

Kandidatnummer: 1802 og 1803

BSYBAC

Bacheloroppgave i Sykepleie

Ernæring på sykehjem



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet
Bachelor i Sykepleie

Stavanger, 23.12.2023

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

Sammendrag

Bakgrunn

Eldre mennesker er en pasientgruppe som er svært utsatt for ernæringsproblemer, deriblant underernæring som kan føre til alvorlige konsekvenser. Sykepleiere har en sentral oppgave i å identifisere underernæring i et tidlig stadium, samt behandle underernæring.

«Hvordan kan sykepleier bidra til å forebygge underernæring hos eldre pasienter som er på sykehjem?»

Hensikt

Hensikten med oppgaven er å få økt kunnskap om hvordan sykepleiere kan bidra til å forebygge underernæring hos eldre pasienter på sykehjem.

Metode

Metoden som er benyttet i oppgaven er en integrativ litteraturoversikt, hvor fire vitenskapelige artikler ble analyserte. Grunnet for besvarelsen er resultatene fra de vitenskapelige artiklene, relevant bakgrunns litteratur, samt egne refleksjoner rundt temaet.

Resultater

Funn fra valgte forskningsartikler tyder på manglende kunnskaper og ferdigheter blant sykepleiere, samt et utilstrekkelig tverrfaglig samarbeid, som alle er viktige faktorer for et tilstrekkelig ernæringsarbeid. Det kommer også frem i resultatene at måltidsmiljø og måltidsmestring er to viktige faktorer for å øke appetitten til de eldre, grunnet lav bemanning samt dårlige rutiner rundt måltider, blir dette ofte nedprioritert.

Nøkkelord

Eldre, ernæring, sykehjem, pasient, sykepleie, måltid, kartlegging, tverrfaglig samarbeid, kunnskap og kompetanse

INNHold

1.0 INNLEDNING	1
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	1
1.2 PROBLEMFoRMULERING	2
1.3 HENSIKT	2
2.0 TEORI	3
2.1 UNDERERNÆRING OG FEILERNÆRING	3
2.2 FOREBYGGING OG HELSERÅD	4
2.3 LOVVERK	5
2.4 ETIKK	7
2.5 SYKEPLEIETEORI	7
3.0 METODE	9
3.1 VALG AV METODE	9
3.2 LITTERATURSØK	10
3.2.1 Avgrensninger	10
3.2.2 Søkeord	10
3.2.3 Valg av artikler	12
3.3 ANALYSE	14
4.0 RESULTATER OG FUNN	15
4.1 FUNN FRA ARTIKLENE	15
4.2 MÅLTID	15
4.2.1 Måltid og måltidsmiljø	15
4.2.2 Måltidsmestring	16
4.3 KOMPETANSE	17
4.3.1 Manglende oppfølging og engasjement	17
4.3.2 Nåværende kompetanse og innhenting av ny kunnskap	17
4.3.3 Sykepleierstudenters kunnskap og læring	18
4.4 KARTLEGGING OG SAMARBEID	19
4.4.1 Individuell kartlegging	19
4.4.2 Tverrfaglig samarbeid	19

5.0 DISKUSJON	21
5.1 METODEDISKUSJON.....	21
5.1.1 <i>Anvendt metode</i>	21
5.1.2 <i>Kildekritikk</i>	21
5.2 RESULTATDISKUSJON	23
5.2.1 <i>Måltid</i>	23
5.2.2 <i>Kompetanse</i>	24
5.2.3 <i>Kartlegging og samarbeid</i>	27
5.2.4 <i>Konklusjon</i>	29
6.0 ANVENDELSE I PRAKSIS	30
LITTERATUR.....	32
VEDLEGG 1: SØKELOGG	35
VEDLEGG 2: LITTERATURMATRISE	36

Antall ord: 7938

1.0 INNLEDNING

Eldre mennesker er en pasientgruppe som er svært utsatt for ernæringsproblem, deriblant underernæring og feilernæring. Når man blir eldre kan lukt- og smakssansen bli nedsatt, som kan resultere i nedsatt appetitt. Dette kan igjen føre til at maten blir smakløs og en kan utvikle dårlig matlyst. Dårlig syn, aldersforandringer, sykdom og funksjonssvikt har alle en forbindelse med nedsatt appetitt og de eldre sin evne til å innta tilstrekkelig næring (Brodtkorb, 2020, s. 301).

Brodtkorb (2020) trekker frem at pasienter over 70 år gjerne må regne med et vist vekttap, som kan relateres til fysiologiske endringer, da aldring resulterer i muskel- og organatrofi. Man skal heller ikke se bort i fra at dette kan være tegn på forhøyet risiko for sykdommer og skade, samt sårbarhet. Man kan ofte se at reduksjon i kroppsvikt kan komme av sammensatte årsaker. Underernæring bør forebygges og behandles så tidlig og lenge som nødvendig. De fleste eldre pasienter får redusert appetitt i forbindelse med reduksjon av energibehovet. Dette resulterer i at kroppen blir vant til mindre porsjoner og at man blir hurtigere forsynt (s.302).

1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA

Etter å ha fått erfaring fra praksis i hjemmetjenesten og sykehjem, samt eget arbeid på sykehjem, ble vi oppmerksomme på viktigheten av ernæring hos eldre. Underernæring kan resultere i alvorlige konsekvenser. Konsekvenser på underernæring er blant annet økt fare for infeksjon og svakere immunforsvar, dårligere blodsirkulasjon, nedsatt respirasjonsevne, samt nedsatt sårtilheling og økt fare for trykksår (Stubberud, 2022, s. 5).

Aagaard (2021) trekker frem at underernæring blant eldre er en reel utfordring i vårt samfunn. Sykepleieren spiller en avgjørende rolle i ernæringsarbeidet, og det forventes derfor at sykepleieren innehar solid praktisk og teoretisk kompetanse innen ernæring. Sykepleier har en sentral oppgave innen ernæring, og dette innebærer å støtte og legge til rette for at pasienten får oppfylt sine ernæringsbehov (s. 256 – 257).

1.2 PROBLEMFORMULERING

Ut fra dette har vi valgt følgende problemstilling:

«Hvordan kan sykepleier bidra til å forebygge underernæring hos eldre pasienter som er på sykehjem?»

1.3 HENSIKT

Hensikten med oppgaven er å få økt kunnskap om hvordan sykepleier kan bidra til å forebygge underernæring hos eldre pasienter på sykehjem.

2.0 TEORI

2.1 UNDERERNÆRING OG FEILERNÆRING

Forskning tyder på at underernæring blant eldre pasienter, kan svinge mellom 10% og 60%. Fysiologiske endringer når man blir eldre, gir ofte redusert appetitt (Brodtkorb, 2020, s. 301). Helsedirektoratet (2022) definerer underernæring som en tilstand hvor mangel på protein eller energi fører til reduksjon i kroppsvekt og muskelatrofi. Feilernæring er en samlebetegnelse, hvor underernæring inkluderes. Dette defineres som ubalanse av inntak og opptak av nødvendig næring. Man kan derfor ha ulike feilernæringstilstander parallelt, som kan bety at man kan være underernært og overvektig på samme tid.

Konsekvensene av underernæring er mange, og pasienten blir gjerne utsatt for mer lidelse enn nødvendig. Ved for lite matinntak vil pasienten få for lite tilførsel av energigivende næringsstoffer som fører til at kroppen må bruke av glykogenlagre, proteinreserver og fettlagre for å få energi til nødvendige funksjoner. Dette fører til at vevet brytes ned, da vil muskelmassen reduseres og viktige organer som blant annet lever og hjerte kan reduseres i størrelse. Dersom hjertet minsker i størrelse, kan det forårsake reduksjon i hjertets minuttvolum og frekvens. Når vevet brytes ned, vil muskelmasse og muskelkraft reduseres som medfører at pasienten får redusert bevegelighet og er mer utsatt for fall (Aagaard, 2021, s. 281).

Eldre pasienter er utsatt for flere lidelser ved underernæring da blant annet redusert immunforsvar og økt infeksjonsfare. Pasienter blir utsatt for redusert muskelmasse som kan føre til nedsatt muskelkraft, dette fører da til redusert lungefunksjon og hostekraft som kan medføre ubehag for pasienten. En underernært pasient vil være mer utsatt for forsinket sårtilheling, dette på grunn av stort proteintap og lite tilførsel av protein. Pasienten vil i tillegg til forsinket sårtilheling være mer utsatt for trykksår, da underernæring kan være en årsak til ødemdannelse og dårligere blodgjennomstrømming i vevet som skaper iskemi. En vil gjerne også få mer fremtredende knokler som er en faktor for utvikling av trykksår (Stubberud, 2022, s.5).

