

Bachelorgradsoppgave

Eldre og underernæring.

- Elderly and malnutrition.

Forebygging av underernæring hos eldre i sykehjem ved bruk av kunnskapsbasert praksis.

- The prevention of malnutrition through evidence-based practice among the elderly living in nursing homes

Kjersti Fossum Nydal

Emnekode SPU110

Bachelorgradsoppgave i sykepleie

Årstall: 2013

Antall ord:10799



Avdeling for helsefag,
Levanger.

Abstrakt

Introduksjon: Eldre i sykehjem er en spesielt utsatt gruppe i forhold til underernæring. Sykepleiere trenger kunnskaper om kartlegging, identifisering, forebygging og behandling av disse pasientene for å unngå komplikasjoner. **Hensikt:** Å belyse hvordan sykepleiere kan oppdage og forebygge underernæring på sykehjem, med mål om at eldre på sykehjem skal ha det godt og unngå unødvendige komplikasjoner og lidelse som følge av underernæring. **Metode:** En allmenn litteraturstudie som baseres på 14 originalartikler. **Resultat:** Denne litteraturstudien avdekket fire temaer. Mangel på kunnskap om ernæring fører til at underernærte pasienter og pasienter i risikozonen ikke blir identifisert, personer i ernæringsmessig risiko blir identifisert, helsepersonell må veie og screene pasienter for å oppdage underernæring og bruk av ernæringstiltak for å forebygge og redusere utvikling av underernæring. **Diskusjon:** De fire temaene fra resultatet blir diskutert opp mot relevant litteratur og teori fra kunnskapsbasert praksis. **Konklusjon:** Funnene i denne litteraturstudien er problemfokuset og det er i liten grad funnet forskning som ser på virkning og effekt av tiltak for å forebygge underernæring. Sykepleiere må tilegne seg større og bedre kunnskap om ernæring og om hvordan forebygging gjøres. Nøkkelordene er kartlegging av risikofaktor, plan for behandling, veiing, screening og ernæringstiltak. Sykepleier bør bruke sine virkningsfulle erfaringer og kunnskaper fra forskning, i tillegg å lytte til brukerens ønsker. Da stiller sykepleieren med den beste bakgrunn for å kunne forebygge underernæring hos eldre i sykehjem.

Nøkkelord: Eldre, underernæring, sykehjem, forebygging og kunnskapsbasert praksis.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn.	1
1.2 Funn fra Norske tilsynsrapporter om ernærings situasjonen til eldre i institusjon.	3
1.3 Anvendelse av kunnskapsbasert praksis i arbeid som sykepleier.....	4
1.4 Hensikt og problemstilling i oppgaven.....	5
2.0 Metode.....	6
2.1 Hva er metode?.....	6
2.2 Hva er en allmenn litteraturstudie?.....	6
2.3 Kvalitativ og kvantitativ forskning.	6
2.4 Etske vurderinger	6
2.5 Avgrensninger.....	7
2.6 Fremgangsmåte.....	7
2.7 Tekstanalyse	8
3.0 Resultat.....	9
3.1 Mangel på kunnskap om ernæring fører til at underernærte pasienter og pasienter i risikosonen ikke blir identifisert.	9
3.2 Identifisering av personer i ernæringsmessig risiko.....	10
3.3 Helsepersonell må veie og screene eldre for å oppdage underernæring.....	11
3.4 Bruk av ernæringstiltak for å forebygge og redusere utvikling av underernæring.....	12
4.0 Diskusjon	13
4.1 Resultat diskusjon.....	13
4.1.1 Mangel på kunnskap om ernæring fører til at underernærte pasienter og pasienter i risikosonen ikke blir identifisert	13
4.1.1.1 Forskningsbasert kunnskap om mangel på kunnskap fører til at underernærte pasienter og pasienter i risikosonen ikke blir identifisert	13
4.1.1.2 Erfaringsbasert kunnskap om mangel på kunnskap som fører til at underernærte pasienter og pasienter i risikosonen ikke blir identifisert	15
4.1.1.3 Brukermedvirkning som kunnskap for å identifisere pasienter med eller i risiko for underernæring	16
4.1.2 Identifisering av personer i ernæringsmessig risiko.....	16
4.1.2.1 Forskningsbasert kunnskap ved identifisering av personer i ernæringsmessig risiko	16
4.1.2.2 Erfaringsbasert kunnskap for å identifisere personer i ernæringsmessig risiko	18
4.1.2.3 Brukerkunnskap for å identifisere personer i ernæringsmessig risiko.....	18
4.1.3 Helsepersonell må veie og screene pasienter for å oppdage underernæring.....	20

4.1.3.1	Forskningsbasert kunnskap ved veiing og screening for å oppdage underernæring.....	20
4.1.3.2	Erfaringsbasert kunnskap om veiing og screening for å oppdage underernæring	21
4.1.3.3	Brukermedvirkning ved veiing og screening for å oppdage underernæring	22
4.1.4	Bruk av ernæringstiltak for å forebygge og redusere utvikling av underernæring.....	23
4.1.4.1	Forskningsbasert kunnskap om bruk av ernæringstiltak for å forebygge og redusere utvikling av underernæring	23
4.1.4.2	Erfaringsbasert kunnskap om bruk av ernæringstiltak for å forebygge og redusere utvikling av underernæring	24
4.1.4.3	Brukermedvirkning og bruk av ernæringstiltak for å forebygge og redusere utvikling av underernæring	25
4.2	Metodediskusjon.....	26
5.0	Konklusjon	28
	Litteraturliste.....	29
	Vedlegg 1 Oversikt over metode for litteratursøk	32
	Vedlegg 2 Oversikt over inkluderte studier.....	32
	Vedlegg 3 Utdrag fra tekstanalysen som viser to kategorier.....	32

1.0 Innledning

Det var i februar i 2013 at sykehuskandalen fra Storbritannia ble kjent via norske media. I følge rapporten av advokat Robert Francis, har mellom 400 og 1200 pasienter på Stafford Hospital i England sultet eller tørstet i hjel i løpet av 2005-2009. Dette blir betegnet som grov omsorgssvikt og forholdene ved sykehuset er beskrevet som foraktelige. Sykehuset har i følge Francis prioritert kontroll av utgifter og egne interesser foran sikkerheten til pasientene (NRK, 2013).

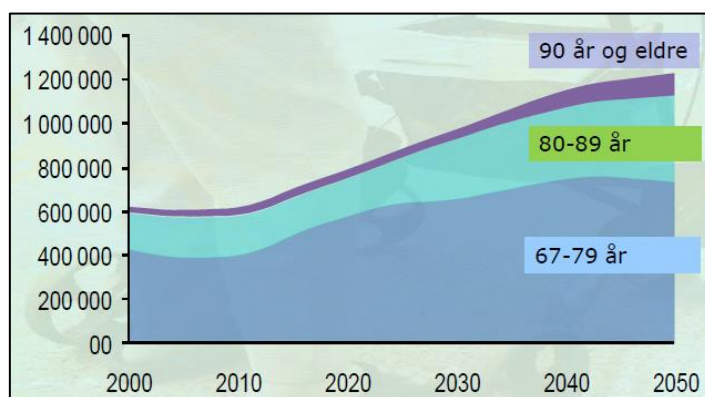
Det fremgår av de Nasjonale faglige retningslinjene for forebygging og behandling av underernæring, at den største årsaken til underernæring er sykdom (Guttormsen, 2009). En annen medvirkende årsak til underernæring er at helsepersonell har utilstrekkelig oppmerksomhet, kunnskap og interesse om de eldres ernæringsstatus og -behov. Av undersøkte pasienter i sykehus og sykehjem var det 10-60 % av pasientene som var underernærte. Resultatene er basert på de forskjellige gruppene av undersøkte, og metoder og grenseverdier som ble brukt for å sette diagnosen (Guttormsen, 2009).

1.1 Bakgrunn.

I følge tall fra Folkehelseinstituttet (2010) kan det i 2060 bli 0,9 millioner flere eldre over 67 år i Norge i forhold til i 2010 da det var 0,6 millioner eldre over 67 år. Antallet eldre over 80 år kan øke med over det dobbelte fra 360 000 til 650 000. Ikke bare øker antallet eldre, men samtidig vil det føre med seg flere kroniske og sammensatte sykdommer som f.eks. KOLS, demens, diabetes, psykiske lidelser og kreft (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009).

Personer med kronisk sykdom er en av de gruppene som er mest utsatt for underernæring sammen med aleneboende eldre, eldre i lite aktivitet, kreftpasienter, pasienter med sår og fistler, personer med nedsatt tyggefunksjon og tannstatus, senil demente som kan glemme å spise og personer som har tapt 5-10 % av vekten sin i løpet siste fem-seks måneder (Sortland, 2007).

Figur 1. Den demografiske utviklingen, antall eldre i Norge fram mot 2050.



Tallene er hentet fra Statistisk sentralbyrå (SSB), mens tabellen er visualisert og laget av Lindseth (2009). I følge tabellen over er det forespeilet stor økning i antall eldre i årene som kommer, eldre er en utsatt gruppe i forhold til underernæring. Underernærte kan ha redusert immunforsvar, økt risiko for komplikasjoner, forverret fysisk og mental funksjon. Dette kan gi redusert livskvalitet og høyere dødelighet. Underernærte kan trenge tre ganger så lang liggetid i institusjon som pasienter som ikke er underernært (Guttormsen, 2009).

Eldre mister oftere matlysten enn yngre, noe som igjen fører til dårligere ernæringsstatus og ytterligere redusert næringsinntak. Konsekvenser av underernæring hos eldre kan være nedsatt dannelse av tarmtotter, som igjen fører til at næring ikke blir tatt opp tilstrekkelig. Underernæring påvirker respiratoriske muskler som kan gi nedsatt ventilasjon. Totalt vekttap og vekttap i viktige organer som hjerte og lever er en alvorlig konsekvens. Hjertets vekt kan tape opptil 30 % og lede til kardial kakeksi som gjør at minuttvolumet og hjertefrekvens blir nedsatt (Mowe, 2002).

Det er vanskelig å definere underernæring siden det ikke finnes en internasjonal enighet om kriteriene som brukes. Kroppsmasseindeks, (KMI) er et av de mest brukte indikatorer for underernæring. KMI regnes ut ved kg / m^2 . En person som har hatt et stort vekttap kan likevel ha en normal KMI, dette fører til at underernæringen ikke blir oppdaget så tidlig som den burde ha blitt (Sosial- og Helsedirektoratet, 2006).

En normal KMI-verdi for voksne er fra 18,5-24,9, mens eldre bør ha en høyere KMI på 24-29 fordi de har mer fettvev på kroppen. Eldre med KMI under 22 kan ses som underernærte (Brodtkorb, 2010).

I St.melding 47 av Helse og omsorgsdepartementet (2008-2009) fremgår det at helsevesenet har for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom, men det er stort fokus på behandling av sykdommer og senkomplikasjoner. I prioriteringssituasjonene blir tidlig innsats og forebygging plassert langt bak i køen i forhold til andre spesialiserte tjenester. Om helsetjenestene blir flinke til å

forebygge unngår en kanskje at like mange trenger behandling. Det vil bli mer effektiv bruk av ressursene, noe som er positivt for både pasienter og helsetjenestene.

1.2 Funn fra Norske tilsynsrapporter om ernærings situasjonen til eldre i institusjon.

Helsetilsynet (2012) viser at det ble funnet vesentlige mangler i det daglige arbeidet med forebygging og behandling av underernæring i hjemmetjeneste og sykehjem i kommunen. Det manglet rutiner for vurdering og kartlegging av ernæringsstatus hos nye brukere. Det var også mangel på ansatte med tilstrekkelig kompetanse. Mangelfull dokumentasjon på ulike steder forårsaket at journalen ikke ble brukt som det verktøyet det var ment, for å sikre god kontinuitet og kommunikasjon mellom tjenestene. Flere av kommunene hadde i mer eller mindre grad latt være å bruke uhell og feil i egen tjeneste til forbedring. Det ble ikke tatt hensyn til de sårbare og kritiske punktene i sikring av god ernæring til eldre.

Helseetaten (1995) har skrevet en rapport om forebygging av underernæring blant eldre i sykehjem i Oslo. Alle sykehjemmene ble kartlagt for å se på oppfølgingen av ernærings situasjonen. Resultatene kommer fra 61 sykehjem og 175 avdelinger. Beboere ble veid månedlig på 16 avdelinger, mens det hos 74 avdelinger ikke var faste veiingsrutiner. 144 avdelinger hadde heller ikke rutiner med kostregistrering. Ved mange avdelinger svarte ansatte at deres mulighet for å gi beboere tilstrekkelig spisehjelp var gode, men det var vanskeligere på kveld og helg. De viktigste forebyggende tiltakene var å hjelpe beboere med spisehjelp og tilrettelegging, at personalet jevnlig fikk undervisning og veiledning om ernæring og at brukerne hadde valgfrihet ved spisetider og matvarer.

