. Etter vår mening blir ikke denne kunnskapen tatt skikkelig i bruk. Dette kan det være flere grunner til. Funnene viser, og erfaringene våre tilsier at dette er et stort forbedringsområde, som både pasienter og sykepleiere kan ha god nytte av. For at sykepleiers kunnskap og kompetanse skal bli både anvendt på en god måte og godt ivaretatt, kan følgende punkter føre til forbedring og ha relevans for videre praksis:

- Kommunen og virksomheten må sammen med sykepleiere utarbeide klare retningslinjer for ernæringsarbeid.
- Institusjonen må legge til rette for at sykepleiere skal ha muligheten til å ta initiativ og bidra til et faglig godt miljø.
- Sykepleiere må forbedre sin faglige kompetanse, gjerne gjennom gruppemøter, fagdager og undervisning, der en kan utveksle kunnskap og erfaringer med hverandre.
- Innføre verktøy, som for eksempel Ernæringstrappen (2016) eller MNA-skjema, i ernæringsarbeidet.
- Sykepleiere må ha fokus på riktig dokumentasjon av pasientens ernæring, for best mulig oppfølging av pasientens ernæringsomsorg.

Når det gjelder pasientens deltakelse, viser funnene fra de utvalgte forskningsartiklene at pasientene ble inkludert i varierende grad, noe som også gjenspeiler seg i erfaringene våre. For å sikre lik behandling og at pasientene blir inkludert i den grad de selv ønsker det, tenker vi følgende forbedringstiltak kan innføres:

- Sykepleiere må ha større fokus på pasientens ønsker og behov i ernæringsomsorgen.
- Institusjonen må sammen med sykepleier sørge for at alle pasienter får utviklet en individuell plan, for å sikre god individuell oppfølging uavhengig av hvem som leser planen.

Referanser

- Aagaard, H. (2017). Væske og ernæring. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Grunnleggende behov* (3. utg., bind 2, s. 191-236). Gyldendal Akademisk.
- Brodtkorb, K. (2015). Ernæring, mat og måltider. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 301-314). Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Grøndahl, V. A. & Aagaard, H. (2016). Older people's involvement in activities related to meals in nursing homes. *International Journal of Older People Nursing*, s. 204-213.
<https://doi.org/10.1111/opn.12111>
- Forss, K. S., Nilsson, J. & Borglin, G. (2018). Registered nurses' and older people's experiences of participation in nutritional care in nursing homes: a descriptive qualitative study. *BMC Nursing*, 17(1), 19-19.
<https://doi.org/10.1186/s12912-018-0289-8>
- Friberg, F. (2017). Att utforma ett examensarbete. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s. 83-96).
- Hauge, S. (2015). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 265-283). Gyldendal Akademisk.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016): *En bedre middag*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/en-bedre-middag/id2509057/>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2018): *Leve hele livet - en kvalitetsreform for eldre.* (Meld. St. 15 (2017-2018)). Hentet fra

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>

Helsedirektoratet. (2013). *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring* [Hefte].

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/underernaering/Forebygging-og-behandling-av-underernæring-Nasjonal-faglig-retningslinje.pdf/>

Helsedirektoratet. (2016a). *God ernæringspraksis.* Hentet 08. april 2021 fra

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

Helsedirektoratet. (2016b). *Tiltak når matinntaket blir for lite.* Hentet 08. april 2021 fra

<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/ernaering-kosthold-og-maltider-i-helse-og-omsorgstjenesten/god-ernaeringspraksis/tiltak-nar-matinntaket-blir-for-lite>

Helsedirektoratet (2019, 06. februar). *Om Helsedirektoratets normerende produkter.* Hentet 07. april 2021 fra

<https://www.helsedirektoratet.no/produkter/om-helsedirektoratets-normerende-produkter>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.

<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

Kirkevold, M. (2015). Personsentrert og individualisert sykepleie. I M. Kirkevold, K.

Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 106-119). Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling - en historisk reise. I N. J.

Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende Sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., bind 3, s. 15-80).

Gyldendal Akademisk.

Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenester. (2003) *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjeneste*. (FOR-2003-06-27-792). Lovdata.

<https://lovdata.no/forskrift/2003-06-27-792>

Leirvik, Å. M., Høye, S. & Kvigne, K. (2016). Mat, måltider og ernæring på sykehjem: erfaringer fra et aksjonsforskningsprosjekt. *Nordisk Sygepleieforskning*, 6(2), 178-197. <https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2016-02-07>

Molven, O. (2016). *Sykepleie og jus*. (5.utg.). Gyldendal Juridisk.

Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*.

<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

Nortvedt, P. (2016). *Omtanke: En innføring i sykepleiens etikk*. (3. utgave).

Gyldendal Akademisk

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*.

(LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

Skaug, E-A. (2017). Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon av sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende Sykepleie: Sykepleie - fag og funksjon*. (3. utg, bind 1, s. 337-379).

Statistisk sentralbyrå. (2020, 18.juni). Sjukeheimar, heimetenester og andre omsorgstjenester.

Hentet 26. april 2021 fra <https://www.ssb.no/pleie>

Ullrich, S., McCutcheon, H. & Parker, B. (2011). Reclaiming time for nursing practice in nutritional care: outcomes of implementing Protected Mealtimes in a residential aged care setting. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 1339-1348.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03598.x>

Østbø, H. M. (2021, 27. april). Roboter overtok gulvvasken, ansatte får bedre tid til måltider.

Stavanger Aftenblad. Hentet fra <https://www.aftenbladet.no/lokalt/i/JJeg2j/roboter-overtok-gulvvasken-ansatte-faar-bedre-tid-til-maaltider>

VEDLEGG

Vedlegg 1: Oversikt over analyserte artikler

Artikkel 1	
Tittel	Mat, måltider og ernæring på sykehjem – erfaringer fra et aksjonsforskningsprosjekt.
Tidsskrift/ årstall	<i>Nordisk Sygepleieforskning</i> Publisert i 2016
Forfatter(e)	Åse Monica Leirvik, Sevald Høye og Kari Kvigne
Perspektiv	Sykepleiere og sykepleierstudenter
Problem	I denne artikkelen undersøker forfatterne hvordan helsepersonell kan bidra til endret atmosfære rundt måltidet.
Hensikt/ formål	Formålet med denne studien var forbedring av kvalitet på pasientrettet sykepleie innenfor mat, måltider og ernæring. I tillegg til styrking av sykepleier og sykepleierstudenters kompetanse i kunnskapsbasert arbeid.
Metode	Aksjonsforskningsorientert tilnærming, der teori- og praksisverden møtes. Fremgangsmåten besto av kartlegging av problem/behov, planlegging og gjennomføring av handlinger og til slutt evaluering av handlinger. Seks sykehjem deltok i prosjektet, som pågikk over en tre-årsperiode. Det ble opprettet nettverksgrupper med sykepleiere fra hver av sykehjemmene. Sykepleierstudenter fra tre ulike kull deltok også i studien i de periodene de var i praksis på sykehjemmene.
Resultater	Personalet opplevde etter denne undersøkelsen at deres egen oppmerksomhet rundt måltidet ble sterkere. De ble blant annet mer oppmerksomme på sitt ansvar for å skape hyggelige omgivelser, samvær og ro rundt måltidet, betydningen av tilrettelegging av måltidet og hver enkelt pasients kost. Sykepleiernes kompetanse ble utviklet. Det presiseres at prosjektet medførte verdifull endring innen området mat, måltider og ernæring. Sykepleierne fikk også styrket seg innenfor kunnskapsbasert arbeid.

Artikkel 2	
Tittel	Registered nurses' and older people's experiences of participation in nutritional care in nursing homes: a descriptive qualitative study
Tidsskrift/ årstall	<i>BMC Nursing</i> Publisert i 2018
Forfatter(e)	Katarina Sjögren Forss, Jane Nilsson og Gunilla Borglin
Perspektiv	Sykepleier og pasient
Problem	Behandling og vurdering av ernæring blant eldre er lavt prioritert av sykepleiere, selv om det er et viktig grunnleggende behov.
Hensikt/ formål	Formålet var å belyse erfaringer fra deltakelse i kartlegging av ernæringen, både fra sykepleiers og pasientens side. I tillegg har de fokus på hvordan sykepleierne generelt oppfattet sykepleie knyttet til ernæring.
Metode	I denne studien er det brukt kvalitativ metode. Det ble gjort dybdeintervjuer av tolv deltakere (åtte sykepleiere og fire pasienter), fra Sør-Sverige. De hadde som inklusjonskriterie at pasientene måtte være 65 år eller eldre, være kognitivt intakte og være i stand til å snakke, skrive og forstå svensk. I tillegg måtte pasientene på et eller annet tidspunkt ha vært i ernæringsmessig risiko, ut fra MNA-skjema. Inklusjonskriterie for sykepleierne var at de måtte ha en fast jobb på sykehjemmet, i en stilling høyere enn 75 % og være ansvarlig for pasienter som ikke har kognitive utfordringer.
Resultater	Resultater fra studien viser at mild paternalistisk holdning og skjevhet i rollene mellom pasienten og sykepleieren fortsatt preger utøvd sykepleie. Sykepleie bør utøves i samråd med pasienten, slik at en får en medvirkning i egen pleie. Sykepleierne som deltok var ikke flinke nok til å engasjere pasientene, og informasjon som ble gitt til pasientene kunne vært bedre. Her belyser sykepleierne tiden som en faktor.. Pasientene på sin side, mente kommunikasjonen mellom partene burde forbedres.