2.2 FOREBYGGING OG HELSERÅD

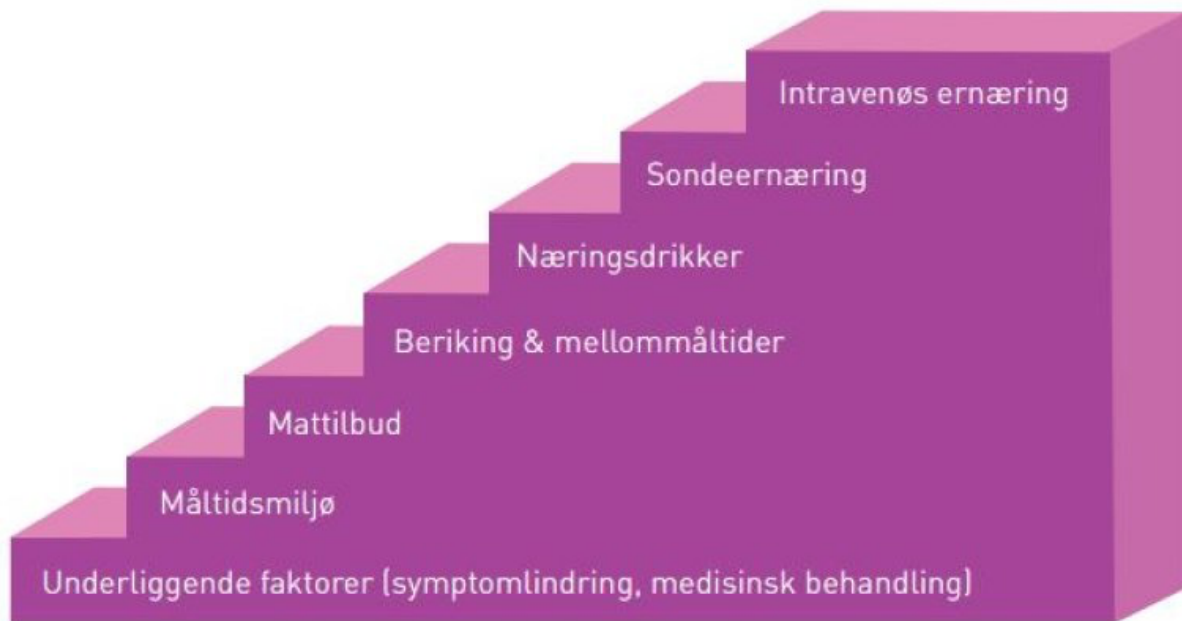
Helsedirektoratet publiserte i 2016 nasjonale faglige råd angående god ernæringspraksis, hvor de blant annet beskriver god ernæringspraksis på denne måten: «God ernæringspraksis innebærer kartlegging, vurdering og dokumentasjon av pasientens ernæringsstatus, vurdering av matinntak i forhold til behov, igangsetting av målrettede ernæringstiltak samt oppfølging og evaluering» (Helsedirektoratet, 2016c).

I de nasjonale faglige rådene som ble publisert kommer det frem faglige råd angående vurdering av pasientens ernæringsstatus, tiltak og oppfølging, Det juridiske grunnlaget for god ernæringspraksis, fordeling av ansvar og oppgaver relatert til ernæringsarbeidet i helse- og omsorgstjenesten og tiltak når matinntaket blir for lite (Helsedirektoratet, 2016c).

Det kommer frem i vurdering av pasientens ernæringsstatus, tiltak og oppfølging at alle pasienter på sykehjem skal veies månedlig, og at det skal dokumenteres i pasientens journal. Om det kommer frem at pasienten er i ernæringsmessig risiko bør det opprettes en grundig vurdering av ulike årsaksfaktorer. Det kan da for eksempel være sykdom eller medisiner (Helsedirektoratet, 2016e).

I god ernæringspraksis blir det tydelig at fordeling av ansvar og oppgaver for ernæringsarbeidet i helse- og omsorgstjenesten er av stor betydning. Dersom arbeidet blir tydelig fordelt vil dette være med på å skape god kvalitet og sikkerhet i ernæringsarbeidet (Helsedirektoratet, 2016b).

Tiltak når matinntaket blir for lite er et av temaene som blir tatt opp i god ernæringspraksis. Her kommer det frem at ved sykdom er det flere faktorer som kan påvirke appetitten, som kan gjøre det vanskelig for pasienten å få i seg tilstrekkelig med næring. Det kommer frem at det ofte er de enkle og lite ressurskrevende tiltakene som hjelper å bedre matinntaket. Ernæringstrappen er en god veileder for tiltak ved underernæring og for lite matinntak. Den skal være med på å veilede til å velge det minst ressurskrevende tiltaket og det som blir det beste tiltaket for pasientens ernæringsstatus (Helsedirektoratet, 2016d).



Ernæringstrappen - modell for prioritering av ernæringstiltak

Figur 1: Ernæringstrappen (Helsedirektoratet, 2016d)

2.3 LOVVERK

Lovverket har stor betydning i yrkesutøvelsen til sykepleiere, og spiller en sentral rolle i ernæringsarbeidet til pasientene.

Lov om helsepersonell

Helsepersonelloven stiller krav til helsepersonellens yrkesutøvelse. Helsepersonelloven inkluderer både faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. Helsepersonelloven §4 (1999) gir retningslinjer i forhold til faglig forsvarlighet. Det nevnes at helsepersonell er pålagt å utføre forsvarlig helsehjelp, noe som omfatter at pasienten skal få hjelp som er tilpasset ens individuelle behov (Helsedirektoratet, 2016a). Som helsepersonell er en pliktet til å følge opp forhold som kan være en konsekvens av annen sykdom. Det stilles da krav til helsepersonell om å vurdere pasientens evne til å ivareta grunnleggende behov. Dersom det oppdages at pasienten ikke klarer å ivareta ens grunnleggende behov, stilles det krav til at helsepersonellet foreslår tiltak eventuelt bistand med optimal kompetanse (Helsedirektoratet, 2016a).

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten går ut på at enhver pasient som mottar pleie- og omsorgstjenester skal få ivaretatt sine grunnleggende behov (Helsedirektoratet, 2016a). Dersom en ser det ut fra Maslows behovspyramide er det første grunnleggende behovet fysiologiske behov, som dreier seg om ernæring. Her stiller da loven krav til at en som helsepersonell skal hjelpe pasienten å få ivaretatt de grunnleggende behovene (Mørch, 2021).

Pasient- og brukerrettighetsloven

I pasient- og brukerrettighetsloven kommer det frem at pasienter har rett på nødvendig helse- og omsorgstjenester fra kommunehelsetjenesten, og at pasienten har rett til medvirkning i helsehjelpen. Dette går da blant annet ut på at pasienten har rett til å nekte helsehjelp (Helsedirektoratet, 2016a).

Dokumentasjon

«Journalen skal føres i samsvar med god yrkesskikk og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen ... » (Helsepersonelloven, 1999, §40). Dersom en pasient er underernært, vil det være relevant for pasientens videre behandling og dokumenter ernæringsstatusen. Dette dreier seg da om å dokumentere vektutvikling i form av vektoppgang eller nedgang og matinntak. Det vil også være relevant og dokumentere tiltak som er ernæringsrettede i journalen til pasienten (Helsedirektoratet, 2016a).

Individuell plan

Det kommer frem i helse- og omsorgsloven at kommunehelsetjenesten er pålagt å lage en individuell plan til pasienter som har langvarig behov for tjenester. I en individuell plan vil ernæringsmessige problemer og tiltak være relevante å ha med (Helsedirektoratet, 2016a).

2.4 ETIKK

Nordtvedt (2021) trekker frem de fire etiske prinsippene, de fire prinsippene er velgjørenhetsprinsippet, ikke skade prinsippet, autonomi og rettferdighetsprinsippet (s. 84 – 85). De fire prinsippene er ment som et knyttepunkt mellom etisk teori og vår allmenmoral. Prinsippene kan funke som en god veileder i etiske dilemmaer (s. 88).

Velgjørenhetsprinsippet kan forklares som tanken om å både ville og etter beste evne gjøre det som er best for pasienten. Dette prinsippet er grunnlaget i sykepleie og alt av helserelatert arbeid, da det omhandler å gjøre det som er i pasientens beste interesse (Nordtvedt, 2021, s. 85 – 86). Nordtvedt (2021) forklarer autonomiprinsippet på den måten at dersom pasienten er i stand til å ta egne valg, skal pasienten selv bestemme over sin egen behandling og pleie, dette inkluderer da også retten til å nekte hjelp (s. 87).

2.5 SYKEPLEIETEORI

Eriksson (2012) er en finsk sykepleieteoretiker, og er kjent for å innføre sykepleieprosessen den nordiske sykepleieverdenen (s. 7). Eriksson legger vekt på at omsorg bør ha som mål å fremme helse. Hennes forståelse av helse er omfattende, men innebærer at man som menneske er helhetlig, samt konstant i forandring (Kirkevold, 2020).

Eriksson (2012) trekker frem at «smerte» og «lidelse» ikke er ord med samme betydning, samt at man kan ha smerte uten lidelse og motsatt (s. 23). Eriksson (2012) viser til at det lidende mennesket i dag, er pasienter som ofte blir uskyldig offer for pleien. Forfatteren legger vekt på at det lidende menneske også kan betraktes som et vitne eller et uttrykk for menneskets indre tilstand. Når en lidende person deler sin lidelse, søker de ofte anerkjennelse eller ønsker å få deres lidelse bekreftet (s. 26).

Eriksson (2012) beskriver sykdomslidelse som den opplevelsen relatert til sykdom og behandling. Det har alltid vært kjent at sykdom og behandling kan forårsake lidelse hos pasienter, spesielt dersom pasienten påføres smerte. Det er som oftest fysisk smerte som gir lidelse relatert til sykdom. Det er viktig å merke seg at sykdom ikke alltid medfører smerte, og at «lidelse» og «smerte» ikke er synonymmer (s. 76 – 77).

Pleielidelse er definert som den lidelsen pasienten opplever i forbindelser med selve pleiesituasjonen (Eriksson, 2012, s. 77). Det finnes flere typer pleielidelse, og pasienter som

blir utsatt for pleielidelse, opplever det på sin måte. Man kan dele opp pleielidelse i 4 hovedpunkter: krenkelse av pasientens verdighet, fordømmelse og straff, maktutøvelse og manglende pleie. Der krenkelse av pasientens verdighet er den vanligste formen for pleielidelse og kan for eksempel være å ikke være oppmerksom på bluferdigheten til pasienten (Eriksson, 2012, s. 81).

3.0 METODE

Ifølge Dalland (2020) er metode et redskap en bruker i møte med det en vil undersøke. Metoden er avgjørende for vår tilnærming til det vi ønsker å analysere, da den er sentral i innsamling av data, det vil si den informasjonen vi trenger i vår studie (s. 54).