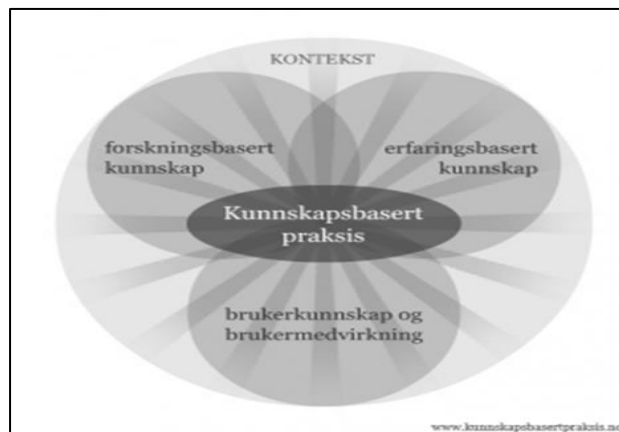
Senter for omsorgsforskning (2011) foretok en forundersøkelse om ernæring og det ble oppdaget svikt i ernæringsbehandlingen hos de eldre i kommunen. Det var mangelfulle rutiner på veiing. En årsak var at ikke alle hadde tilgjengelig utstyr til å ta vekt/høyde av beboere. Mange avdelinger har brutt dokumentasjonsplikten da en stor andel av vurderingene ikke var innført i EPJ. Ved 18 avdelinger var det ikke laget en eneste målrettet plan for ernæringsbehandling.

Helsetilsynet (2013) foretok et tilsyn med forebygging og behandling av feil- og underernæring hos eldre i hjemmetjenesten og sykehjem ved Orkdal kommune. Flere av de ansatte var lite kjent med de nasjonale faglige retningslinjene for behandling og forebygging av underernæring. Det var utilfredsstillende dokumentasjon da det ikke fantes rutiner på hvor ting skulle føres, delvis ble det også ført journalnotater i Geric og i en egen papirjournal av legene. Ellers ble det ikke sett på hvor det er risiko for svikt, kompetansebehovet for tjenesten ble ikke vurdert og det ble ikke meldt avvik i avvikssystemet.

1.3 Anvendelse av kunnskapsbasert praksis i arbeid som sykepleier.

For å svare på problemstillingen vil funnene i resultatdelen bli drøftet opp mot kunnskapsbasert praksis (KBP) i diskusjonskapitlet. Utviklingen av sykepleiefaget er vesentlig for faglig forsvarlighet, kvalitet og effektivitet i helsetjenestene. For å gi pasienter og brukere god sykepleie, må sykepleien man gir være basert på gode og effektive handlinger som er bekreftet å være virkningsfulle fra forskningsbasert og erfaringsbaserte kunnskaper. Sykepleieren må også ta hensyn til de ønsker og behov pasienter og brukere har (Nortvedt et al., 2007)

Figur 2. Modell for kunnskapsbasert praksis (Kunnskapsbasert praksis, 2012).



Videre skriver Nortvedt, et al. (2007) at forskningsbasert kunnskap kan hjelpe helsepersonell å få større forståelse for pasientenes egne erfaringer, opplevelser og forklare årsak eller fenomener. Det kan si noe om forekomst på en tilstand eller angi om utførte tiltak har effekt, i tillegg til å gi nye hypoteser og begreper. Tiltak og rådgivning som kun er basert på teori og som ikke er utprøvd i forskning kan føre sykepleiere på villspor.

Helsepersonell erverver erfaringsbaserte kunnskaper gjennom å reflektere over prosesser der man lærer gjennom å praktisere. Andre kallenavn på erfaringsbasert kunnskap kan være klinisk blikk, intuisjon eller skjønn. Man får også erfaringer gjennom utdanning, ved å tilegne seg kunnskaper fra faglitteratur og forskning. Erfaringer fra utdanning og forskning sammen med praktisering, er mer solid erfaring enn erfaring fra praksis alene gjort ut fra ubeviste handlinger og bestemmelser (Nortvedt, et al., 2007).

For å gjøre teorien om KBP komplett må helsepersonell ta hensyn til brukerkunnskap og brukermedvirkning. Nortvedt, et al. (2007) skriver videre om viktigheten av at pasientenes og brukernes ønsker blir vektlagt ved beslutninger rundt deres liv, «..pasienten representerer en kunnskapsressurs for tjenesteyterne i vurderingen av hvilken helsehjelp som skal gis.» er det skrevet fra «*Fra stykkevis til helt*» (NOU, 2005:3).

De nevnte kunnskapskildene blir i modellen omsluttet av konteksten, som da menes å være den settingen og det miljøet KBP skal utføres. Forhold som for eksempel ressurser, politikk, etiske forhold, rammer og kultur påvirker de forskjellige elementene i modellen (Nortvedt, et al., 2007).

1.4 Hensikt og problemstilling i oppgaven.

Hensikten med denne litteraturstudien er å belyse hvordan sykepleiere kan oppdage og forebygge underernæring på sykehjem, med mål om at eldre på sykehjem skal ha det godt, og unngå unødvendige komplikasjoner og lidelse som følge av underernæring. Funnene fra tilsynsrapporter fra norske kommuner og med utviklingen som er forespeilet av blant annet Helsedirektoratet og Norsk folkehelseinstitutt, er dette et spennende og viktig tema som har stor betydning for sykepleiefaget. Problemstillingen i denne bacheloroppgaven er:

Hvordan kan sykepleier bidra til å forebygge underernæring blant eldre på sykehjem ved bruk av kunnskapsbasert praksis?

Problemstillingen avgrenser oppgaven da den sier noe om at oppgaven har sykepleiefokus, det gjelder forebygging av underernæring hos eldre i sykehjem ved bruk av kunnskapsbasert praksis.

2.0 Metode

I dette kapitlet blir det redegjort for hvordan forskningsartikler er funnet og valgt ut.

2.1 Hva er metode?

Metoden er den måten man innhenter data på når man skal frembringe ny kunnskap eller forske på påstander som fremstår som gyldige, holdbare eller sanne. Man velger en bestemt metode for at den skal belyse spørsmål og gi gode data på en interessant måte (Dalland, 2012)

2.2 Hva er en allmenn litteraturstudie?

Det finnes flere typer litteraturstudier, men den som blir brukt i denne oppgaven er en allmenn litteraturstudie. Når man foretar en allmenn litteraturstudie må man finne ut hva som finnes av forskning på området for å danne et bilde om bakgrunnen av valgt tema. Man skal analysere og beskrive de valgte studiene man vil ha med (Forsberg & Wengström, 2003).

2.3 Kvalitativ og kvantitativ forskning.

Det er to typer vinkling som kan brukes i arbeid med forskning. Det ene er kvalitativ metode og den andre er kvantitativ metode.

Kvalitativ metode går ut på å finne ut om menneskets egenskaper som opplevelser, erfaringer, meninger og oppførsel. Hvorfor handler eller tenker mennesket som det gjør? Kvantitativ metode brukes om man ønsker svar på problemstillinger som omhandler statistikk og antall som for eksempel «Hvor mange..?» og «Hvor ofte..?» (Malterud, 2003).

Det er forespeilet at studier som kan bli brukt i dette litteraturstudiet både er kvantitative og kvalitative. Da kvantitative studier kan fortelle om forekomst av underernæring i institusjoner, mens kvalitative studier kan belyse hvordan helsepersonell forholder seg til underernæring, hvilke tanker og kjennskap de har til underernæring.

2.4 Ethiske vurderinger

I arbeid med litteratursøk skal etiske hensyn vurderes. Retningslinjene for god medisinsk forskning påpeker at bedrageri og uærlighet ikke kan være en del av forskning. Det er betydningsfullt å finne studier som har vært gjennom etisk komité eller som viser at det er gjort etiske overveielser. Man skal presentere alle funn enten de støtter eller ikke støtter hypotesen. Det er uetisk å bare bruke de artiklene som støtter forfatterens mening (Forsberg & Wengström, 2003).

I denne oppgaven er flertallet av de inkluderte studiene etisk godkjent, mens ved andre studier var det ikke behov for etisk godkjenning da studiene er gjort på helsepersonell.

2.5 Avgrensninger

For å finne forskningsartikler som kunne belyse problemstillingen, ble det tatt noen bestemmelser for hva som skulle inkluderes i litteraturstudien og hva som skulle ekskluderes. Slik ble det lettere å finne studier som sto til hensikten.

Inklusjonskriterier

- Forskningsartikler som er skrevet på skandinaviske språk inkludert engelsk. Det ble da lettere å oversette og forstå innholdet.
- Forskningsartikler som var tilgjengelige i full-tekst. Dette på grunn av begrenset tidsrom for skriving av oppgaven og det er lettere og raskere å få tilgang til artikler.
- Studier som har studert personer med underernæring fra hjemmet, sykehus, bosenter eller hjemmetjeneste. Dette på grunn av at personer som flytter i sykehjem ofte har en bakgrunn fra en av disse plassene.
- Studier som forsker på eldre over 65 år, pga. at det er disse som defineres som eldre (WHO, 2013).
- Studier fra andre land ble inkludert på grunn av at det er begrenset med forskning på valgt tema fra Skandinavia. Det blir tatt kulturelle hensyn.

Eksklusjonskriterier

- Studier som omhandler i.v. behandling, parenteral- og sondeernæring. På grunn av at litteraturstudiens fokus er på friske eldre i sykehjem.
- Studier som omhandler underernæring hos barn og voksne, på grunn av at litteraturstudiens fokus er hos eldre over 65 år.
- Underernæring hos definert pasientgruppe. På grunn av at det søkes etter stoff som omhandler generell underernæring hos eldre.

2.6 Fremgangsmåte

For å finne relevante forskningsartikler til studien er søkene gjort i databasene Medline og Cinahl, på grunn av god kjennskap til disse databasene fra tidligere. Høgskolen i Nord-Trøndelag (HiNT) abonnerer på disse artikkelbasene og de er tilgjengelige på skolens nettverk. Se Vedlegg 1, for oversikt over metode for litteratursøk.

Ved artikkelsøk får man ofte mange treff og for å spisse søket for å finne de artiklene som er interessante, ble søket avgrenset til å gjelde artikler som var «full text», «abstract», «skandinaviske språk samt engelsk». For å få et perspektiv på oppgaven slik samfunnet er i dag, er det ønskelig å bruke ny og oppdatert forskning i oppgaven. Avgrenser tidsrommet til å gjelde fra 2003 – 2013. Se Vedlegg 2, for oversikt over inkluderte studier.

Det er søkt etter relevant stoff på www.helsetilsynet.no, www.fhi.no og www.sykepleien.no. Alle artiklene foruten en er skrevet på engelsk, og det er blitt gjort en oversetting og forståelse etter beste evne. Hjelpemidlene www.google.no/translate og www.ordnett.no ble brukt ved oversettingen.

Fremgangsmåten som ble brukt ved utvelgning av de relevante studiene var at det først ble lest gjennom samtlige overskrifter, de som virket interessante ble studert litt nøyer og abstraktet ble lest for å få et innblikk i hva studien gikk ut på. Videre ble de studiene som virket relevante lagret og skrevet ut, slik at det kunne bli gjort en nærmere analyse på studiene.

Det ble gjort håndsøk og funnet tre forskningsartikler ved å lese referanselisten til de utvalgte studiene. Se vedlegg 1, oversikt over metode for litteratursøk.

I referanselisten til Meijers, et.al (2009) ble det oppdaget en studie "Insufficient nutritional knowledge among health care workers?" (Mowe et al., 2008)

I en review-artikkel av Elia, et al. (2005) ble de andre artiklene funnet. "Reduced nutritional status in an elderly population (> 70y) is probable before disease and possibly contributes to the development of disease" sto i referanselisten. Denne studien er fra 1994. Det er et bevisst valg og ta den med, da den belyser hvordan forholdene omkring underernæring var for 20 år siden. Når denne ble åpnet via GoogleScholar kom artikkelen "Poor nutritional habits are predictors of poor outcome in very old hospitalized patients" opp i et vindu på siden. Disse funnene er med på å belyse problemstillingen og derfor er de tatt med videre. Når alle artiklene var plukket ut ble det gjort en analyse inspirert av en tekstanalyse.

2.7 Tekstanalyse

For å gjøre en tekstanalyse må teksten løses opp og en må greie ut om tekstens enkeltdeler. Enkeltdelene kan avgrensnes på forskjellige nivå og des mer en løser opp teksten, jo mer detaljert blir analysen (Vinje, 1993). De valgte artiklene fra litteratursøket ble lest i sin helhet og hovedresultatet ble plukket ut. Videre ble det gjort en tekstanalyse det målet var å finne sammenhenger i resultatet for å systematisk dele opp drøftingskapitlet. Se Vedlegg 3, for utdrag av den gjennomførte analysen.

3.0 Resultat

Ved å gjøre tekstanalyse på de inkluderte forskningsartiklene, ble det funnet frem til fire temaer.

- Mangel på kunnskap om ernæring fører til at underernærte pasienter og pasienter i risikozonen ikke blir identifisert.
- Identifisering av personer i ernæringsmessig risiko.
- Helsepersonell må veie og screene pasienter for å oppdage underernæring
- Bruk av ernæringstiltak for å forebygge og redusere utvikling av underernæring.