Artikkel 3	
Tittel	Older people's involvement in activities related to meals in nursing homes
Tidsskrift/ årstall	<i>International Journal of Older People Nursing</i> Publisert i 2016.
Forfatter(e)	Vigdis Abrahamsen Grøndahl og Heidi Aagaard
Perspektiv	Pasient
Problem	Mat og næring er en grunnleggende del av sykepleie. Underernæring blant eldre bosatt på sykehjem er også et kjent problem. At eldre ikke får delta i tilberedning og opprydning av måltidene kan påvirke om de spiser og hvor mye de spiser.
Hensikt/ formål	Formålet med studien var å kartlegge hvordan eldre sykehjemspasienter selv anså deres deltakelse før, under og etter måltidene. I tillegg ble det undersøkt hvordan deltakelse i måltid henger sammen med ernæringsstatus.
Metode	Kvantitativ metode hvor 204 sykehjemspasienter bosatt i et norsk fylke fylte ut et spørreskjema om mat og måltidserfaringer. Dette ble deretter satt inn i programmet SPSS for å finne de deskriptive og komparative resultatene. Deltakere som ble inkludert i studien måtte være samtykkekompetente og uttrykke seg verbalt, samt være i stand til å spise og drikke. Eksklusjonskriterier innebar mennesker med demens og de som hadde PEG eller behov for intravenøs næring.
Resultater	Resultatene fra studien viser følgende funn: <ul style="list-style-type: none"> - 30 % av deltakerne sto i fare for underernæring - Ingen av deltakerne var med å planlegge menyen, og kun 10% var med å tilberede mat og dekke på/av bord - 10 % fikk velge hvor de skulle spise, og 5 % når de skulle spise - Deltakere som bodde på sykehjem med mer enn 80 pasienter og de yngre enn 65 år deltok mest i måltidsforberedelsen - Deltakere med dårlig appetitt hadde flere valgmuligheter når det kom til hvor de skulle spise, enn de med god appetitt

Artikkel 4	
Tittel	Reclaiming time for nursing practice in nutritional care: outcome of implementing Protected Mealtimes in a residential aged care setting
Tidsskrift/ årstall	<i>Journal of Clinical Nursing</i> Publisert i 2011
Forfatter(e)	Sandra Ullrich, Helen McCutcheon og Barbara Parker
Perspektiv	Sykepleier og pasient
Problem	Underernæring hos eldre på sykehjem er et stort problem, som stadig øker med en aldrende befolkning. Det er ikke mangel på hjelpemidler, derimot mangel på tid til å bruke de. Måltidene er ofte en travel tid, med medisintid, pauseavvikling hos personale og TV- og radiostøy. Ved å innføre måltids-tid ville de undersøke om sykepleiere på sykehjem fikk bedre tid til ernæringskartlegging og bedre pasientfokus.
Hensikt/ formål	Hensikten med studien var å se hvordan å frigi tid hos sykepleiere under måltidene, kunne bidra til bedre ernæringskartlegging hos sykehjemspasienter.
Metode	Aksjonsbasert forskning hvor forskerne selv observerte sykepleierne etter de ble frigitt tid under måltider. Dette ville igjen gi mer tid til ernæringskartlegging og aktiv måltids-deltakelse. De deltakende sykepleierne ble også intervjuet i gruppemøter hvor de fikk komme med erfaringer og tanker.
Resultater	Studien viste at gjennomgående endringer i sykepleieres tidsplan kan bidra til økt ernæringskartlegging. Ved at sykepleiere ble frigitt tid til å delta i måltidene fikk de observert hva pasientene faktisk spiste og hjulpet de pasientene som ikke har mulighet til å spise selv. Dette ga sykepleierne en bedre innsikt i sin rolle som ernæringskartlegger og hvordan mat og helse går hånd i hånd.