3.1 VALG AV METODE

Denne oppgaven vil basere seg på metoden til Friberg (2022), integrativ litteraturoversikt. Hensikten er å hente ulike vitenskapelige artikler, som vi vil ta en datareduksjon av og belyse artiklene i lys av problemstillingen. Vi vil derfor finne nøkkelord, som vi setter opp i en oversiktstabell. Deretter vil vi sammenligne, diskutere resultatene og trekke konklusjoner ved bruk oversiktstabellen (s. 195 – 197). Oppgaven vil basere seg på fire forskningsartikler der den ene er kvantitativ og tre kvalitative.

Ved bruk av kvantitative studier gir det oss muligheten til å se forskningsresultat i målbare enheter, resultatet kan finne svar på gjennomsnitt blant befolkningen eller prosentandel. Det vil si man går i bredden, og kommer frem til en refleksjon av den kvantitative variasjonen. Ved hjelp av kvantitativ metode blir det benyttet spørreskjema, som har forhåndsbestemte svaralternativer. Dette gir strukturerte og systematiserte observasjoner. Gjennom bruk av kvantitativ metode får forskeren et jeg – det – forhold (Dalland, 2020, s. 54 – 55).

Dalland (2020) beskriver kvalitativ metode som det å identifisere meninger og opplevelser, som man ikke kan måle eller angi tallverdi for. Kvalitativ metode går i dybden, mens kvantitative går i bredden. Det vil si at man får frem det som er særskilt, og eventuelt avvikende gjennom bruk av kvalitativ metode. Forfatteren trekker frem at gjennom kvalitativ metode vil man ha en nærhet til feltet, noe som vil si at datasamlingen foregår gjennom intervju og kontakt. Ved kvalitativ metode blir det brukt et jeg – du – forhold (s. 54 – 55).

Ved hjelp av både kvalitativ og kvantitativ metode underbygges en bedre forståelse av litteraturstudien. Dette er på grunn av at resultatene blir presentert med forklaring og forståelse, det vil si både i dybden og bredden. Ved bruk av både prosentandel og resultat fra intervju (Dalland, 2020, s. 54 – 55).

Aksjonsforskning går ut på at forskeren tilrettelegger for at praktikanten skal undre seg over hendelser i han eller hennes arbeid. Ved å bruke denne metoden, gir det mulighet for

praktikanten å reflektere rundt hans eller hennes praksis, samt få nye erfaringer rundt dette (Dalland, 2020, s. 52).

3.2 LITTERATURSØK

3.2.1 Avgrensninger

Når vi startet søkeveien etter vitenskapelige artikler, brukte vi tre helsevitenskapelige databaser. CINAHL, PubMed og SveMed+, disse er alle godkjent ved Universitetet i Stavanger. De tre nevnte databasene, var alle nye for oss. Vi startet da med å gjøre oss kjent med hvordan de ulike databasene fungerte, og fant etter hvert ut at PubMed var vanskelig å navigere seg i. Vi valgte derfor å ikke bruke PubMed som database. CINAHL og SveMed+ var to databaser vi synes var enkle å navigere seg i, samt ryddige og oversiktlige databaser.

I litteratursøket valgte vi å ekskludere vitenskapelige artikler som var eldre enn ti år gamle. Vi valgte også å ekskludere artikler på annet språk enn norsk og engelsk. Artikler med fagfellevurdering ble inkludert i litteratursøket. Vi inkluderte alle artikler som inneholdt søkeord relatert til vår problemstilling: «*Hvordan kan sykepleier bidra til å forebygge underernæring hos eldre pasienter som er på sykehjem?*».

3.2.2 Søkeord

Denne delen vil inneholde fremgangsmåten for litteratursøket.

Tabell 1: Søkeord første artikkel

Søke ID	Søkeord	Database	Treff
S3	Nursing students AND meals AND nursing home	CINAHL	1
S2	Nursing students AND meals	CINAHL	18
S1	Nursing students AND nursing home	CINAHL	90

I tabell 1 vises søkeordene som ble brukt for å finne oppgavens første vitenskapelige artikkel. Vi fikk relativt få søketreff etter første søk, men ønsket å innskrenke dette, da alle nødvendigvis ikke handlet om ernæring. Vi la derfor til søkeordet «meals» (S2), som ga 18

treff. Vi skumleste disse, men fant ut at vi skulle inkludere alle søkeordene i et søk (S3). Dette gav oss ett treff, og den første vitenskapelige artikkelen vi valgte er fra Flaathen et al. (2017).

Tabell 2: Søkeord andre artikkel

Søke ID	Søkeord	Database	Treff
S4	Nursing care AND nursing homes AND (food and meals)	CINAHL	3
S3	Nursing care AND nursing homes AND food	CINAHL	16
S2	Nursing care* AND nursing homes	CINAHL	879
S1	Nursing care* AND food	CINAHL	193

I tabell 2 ses søkeordene som ble benyttet for å finne den andre vitenskapelige artikkelen. Ved de to første søkene, skumleste vi overskriften til artiklene, da vi fikk så mange treff. Vi valgte derfor å legge til et ekstra søkeord (S3), noe som reduserte søketreffene. Vi begynte med å skumlese artiklene, men innså at vi burde innsnevre søket mer. Siste søk (S4) gav oss få søketreff og relevante artikler relatert til temaet. Vi endte til slutt opp med den vitenskapelige artikkelen til Grøndahl og Aagaard (2016).

Tabell 3: Søkeord tredje artikkel og fjerde artikkel

Søke ID	Søkeord	Database	Treff
S4 (S1 AND S2 AND S3)	Sykehjem AND eldre AND ernæring	SVEMED+	3
S3	Ernæring	SVEMED+	9
S2	Eldre	SVEMED+	189
S1	Sykehjem	SVEMED+	48

I tabell 3 viser vi søkeordene som ble brukt for å finne tredje og fjerde vitenskapelige artikkel. SVEMED+ var en ny database for oss, og vi var usikre på hvilke artikler denne databasen inneholdt. Vi startet derfor med enkle søk, med ett ord om gangen. Deretter brukte vi alle

søkeordene i ett søk (S4), og fikk opp 3 ulike artikler. Vi leste gjennom alle tre treffene og fant to vitenskapelige artikler vi ønsket å ha med i vår litteraturoversikt. Vår tredje artikkel er fra Kuven og Giske (2017), og vår fjerde artikkel er skrevet av Leirvik et al. (2016).

3.2.3 Valg av artikler

Basert på resultatene av søket, valgte vi ut fire artikler etter å ha vurdert både deres relevans og kvalitet. Relevansen til de vitenskapelige artiklene ble satt opp i forhold til tema og problemstillingen til litteraturoversikten: *Hvordan kan sykepleier bidra til å forebygge underernæring hos eldre pasienter som er på sykehjem?* Det var også betydningsfullt at artiklene hadde et sykepleieperspektiv, samt at artiklene inneholdt forskning om ernæring på sykehjem.

Kvaliteten på de vitenskapelige artiklene ble vurdert ut fra 3 hovedpunkt. Det første vi så på var om artiklene hadde IMRaD – strukturen (Dalland, 2020, s. 157). IMRaD – strukturen består av hovedhensikten av studien, en oppsummering av metoden, hovedresultatene, en evaluering eller diskusjon og en konklusjon (Thidemann, 2020, s. 30). Deretter tok vi et sekundærsøk på alle forfatterne av de ulike valgte artiklene. Vi sjekket opp forfatternes tidligere publikasjoner, samt troverdighet innenfor forfatterens sykepleiefaglige bakgrunn. Til slutt gikk vi gjennom tidsskriftene de ulike vitenskapelige artiklene var publisert i, og sjekket relevans og kvalitet i forhold til sykepleieforskning, samt generell pålitelighet.

Tabell 4: Oversikt over analyserte artikler

FORFATTERE, ÅRSTALL OG TITTEL	TEMA	HENSIKT	PERSPEKTIV	METODE
Artikkel 1 Flaathen, E. K., Jensen, L. H. og Fagerstrøm, L. (2017) <i>Sykepleierstudenters læring om ernæring i sykehjem</i>	Sykepleierstudenters læringsutbytte relatert til ernæring	Hensikten med studien var å belyse sykepleierstudenters læringsutbytte i deltakelse av studien, i forbindelse med ernæring.	Sykepleier og sykepleierstudenter	Beskrivende design med kvalitative intervjuer
Artikkel 2 Grøndahl, V. A. og Aagaard, H. (2016) <i>Older people's involvement in activities related to meals in nursing homes</i>	Pasienters deltakelse relatert til ernæring.	Hensikten med studien var å belyse pasientens deltakelse relatert til ernæring på sykehjem.	Pasient	Tverrsnittstudie som er en form for kvantitativ studie.
Artikkel 3 Kuven, B. M. og Giske, T. (2017) <i>Samhandling mellom sykepleier og lege er viktig for ernæringstilstanden til sykehjemspasienter</i>	Samhandling med lege i forbindelse med ernæring.	Hensikten med studien var å belyse hvordan sykepleiere samhandler med lege i forbindelse med ernæring hos pasienter på sykehjem.	Sykepleier og lege	Kvalitativt design med analyse av fokusgruppeintervjuer.
Artikkel 4 Leirvik, Å. M., Høye, S. og Kvigne, K. (2016) <i>Mat, måltider og ernæring på sykehjem: erfaring fra et aksjonsforskningsprosjekt</i>	Forsterke kunnskaper om måltider og ernæring på sykehjem.	Hensikten med studien er å forsterke kvaliteten på sykepleie innenfor temaet ernæring.	Sykepleier og sykepleierstudenter	Kvalitativ med aksjonsforskningsorientert tilnærming, med prosess- og summativ evaluering

3.3 ANALYSE

I starten av analysearbeidet fokuserte vi på å lese de vitenskapelige artiklene og lage en litteraturmatrise, slik at vi skulle forstå innholdet i artiklene. Litteraturmatrisen inneholder artiklenes perspektiv, hensikt/formål, metode og analyse, utvalg/populasjon, hovedfunn og resultat. Vi så deretter på likheter og ulikheter i artiklene, dette har vi satt opp i tabell 5. Her har vi fordelt likhetene mellom hovedfunn og underkategorier. Denne oppdelingen vil vi diskutere i forhold til vår problemstilling: *Hvordan kan sykepleier bidra til å forebygge underernæring hos eldre pasienter som er på sykehjem?*

De fire vitenskapelige artiklene vi har valgt har alle ernæring på sykehjem i fokus.