3.1 Mangel på kunnskap om ernæring fører til at underernærte pasienter og pasienter i risikozonen ikke blir identifisert.

I en studie fra Nederland var en av fem pasienter i helseforetakene underernært. Ernæringscreening og veiing av underernærte pasienter ble sjelden brukt regelmessig selv om ernæringsmessige kvalitetsindikatorer var tilgjengelige hos noen av organisasjonene. Eksempel på dette er nasjonale retningslinjer, kontroll av vekt og godt miljø rundt måltider. Å gjenkjenne og behandle underernæring er fortsatt et problem hos alle deltagende helsetjenester i undersøkelsen. Det trengs mer bevissthet på dette området for å redusere forekomsten av underernæring (Meijers, et al., 2009).

Underernæring bør ikke bli sett på som en uunngåelig del av alderdommen (Gaskill et al., 2008). Studien viser at høy alder og økt hjelpebehov er assosiert med underernæring. Av 350 sykehjemspasienter var 43,1 % moderat underernært, mens 6,4 % var alvorlig underernært. Med økende alder skjer det mange fysiologiske endringer i kroppen som kan være med å bidra til at underernæring oppstår. Resultatet var ikke uventet. Kunnskap om ernærings betydning blant helsepersonale varierte. Det kommer frem at myndighetene og helsepersonell trenger større kunnskap og bedre ferdigheter i vurdering av ernæringsrisiko og ernæringsintervensjoner hos pasientene. Det er behov for en koordinert, systematisk og tverrfaglig tilnærming til problemet (Gaskill, et al., 2008).

Det tyder på mangelfull kunnskap om underernæring da ti av 18 målinger blant beboere på sykehjem viste for lavt energiinntak i forhold til de individuelle behovene. De ansatte svarte på spørreskjema at beboernes ernæringsbehov ble dekket, men funnene viste noe annet (Sortland et al., 2009). I en stor skandinavisk studie blant leger og sykepleiere viste det seg at store deler av kunnskapen om ernæring var selvlært. Hovedårsaken til dårlig håndtering av ernæringsproblemer, var mangel på kunnskap sammen med mangel på interesse og ansvar. De som oppga god utdanning svarte mer riktig på spørsmål om fakta omkring underernæring, som konsekvenser, dødelighet, risikofaktorer og post-operative komplikasjoner, enn de som ikke hadde like god utdanning. Det kan forklare hvorfor

temaet underernæring har lav prioritet, det samsvarer med andre studier fra USA og Europa. Det var 73 % av helsepersonellet som mente de hadde tilstrekkelig innsikt i viktigheten av ernæring. Likevel bekreftet halvparten at de syntes det var problematisk å identifisere underernærte, da 39 % svarte at de manglet eller hadde dårlig ernæringsmessige vurderingsteknikker, og 60 % syntes det var vanskelig å lage en ernæringsplan (Mowe, et al., 2008).

En annen studie av Mowe, et al. (1994) som nå er 20 år gammel viser at det var høy forekomst av underernæring blant sykehuspasienter. Helsepersonell lyktes ikke med å dekke pasientenes ernæringsbehov på grunn av at underernæring ofte var vanskelig å identifisere. Det ble foreslått å øke oppmerksomheten rundt ernæringsstatus og matvaner slik at man lettere kunne følge opp pasientene og redusere forekomsten av underernæring.

3.2 Identifisering av personer i ernæringsmessig risiko.

Martin, et al. (2007) har i sin studie identifisert og gjenkjent hvilke typer mennesker som står i fare for, eller er underernært. Personer med sykdom eller tilstand som fører til at personen endrer type og mengde mat som blir spist, har 4,7 ganger så stor sjanse for å bli underernært. Eksempelvis er dette mennesker med kroniske sykdommer, kreft, depresjon eller gastrointestinale plager. Personer med vekttap på 4,5 kg ufrivillig i løpet av siste seks måneder, og de som trenger assistanse for å komme ut av huset har fire ganger så stor risiko for å bli underernært (Martin, et al., 2007).

Pasienters ernæringsstatus gikk raskt ned ved innleggelse i sykehus i følge Chen, et al. (2009). De fleste eldre ble utskrevet til hjemmet med rekordlav ernæringsstatus og det tok for mange 3-6 måneder for å komme tilbake til opprinnelig vekt. Av de eldste klarte litt over en av fem å oppnå kun 10 % av sin opprinnelige vekt etter 6 måneder. Nedsatt munn- og tannstatus hos de eldre kan være en medvirkende årsak til underernæring (Chen, et al., 2009).

I studien gjort av Kennelly, et al. (2010) ble det gjort rede for utfordrende pasientgrupper i forhold til ernæringsarbeid. Utfordringene var: dårlig samarbeid med pasient, aleneboende eldre med lite støtte, kognitivt svekkede og depressive beboere.

Over halvparten av pasienter over 90 år var underernært sammenlignet med pasienter mellom 71-90 år og 41-70 år. Det ble vist sammenheng mellom økt hjelpebehov og underernæring, men også hos pasienter som hadde problemer med å spise, drikke eller svelge. Da de oftere kunne sette fast mat i halsen (Gaskill, et al., 2008).

Det var vist høy forekomst av underernæring blant eldre innlagt i sykehus (Kagansky et al., 2005; Mowe, et al., 1994). Underernæring var også etablert i sykehjem og hos eldre friske hjemmeboende eldre (Mowe, et al., 1994).

Det kommer frem i studien av Sheiham & Steele (2000) at dårlig tannstatus hos eldre kan påvirke deres valg av mat, og evnen til å spise. Det blir videre beskrevet at det er stort utnyttingspotensialet dersom forholdet mellom tann-, munnstatus og ernæring blir forstått.

3.3 Helsepersonell må veie og screene eldre for å oppdage underernæring.

For å oppdage underernæring var det et viktig tiltak å registrere månedlig vekt på beboerne. Beboere ble veid hver måned over et år, og det ble raskt fanget opp om beboerne tapte vekt (Simmons et al., 2008).

I studien av Sortland, et al. (2009) ble beboere veid hver sjette måned. Veiingene bekreftet at det var viktig å dokumentere vekt for å registrere vekttap, og for å forebygge utvikling av underernæring. Eldre i institusjon ble ikke veid etter retningslinjene, og en av årsakene var mangel på tilgjengelige vekter (Sortland, et al., 2009).

I studien av Christensson, et al. (2000) ble beboerne fulgt opp individuelt med veiing og registrering av spist mat annenhver uke i tre måneder. Det resulterte i at åtte gikk opp i vekt og fikk økt tricepshudfoldtykkelse og ni økte i armmuskelomkrets.

Kennelly, et al. (2010) viste i studien at 6 måneders ernæringskurs til helsepersonell var effektivt da 69 % av helsepersonellet som hadde deltatt veide beboerne oftere. 80 % av helsepersonellet syntes ernæringsverktøyet Malnutrition Universal Screening Tool, (MUST) var nyttig og svært enkelt å bruke. Ruiz-Lopez, et al. (2003) foretok en studie på et annet screeningsverktøy, Mini Nutritional Assessment (MNA). Det viste seg også å være virkningsfullt for å oppdage eldre i risiko for å bli underernært. Av 89 personer som ble screenet, ble det gjort funn på 7,9 % var underernærte, 61,8 % i risikozonen, mens 30,1 % var godt ernært.

I studien gjort av Kagansky, et al. (2005) er det skrevet at anbefalte screeningsverktøy ofte kan være vanskelige og tidkrevende for å bli brukt regelmessig hos skrøpelige eldre i sykehus. Det er en forutsetning at pasientene er samarbeidsvillige og det kan være problematisk på grunn av sykdom og ulike behandlingsregimer. Det konkluderes med at screening av kostvaner er et raskt og enkelt verktøy for ernæringsvurdering og det burde være den viktigste komponenten i screening av underernæring (Kagansky, et al., 2005)

3.4 Bruk av ernærings tiltak for å forebygge og redusere utvikling av underernæring.

Tidlig oppdagelse og behandling av underernæring ble regnet for å være det viktigste og forebyggende tiltaket for å redusere videre utvikling av underernæring (Gaskill, et al., 2008; Meijers, et al., 2009).

Å lage en plan med bestemmelser for hvordan man hindrer underernæring viste seg å være mer effektivt enn bruk av orale supplementer alene. Det var viktig at planen var tilrettelagt brukeren, og det ble tatt hensyn til faktorer som munnhelse status, kognitiv status, polyfarmasi, ADL-funksjon, depressive symptomer og spesielt om den eldre hadde nedsatt tygge- og svelgefunksjon eller tap av smak- og luktesans. Planen er basert på grunnleggende prinsippene i god pleie, og ved å følge en slik plan kan man redusere utviklingen av underernæring. Å utvikle underernæring går fort og er vanskelig å reversere (Chen, et al., 2009).

Av helsepersonell som hadde vært på kurs ga 80 % av helsepersonellet beboere ernæringsråd fra ernæringsheftet «Small appetite patients advice booklet», som ble laget spesielt for studien. Tips fra den var å spise flere små måltider om dagen, bruke næringspulver, og at ernæringsdrikker skulle drikkes i tillegg til måltidene og ikke erstatte måltidene (Kennelly, et al., 2010).

I en studie ved et sykehjem ble det valgt to frokostalternativer og to lunsjalternativer til næringsberiking. Småspiste beboere på sykehjemmet hadde større inntak av kcal når både frokost og lunsj var beriket, mens storspiserne inntok mer kcal ved frokost enn ved lunsj når begge måltider var beriket. For å øke næringstettheten tilsatte de egg, sukker, fete meieriprodukter i maten, mens vannmengden ble redusert. Videre ble det anbefalt å innlemme drikker med høyt innhold av kalorier. Om tiltak som næringsberiking skal være effektivt og fungere må alle måltider være beriket, det hjelper ikke bare havregrøten eller potetmosen er beriket (Castellanos et al., 2009).

Studien av Chen, et al. (2009) viste at et enkelt kosttilskudd ikke var nok til å forbedre pasienters status når underernæring var etablert. Dette var bevis på at det ikke er nok å gi oral tilleggsnæring og håpe på det beste. Det er behov for å forstå hvordan ernæringsmessig omsorg bør være strukturert for å forbedre kvaliteten. Når et enkelt kosttilskudd som eneste faktor ikke er tilstrekkelig, må man inkludere flere faktorer som kognitiv tilstand, tannhelse, medisiner, fysisk funksjon og depressive symptomer (Chen, et al., 2009).

4.0 Diskusjon

Diskusjonskapitlet består av to typer diskusjon. Resultatdiskusjonen kommer først og der vil deler av resultatet bli diskutert og utdypet med teori fra KBP. I metodediskusjonen blir arbeidsprosessen og avgjørelser ved den vurdert.

4.1 Resultat diskusjon

Litteraturstudien hadde til hensikt å finne ut hvordan sykepleiere kan bidra til å forebygge underernæring blant eldre på sykehjem ved bruk av kunnskapsbasert praksis. Hovedfunnene i artiklene er disse fire temaene som ble funnet ved hjelp av litteraturanalsen.

- Mangel på kunnskap om ernæring fører til at underernærte pasienter og pasienter i risikozonen ikke blir identifisert.
- Identifisering av personer i ernæringsmessig risiko.
- Helsepersonell må veie og screene pasienter for å oppdage underernæring.
- Bruk av ernæringstiltak for å forebygge og redusere utvikling av underernæring.

Forskningen viser eksempelvis at det er påvist effekt av å følge opp beboere individuelt med veiing og registrering av spist mat og at helsepersonell får økt kunnskap om blant annet ernæringsråd og screeningsverktøy gjennom ernæringskurs. Det som derimot ikke ble funnet i litteraturstudiet var konkret og samlet forskning som omhandler tiltak eller observasjoner om hvordan underernæring forebygges hos eldre på sykehjem.

Videre i dette kapitlet vil de fire temaene bli diskutert opp mot relevant teori fra kunnskapsbasert praksis.

4.1.1 Mangel på kunnskap om ernæring fører til at underernærte pasienter og pasienter i risikozonen ikke blir identifisert

4.1.1.1 Forskningsbasert kunnskap om mangel på kunnskap fører til at underernærte pasienter og pasienter i risikozonen ikke blir identifisert

Det er flere av studiene som viser at helsepersonell har for lite kunnskaper om ernæring. Lite kunnskaper medfører problemer med å gjenkjenne og behandle underernæring (Gaskill, et al., 2008; Meijers, et al., 2009; Mowe, et al., 2008; Mowe, et al., 1994; Sortland, et al., 2009) Man ser på årstallene i henvisningene at det er flere år mellom disse studiene. Den eldste studien fra 1994 og de andre studiene fra 2008 og 2009, viser samme funn.

Det er også tilsvarende funn i Norske tilsynsrapporter fra 1995 og frem til januar 2013. Det er fire kategorier som tydelig går igjen i de norske rapportene, og det er: Mangel på rutiner ved veiing, vurdering og kartlegging av ernæringsstatus. Mangel på ernæringskompetanse blant helsepersonell. Mangelfull dokumentasjon og mangel på kjennskap til faglige retningslinjer (Helseetaten, 1995;

Helsetilsynet, 2012, 2013; Senter for omsorgsforskning, 2011). Dette viser tydelig mangel på kunnskap og utvikling.