Kuven og Giske (2017), Flaathen et al. (2017) og Leirvik et al. (2016) hadde alle forskningsartikler med hovedvekt på kvalitativ metode. Kuven og Giske (2017) benyttet seg av fokusgruppeintervjuer, mens Flaathen et al. (2017) anvendte en beskrivende metode med kvalitative intervjuer. Leirvik et al. (2016) tok i bruk aksjonforskningsorientert metode.

På den andre siden brukte Grøndahl og Aagaard (2016) en tverrsnittstudie, som er en form for kvantitativ metode.

4.0 RESULTATER OG FUNN

4.1 FUNN FRA ARTIKLENE

Funn fra de fire vitenskapelige artiklene vi har valgt, har vi som nevnt delt opp i 3 hovedfunn og underkategorier. Hovedfunnene og underkategoriene er relatert til «*Hvordan kan sykepleier bidra til å forebygge underernæring hos eldre pasienter som er på sykehjem?*».

Disse er listet opp nedenfor i tabell 5.

Tabell 5: Oversikt over hovedfunn og undergrupper

HOVEDFUNN	UNDERKATEGORIER
Måltid	<ul style="list-style-type: none"> - Måltid og måltidsmiljø - Måltidsmestring
Kompetanse	<ul style="list-style-type: none"> - Manglende oppfølging og engasjement - Nåværende kompetanse og innhenting av ny kunnskap - Sykepleierstudenters kunnskap og læring
Kartlegging og samarbeid	<ul style="list-style-type: none"> - Individuell kartlegging - Tverrfaglig samarbeid

4.2 MÅLTID

4.2.1 Måltid og måltidsmiljø

Funn fra Grøndahl og Aagaard (2016) viser til viktigheten av omstendigheten rundt måltidene, samt drar frem at fellesserveringer og miljøet rundt måltidet er faktorer som kan påvirke appetitten. Studien viser til at 99% av pasientene aldri får bli med i planleggingen av menyen. Videre funn fra studien til Flaathen et al. (2017) viser at sykepleierstudentene legger vekt på at pasienten skal ha mulighet til å påvirke valg av mat og måltidene, samt at måltidene til pasientene blir da individuelt tilrettelagt i tråd med pasient- og brukerrettighetsloven.

Funn fra studien til Leirvik et al. (2016) peker i retning av at en hyggelig atmosfære rundt måltidene stimulerer til bedre fordøyelse og opptak av næringsstoffer. Hos mange beboere på sykehjem kan mat og måltider være et stort høydepunkt, og er av stor betydning for trivsel. I artikkelen til Leirvik et al. (2016) ble det rapportert at et fint dekket bord og delikat servering, kunne være med på å øke appetitten til pasientene. Informantene i artikkelen til Flaathen et al. (2017) oppga også viktigheten av miljø og estetikk ved måltid, og hvor viktig dette er for appetitten til pasienten. De la vekt på betydningen av det estetiske ved måltider, og sørget for et pent dekket bord og en god atmosfære. Noe disse sitatene sier noe om:

«Gjennom dette prosjektet har jeg lært at måten maten blir servert på og miljøet rundt spisesituasjonen har større innvirkning når du blir eldre» (Flaathen et al., 2017).

«The residents wanted to eat in dignified circumstances, and their appetite was affected negatively when they became more dependent and felt they had less control of the situation» (Grøndahl & Aagaard, 2016).

Under forskningsprosjektet til Leirvik et al. (2016) ble personalet mer bevisste på måltidsituasjoner, blant annet ved å skjerme pasienter, organisering av måltid og deres egen rolle og atferd under måltidene. Dette kommer også frem i studien til Leirvik et al. (2016): «Personalet er blitt flinkere til å skape og holde ro rundt måltidene ... Det handler om 'å bli oppmerksom på ting ... ikke sette på oppvaskmaskinen, ikke rydde bort for tidlig' osv.»

4.2.2 Måltidsmestring

Studien til Flaathen et al. (2017) tyder på at sykepleierstudentene var personrettet og personsentrerte i handlingene de utfører. Informantene var opptatt av pasientens rett til selvbestemmelse, gjensidig respekt og forståelse. Deltakerne la vekt på å legge til rette for at pasienten på best mulig måte skulle håndtere spisesituasjonen selvstendig.

Sykepleierstudentene var blant annet opptatt av at pasienten skulle være mest mulig selvhjulpen under måltidene, dette ble gjort ved bruk av individuell tilrettelegging. Individuell tilrettelegging ble utført ved at informantene fokuserte på at pasienten skulle ha riktig spisestilling, plasseringen av mat og hjelpemidler. Funn fra studien viser at pasientens mestring og matlyst økte når pasientene ble mest mulig selvstendig under måltid. Følgende sitat ble trykket frem for å belyse viktigheten av personsentrerte handlinger:

Pasient kunne ikke spise selv. Jeg tok det som en utfordring å få henne til å spise selv. Personalet hadde prøvd, men de hadde ikke lyktes. Pasienten lærte seg til og med å spise skjemat selv. Den tiden hun ble matet, spiste hun lite. Appetitten økte når hun fikk spise selv. Det er mye bedre å spise i sett eget tempo. Jeg så jo det. (Flaathen et al., 2017)

Funn fra studien til Grøndahl og Aagaard (2016) tyder på at appetitten positivt påvirkes dersom pasientene selv får velge om de vil spise alene eller sammen med andre. Det kommer frem at kun 10% av pasientene i undersøkelsen fikk velge hvem de skulle sitte ved siden av. I studien til Leirvik et al. (2016) blir det tatt opp viktigheten av at pasienten får større valgfrihet, da spesielt i sammenheng med frokostmåltidet. Pasientene fikk da delta mer aktivt under måltidene, for eksempel ved å forsyne seg selv eller å smøre sin egen brødmat.

4.3 KOMPETANSE

4.3.1 Manglende oppfølging og engasjement

Funn fra studien til Kuven og Giske (2017) tyder på at sykepleiere på sykehjem nedprioriterer ernæringsoppfølgingen til pasientene, da andre sykepleieroppgavene opptar for mye tid. Videre funn fra studien til Kuven og Giske (2017) peker i retning av at tidspress og travle arbeidsdager preger arbeidsdagen på dagens sykehjem. Studien til Kuven og Giske (2017) viser til at det øvrige personalet ble oppmerksom i ernæringsarbeidet, dersom sykehjemslegens samarbeid var bra.

Funn fra studien til Leirvik et al. (2016) var hovedutfordringen å skape engasjement blant sykepleierne. Funn fra studien viser til at drøfting i det daglige arbeidet, samt fagdager var det mest betydningsfulle for å øke engasjementet rundt ernæring til de eldre pasientene blant de ansatte. Forfatterne trakk frem følgende sitat for å underbygge hvordan refleksjon kan øke engasjement:

«Å skape refleksjon i det daglige arbeidet, f.eks. med utgangspunkt i de nasjonale retningslinjene ble ansett som mest verdifullt for å involvere og skape engasjement blant øvrige ansatte» (Leirvik et al., 2016).

4.3.2 Nåværende kompetanse og innhenting av ny kunnskap

Studien til Kuven og Giske (2017) tydet på at sykepleierne opplevde ernæringsarbeidet som utfordrende, dette ofte grunnet manglende dokumentasjon og begrenset ernæringskunnskap.

Forfatterne viste til andre studier som avdekket begrenset kompetanse i forebygging av underernæring blant sykepleiere, samt at kvalitetsfull ernæringsmessig kunnskap henger sterkt sammen med god ernæringspraksis. Noe som kommer frem i dette sitatet:

«Det er avdekket for lav ernæringskompetanse blant helsepersonell og blant norske sykepleiere» (Kuven & Giske, 2017).

Funnene tydet på at dersom sykepleiere og leger forbedrer sin kunnskap om ernæring, kan de mer effektivt samarbeide og legge vekt på ernæringsarbeidet på sykehjemmene.

Funn fra studien til Leirvik et al. (2016) pekte i retning av at arbeid gjennom et sykepleienettverk, fungerte svært bra som en måte for å utvikle faget på sykehjem. Etter studien hadde deltakerne innhentet ny forskningsbasert kunnskap, der halvparten mente dette var i høy grad relevant for kvaliteten i helsetjenesten. Ernæringsfysiolog hadde formidlet erfaring- og forskningsbasert kunnskap på fagdager, for å utvikle kompetansen til sykepleiere.

4.3.3 Sykepleierstudenters kunnskap og læring

Studien til Flaathen et al. (2017) trekker frem at pasienterfaringer var en viktig del for sykepleierstudenters læring. Studentene i studien forteller om at støtte fra avdelingsleder ga de en positiv læringserfaring. Denne studien ga sykepleierstudentene en bedre forståelse for vurdering av pasienters ernæringsstatus, tilrettelegging ved måltid og en kritisk refleksiv holdning til rutinene på praksisstedet.

Det kommer frem i studien til Flaathen et al. (2017) at sykepleierstudentene manglet kunnskap relatert til ernæring. Informantene rapporterte også selv om dette, og de ønsket mer kunnskap på hvilken effekt ernæring har på kroppen og ulike sykdomstilstander. Inkludering, konstruktive tilbakemeldinger og tid for refleksjon var viktige faktorer for et positivt og trygt læringsmiljø. Refleksjon mellom studenten og sykepleier kunne ofte være en utfordring, da arbeidsplassen ofte var preget av lav bemanning og høyt arbeidspress.