I følge Nortvedt, et al. (2007) er det å bruke forskningsbasert praksis en del av det å jobbe kunnskapsbasert. Ved å benytte anbefalinger fra for eksempel de nasjonale faglige retningslinjene for forebygging og behandling av underernæring (Guttormsen, 2009) benytter man kunnskap som er forskningsbasert. De tiltak som blir valgt i praksis og som ikke har blitt testet i empirisk forskning kan villedde sykepleiere (Nortvedt, et al., 2007). Når man ikke vet hva ens erfaringer er basert på kan det skape utrygghet og forvirring, da sykepleieren ikke kan si for sikkert at tiltak er vist å ha effekt både fra forskning og erfaring. For å sikre kvalitet i arbeid med mennesker er det ikke nok å tro, man skal vite.

For å evaluere om det blir brukt kunnskapsbasert praksis i helsetjenestene skriver Nortvedt, et al. (2007) at man skal se på hva som blir gjort i praksis, deretter skal man sammenligne dette opp i mot standarder eller anbefalinger i faglige retningslinjer. Funnene fra forskningsartiklene viser blant annet at pasienter ikke blir veid regelmessig (Sortland, et al., 2009) og at gjenkjenning og behandling av underernæring er vanskelig (Meijers, et al., 2009). Helsepersonell synes screening, behandling og det å lage ernæringsplan er utfordrende (Mowe, et al., 2008).

Forskningen viser også at helsepersonell får økt ernæringskompetanse av å delta på kurs, og det er vist effekt av å igangsette ernæringstiltak som å øke næringsinnholdet i maten og ha hyppigere måltider (Kennelly, et al., 2010). Screening viser seg å være effektivt for å oppdage personer i risikozonen (Kennelly, et al., 2010; Ruiz-Lopez, et al., 2003).

Studien fra Mowe, et al. (1994) viser at helsepersonell den gang hadde vanskeligheter med å identifisere og behandle underernærte. Studiene fra Gaskill, et al. (2008), Meijers, et al. (2009) og Mowe, et al. (2008) viser ikke store forskjellen, selv om det er ca. 15 år mellom at de ble gjort. Poenget er at forskning viser til mange tiltak som fungerer for å redusere underernæring, men disse blir i liten grad brukt på grunn av at helsepersonell i større grad bruker erfaringsbaserte kunnskaper. Det kan se ut som om ernæringsarbeidet som helsepersonell i dag utfører når det gjelder oppfølging av ernæringsvikt i stor grad er styrt av vaner og rutiner som er ubegrunnede og ureflekterte.

Rammeplanen for sykepleierutdanningen danner grunnlag for høgskolens fagplaner. Den beskriver innhold, omfang og retningslinjer for hvordan utdanningen skal disponeres. Sosial- og Helsedirektoratet (2006) skriver at det kan tyde på at ernæringsfaget har blitt håndtert forskjellig ved høgskolene. Ved at det er benyttet mer studentaktive undervisningsmetoder nå enn før, noe som kan føre til variasjoner og at kvantifiseringen av antall timer kan være vanskelig. For å bedre

kunnskaper om ernæring i sykepleierutdanningen, bør rammeplan og fagplan ha større fokus på ernæringsproblematikken (Sosial- og Helsedirektoratet, 2006).

For å forebygge underernæring i sykehjem burde det vært større tilbud om faglig oppdatering på arbeidsplassen, og helsepersonell kunne blitt flinkere til å holde seg faglig oppdatert på eget initiativ. Alt ferdig utdannet helsepersonell har eget ansvar for å holde seg faglig oppdatert (Helsepersonelloven, 1999, 2012).

4.1.1.2 Erfaringsbasert kunnskap om mangel på kunnskap som fører til at underernærte pasienter og pasienter i risikozonen ikke blir identifisert

Som nevnt tidligere skal kunnskapsbasert praksis være basert på en blanding av erfaring, forskning og brukermedvirkning (Nortvedt, et al., 2007). Gode og mindre gode erfaringer erverves gjennom å arbeide som sykepleier. Erfarne sykepleiere kan utvikle faglig skjønn og klinisk blikk som skal ses i sammenheng med forskning og brukermedvirkning for å vise at tiltak har effekt.

Rapporten fra Helsetilsynet (2012) viser at det i mange kommuner i liten grad ikke ble brukt erfaringer fra uønskede tilfeller og feil på arbeidsplassen til å foreta forbedringer. Det samme vises i en rapport fra Helsetilsynet (2013), der det ikke var gjort vurderinger av hvor det var risiko for svikt i ernæringsbehandlingen. For å forebygge underernæring blant eldre, burde sykepleiere og andre helsepersonell ta lærdom av feil og tiltak som ikke fungerer for å øke kvaliteten av den erfaringsbaserte delen av kunnskapsbasert praksis.

I studien av Ruiz-Lopez, et al. (2003) og Kennelly, et al. (2010) ser man at det er vist effekt av ernæringscreeningsverktøyene MNA og MUST for å oppdage underernæring hos eldre, mens i studien av Meijers, et al. (2009) og Mowe, et al. (2008) hadde helsepersonellet problemer med å gjenkjenne underernæring, de brukte ikke screeningsverktøy. Det er bevist at sykepleiere bør bruke screening i kartlegging av Eldres ernærings situasjon, mangel på kunnskap fører til at det ikke blir avdekket.

Kagansky, et al. (2005) påpeker i sin studie at det anbefalte screeningsverktøyet MNA kan være vanskelige og tidkrevende å bruke hos syke eldre i sykehus da de som skal screenes må være samarbeidsvillige, noe som kan være utfordrende om vedkommende har fysisk eller kognitiv svikt.

Mowe, et al. (2008) viser at en stor del av ernæringskunnskapen til skandinaviske leger og sykepleiere var selvlært, altså erfaringsbasert. Dette pekes på som en årsak til de manglende kunnskapene blant helsepersonellet. Det var vist bedre kunnskaper hos helsepersonell med bedre utdanning i forhold til de som ikke hadde like god utdanning.

Dette er den eneste studien som tar for seg noe om at helsepersonell bruker erfaringsbaserte kunnskaper, og i dette tilfellet viste de erfaringsbaserte kunnskapene at helsepersonellet hadde utilstrekkelige ernæringskunnskaper. Dette viser hvor viktig det er at en ikke stoler blindt på erfaringer, men at en må se sin erfaring i sammenheng med resultat av forskning og brukerkunnskap for å vite om det har effekt. Deretter må planer lages, tiltak må settes i gang og de må følges opp og vurderes. Det er viktig at helsepersonell som står i kontakt med brukeren dokumenterer og oppdaterer behandlingsplanen slik at man kan følge utviklingen, for så å justere tiltak.

4.1.1.3 Brukermedvirkning som kunnskap for å identifisere pasienter med eller i risiko for underernæring

Brukermedvirkning kan bidra til at man får en økt treffsikkerhet i håp om å hjelpe pasienten i forhold til gjennomføring og planlegging av generell behandling og tilbud. At brukere blir møtt på en god måte, blir tatt på alvor og sett er avgjørende for at sykepleien man gir skal være av god kvalitet. Sykepleiere som «eksperter» på et fagområde kan synes at et område kan være problematisk hos en pasient, mens pasienten ikke trenger å synes at problemet er like relevant for ham. Når brukere blir involvert og er med og tar avgjørelser om eget liv og helse, har det vist seg å ha bedre behandlingsresultater samt at de får bedre funksjon i hverdagen (Kveseth & Mikkelsen, 2010).

Sykepleier og bruker skal samarbeide om å ta gode beslutninger. Det er sykepleiers rolle å legge til rette for det (Nortvedt, et al., 2007). I den gjennomførte litteraturstudien er det ikke blitt funnet studier som aktivt tar med bruker i planlegging av behandling av behandling eller forebygging av deres underernæring. Hovedproblemet til underernærte er at de får i seg for lite mat. For at pasienter skal spise og drikke mer må sykepleier snakke med bruker for å finne ut hva bruker ønsker i forhold til valg av matvarer og måltidsituasjoner.

Castellanos, et al. (2009) hadde i sin studie gitt beboerne to berikede matalternativer å velge mellom til frokost og lunsj. Det hadde effekt da det viste seg at de småspiste beboerne inntok mer kalorier når både frokost og lunsj var næringsberiket, i motsetning til de som spiste som normalt da de inntok mer kalorier ved frokosten, når både frokost og lunsj var næringsberiket.

4.1.2 Identifisering av personer i ernæringsmessig risiko

4.1.2.1 Forskningsbasert kunnskap ved identifisering av personer i ernæringsmessig risiko

For å forebygge underernæring er det vesentlig at sykepleiere har kjennskap til risikofaktorer. Det er sett på hvilke type mennesker og hvilke sykdommer som fører til at man er i faresonen når det gjelder underernæring. Studien av Martin, et al. (2007) viser at mennesker som endrer mengde og

type mat som blir spist på grunn av alvorlig sykdom, har stor tilbøyelighet for å bli underernærte. Det samme gjelder de som ikke kommer ut av hjemmet på egenhånd, eller de som har tapt 4,5kg ufrivillig i løpet av 6 måneder.

Studien av Kennelly, et. al (2010) viser at depressive personer er i risiko sammen med personer med kognitiv svikt, aleneboende eldre med lite støtte og eldre som er dårlig til å samarbeide. Flere studier bekrefter at mange eldre i sykehus er underernærte (Chen, et al., 2009; Kagansky, et al., 2005; Mowe, et al., 1994).

Eldre er en utsatt gruppe i forhold til underernæring. Når man blir eldre kan plager som munntørrhet, tannråte og skade på tenner oppstå på grunn av redusert spyttsekresjon. Det fører til redusert spise- og svelgefunksjon (Brodtkorb, 2010). Det at dårlig munn- og tannstatus hos eldre kan påvirke matinntak negativt bekreftes av flere studier (Chen, et al., 2009; Sheiham & Steele, 2000).

Det er viktig at sykepleiere har kunnskaper om Eldres munn- og tannhelse da dette kan innvirke på evnen til å få i seg mat. Sykepleiere kan hjelpe beboere på sykehjemmet som ikke klarer og ivareta munnhygiene selv med munnstell og sørge for at de eldre får oppfølging og behandling hos tannlegen. Det å vite at et løst gebiss hos en dement beboer kan være årsak til at beboeren spiser mindre, er betydningsfullt for å vite hvordan man kan hjelpe brukeren til å spise som normalt igjen.

Når man blir eldre vil kroppens energibehov reduseres og det kan medføre at energiinntaket også blir lavere. Det er mange eldre som bor alene og hos mange av disse kan vekttapet begynne når de mister ektefellen. Det kan føre til isolering og ensomhet. Næringsinntaket kan endres om man blir avhengig av andre for å lage og spise mat, noe som mange beboere i sykehjem og institusjoner er. Ellers er aleneboende eldre med kronisk sykdom og høyt medikamentbruk utsatt for mindre matinntak og redusert matlyst (Mowe, 2012).

I studien av Gaskill, et al. (2008) var pasientene over 90 år i større grad underernærte i forhold til pasienter mellom 41-90 år. At eldre pasienter er en utsatt gruppe bekreftes også i studien av Chen, et al. (2009) da de eldre i liten grad klarte å komme tilbake til sin opprinnelige vekt etter sykehusopphold. Sykepleiere må bli bevisst på disse utfordringene og være observante med tanke på risikofaktorer som kan føre til underernæring. Det vises til like risikofaktorer i heftet «Når matinntaket blir for lite» (Sosial- og Helsedirektoratet, 2006).

Rugås og Martinsen (2003) mener at det å identifisere pasienter som er utsatt for underernæring er viktig, da behandling av pasienter med alvorlig ernæringssvikt kan være utfordrende og vanskelig. Forskning viser at tidlig oppstart med behandling kan regnes som det viktigste forebyggende tiltaket

for å bremse videre utvikling av underernæring (Aagaard, 2005; Gaskill, et al., 2008; Meijers, et al., 2009).

4.1.2.2 Erfaringsbasert kunnskap for å identifisere personer i ernæringsmessig risiko

Studien av Mowe, et al. (2008) påpekte at helsepersonell med god utdanning hadde bedre kunnskaper om blant annet om risikofaktorer for underernæring, enn de som ikke hadde så god utdanning. Dette er den eneste studien som sier noe om helsepersonells erfaringsbaserte kunnskaper når det kommer til identifisering av personer i risiko for utvikling av underernæring. De andre studiene som omhandler risikofaktorer for underernæring har bare påvist hvilke, som for eksempel eldre med økt hjelpebehov (Gaskill, et al., 2008).

For å forebygge underernæring trenger sykepleiere mer erfaringsbasert kunnskap om hvilke mennesker som er i risiko for underernæring. Ved observasjoner av brukere er det sykepleiers kliniske blikk og erfaring som er grunnlaget. Sykepleiere kan få bedre erfaringskunnskaper ved for eksempel kurs, videreutdanning og gjennom arbeid. Ved at sykepleiere får bedre ernæringskunnskaper og derav mer erfaring og om hvor det er fare for svikt, for eksempel hos personer med kroniske sykdommer og kreft blir det enklere å plukke ut brukere i faresonen ved ankomst av nye brukere på sykehjem.