Deltakerne fra studien til Leirvik et al. (2016) gir uttrykk for:

«... Dette er en interessant måte å lære på! ... Jeg opplever at vi bidrar til noe nyttig, samtidig som vi lærer ... ». 73% av nettverksmedlemmene i studien mente at prosjektet har bidratt svært høyt til å styrke studentenes læring, samt at 64% mente at studentene bidro positivt til studien (Leirvik et al., 2016).

4.4 KARTLEGGING OG SAMARBEID

4.4.1 Individuell kartlegging

I artikkelen til Leirvik et al. (2016) ble ernæringsjournalen innført. Den ble lagt inn i dokumentsystemet ved flere sykehjem og sykepleierstudentene hjalp til med å registrere pasientdata, som blant annet vekt, høyde og tannstatus. Ernæringsjournalen er med å screene pasienter for ernæringsmessig risiko, og det ble utarbeidet individuelle tiltaksplaner for pasienter med ernæringsmessig risiko. Deltakerne i artikkelen til Flaathen et al. (2017) brukte også ernæringsjournalen, på denne måten ble det oppdaget at flere pasienter var underernærte. De understreker også viktigheten av å følge med på vekten i forhold til sykdom og medikamenter. Da kartlegging og vurdering av ernæringsstatus også gir ny informasjon om pasientene. Noe dette sitatet sier noe om:

«Jeg fant at en pasient hadde hatt vektøkning uten økt matinntak, og i den tverrfaglige diskusjonen kom det frem at pasienten var blitt mer tungpusten, som kunne være tegn på hjertesvikt» (Flaathen et al., 2017).

Funnene i studien Grøndahl og Aagaard (2016) viser at flere pasienter mener at sykepleiere bør ha et større fokus på personsentrert pleie og høre på hva beboerne selv føler er viktig i forhold til deltakelse i måltidsaktiviteter. Dette kommer også frem i artikkelen til Flaathen et al. (2017) hvor betydningen av personsentrert pleie og omsorg er med på å understreke pasientens selvbestemmelse, personlige verdier og egne ønsker.

4.4.2 Tverrfaglig samarbeid

Informantene i studien til Kuven og Giske (2017) la vekt på et bra samarbeid med legen. Dette kan forhindre overbehandling og innleggelse, samt legen kan være en samarbeidspartner når pasienten ikke ønsker mat eller tilstanden blir forverret. Sykepleieren trekker også frem at ved godt samarbeid, våget de å ta opp spørsmål og vise sin usikkerhet. Det ble også lagt vekt på at den årlige legemiddelgjennomgangen burde inneholde mer en gjennomgang av medisinen til pasienten.

En av deltakerne i studiene til Kuven og Giske (2017) forteller: «Det legen sier, blir ofte mer vektlagt, tror jeg, for vi kan si hva vi vil altså, men du er jo bare en sykepleier. Men når en lege forteller akkurat det samme, så er det liksom riktig».

Sykepleieren oppfattet det som at legens ord var viktigere enn det sykepleieren informerte pasienten om. Det er derfor nødvendig at legen har god kontakt og kjennskap til pasientene. Følgende sitat blir trukket frem for å belyse dette: «Så det er viktig at vi har en lege som er fast, som liker å ha kontakt med de eldre, (som) på en måte har glede av det, og når det ikke er sånn, da er det vanskelig (Kuven & Giske, 2017).

Funn fra studien til Kuven og Giske (2017) peker i retning av sykepleierne sin rolle, hvor de sørger for at pasienten får tilstrekkelig ernæring, etter pasientens behov og ønske. Studien peker også på muligheten til å diskutere utfordringer relatert til ernæringsarbeidet med legen. I studien til Leirvik et al. (2016) kommer det frem at dokumentasjon vil fremme samarbeid mellom personellgrupper, samt avklare roller og ansvar.

5.0 DISKUSJON

I metodediskusjonen vil vi diskutere sterke og svake sider ved anvendt metode og egen gjennomførelse. Vi vil også trekke frem etiske overveielser og kildekritikk av de vitenskapelige artiklene. I resultatdiskusjonen vil vi diskutere funn fra de vitenskapelige artiklene, samt diskutere resultatene i sammenheng med teori og egne refleksjoner. Dette vil avslutningsvis settes sammen til en ny helhet.

5.1 METODEDISKUSJON

5.1.1 Anvendt metode

Vi har brukt Friberg (2022) sin metode, integrativ litteraturoversikt, som en modell for vår studie. Vi fikk da en oversikt over resultatene, som gav oss mulighet til å finne fellestrekk fra artiklene. Dette gav oss et fundament for drøfting av studiens problemstilling: «*Hvordan kan sykepleier bidra til å forebygge underernæring hos eldre pasienter som er på sykehjem?*». Den negative siden ved en slik studie, er selvstendig analysering av artiklene. Dette åpner for individuell tolkning av artiklene, som kan ha innvirkning på resultatene.

«Vi kan prøve å møte et fenomen så forutsetningsløst som mulig, men vi kan ikke unngå at vi har tanker om det. Det er det vi kaller førforståelse» (Dalland, 2020, s. 60). For vår del hadde vi lite kunnskap rundt ernæring hos eldre pasienter på sykehjem. Vi var da åpne for ny informasjon og forskning, samt kritikk rundt temaet. Dette kan ikke avkrefte at vi har egne tolkninger av artiklene, da vi har egne erfaringer relatert til temaet underernæring blant eldre pasienter på sykehjem.

5.1.2 Kildekritikk

Vi har valgt fire vitenskapelige artikler, som alle hadde fokus på ernæring på sykehjem, men hadde forskjellig utgangspunkt. Dette tenker vi var hensiktsmessig for vår litteraturoversikt, da det gav oss et bredt resultat og ulike sider om temaet ernæring. Arbeidet med de fire vitenskapelige artiklene har vært en oversiktlig prosess, som utgjorde et passende utvalg. Hvis vi hadde hatt forutsetninger om bedre tid og ressurser tilgjengelig, ville det vært hensiktsmessig å inkludere flere vitenskapelige artikler, for å oppnå et mer omfattende og pålitelig resultat.

Tre av de vitenskapelige artiklene vi analyserte hadde brukt kvalitativ metode. Dette gav oss resultater som går i dybden, men samtidig kan resultatene bli for særskilt (Dalland, 2020, s. 55). Den ene forskningsartikkelen var kvantitativ, dette gir et gjennomsnittlig resultat og man går i bredden (Dalland, 2020, s. 55). Vi fikk da et resultat fra både kvantitativ- og kvalitativ metode, noe vi tenker var hensiktsmessig for å svare på vår problemstilling.

Vi valgte artikler som ikke var eldre enn 10 år gamle. Vår tidsperiode på de utvalgte artiklene er 2016 – 2017, noe som vil gi oss forskningsartikler med nyere forskning. Vi fokuserte på at de vitenskapelige artiklene var begrenset til sykehjem i Skandinavia, men vi fant artikler som var begrenset til sykehjem i Norge. Fordelen med forskning fra Norge er at vi får resultater som relevante for norske sykehjem. Ulempen med begrenset forskning, er at vi ikke får se på rutiner som norske sykehjem gjerne ikke har innført.

Vi var opptatt av artiklenes troverdighet for å kunne få et korrekt resultat. For å underbygge artikkelens troverdighet undersøkte vi tidsskriftene, forfatterne, databasene samt forskningsartikkelens oppbygning. Ved litteratursøkingen skulle alle artiklene være fagfellevurdert samt følge IMRaD – strukturen. Vi undersøkte tidsskriftene og forfatterne, som alle hadde en sykepleier relevant bakgrunn.

5.2 RESULTATDISKUSJON

5.2.1 Måltid

Kirkevold et al. (2020) understreker at underernæring kan variere fra 10% til 60% blant eldre, noe som utgjør en stor del av den eldre befolkningen (s. 301). Eriksson (2012) beskriver sykdomslidelse som pasientens opplevelse i forbindelse med sykdom og behandling, dette kan settes i sammenheng med underernæring (s. 76 – 77). Da man ved underernæring er utsatt for flere konsekvenser, og pasientene blir ofte påført mer lidelse enn nødvendig (Kristoffersen et al., 2021, s. 281).

Som tidligere nevnt i forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten har enhver pasient som mottar pleie rett på å få ivaretatt sine grunnleggende behov (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenesten, 2003, §1). Ernæring er et av våre grunnleggende behov, og pasienter har rett til å få dekket dette behovet. Funn fra studien til Leirvik et al. (2016) viser til at et av problemene rundt måltid og måltidsrutiner var personalet organisering. Etter studiene ble personalet mer bevisst på måltidsituasjonen, viktigheten av å skjerme pasienter, organisering av måltid og deres egen rolle under måltidene.

Studiene til Grøndahl og Aagaard (2016) og Leirvik et al. (2016) viser til måltidsmiljø som viktige faktorer hos pasienter på sykehjem. Funn fra studien til Leirvik et al. (2016) tyder på at en hyggelig atmosfære rundt måltider, er med på å stimulere fordøyelse og opptak av næringsstoffer. Måltidene er gjerne et hovedpunkt for pasienter på sykehjem. Dette samsvarer med ernæringstrappen, der en vil se at det andre trinnet i trappen omhandler måltidsmiljø (Helsedirektoratet, 2016d). Måltidsmiljøet er det som er med på å skape en god atmosfære rundt måltidene. Videre funn fra studien til Flaathen et al. (2017) viser at det estetiske ved måltider er av stor betydning, og at appetitten påvirkes positivt ved en god atmosfære og et pyntet bord.

En kan gjerne oppleve at måltider og måltidsrutiner blir nedprioritert, og at andre oppgaver er viktigere. Videre vises det i studiene at det å ha gode rutiner rundt måltider, med en god atmosfære vil være positivt for pasientens appetitt. Vi mener at det å ha gode rutiner rundt måltider på sykehjem er et viktig tiltak for å forebygge underernæring.

Pasient- og brukerrettighetsloven er en sentral lov i helsevesenet, hvor det kommer frem at pasienten har rett til medvirkning i helsehjelpen. Dette samsvarer med et sentralt punkt i studien til Flaathen et al. (2017) hvor studentene var bevisste på personrettet og personsentrerte handlinger, hvor pasienten skulle ha rett til selvbestemmelse. Det ble lagt til rette på en slik måte at pasienten selv skulle håndtere spisesituasjonen. Ved å jobbe på denne måten og med et slikt fokus ble det erfart av studentene at pasienten selv mestret måltidsituasjonen og at matlysten økte.

Funn fra studien til Grøndahl og Aagaard (2016) viser til at jo mer pasienten deltar og påvirker eget måltid, des mer vil appetitten øke. Velgjørenhetsprinsippet er et av fire etiske prinsipper, som ofte brukes innen sykepleie. Prinsippet blir ofte forklart som det å ville og utføre etter beste evne det som er best for pasienten (Nortvedt, 2021, s. 85 – 86).

Velgjørenhetsprinsippet sier også noe om måltidsmiljøet. Det å dekke fint på bordet, med servietter og duk, inkludere pasientene i samtaler, og å holde miljøet rundt spisebordet rolig kan være med på å skape et godt måltidsmiljø. Det kan tenkes at dette er tiltak som kan være med på å øke pasientenes appetitt.

I vår jobb på sykehjem erfarer vi at bordet blir pyntet og omgivelsene er rolige, dersom dagen er og har vært rolig. Er vi lavt bemannet og/eller uro på avdelingen, blir måltidsmiljøet svært nedprioritert. Dette går utover både estetikken ved spisebordet og omgivelsene rundt måltidet. Vi erfarer at vi ofte begynner på oppvasken mens pasientene enda sitter ved spisebordet når det er travelt, og det å sitte ned sammen med pasientene blir nedprioritert. Vi erfarer ofte at pasientene raskere blir forsynt, og de forlater bordet tidligere når personalet ikke har anledning til å sette seg ned sammen med dem.

5.2.2 Kompetanse

I studien til Kuven og Giske (2017) kommer det frem at hverdagen til sykepleierne er preget av tidspress og travle dager, noe som fører til at ernæringsarbeidet ofte blir nedprioritert. Ved dårlig tid og dårlig bemanning er det som oftest ernæringsarbeidet som blir nedprioritert.

Dette er noe vi også opplever gjennom egen jobb på sykehjem. Lov om helsepersonell stiller krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. Dette kravet dreier seg om å tilpasse pleien til pasientens individuelle behov og tilrettelegge for ivaretagelse av pasientens grunnleggende behov (Helsedirektoratet, 2016a). Vi mener nedprioriteringen og tidspress kan gå utover

pasientene, da sykepleiere ikke har tid til å følge opp ernæringsmessige problemer hos pasienter på sykehjem.

I studien til Leirvik et al. (2016) kommer det frem at manglende engasjement rundt ernæring er et problem. Grunnen til det manglende engasjementet viser seg å være mangel på refleksjon og kunnskap blandt sykepleiere. Det kan tenkes at sykepleiere på sykehjem muligens har for lite kunnskap om ernæring, noe som gjør at det oppleves som en vanskelig oppgave. Vi tenker at økt kunnskap rundt ernæring på sykehjem kan bidra til å øke engasjementet rundt temaet ernæring. Det blir da klarere hva man skal gjøre og hvordan man kan forebygge og behandle underernæring. Funn fra studien til Leirvik et al. (2016) viser at engasjementet rundt ernæring økte da det ble innført fagdager og refleksjonen rundt ernæring ble innført i det daglige arbeidet.

Eriksson (2012) definerer pleielidelse som den lidelsen som oppstår i forbindelse med pleiesituasjonen (s. 77). Manglende pleie er inkludert i pleielidelsen, og dette kan oppstå ved dårlig ernæringsoppfølging. Dette kan settes i sammenheng med manglende kompetanse og engasjement, da ernæringsarbeidet kan bli nedprioritert og tiltakene blir begrenset. Det blir klart for oss gjennom studien til Kuven og Giske (2017) og Leirvik et al. (2016) at gjennom travle dager med lite personell, samt for lite engasjement og kunnskap blir det vanskelig å følge opp ernæringen til pasientene. Ved å sette fokus på engasjementet og kunnskapen rundt ernæring, kan det tenkes at det gjerne bli prioritert mer i løpet av en dag.

Det kommer frem i studien til Kuven og Giske (2017) at sykepleiere på sykehjem opplever ernæringsarbeidet som utfordrende, dette på grunnlag av manglende dokumentasjon samt begrenset ernæringskunnskap. Videre kommer det frem at det er begrenset kompetanse blant sykepleiere, og at ernæringsmessig kunnskap henger sammen med en god ernæringspraksis. Dette samsvarer med Helsedirektoratet sin publikasjon av nasjonale faglige råd angående en god ernæringspraksis. «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» (Helsedirektoratet, 2016c).

For å kunne ta i bruk god ernæringspraksis krever det at sykepleiere har bredere kompetanse rundt temaet ernæring og ernæringsarbeid. Som sykepleierstudenter har vi erfart at det er for lite fokus rettet mot ernæringskunnskap. Det gjør at nyutdannede sykepleiere ikke får

opparbeidet seg god nok kunnskap om ernæring, samt manglende redskaper på forebygging av underernæring hos pasienter på sykehjem. Det kan derfor tenkes at sykepleiere trenger bredere kompetanse rundt temaet ernæring, både gjennom utdanning, men også på arbeidsplassen.

Gjennom studien til Leirvik et al. (2016) ble det opprettet sykepleienettverk, hvor nettverket gjennom studien innhentet ny forskningsbasert kunnskap. Dette ble godt tatt imot, og flere av deltakerne i studien mente dette bidro til å øke kvaliteten i helsetjenesten i høy grad. De arrangerte også fagdager i løpet av studien, hvor ernæringsfysiolog utviklet kompetansen til deltakerne ved å vise til erfarings- og forskningsbasert kunnskap. Gjennom et sykepleienettverk får sykepleierne mulighet til faglig diskusjon som kan innebære utveksling av nye kunnskaper og egne erfaringer, samt muligheten til å ta opp utfordringer de selv har angående ernæringsarbeidet. Fagdager gir en mulighet for sykepleierne å innhente ny kunnskap gjennom jobb, samt å vinkle undervisningen til deres arbeidsplass. Dette kan gjøre undervisningen mer relevant for sykepleierne, samt mer engasjerende.

Sykepleierstudentene i studien til Flaathen et al. (2017) viser til mangel på kunnskap i forbindelse med ernæring, og et ønske om mer kunnskap om ernæring. Gjennom studiene til Flaathen et al. (2017) og Leirvik et al. (2016) fikk studentene mer kunnskap. Flaathen et al. (2017) sine studenter forteller hvordan støtte fra avdelingsleder, inkludering og konstruktive tilbakemeldinger var viktige faktorer for deres læring om ernæring. Refleksjon mellom student og praksisveileder ble ofte nedprioritert, da arbeidsplassene er preget med høyt arbeidspress og lav bemanning.

Gjennom vår praksisperiode på sykehjem, erfarte vi at vi hadde lav kompetanse relatert til ernæring. At praksisstedet inkluderer studentene og kommer med konstruktive tilbakemeldinger, var viktig for vår læring på sykehjem, som også sier noe om vår læring om ernæring. Refleksjonen mellom praksisveileder ble lite gjennomført, dette grunnet nedprioritering. I senere praksisperioder har vi opplevd hvor lærerikt det er å reflektere gjennom praksisperioden. Det å ha faglige diskusjoner om etiske dilemmaer og utfordrende pasienter, ble svært verdifullt for vår læring.

Som helsepersonell er man pålagt til å utføre forsvarlig helsehjelp, samt gi bistand tilpasset pasientens individuelle behov (Helsedirektoratet, 2016a). For å utføre faglig forsvarlig

sykepleie er det tydelig at man må ha nok kunnskap, som samsvarer med ernæringskompetanse.

5.2.3 Kartlegging og samarbeid

Funn fra studien til Leirvik et al. (2016) og Flaathen et al. (2017) viser begge til bruken av ernæringsjournalen. I ernæringsjournalen føres det blant annet inn vekt, høyde og tannstatus, som alle er faktorer relatert til underernæring. Dette samsvarer med Helsedirektoratet (2016e) sine faglige råd at pasienter på sykehjem skal veies månedlig, samt at vekten skal dokumenteres. Ernæringsjournalen kan øke motivasjon og gi en påminnelse til sykepleierne av vekttakning av pasientene, samt se på pasientenes kurve. I ernæringstrappen omhandler det første trinnet *underliggende faktorer* (Helsedirektoratet, 2016d). Dette kan derfor settes i sammenheng med at datasamling om tannstatus i ernæringsjournalen er en svært viktig faktor i forhold til ernæringskartlegging av pasientene og dette vil gi sykepleierne en pekepinn relatert til starten på ernæringsarbeidet.

Funn fra studien til Flaathen et al. (2017) peker på at innføring av ernæringsjournalen viste at flere av pasientene var underernærte. Pasienter i ernæringsmessig risiko fikk utarbeidet en individuell tiltaksplan, som skal bedre pasientens ernæringsstatus. Dette samsvarer med Helsedirektoratets (2016a) faglige råd hvor kommunen skal utarbeide en individuell plan for pasientene ved behov for langvarig tjenester. Dette vil inkludere ernæringsmessige problemer, samt tiltak. Sykepleierstudentene i studien til Flaathen et al. (2017) sier også noe om viktigheten av kartlegging og vurdering av ernæringsstatus, dette kan gi ny informasjon om pasientenes helsetilstand.