Hauge (2010) skriver at beboere på sykehjem i stor grad er multisyke og har redusert funksjonsevne. De vanligste årsakene til innleggelse i sykehjem er aldersdemens, hjerneslag, psykiske lidelser og hjerte-lunge lidelser. Dette er tilstander som gir nedsatt funksjonsevne og kan føre til underernæring. Eldre mennesker i institusjon er spesielt utsatte for underernæring (Aagaard, 2011). Derfor er det viktig at sykepleiere er oppmerksomme på de utsatte pasientgruppene, slik at man kan observere og ivareta ernæringsstatus for å forebygge underernæring

Mowe (2002) skriver at det skulle ha vært ernæringsteam som står for beslutninger rundt tverrfaglige utfordringer og en minstestandard på tiltak mot underernæring hos eldre i Norske sykehus. Det er kjent at menneskers ernæringsproblemer øker med alderen. For å forebygge underernæring hadde det vært et bra tiltak å ha ernæringsteam i sykehjem og hjemmetjeneste også etter modellen beskrevet av Mowe (2002).

4.1.2.3 Brukerkunnskap for å identifisere personer i ernæringsmessig risiko.

For å få gode resultater av ernæringsarbeid er det viktig at helsepersonell og pasient har et aktivt samarbeid. Sykepleier kan alene eller i samarbeid med andre ansatte på sykehjemmet tilby pasienter veiledning og råd i forhold til ernæring, men det er viktig at veiledningen og undervisningen er tilrettelagt den enkelte pasient (Hougaard, 2011).

Det er kjent at aleneboende og skrøpelige eldre er i risiko for å bli underernært. Når sykepleier skal kartlegge brukeres ernæringsstatus, må sykepleier finne ut hvilke områder brukeren synes kan være problematiske, før man kan gå i gang med å forebygge underernæring (Aagaard, 2011).

I en rapport av Aagaard (2010) er det vist at 26 % av beboere på sykehjem ikke gledet seg til måltidene og 19 % ikke hadde det trivelig under måltidene. Av brukere som hadde det fint ved måltidene, fortalte en brukeren at hun har en venninne hun spiser sammen med. De hygger seg med maten og brukeren påpeker at det er viktig å ha det hyggelig rundt bordet. Et sitat fra en bruker som ikke hygget seg var:

«Det er trist i spisestua. Ingen prater; det sliter på meg. Det er om å gjøre for meg å spise ferdig, og deretter går jeg inn på rommet» (Aagaard, 2010, s. 41)

Det spekuleres i om den kulturelle og sosiale betydningen av spisemiljø blir viktigere når man blir eldre. For at de eldre skal spise tilstrekkelig, føle tilhørighet og hyggelig samvær med andre er det viktig med en god atmosfære rundt måltidene. Sykepleiere har ansvar for å bidra til godt spisemiljø, da det kan være vanskelig for pasienter i institusjon og skape god stemning ved spisesituasjonene. Hvem brukerne sitter sammen med kan avgjøre trivselen ved matbordet, og det er viktig at sykepleiere og annet helsepersonell i sykehjem viser hensyn til brukernes ønsker (Brodtkorb, 2010).

Sykepleierne på sykehjemmene må observere brukerne ved måltidene. Hvis det er noen av beboerne som raskt trekker seg tilbake til rommet kan man snakke med brukeren for om mulig å finne årsaken. Dette kan kanskje løse problemet og gjøre spisesituasjonen til brukeren bedre. Når brukeren ikke trives i måltidsituasjonen kan det være en risikofaktor for underernæring, og føre til at pasientene spiser mindre. Sykepleiere bør være ekstra oppmerksomme på om brukeren i tillegg lider av alvorlig sykdom som utgjør en større risiko med tanke på utvikling av underernæring. Brodtkorb (2010) mener det er hensiktsmessig å lage en målrettet plan for bedring av ernæringssituasjonen til de som blir kategorisert med økt risiko for underernæring.

4.1.3 Helsepersonell må veie og screene pasienter for å oppdage underernæring

4.1.3.1 Forskningsbasert kunnskap ved veiing og screening for å oppdage underernæring

Det viser seg at det i liten grad blir brukt screening og veiing regelmessig i helseinstitusjonene, selv om noen hadde tilgang på faglige retningslinjer og vekter for å veie pasientene (Meijers, et al., 2009)

I de nasjonale faglige retningslinjene for forebygging og behandling av Guttormsen (2009) er det vist flere eksempler på ernæringscreeningsverktøy, som f.eks. MNA og MUST. Disse screeningsverktøyene er bevist å være effektiv for å oppdage personer i ernæringsmessig risiko (Kennelly, et al., 2010; Ruiz-Lopez, et al., 2003).

Videre i de faglige retningslinjene er det anbefalt at alle beboere i sykehjem, institusjon og brukere i hjemmetjenesten skal vurderes for ernæringsmessig risiko ved opprettet vedtak og etter innleggelse. Deretter skal risikovurdering gjøres månedlig eller etter faglig begrunnet individuelt opplegg (Guttormsen, 2009).

Helsetilsynet (2013) viste at det manglet etablert og kjent praksis for vurdering og kartlegging av ernærings situasjonen hos nye brukere i sykehjem. Likedan i rapporten fra Helseetaten (1995) der det ble foretatt vektkontroll i 74 av 175 avdelinger og månedlig vekt ble tatt av beboere i kun 16 avdelinger.

Det ble også oppdaget utfordringer i forhold til screening og veiing av brukere i sykehjem og hjemmetjenester i Senter for omsorgsforskning (2011) da rapporten viste mangel på screening av brukere og tilgjengelige vekter. Av 1439 brukere var kun 308 brukere vurdert for ernæringsmessig risiko. Undersøkelsespersonalet har valgt å tolke dette som at den ernæringsmessige vurdering her er gjort på grunnlag av skjønn, og ikke på grunnlag av screening. De mener da at tallet på brukere med ernæringsmessig vurdering skulle vært høyere dersom screening ble brukt. I den Norske studien av Sortland, et al.(2009) ble beboerne veid hver 6 måned og det resulterte i at vekttap ble oppdaget.

Funn i fagartikler av Aagaard (2005), Jonvik, et al. (2011), Rugås og Martinsen(2003) viser at det mangler rutiner på veiing. For å forebygge underernæring hos eldre i sykehjem er det viktig at vekttap blir identifisert. Det er derfor vesentlig at det blir utført rutinemessig veiing og at resultatene dokumenteres, slik at det kan tidlig kan iverksettes tiltak når vekttap oppdages (Simmons, et al., 2008; Sortland, et al., 2009).

Rugås og Martinsen (2003) skriver videre at det å kontrollere vekt regelmessig er et enkelt mål for vekttap. Ved oppstart av veiing viste det seg at flere sykehjem manglet vekter. Enten så hadde de ikke vekt eller så var den ødelagt eller til reparasjon. Det kan virke som vurderingene er preget av

enkle observasjoner som at pasienters mat blir stående urørt og klær har blitt rommere. De påpeker at det er viktige observasjoner, men at det ikke er nok alene for å avsløre underernæring. Målet med regelmessig veiing er å danne systematiske rutiner som kan styrke vurdering og kartlegging av pasienters ernæringstilstand.

Aagaard (2005) skriver om at sykepleierstudenter i praksis ikke oppdaget at veiing ikke var rutine. Av 102 ernæringsjournaler fra sykehus var ikke mer enn 85 journaler fylt ut med innleggelsesvekt. Større mangel vises ved sykehjem der kun 46 % (137 av 298) var fylt ut med vekt etter innleggelse, i tillegg var over 55 % ikke registrert med tidligere vekt. Når det ikke har blitt registrert tidligere vekt blir det umulig å oppdage og følge vektutvikling. 287 av sykehjemspasientene hadde ikke fått dokumentert vekt før sykepleiestudentene fylte ut ernæringsjournalen. Det ble ikke bare oppdaget mangler på vekt, men også på høydemåler og målebånd som er like viktige verktøy i arbeid med å vurdere ernæringstilstand. Ved å føre ernæringsjournal på samtlige pasienter vil man få økt bevissthet rundt vektregistrering og vektendringer, noe som er viktige indikatorer for vurdering av ernæringsstatus.

4.1.3.2 Erfaringsbasert kunnskap om veiing og screening for å oppdage underernæring

Erfaringsbasert kunnskap utvikles i følge Nortvedt, et al. (2007) gjennom å lære av å praktisere. I forhold til fokus på veiing og screening kan sykepleier dra nytte av sin erfaring gjennom det kliniske blikket for å avdekke begynnende ernæringssvikt. Det kliniske blikket skal ikke avgjøre tilstand alene, men om man også beregner KMI hos beboere vil det gi konkrete tall om ernæringstilstand slik at man tidlig kan begynne med tiltak. Sykepleier trenger ikke nødvendigvis å screene og veie pasienter for å se at vedkommende er underernært eller står i fare for å bli det.

Sykehjemspasienter bør veies månedlig. Dersom pasienter er i risikogruppen for underernæring bør de veies ukentlig for en tettere oppfølging. Underernæring utvikles over lang tid og kan være vanskelig å oppdage. Måling av KMI er kanskje den viktigste metoden for å vurdere ernæringsstatus (Brodtkorb, 2010).

Rugås og Martinsen (2003) har erfart at helsepersonell i liten grad har gjennomført systematiske vektkontroller. Videre skriver de at det vil være hensiktsmessig å ha rutinemessige vektkontroller av brukere i tillegg til klinisk vurdering av brukernes livssituasjon siden hverdagen i en sykehjemsavdeling ofte kan være travel. Om man både bruker klinisk blikk og systematisk veiing vil det kunne være forebyggende mot underernæring.

Det kliniske blikket kan brukes ved å observere bruker i spisesituasjoner. En kan se hva og hvor mye brukeren spiser og drikker. Man kan observere generell allmenntilstand, og om bruker får bistand med stell kan man observere hvordan klærne rommer og eventuelt om man ser forandring av

underhudsfett og muskelmasse. Om sykepleier stiller spørsmål ved ernæringstilstanden til en bruker, er det effektivt å veie og screene brukeren for å få bekreftet eller avkreftet mistanker om underernæring. Det er en fordel dersom vekt er registrert tidligere, da det blir enkelt å stadfeste eventuelt vekttap.

Studien av Mowe, et al. (2008) viser at helsepersonell hadde dårlige erfaringer med ernæringsmessige vurderingsteknikker og synes det var problematisk å identifisere de underernærte, det ble ikke brukt screeningsverktøy i denne studien. I andre studier ble det vist effekt av å bruke screeningsverktøye som MNA og MUST til dette formålet (Kennelly, et al., 2010; Ruiz-Lopez, et al., 2003).

Et godt klinisk blikk utvikles over tid ved å reflektere rundt erfaringer. Ved at man for eksempel har mye erfaring med en type pasienter blir observasjoner rundt pasienten gjort automatisk uten at sykepleieren tenker på det. Det gjør at en raskt kan oppdage endringer hos pasientene. En nyutdannet sykepleier har ofte ikke så mye erfaring og det kliniske blikket er ennå ikke så godt utviklet. Det er viktig å være bevisst sitt kliniske blikk slik at man ikke handler på autopilot, men at en vet hvorfor og hvordan tiltak fungerer. En skal heller ikke stole fullt og helt på klinisk blikk, da det kun er ens egen tolkning. Det kliniske blikket er basert på erfaringer og praksis en har med seg fra tidligere.

4.1.3.3 Brukermedvirkning ved veiing og screening for å oppdage underernæring

Det er ikke funnet noen studier som tar bruker med i bestemmelser om screening og veiing for å forebygge underernæring. Som nevnt tidligere er det vist bedre behandlingsresultater hos brukere som blir involvert og er med og tar avgjørelser om eget liv og helse (Kveseth & Mikkelsen, 2010).

Forslag på hvordan dette kan gjøres i praksis kan være om en kognitivt oppegående pasient har hatt vekttap. Sykepleier må snakke med pasienten om vekttapet og i samarbeid med lege kan de kanskje finne årsak til vekttapet. Deretter kan man lage behandlingsplan med planlagte måltider og dato for neste veiing. Hvis pasienten ønsker det og han opplever å bli tatt med på avgjørelser, kan det føre til større innsats og engasjement. Når man har satt en dato for neste veiing kan pasienten være mer motivert for å øke energiinntaket.

4.1.4 Bruk av ernærings tiltak for å forebygge og redusere utvikling av underernæring

4.1.4.1 Forskningsbasert kunnskap om bruk av ernærings tiltak for å forebygge og redusere utvikling av underernæring

For å hindre underernæring viste det seg å være mer effektivt å lage en tilrettelagt plan enn kun bruk av orale supplementer alene. Planen må ta hensyn til faktorer som for eksempel kognitiv status, munn- og tannhelse, ADL-funksjon eller om pasienten har depressive symptomer. Beboerne i studien fikk tett oppfølging individuelt i tre måneder med registrering av vekt og spist mat. Det viste seg å være effektivt da beboerne gikk opp i vekt (Christensson, et al., 2000).

For å hjelpe pasienter med ernæringsproblemer, er det viktig med tverrfaglig og systematisk tilnærming. Det er sykepleieren som leder det tverrfaglige ernæringsarbeidet i sykehjem. Sykepleier har også ansvar for å identifisere pasientenes ernæringsproblemer, og lage tilrettelagte tiltaksplaner (Brodtkorb, 2010). Dette er naturlig da sykepleiere har et overordnet ansvar på sykehjem, og de ser pasientene daglig.

Forskning viste at småspiste beboere på sykehjem inntok mer energi til frokost og lunsj da begge disse måltidene var næringsberiket, i motsetning til storspiserne som hadde større energiinntak ved frokost når både lunsj og frokost var næringsberiket. Om næringsberiking skal fungere som tiltak er det viktig at alle måltidene berikes (Castellanos, et al., 2009).

At sykepleiere og andre helsepersonell i sykehjem har kunnskap om hvordan man øker energi- og proteininnhold i mat er viktig da næringstett mat kan være forebyggende for underernæring. Næringsberiking kan gjøres ved for eksempel å tilsette egg- og fete meieriprodukter (Hougaard, 2011). Vann til måltidene kan erstattes med juice eller saft, mens supper og grøt kan tilsettes fløte eller rømme. En kan oppmuntre pasienten til å velge majonesbaserte salater som pålegg, ellers finnes det også industrielt fremstilte næringsprodukter i væske- eller pulverform man kan blande i mat og drikke for å øke næringstettheten (Brodtkorb, 2010). I studien av Kennelly, et al. (2010) ga 80 % av helsepersonell eldre beboere ernæringsråd etter å ha deltatt på ernæringskurs. Rådene kunne være å spise flere små måltider om dagen eller bruke næringspulver og at næringsdrikker skal drikkes i tillegg til måltidene og ikke erstatte de.

Jonvik, et al. (2011) skriver om et prosjekt der eldre på sykehjem som ble kategorisert som underernærte ved MNA-screening, var de som oftest takket ja til ekstra måltider når det ble tilbudt. Det var senkvelds og tidligfrokost som ble valgt til ekstramåltider og det ble ofte servert kjeks, brødskeer eller frukt. Det er ikke alle som ber om mat på eget initiativ, noe som viser at behovet for

mat er der selv om beboere ikke etterspør det. De som har mest behov for mat er de underernærte, så de kan være de som først kjenner at de har lyst på noe når de får tilbudet.

Flere sykehjem har problemer med lang nattfaste. At 15,5 timers nattfaste er tilfelle vises av Jonvik, et al. (2011) og Senter for omsorgsforskning (2011). Nattfaste på 14 timer forekom hos 45 % av beboerne på sykehjem i studien av Aagaard (2010). Brodtkorb (2010) skriver at mange sykehjem kan ha problemer med lang nattfaste hos beboere. Videre skriver hun at det ikke bør gå over 12 timer mellom dagens siste og neste dags måltid. Det er ikke funnet noen årsak til at nattfasten ikke bør gå over 12 timer, hverken fra Brodtkorb (2010), Jonvik, et al. (2011), Senter for omsorgsforskning (2011) eller i heftet «Når matinntaket blir for lite...» (Sosial- og Helsedirektoratet, 2006).

Aagaard (2010) referer til Socialstyrelsen (2000) da hun skriver at lang nattfaste gjør at kroppen bryter ned muskelmasse for å sørge for tilstrekkelig energi. Denne kilden ble undersøkt og årsaken ble heller ikke funnet her, derimot anbefales det ikke nattfaste over 11 timer i sykehjem av Socialstyrelsen (2000).

Pasienter bør ha mulighet til å spise når de har lyst på mat, selv om det kan være å spise utenom institusjonens spisetider (Brodtkorb, 2010). Å utvide måltidstilbudet med tidligfrokost og, eller senkvelds kan være et godt tiltak for å forebygge underernæring og det vil i større grad være forebyggende om sykepleier sørger for at pasienten får næringsberiket mat.

4.1.4.2 Erfaringsbasert kunnskap om bruk av ernæringstiltak for å forebygge og redusere utvikling av underernæring

Det ble ikke funnet forskning som omhandlet helsepersonells erfaringer om effekt av ernæringstiltak. Ved tilbud om ekstramåltider morgen og kveld til sykehjemsbeboere, hevdet helsepersonalet de kjente beboerne godt slik at de visste hvem som kanskje ønsket mat og ikke. De erfarte at brukere som tidligere hadde avslått tilbud om ekstramåltider ble lei av å bli spurt hver gang (Jonvik, et al. 2011). Når sykepleiere spør beboere om dette regelmessig vil det føre til at de også vet hvem som ofte takker ja. Sykepleiere kan da bli flinkere til å tilby disse beboerne god og næringstett mat servert i små porsjoner.

Det kan være flere årsaker til at brukere ikke får dekket sitt ernæringsbehov. Pasienter med tygge- og svelgeproblemer kan behøve ekstra hjelp (Hougaard, 2011). Sykepleier må være tilstede ved måltidene og tilpasse maten til disse brukerne, ved for eksempel å mose maten eller skjære den opp i passende biter. De som behøver hjelp med mating må også få det på en god måte.

At maten blir servert i upassende porsjoner og på en uappetittlig måte eller at bruker har en dårlig sittestilling kan føre til at bruker ikke får til å spise (Hougaard, 2011).

Sykepleier må bruke sin erfaring og sørge for at de beboerne som ser ut til å ikke ha en god

sittestilling får det. Det er også viktig at sykepleier utfører tiltak og tilpasser porsjonene til bruker. Sykepleier kan sitte sammen med beboerne under måltidet for å skape en god atmosfære. Det kan føre til bedre matlyst og virke forebyggende mot underernæring.

Brodtkorb (2010) skriver at mangel på kvalifisert personale er en av årsakene til at eldre i sykehjem ikke mottar den hjelpen de trenger i måltidsituasjoner.

Innledningsvis i oppgaven ser man i tabell 1 at det er forespeilet en enorm økning i antall eldre i årene som kommer. Det er sykepleiere i institusjonene som har ansvar for å lede, veilede og undervise helsefagarbeidere og assistenter i arbeidshverdagen. Matsservering og ernæringsarbeid er en naturlig og viktig del av det. De inkluderte studiene i denne oppgaven viser også at det er mangel på kvalifisert personale i sykehjem. Om tallene i tabellen stemmer og man får en slik eldrebølge i Norge kan det føre til økt behov for helsepersonell og helsetjenester i årene fremover.

I fagartikkelen av Rugås og Martinsen (2003) viste personalet positiv interesse rundt måltidsituasjon på sykehjemmet etter oppstart med prosjekt med fokus på beboernes ernæring. At helsepersonell deltar i ernæringsprosjekt kan føre til økt oppmerksomhet om Eldres ernæring. Ved oppdatering av faglige kunnskaper kan sykepleiere justere de ernæringstiltak som blir gjort. Det fører til økt erfaringskompetanse. Dette prosjektet førte til at rutiner ved måltider ble endret slik at beboerne fikk økt brukermedvirkning. Uten faglige og nye input kan det være vanskelig og komme ut av fastkjørte mønstre.

4.1.4.3 Brukermedvirkning og bruk av ernæringstiltak for å forebygge og redusere utvikling av underernæring

Brodtkorb (2010) skriver at pasienter lettere kan velge fristende mat når de kan smøre og velge selv i motsetning til ved oppsmurt mat. Etter prosjektet om ernæring blant sykehjemsansatte av Rugås og Martinsen (2010), førte det til at beboere som ønsket det fikk bestemme pålegg og smøre egne brødskeer.

Brukermedvirkning i sykehjem kan styrkes ved at sykepleiere tilrettelegger slik at beboere som ønsker det får smøre brødskeer selv. Det reduserer risiko for underernæring da det kan bidra til at pasienten føler seg mindre avhengig av hjelp og en vet også at pasienten får det den har mest lyst på noe som har betydning for matlysten.

Sykepleiere og andre helsepersonell i sykehjem må ha kunnskap om matsservering og ønskekost, da det kan være avgjørende for om pasientene ønsker eller får lyst på mat og drikke. Når pasienten mangler appetitt og har svekket almenntilstand skal maten som serveres se appetittlig ut. Det kan hjelpe pasienter som ikke har god matlyst til å prøve å spise litt selv om de ikke har så lyst på mat (Sortland, 2007).

Sykepleiere må vise hensyn til sykehjemsbeboernes synspunkter og erfaringer for å sikre god kvalitet i tjenesten og for å jobbe kunnskapsbasert. I rapporten av Aagaard (2010) ble ingen av de samtykkekompetente beboerne i 32 sykehjem tatt med i planlegging av meny. Det er sitert en beboer som forteller at han har bodd på sykehjemmet i to år, men at han i løpet av den tiden aldri har fått sin livrett. I rapporten har beboerne blitt spurt om hvilken mat de ønsker seg, og mange ønsket vanlig husmannskost som for eksempel fårikål, spekesild, bønner og flesk.

Aagaard (2010) skriver at de fleste beboerne stort sett var fornøyde med spisesituasjonen og maten, men at beboerne ikke ønsket å klage og de syntes de burde være takknemlige. Til tross for det hadde beboerne kommentarer og synspunkter om hvordan måltider og mat kunne bli bedre.

Med denne kunnskapen om brukernes ønsker om mat og måltider og ved å ta hensyn til brukeres rett til å medvirke, må man forvente at sykepleiere og andre helsepersonell i sykehjem i større grad inkluderer beboerne mer i avgjørelser om hvilken mat som skal serveres. Ved å legge til rette for at beboere som spiser lite får god mat som de er kjent med, kan det være det første steget mot økt matinntak. Det kan gjøres ved at de ansatte er på tilbudssiden og spør beboerne hvilke matønsker de har.

Rapporten fra Helseetaten (1995) viste at helsepersonalet samarbeidet med kjøkkenpersonalet om beboere hadde problemer med å få i seg nok næringsstoffer og energi, men at det var dårlig samarbeid med ernæringsfysiologene. Resultatene av kartleggingen viste at det å gi beboere større valgfrihet blant matvarer og bedre tilrettelegging, hjelp ved måltider samt jevnlig undervisning for personalet var de beste forebyggende tiltakene for å unngå underernæring.

At helsepersonell ikke inkluderer brukere i avgjørelser om deres liv viser at de ikke jobber kunnskapsbasert.

4.2 Metodediskusjon

Forebygging av underernæring hos eldre ble valgt som tema fordi dette er av stor personlig interesse noe som er en fordel i arbeid med større oppgaver. Søk etter forskningsartikler ble startet tidlig i januar 2013. Dette var litt utfordrende da det ikke eksisterte noen varianter av ordet «prevent» som Mesh-term i databasene. For å finne forskning med forebyggende fokus på underernæring ble det brukt søkeord som kunne tenkes å omhandle forebygging, jf Vedlegg 1.

Dette er også årsaken til det ble gjort flere søk med forskjellige søkeord i databasene. For et bredere søk kunne det med fordel blitt brukt de samme søkeordene i flere databaser. Dette kan anses som en svakhet ved denne studien. Flere søk i andre databaser ble ikke prioritert da det ville tatt for lang tid.

Til tross for at søkene ble gjort i Medline og Cinahl er de utvalgte studiene i stor grad relevante for å besvare problemstillingen.

Det er ikke benyttet sekundærkilder i denne litteraturstudien da det stort sett har vært greit å finne primærkilder. Det ble ikke funnet sekundærkildens henvisning til primærkilden fra (Aagaard, 2010) om årsak til at nattfaste ikke bør gå over 12 timer i sykehjem.

Det ble brukt god tid til oversetting og tolking av artiklene. Det ble gjort grundig ved å ta notater underveis for så å kontrollere funnene senere. Å bruke tekstanalyse som metode var interessant for systematisk å finne temaene i drøftingskapittelet da det førte til en god oversikt over innholdet i litteraturstudien. Det ble laget en matrise der det som skulle diskuteres ble plottet inn i de forskjellige delene. Det var nyttig da det skapte god oversikt.

KBP ble valgt for å få frem hvordan sykepleiere kunne jobbe forebyggende i forhold til underernæringen. Ved å bruke KBP kommer det forebyggende perspektivet godt frem.

Studier fra andre land ble inkludert. Ved granskning av disse ser man for eksempel at det er brukt internasjonale screeningsverktøy som MUST og MNA. Det er viktig for å kunne overføre kunnskapene til norske forhold.

5.0 Konklusjon

Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse hvordan sykepleiere kan oppdage og forebygge underernæring på sykehjem, med mål om at eldre på sykehjem skal ha det godt og unngå unødvendige komplikasjoner og lidelse som følge av underernæring. Problemstillingen var:

Hvordan kan sykepleier bidra til å forebygge underernæring blant eldre på sykehjem ved bruk av kunnskapsbasert praksis?