Funn fra studien til Grøndahl og Aagaard (2016) og Flaathen et al. (2017) viser til viktigheten av fokus på personsentrert pleie i forbindelse med ernæringsarbeidet. Videre viser forfatterne til bruken av personsentrert pleie, som kan bidra til å øke pasientens selvbestemmelse og egne ønsker. Dersom pasientene har nedsatt appetitt, er det tydelig at selvbestemmelse i forbindelse med måltid kan øke matlysten. Dette samsvarer med autonomiprinsippet, som er retten til å ta egne valg i sin behandling og pleie. Prinsippet handler om selvbestemmelse, noe som er viktig relatert til ernæring og egne ønsker i forbindelse med måltid og måltidsmiljø (Nortvedt, 2021, s.87).

Vi tenker derfor at bruk av ernæringsjournalen kan være et godt hjelpemiddel for å kartlegge ernæringsstatusen, samt øke fokuset på ernæringsarbeid. Det blir trukket frem fokus på personsentrert pleie, ved at pasientene får bruke sin selvbestemmelse i forhold til ernæring, kan dette bidra til å øke pasientenes appetitt.

Funn fra studien til Kuven og Giske (2017) viser til hvordan tverrfaglig samarbeid kan bedre ernæringsarbeidet på sykehjem. Ved et godt samarbeid mellom sykepleier og lege, var det lettere for sykepleierne å ta opp utfordringer og finne løsninger sammen. Videre funn fra studien til Kuven og Giske (2017) viser til at legemiddelgjennomgangen burde inneholde mer en gjennomgang av medisinlistene til pasientene. Vi opplever at en gjennomgang av pasientens ernæring, kunne vært nyttig i forhold til ernæringsarbeidet på sykehjem. Det kan tenkes at dette vil gi rom for en faglig diskusjon som inkluderer utfordringer og tiltak i forhold til pasientens ernæringsstatus. Derfor tenker vi at det kan bidra til å støtte sykepleieren når det gjelder utfordrende aspekter knyttet til ernæring.

Deltakerne i studien til Kuven og Giske (2017) fremhever utfordringer knyttet til pasientens vektlegging av legens uttalelser som mer betydningsfulle. Dette kan hindre sykepleierens ernæringsarbeid, da pasientene ønsker legens holdepunkter i forhold til ernæring. Grunnet disse utfordringene er det viktig at sykehjemslegen har god kjennskap og kontakt med pasientene, for å opprettholde best mulig pleie. Funn fra studien til Leirvik et al. (2017) sier også noe om samarbeid med sykehjemslege. Forfatterne viser til at dokumentasjon vil fremme samarbeidet, samt avklare roller og ansvar mellom personalgruppene. Dette kan settes i sammenheng med helsepersonelloven, som nevner kravet om dokumentasjon. Dokumentasjon innebærer dokumentasjon av vekt og matinntak, samt dokumentere tiltak relatert til ernæring (Helsedirektoratet, 2016b).

5.2.4 Konklusjon

Vi konkluderer dermed ved manglende kompetanse og engasjement relatert til ernæring hos pasienter på sykehjem, kan føre til manglende ernæringsoppfølging og underernærte pasienter. Lav bemanning og tidspress på sykehjem er en faktor for manglende kompetanse og engasjement rundt ernæringsoppfølging. I studiene kommer det frem at fokus på måltidsmiljø og måltidsmestring er faktorer for å øke pasientens appetitt. Ved lav bemanning blir måltidsmiljø og måltidsmestring nedprioritert som blir en negativ konsekvens for pasientens ernæring på sykehjem. Det kommer frem at optimal kartlegging og tverrfaglig samarbeid med lege, viser seg å være positivt for ernæringsarbeidet av eldre pasienter på sykehjem.

6.0 ANVENDELSE I PRAKSIS

Gjennom vår litteraturoversikt har vi fått en dypere forståelse for betydningen av ernæringsarbeid på sykehjem, samt utfordringer og tiltak knyttet til dette. Sykepleiere har en nødvendig funksjon relatert til ernæringsarbeidet av eldre pasienter på sykehjem. Dette innebærer indentifisering og behandling av underernæring. Vi vil vise til videre implikasjoner i praksis ved å følge hovedtemaene som gjennomført tidligere i litteraturoversikten.

Måltid

Med utgangspunkt i funnene våre opplever vi at sykepleier er av stor betydning i pasientens ernæring. Studiene viser hvor viktig måltidsmiljø og personsentrert omsorg er i forbindelse med måltid. Vi har kommet frem til ulike tiltak relatert til måltidsmiljø. Vi trekker frem flere lite krevende og kostnadsfrie tiltak, samt noen tiltak som går på ledelsen på sykehjem.

Følgende forbedringstiltak kan være optimale for anvendelse av videre praksis:

- Mer bevissthet rundt måltidsituasjoner. Dette går ut på viktigheten av å skjerme pasienter, for å unngå uro. Organisering av måltid, samt avklare egne roller under måltid. Så langt det lar seg gjøre bør en unngå oppgaver som ikke er ernæringsrelaterte, da dette kan være med på å skape uro.
- Estetikk ved måltider er av stor betydning. Borddekking spiller en avgjørende rolle i estetikken rundt måltider. Dette kan innebære enkle tiltak som inkluderer valg av servise, duk, servietter og blomster.
- Ved lav bemanning opplever en ofte nedprioritering av måltidsituasjonene. Dersom dette blir nedprioritert, må ledelsen prioritere å leie inn flere ansatte. På denne måten skaper en bedre ro og trivsel rundt måltider. Personalet vil ha mulighet til å sitte sammen med pasientene og de kan få lettere hjelp til sine individuelle behov relatert til ernæring.

Kompetanse

I lys av resultatene i litteraturoversikten ser vi mangel på kompetanse og engasjement relatert til ernæring hos sykepleiere og sykepleierstudenter. Dette bidrar til at ernæringsarbeidet kan bli utfordrende, da de gjerne ikke har de rette redskapene til å utføre jobben. For å effektivt benytte sykepleiers kunnskap og ferdigheter, kan følgende elementer bidra til forbedring av fremtidig praksis:

- Gjennomføre regelmessige fagdager. Der det skal være rom for å ta opp utfordringer knyttet til sykepleiers erfaringer og kunnskap, samt inkluderer ernæringsfysiologer for å øke engasjement ved å bevisstgjøre ernæring.
- Øke refleksjon gjennom nettverksgrupper, dette kan bidra til å øke sykepleiers faglige kompetanse gjennom utveksling av erfaringsbasert- og forskningsbasert kunnskap.
- Institusjonen, samt kommunen, må ha klare retningslinjer i forbindelse med ernæringsarbeid.
- Øke studenters kunnskap relatert til ernæring, gjennom trygge læringsmiljø, der arbeidsplassen inkluderer sykepleierstudenten og gir konstruktive tilbakemeldinger. Det bør være en forventning med faglige refleksjoner mellom student og veileder.

Kartlegging og samarbeid

Gjennom litteraturoversikten har vi sett manglende kartlegging av ernæringsarbeidet og dokumentasjon, samt viktigheten av optimalt tverrfaglig samarbeid med lege. Ved bruk av screeningverktøy som ernæringsjournalen ble det erfart at ernæringsarbeidet ble mer gjennomførbart. Følgende tiltak for forbedring innen kartlegging og samarbeid anser vi som relevant for fremtidig praksis:

- Ernæringsjournalen og andre screeningsverktøy er gode redskaper som kartlegger og identifiserer underernæring, dette kan bidra til å styrke sykepleiers arbeid, samt være en god veileder for ernæringsarbeidet.
- Korrekt og tilfredsstillende dokumentasjon er nødvendig for optimalt ernæringsarbeid. Dette krever innføring, informasjon og veiledning i dokumentasjon, på denne måten vil en sikre at alle har et ideelt utgangspunkt for korrekt dokumentasjon.
- Et effektivt tverrfaglig samarbeid med lege er nødvendig for å sikre gunstig kartlegging, samarbeid og behandling av den eldre pasienten på sykehjem.

LITTERATUR

- Aagaard, H. (2021). Væske og ernæring. I N. J. Kristoffersen, E. – A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 2: grunnleggende behov og helse* (4. utg., s. 255 – 301). Gyldendal.
- Brodtkorb, K. (2020). Ernæring, mat og måltider. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 301 – 315). Gyldendal.
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal.
- Eriksson, K. (2012). *Det lidende menneske* (2. utg.). Munksgaard.
- Flaathen, E. K., Jensen, L. H. & Fagerstrøm, L. (2017). Sykepleierstudenters læring om ernæring i sykehjem. *Nordisk sygeplejeforskning*, 7(1), 21 – 34.
<https://doi.org/10.18261/ISSN.1892-2686-2017-01-03>
- Friberg, F. (2022). Att göra en litteraturöversikt av kvantitativ och kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (4. utg., s. 185 – 198). Studentlitteratur.
- Grøndahl, V. A. & Aagaard, H. (2016). Older people's involvement in activities related to meals in nursing homes. *International Journal of Older People Nursing*, 11(3), 204 – 213.
<https://doi.org/10.1111/opn.12111>
- Helsedirektoratet. (2016a, 14. juni). De juridiske grunnlaget for god ernæringspraksis. *I helsedirektoratet*.
<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/ernaering-kosthold-og-maltider-i-helse-og-omsorgstjenesten/god-ernaeringspraksis/det-juridiske-grunnlaget-for-god-ernaeringspraksis>

Helsedirektoratet. (2016b, 14. juni). Fordeling av ansvar og oppgaver for ernæringsarbeidet i helse- og omsorgstjenesten. *I helsedirektoratet.*

<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/ernaering-kosthold-og-maltider-i-helse-og-omsorgstjenesten/god-ernaeringspraksis/fordeling-av-ansvar-og-oppgaver-for-ernaeringsarbeidet-i-helse-og-omsorgstjenesten>

Helsedirektoratet. (2016c, 14. juni). God ernæringspraksis. *I helsedirektoratet.*

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

Helsedirektoratet. (2022, 14. mars). Om underernæring. *I helsedirektoratet.*

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

Helsedirektoratet. (2016d, 14. juni). Tiltak når matinntaket blir for lite. *I helsedirektoratet.*

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

Helsedirektoratet. (2016e, 14. juni). Vurdering av pasientens ernæringsstatus, tiltak og oppfølging. *I helsedirektoratet.*

<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/ernaering-kosthold-og-maltider-i-helse-og-omsorgstjenesten/god-ernaeringspraksis/vurdering-av-pasientens-ernaeringsstatus-tiltak-og-oppfolging>

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

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=hpl>

Kirkevold, M. (2020, 30. mars). Sykepleieteori. I *Store medisinske leksikon.*

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

Kuven, B. M. & Giske, T. (2017). Samhandling mellom sykepleier og lege er viktig for ernæringstilstanden til sykehjemspasienter. *Sykepleie Forskning*, 12(64510):e-64510.