Ut i fra temaene som ble funnet via tekstanalyse, viser hovedfunnene fra forskningen til gode screeningverktøy og regelmessig veiing som kan brukes for å kartlegge Eldres ernæringsstatus. Men det nytter lite når sykepleiere i sykehjem i liten grad bruker eller har kjennskap til dette. Likedan viser forskningen for eksempel at å lage ernæringsplan for å hindre underernæring er effektivt, men andre kilder som tilsynsrapporter og fagartikler viser at det i liten grad blir brukt regelmessig. Hvilke personer som er utsatte for underernæring vises blant de inkluderte studiene, faglige nasjonale retningslinjer og faglitteratur, men det ser ikke ut til at sykepleiere i sykehjem bruker denne kunnskapen til å forebygge underernæring, og det vises generelt til stor mangel på ernæringskunnskaper blant sykepleiere og andre helsepersonell.

Det ser ut til at ernæringsarbeidet sykepleiere og andre helsepersonell utfører i stor grad baseres på erfaring og rutiner som ikke er begrunnet. Det er en ting som går igjen i hele studien, og det er at sykepleiere og andre helsepersonell ikke inkluderer brukere og pasienter i avgjørelser som angår dem. Det er pasienten som er kunnskapsressurs om seg selv og sykepleiere må vise hensyn til deres ønsker for å skape en best mulig behandling.

Forskningen viser til noen tiltak for å oppdage underernæring, men tiltakene ser ut til å kun bli benyttet mens forskningen pågår. Før forskerne kommer inn i bildet ser man for eksempel at veiing ikke er rutine, før helsepersonell var på ernæringskurs ga de ikke brukerne ernæringsråd og personer i risikosone for underernæring blir identifisert, men det belyses ikke videre tiltak for behandling.

Funnene i denne litteraturstudien er problemfokuset og det er i liten grad funnet forskning som ser på virkning og effekt av tiltak for å forebygge underernæring.

Ut i fra disse funnene er det blitt forslått løsninger for hvordan sykepleiere i sykehjem kan forebygge underernæring. For å forebygge underernæring bør sykepleiere tilegne seg større og bedre kunnskap om ernæring og om hvordan forebygging gjøres. Nøkkelordene er kartlegging av risikofaktor, plan for behandling, veiing, screening og ernærings tiltak. For at forebyggende tiltak for underernæring skal være optimale må tiltakene bekreftes å være virkningsfulle fra forskning. Sykepleiere må vite gjennom erfaring at tiltakene har effekt slik at det samsvarer mellom teori og praksis. For at de forebyggende tiltakene skal passe den enkelte bruker, må sykepleiere inkludere brukerne i avgjørelser om deres liv og helse. Det er brukeren som er ekspert på seg selv og vet hvordan han vil ha det.

Studiens hensikt er relevant for sykepleiers arbeid med eldre i sykehjem, man ser at det er store forbedringspotensialer i forhold til ernæringsarbeidet i eldreomsorgen. Det er behov for studier som forsker på bruk og virkning av de forebyggende tiltak som blir utført i forhold til underernæring.

Litteraturliste

- Aagaard, H. (2005). Ernæring nedprioriteres ofte i *Tidsskriftet sykepleien* (Vol. 17, pp. 68-69). Lastet ned 06.04.13, fra <http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/118604/ernaring-nedprioriteres-ofte>
- Aagaard, H. (2010). "Ærlig talt": mat og måltider i sykehjem : en undersøkelse blant beboere i somatiske sykehjem i Østfold. Halden: Høgskolen i Østfold.
- Aagaard, H. (2011). Væske og ernæring. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt & E. Skaug (red.), *Grunnleggende sykepleie, bind 2* (2 utg., s. 161-207). Oslo: Gyldendal norsk forlag.
- Brodtkorb, K. (2010). Ernæring, mat og måltider. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (red.), *Geriatrisk sykepleie* (s. 254-266). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Castellanos, V. H., Marra, M. V., & Johnson, P. (2009). Enhancement of select foods at breakfast and lunch increases energy intakes of nursing home residents with low meal intakes. *Journal of the American Dietetic Association*, 109(3), 445-451.
- Chen, C. C., Tang, S. T., Wang, C., & Huang, G. H. (2009). Trajectory and determinants of nutritional health in older patients during and six-month post-hospitalisation. *Journal of Clinical Nursing*, 18(23), 3299-3307.
- Christensson, L., Ek, A. C., & Unosson, M. (2000). Individually adjusted meals for older people with protein-energy malnutrition: a single-case study. *Journal of Clinical Nursing*, 10(4), 491-502.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5 utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Elia, M., Zellipour, L., & Stratton, R. J. (2005). To screen or not to screen for adult malnutrition? *Clinical Nutrition*, 24(6), 867-884.
- Folkhelseinstituttet. (2010). Mange flere friske eldre. Lastet ned 22.01.13, fra http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_6496&Main_6157=6263:0:25,5980&MainContent_6263=6496:0:25,5984&Content_6496=6178:84205:25,5984:0:6562:5:::0:0
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2003). *Att göra systematiska litteraturstudier : värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och kultur.
- Gaskill, D., Black, L. J., Isenring, E. A., Hassall, S., Sanders, F., & Bauer, J. D. (2008). Malnutrition prevalence and nutrition issues in residential aged care facilities. *Australasian Journal on Ageing*, 27(4), 189-194.
- Guttormsen, A. B. (2009). *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*. Oslo: Helsedirektoratet, Avdeling ernæring.
- Hauge, S. (2010). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (s. 219-236). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2008-2009). *St.meld nr.47*. Lastet ned 23.01.13, fra <http://www.regjeringen.no/pages/2206374/PDFS/STM200820090047000DDDPDFS.pdf>
- Helseetaten. (1995). Forebygging av underernæring hos eldre i sykehjem, Oslo kommune. Lastet ned 22.02.13, fra <http://www.helseetaten.oslo.kommune.no/.../article19701-6565.html>
- Helsepersonelloven. (1999, 2012). *Lov om helsepersonell, LOV-1999-07-02 nr.64*.
- Helsetilsynet. (2012). *Forebygging og behandling av underernæring*. Lastet ned 01.02.13, fra <http://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Eldretilsynssatsing/Forebygging-og-behandling-av-underernaring/>
- Helsetilsynet. (2013). *Rapport fra tilsyn med forebygging og behandling av feil- og underernæring hos eldre i sykehjem og hjemmetjeneste, Orkdal kommune 2012*. Lastet ned 20.02.13, fra <http://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Tilsynsrapporter/Sor-Trondelag/2012/Orkdal-kommune-underernaring-hos-eldre-2012>
- Hougaard, L. (2011). Ernæring. I I. M. Holter & T. E. Mekki (red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie, sykepleieboken 1* (4 utg., s. 532-552). Oslo: Akribe AS.
- Jonvik K L, Sørland R, & Wibe T. (2011). Spiste flere måltider i *Tidsskiftet sykepleien* (Vol. 8, pp. 72-73). Lastet ned 06.04.13, fra <http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/678655/spiste-flere-maltider>
- Kagansky, N., Berner, Y., Koren-Morag, N., Perelman, L., Knobler, H., & Levy, S. (2005). Poor nutritional habits are predictors of poor outcome in very old hospitalized patients. *American Journal of Clinical Nutrition*, 82(4), 784-791; quiz 913-784.
- Kennelly, S., Kennedy, N. P., Rughoobur, G. F., Slattery, C. G., & Sugrue, S. (2010). An evaluation of a community dietetics intervention on the management of malnutrition for healthcare professionals S. Kennelly et al. Management of malnutrition in the community. *Journal of Human Nutrition & Dietetics*, 23(6), 567-574.
- Kirkevold, M., Brodtkorb, K., & Ranhoff, A. H. (2010). *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kunnskapsbasert praksis. (2012). Lastet ned 21.02.13, fra <http://kunnskapsbasertpraksis.no/kunnskapsbasert-praksis/>
- Kveseth, B., & Mikkelsen, J. (2010). Sykepleiers rolle i kvalitetsarbeid. I U. Knutstad (red.), *Sentrale begreper i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 2* (3 utg., s. 309-346). Oslo: Akribe AS.
- Lindseth K. (2009). Den demografiske utviklingen av antall eldre. Hels-IT-konferansen 2009. Lastet ned 21.05.13, fra http://www.kith.no/upload/5187/kjetil-lindseth_samhandlingsreformen.pdf
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (2 utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Martin, C. T., Kayser-Jones, J., Stotts, N. A., Porter, C., & Froelicher, E. S. (2007). Risk for low weight in community-dwelling, older adults. *Clinical Nurse Specialist*, 21(4), 203-211; quiz 212-203.

- Meijers, J. M., Halfens, R. J., van Bokhorst-de van der Schueren, M. A., Dassen, T., & Schols, J. M. (2009). Malnutrition in Dutch health care: prevalence, prevention, treatment, and quality indicators. *Nutrition*, 25(5), 512-519.
- Mowe, M. (2002). Behandling av underernæring hos eldre pasienter i *Tidsskrift for Den norske lægeforening* (Vol. 122, pp. 815-818). Lastet ned 15.03.13, fra <http://tidsskriftet.no/article/514098>
- Mowe, M. (2012). Eldre. I C. A. Drevon & R. Blomhoff (red.), *Mat og medisin* (6 utg., s. 330-339). Kristiansand: Cappelen Damm Høyskoleforlaget.
- Mowe, M., Bosaeus, I., Rasmussen, H. H., Kondrup, J., Unosson, M., Rothenberg, E., et al. (2008). Insufficient nutritional knowledge among health care workers? *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*, 27(2), 196-202.
- Mowe, M., Bøhmer, T., & Kindt, E. (1994). Reduced nutritional status in an elderly population (> 70 y) is probable before disease and possibly contributes to the development of disease.
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., & Reinart, L. M. (2007). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert : en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- NOU. (2005:3). *Fra stykkevis til helt*.
- NRK. (2013). De sultet og tørstet ihjel på sykehus. Lastet ned 22.04.13, fra <http://www.nrk.no/nyheter/verden/1.10902615>
- Rugås L, & Martinsen K. (2003). Underernæring på sykehjem er vanlig, i *Tidsskriftet sykepleien* (Vol. 6, pp. 34-37). Lastet ned 06.04.13, fra <http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/118524/underernaring-er-vanlig-pa-sykehjem>
- Ruiz-Lopez, M. D., Artacho, R., Oliva, P., Moreno-Torres, R., Bolanos, J., de Teresa, C., et al. (2003). Nutritional risk in institutionalized older women determined by the Mini Nutritional Assessment test: what are the main factors? *Nutrition*, 19(9), 767-771.
- Senter for omsorgsforskning. (2011). Forundersøkelse ernæring, Ålesund kommune. Lastet ned 01.02.13, fra <http://www.omsorgsforskning-midt.no/upload/Ernringsrapportendeligrapport.pdf>
- Sheiham, A., & Steele, J. (2000). Does the condition of the mouth and teeth affect the ability to eat certain foods, nutrient and dietary intake and nutritional status amongst older people? *Public Health Nutrition*, 4(3), 797-803.
- Simmons, S. F., Peterson, E. N., & You, C. (2008). The accuracy of monthly weight assessments in nursing homes: implications for the identification of weight loss. *Journal of Nutrition, Health & Aging*, 13(3), 284-288.
- Socialstyrelsen. (2000). Näringsproblem i vård och omsorg - Prevention och behandling. Lastet ned 17.05.13, fra <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2000/2000-3-11>
- Sortland, K. (2007). *Ernæring, mer enn mat og drikke* (3 utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Sortland, K., Skjegstad, G., Jansen, L., & Berglund, A. (2009). Elderly persons' nutrition and food intake in a nursing home - a pilot study [Norwegian]. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies / Vård i Norden*, 29(4), 25-29.

Sosial- og Helsedirektoratet. (2006). *Når matinntaket blir for lite- : forslag til strukturelle tiltak for forebygging og behandling av underernæring*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, Avd. Ernæring.

Vinje, E. (1993). *Tekst og tolking: innføring i litterær analyse*. [Oslo]: Ad Notam Gyldendal.

WHO. (2013). Definition of an older or elderly person Lastet ned 22.04.13, fra <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>

Vedlegg 1 Oversikt over metode for litteratursøk

Vedlegg 2 Oversikt over inkluderte studier

Vedlegg 3 Utdrag fra tekstanalysen som viser to kategorier.

Vedlegg 1 Oversikt over metode for litteratursøk.

Database	Søkeord	Avgrensninger	Ant.treff	Valgt ut
Medline (15.01.13)	Malnutrition	Or geriatrics And nursing Or therapeutics	32	1
Medline (21.01.03)	1.Energy intake 2.Nutrition assessment 3. 1 or 2 4.Nursing homes 5. 3 and 4 6.Dementia 7. 5 not 6		292	6
Medline (28.01.13)	Protein-energy malnutrition	Or malnutrition and aged and geriatric nursing	55	2
Cinahl (24.01.13)	Preventive health care	And malnutrition and nursing homes	3	1
Cinahl (01.02.13)	Energy intake	Or nutritional assessment And Nursing homes Or Preventive health care	240	1
Håndsök				3

Vedlegg 2 Oversikt over de inkluderte studiene

Forfatter År/ Land	Studiens hensikt	Design	Deltakere	Hovedresultat	Kommentar
VH. Castellanos MV. Marra P.Johnson 2009, USA	Å finne ut om energi og protein supplementer til frokost og lunsj på sykehjemmet førte til økt ernæringsinntak.	Kvantitativ metode	33 deltakere	Storspiserne inntok mer kcal når frokosten var beriket enn når lunsjen var beriket, mens småspiserne hadde større energiinntak når både lunsj og frokost var beriket. Om ernæringsberiking skal fungere som tiltak var det viktig å berike alle måltidene, og ikke bare enkelte retter som grøt og potetmos.	Denne studien hadde ikke behov for etisk godkjenning. Viktig for besvarelsen av oppgaven.

Forfatter År/ Land	Studiens hensikt	Design	Deltakere	Hovedresultat	Kommentar
CCH. Chen ST.Tang C.Wang GH. Huang 2009, Taiwan	Å karakterisere og identifisere bestemmelser for ernæringsstatus over tid hos eldre pasienter i sykehus.	Kvantitativ metode.	360 deltakere	Ernæringsstatusen gikk raskt ned etter innleggelse. Når pasienter ble utskrevet hadde de rekordlav ernæringsstatus, for mange tok det 3-6 mnd å komme tilbake til sin tidligere vekt. Av de eldste klarte 1/5 kun å oppnå 10 % av tidligere vekt.	Etisk godkjent Svært viktig funn for å besvare problemstillingen.

Forfatter År/ Land	Studiens hensikt	Design	Deltakere	Hovedresultat	Kommentar
L. Christensson A C. Ek M. Unosson 2000, Sverige.	Å vurdere om et 3 måneders tilrettelagt ernæringsprogram basert på beboernes individuelle ernæringskrav har effekt hos beboere som er vurdert til å ha protein-energi underernæring.	Kvantitativ metode	11 deltakere	I løpet av 3 måneders perioden nådde 10 av beboerne det anbefalte energiinntaket. 8 beboere økte i tricepshudfold tykkelse, 9 beboere økte i armmuskel omkrets og 10 beboere økte konsentrasjon i blodet av serum albumin. Den mentale funksjonen til de beboerne som ikke var demente ble også forbedret.	Godkjent av etisk komité. Svært viktige funn for besvarelse av oppgaven.

Forfatter År/ Land	Studiens hensikt	Design	Deltakere	Hovedresultat	Kommentar
D. Gaskill L.J. Black EA. Isenring S. Hassall F. Sanders JD. Bauer 2008, Australia.	Å fastslå forekomsten av underernæring og undersøke ernæringsmessige problemer hos eldre omsorgsboliger.	Kvantitativ metode.	352 deltakere	50 % godt ernært, 43,1 % moderat underernært, 6,4 % alvorlig underernært. Å oppdage underernæring tidlig er viktig tiltak for å redusere utviklingen. Forekomst av underernæring var høyere hos beboere som var hjelpetrengende i motsetning til de som ikke var like hjelpetrengende. Økt alder blir assosiert med underernæring. Mer enn 2/3 av pasientene over 90 år var underernært sammenlignet med pasienter mellom 40-90 år. Munn og tannstatus var neglisjert og dette hadde påvirkning på ernæringsinntak.	Etisk godkjent. Svært viktige funn for besvarelsen av oppgaven

Forfatter År/ Land	Studiens hensikt	Design	Deltakere	Hovedresultat	Kommentar
N. Kagansky Y. Berner N. Koren-Morag L. Perelman H. Knobler S. Levy 2005, Israel	Å identifisere risikofaktorer for utvikling av underernæring hos eldre innlagt i sykehus. Og evaluere MNA score og subscore som prediktor ved lang tidsopphold på sykehus.	Kvantitativ metode	520 pasienter.	Høy forekomst av underernæring hos eldre på sykehus. Screening av kostvaner er et raskt og enkelt verktøy for å vurdere ernæringstilstanden. Lav MNA score var risiko for økt dødelighet og langvarig sykehus opphold.	Godkjent av etisk komite. Viktig funn for besvarelse av oppgaven.

Forfatter År/ Land	Studiens hensikt	Design	Deltakere	Hovedresultat	Kommentar
S. Kennelly NP. Kennedy GF. Rughoobur CG. Slattery S. Surgue 2010, Irland	Å se om ernæringskurs laget for helsepersonell hadde effekt i forbindelse med innføring av ernæringshjelp for pasienter med risiko for underernæring.	Kvantitativ metode	96 deltakere	69% veide beboere oftere, 80 % ga mer ernæringstips til eldre for å behandle og forebygge underernæring. 80 % syntes screeningsverktøyet MUST var lett/svært lett.	Etisk godkjent. Svært viktige funn for oppgaven

Forfatter År/ Land	Studiens hensikt	Design	Deltakere	Hovedresultat	Kommentar
CT. Martin JK. Jones NA. Stotts C. Porter ES. Froelicher 2007, USA	Å gjenkjenne hvilke typer mennesker som er og står i fare for å bli underernært.	Kvantitativ metode.	130 deltakere	Mest utsatt for underernæring var de som hadde en sykdom eller tilstand (kreft, kronisk sykdom, depresjon, gastrointestinale plager) som endret type eller mengde mat spist. De som trengte bistand for å komme seg ut av huset. De som hadde gått ned 4,5 kg ıla. Siste 6 mnd.	Etsik godkjent. Svært viktig funn for å besvare problemstilling

Forfatter År/ Land	Studiens hensikt	Design	Deltakere	Hovedresultat	Kommentar
JMM. Meijers RJG. Halfens MAEB. Schueren T. Dassen JMGA. Schols 2009, Nederland	Å få innsikt i det Nederlandske helsesystemet ved å se nærmere på screening, behandling og andre kvalitetsindikatorer i ernæringsomsorgen.	Kvantitativ metode.	20255 deltakere	Underernærte pasienter forblir uidentifisert. Tidlig gjenkjenning og behandling er fordel for pasient og helseinstitusjonene. Ernæringscreening og behandling er vanskelig å utføre.	Denne studien hadde ikke behov for etisk godkjenning. Viktige funn for besvarelse av oppgaven.

Forfatter År/ Land	Studiens hensikt	Design	Deltakere	Hovedresultat	Kommentar
M. Mowe T. Bøhmer E. Kindt 1994, Norge	Å finne ut om det var forskjell på om underernæring og redusert næringsinntak før sykehusinnleggelse hos eldre som nettopp hadde vært innlagt, sammenlignet med eldre som bodde hjemme.	Kvalitativ og kvantitativ	414 deltakere	Høy forekomst av underernæring hos eldre pasienter i sykehus. Lav MNA status var en prediktor for lengre sykehusopphold. Å se på pasienters matinntak er en lett måte for ernæringsvurdering.	Godkjent av etisk komite. Viktig funn for besvarelsen av oppgaven.

Forfatter År/ Land	Studiens hensikt	Design	Deltakere	Hovedresultat	Kommentar
M. Mowe I. Bosaeus HH. Rasmussen J.Kondrup M.Unsson E.Rothenberg Ø.Irtun 2008, Sverige	Å studere skandinaviske leger og sykepleieres kunnskapsnivå om ernæring med fokus på ESPEN retningslinjer med screening, vurdering og behandling.	Kvantitativ metode	4512 leger og sykepleiere	Skandinaviske leger og sykepleiere har utilstrekkelig ernærings kunnskap ift vurdering, screening og behandling. Til tross for de anbefalte ESPEN retningslinjene. Utilstrekkelig utdanning kan forklare hvorfor de hadde dårlige kunnskaper om temaet. Helsepersonell med mer utdanning svarte mer korrekt på ernærings spørsmål enn de med mindre god utdanning.	Godkjent av etisk komité. Svært viktige funn for besvarelse av oppgaven.

Forfatter År/ Land	Studiens hensikt	Design	Deltakere	Hovedresultat	Kommentar
MD. Ruiz-Lopez R. Artacho P. Oliva RM. Torres J. Bolanos Cd. Teresa MC. Lopez 2003, Spania	Vurdere ernæringsmessig risiko hos eldre kvinner i institusjon ved hjelp av Mini Nutritional Assessment test.	Kvantitativ metode	89 deltakere	7,9 % var underernært, 61,8 % var i risiko for å bli underernært og 30,1 % var godt ernært. MNA var et virkningsfullt verktøy for å oppdage eldre i risikosonen.	Etisk godkjent. Viktig resultat for besvarelsen av oppgaven.

Forfatter År/ Land	Studiens hensikt	Design	Deltakere	Hovedresultat	Kommentar
SF. Simmons EN.Peterson C.You 2008, USA	Å evaluere hvem av sykehjemspersonal og forskningspersonalet som målte mest nøyaktig månedlig vekt av beboere ved hjelp av en veivings prosedyre.	Kvantitativ	90 deltakere	De sykehjemsansatte målte en høyere vekt på beboerne over de 12 månedene. Det hadde ikke de forskningsansatte, noe som førte til tidligere identifisering av vekttap av forskningsansatte. Det ble fortalt igangsatt forebyggings tiltak med å tilby beboere mer mat og drikke.	Denne studien hadde ikke behov for etisk godkjenning. Viktig funn for oppgavens besvarelse

Forfatter År/ Land	Studiens hensikt	Design	Deltakere	Hovedresultat	Kommentar
K. Sortland G. Skjegstad L. Jansen AL. Berglund Norge, 2009.	Å kartlegge om eldre ernæringsbehov dekkes, om det var nok tilbud om mat og drikke i løpet av døgnet, om de var fornøyde med maten, måten den ble servert på og tidspunktene for måltidene. Å kartlegge ansattes ansvarlighet vedrørende mat og drikke, holdninger og bevissthet om ernæringsbehov hos eldre og om de ble tilfredsstilt.	Kvantitativ metode	22 ansatte og 8 beboere deltok	10 av 18 målinger viste lavt energiinntak ved alle registreringer ift individuelle behov. 4 av 7 ble aldri tilbudt mat etter kveldsmat, to svarte sjelden eller ofte. 7 av 8 var fornøyd med tidspunkt for frokost. Det ble oftere tilbudt drikke enn mat, ingen lå våkne om natten pga at de var sultne. Det var 14 t mellom kveldsmat og frokost. Personalet svarte at beboernes ernærings behov ble dekket, men funnene viste ikke det.	Godkjent av etisk komite. Viktig for besvarelse av oppgaven.

Forfatter År/ Land	Studiens hensikt	Design	Deltakere	Hovedresultat	Kommentar
J. Steele A. Sheiham 2000, England	Å finne ut hvordan munn- og tannstatus påvirker eldres muligheter til å spise vanlige matvarer.	Både kvantitativ og kvalitativ metode.	196 deltakere	Munn- og tannstatus innvirker på eldre mulighet til å spise og påvirker valg av matvarer og tilberedning. Matsorter som var spesielt vanskelig å spise var harde frukt, grønnsaker og nøtter.	Godkjent av etisk komité. Viktig for besvarelsen av oppgaven.

Vedlegg 3 Utdrag fra tekstanalysen som viser to kategorier.

Art.Nr	Kondenserte meningsenheter	Kode	Subkategori	Kategori
1.	Månedlig veiing av beboere i 12mnd, lettere å oppdage om de gikk ned i vekt, personal var rask med å sette i gang tiltak med oftere mat og drikke.	1 ,mnd veiing,oppdage vekttap iverksett tiltak 4 ,veide beboere oftere etter kurs 11 ,veide beboere hver 6mnd 10 ,veiing annenhver uke, tilrettelagt program	Veiing og screeningsverktøy	Helsepersonell må veie og screene eldre for å oppdage underernæring.
2.	Identifiserer type mennesker som er underernært eller de som er i faresonen for å bli det. -Personer med tilstand/sykdom som gjør at de endrer type/mengde mat spist.(kronisk sykdom, kreft, depresjon og gastrointestinale plager). -Personer som har mistet 4,5kg uten å ville det ila. Siste 6mnd. -Personer som trenger assistanse for å komme seg ut av hjemmet. ----- ----- Pasienter blir fulgt opp under innleggelse og etter utskrivelse i sykehus.	4 ,MUST, bra screeningsverktøy 7 ,MNA, virkningsfult til å oppdage eldre i risikosonen 13 ,Screeningsmetoder som MNA er komplisert og tidkrevende. 3 ,Skreddersydd plan,tilrettelegging 4 ,personal ga ern.tips fra hefte 5 ,viktig med tidlig identifisering 6 ,-----" 8 , næringsberiking og økt næringstetthet	2)effekt ernæringstiltak	Bruk av ernæringstiltak for å forebygge og redusere utvikling av underernæring.
3.	-Ern.status gikk raskt ned etter innleggelsen, gikk sakte opp etter 3-6mnd. -Utskrevne pasienter til hjemmet hadde rekordlav ern.status. tok 3mnd for å komme tilbake til sin opprinnelige vekt....	3 ,næringsdrikke ikke nok alene når underernæring er tilstede.		