<https://doi.org/10.4220/sykepleief.2017.64510>

Leirvik, Å. M., Høye, S. & Kvigne, K. (2016). Mat, måltider og ernæring på sykehjem: erfaringer fra et aksjonsforskningsprosjekt. *Nordisk sygeplejeforskning*, 6(2), 178 – 197.

<https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2016-02-07>

Mørch, W. T. (2021, 24. juni). Abraham Maslow. I *Store norske leksikon*.

https://snl.no/Abraham_Maslow

Nortvedt, P. (2021). *Omtanke: innføring i sykepleieetikk* (3. Utg.). Gyldendal

Stubberud, D. – G. (2022). Ernæringsbehandling ved sykdom og skade. I D. – G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk Sykepleie 2* (6. utg., s. 1 – 29). Gyldendal.

Thidemann, I. – J. (2020). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (utg. 2). Universitetsforlaget.

Vedlegg 1: Søkelogg

Søkedato	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensinger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Antall valgte
24.10.23	CINAHL	Nursingstudents AND melas AND nursing home	År: 2014- 2022 Peer reviewed	1	1	1	1
25.10.23	CINAHL	Nursing care AND nursing homes AND (food and meals)	År: 2014- 20223 Peer reviewed	9	4	2	1
24.10.23	SVEMED	Sykehjem AND eldre AND ernæring	Peer reviewed tidsskrifter	3	2	2	2

Vedlegg 2: Litteraturmatrise

ARTIKKEL 1	
TITTEL	Sykepleierstudenters læring om ernæring i sykehjem
TIDSSKRIFT/ÅRSTALL	<i>Nordisk Sygeplejeforskning</i> Publisert i 2017
FORFATTER(E)	Elisabeth Kaarbø Flaathen, Liv Helene Jensen og Lisbeth Fagerstrøm
PERSPEKTIV	Sykepleier og sykepleierstudenter
HENSIKT/FORMÅL	Hensikten med studien var å belyse sykepleiestudenters læringsutbytte i deltakelse med et kvalitetsutviklingsprosjekt, relatert til ernæring og måltider på sykehjem.
METODE OG ANALYSE	Studien sin datainnsamlingsmetode var et beskrivende design med kvalitative intervjuer av totalt 9 sykepleierstudenter etter endt praksisperiode. Formålet ved valg av denne metoden var å innhente beskrivelser fra studentenes erfaringer ved ernæring og deres perspektiv. Forfatterne har tatt utgangspunkt av Kvale og Brinkmanns (2009) intervju analyse som bricolage.
UTVALG/POPULASJON	Tre første års sykepleiestudenter og seks tredje års sykepleiestudenter.
HOVEDFUNN OG RESULTATER	Resultatet i studien var sammensatte, og beskriver både negative og positive læringserfaringer knyttet til temaet ernæring. Forfatterne delte opp resultat i «forståelse for betydningen av personrettet tilrettelegging og vurdering av måltidsituasjonen», «forståelse for betydningen av systematisk kartlegging av ernæringsstatus» og «kritisk refleksiv holdning til rutiner i sykehjemmet». Det kommer frem at studien ga læring for sykepleiestudentene, samt deltakelse i praksis lærte dem viktigheten av personorienterte tilnærminger. Forfatterne nevner også at praksis på sykehjem bør styrkes, for å gi studentene et kunnskapsbasert og trygt læringsmiljø.

ARTIKKEL 2	
TITTEL	Older people's involvement in activities related to meals in nursing homes
TIDSSKRIFT/ÅRSTALL	<i>International Journal of Older People Nursing</i> 2016
FORFATTER(E)	Vigdis Abrahamsen Grøndahl og Heidi Aagaard
PERSPEKTIV	Pasient
HENSIKT/FORMÅL	Hensikten med denne studien var å undersøke hvordan beboere på sykehjem opplever å få delta i aktiviteter knyttet til mat og måltider, og hvilke faktorer som påvirker deres involvering.
METODE OG ANALYSE	I denne teksten er det brukt tverrsnittstudie som er en form for kvantitative studier, som består i at man observerer et antall observasjonsenheter på et tidspunkt. I undersøkelsen var det 204 pasienter fra et fylke i Norge som deltok på intervju angående mat og måltidsopplevelser. Intervjuene besto av 43 spørsmål som ble besvart av pasienten og 6 spørsmål som ble besvart av sykehjemmets kontaktperson. Pasientene som deltok i undersøkelsen, hadde ingen kognitiv svikt og var i stand til å uttrykke seg verbalt.
UTVALG/POPULASJON	204 pasienter fra et fylke i Norge.
HOVEDFUNN OG RESULTATER	I studien kommer det frem at opp til 30% av beboerne på sykehjem er sårbare for underernæring. Ingen av beboerne på sykehjemmet ble involvert i menyplanlegging, og mer en 90% fikk ikke delta på å dekke/rydde bordet eller lage mat. Det kommer også frem at 10% får velge hvor de vil spise og bare 5% får velge når de skal spise. De som deltar mest er pasienter under 65 år, mens de med dårlig matlyst oftere kunne få velge hvor de ville spise.

ARTIKKEL 3	
TITTEL	Samhandling mellom sykepleier og lege er viktig for ernæringstilstanden til sykehjemspasienter
TIDSSKRIFT/ÅRSTALL	<i>Sykepleie Forskning</i> Publisert i 2017
FORFATTER(E)	Britt Moene Kuven og Tove Giske
PERSPEKTIV	Sykepleier og lege
HENSIKT/FORMÅL	Hensikten med studien var å belyse hvordan en som sykepleier samhandler med lege i forbindelse med ernæring hos pasienter på sykehjem.
METODE OG ANALYSE	Studien er av et kvalitativt design med intervjuer av sykepleiere som er involverte i pleie. Det ble intervjuet 15 ulike sykepleiere fra syv sykehjem i fire ulike fylker, hvor sykepleierne hadde fire til 25 års erfaring innenfor pleie. Det er blitt valgt fokusgruppeintervjuer da disse type intervjuer åpner opp for deling og diskusjon av deltakerens erfaringer. Forfatterne har bygget analysen på Malteruds tilnærming av analyse av datamateriale.
UTVALG/POPULASJON	15 ulike sykepleiere fra syv sykehjem i fire ulike fylker. Alt fra fire år til 25 års erfaring innen pleie.
HOVEDFUNN OG RESULTATER	I intervjuene kommer det frem at et samarbeid med sykehjemslegen er en viktig faktor i ernæringen til pasientene. De fleste pasientene på sykehjem trenger hjelp til å håndtere grunnleggende behov, da også ernæringsbehovet. Å få dekke pasientens ernæringsbehov er avhengig av både kompetanse og oppfølging på alle nivåer i helse og omsorgstjenesten.

ARTIKKEL 4	
TITTEL	Mat, måltider og ernæring på sykehjem: erfaring fra et aksjonsforskningsprosjekt
TIDSSKRIFT/ÅRSTALL	<i>Nordisk Sygeplejeforskning</i> Publisert i 2016
FORFATTER(E)	Åse Monika Leirvik, Sevald Høye og Kari Kvigne
PERSPEKTIV	Sykepleier og sykepleierstudenter
HENSIKT/FORMÅL	Hensikten med studien er å forsterke kvaliteten på sykepleien innenfor temaet ernæring. Forfatterne trekker også frem styrke sykepleierne- og studentens kunnskap, ved å søke etter forskningsresultater og sette disse resultatene i praksis.
METODE OG ANALYSE	Aksjonsforskningsorientert tilnærming, der det ble brukt både prosess- og summativ evaluering. Sykepleierne med i studien fikk velge et forbedringsområde relatert til et av to tema. 1) ro og trivsel rundt måltidene og 2) kartlegging og oppfølging av pasientens ernæringsstatus.
UTVALG/POPULASJON	Seks sykehjem deltok på prosjektet, som pågikk over en treårs periode. To nettverksgrupper bestående av to til tre sykepleiere fra tre sykehjem. Førsteårsstudenter fra tre ulike kull som hadde praksis der studien pågikk.
HOVEDFUNN OG RESULTATER	Gjennom studien ble en rekke tiltak satt i gang. Dette inkluderte å øke personalets bevissthet om deres ansvar for pasientenes trivsel under måltider, tilpassing av måltid til den enkelt pasient og tilstrekkelig næring, samt individuell vurdering og oppfølging av pasientene. Dette prosjektet førte til verdifulle forbedringer når det gjelder ernæring på sykehjemmet. Personalet økte sin kompetanse ved å kritisk evaluere sin egen praksis og ble mer oppmerksom på forskningsbasert kunnskap.