



Bachelorgradsoppgave

Ernæringskartlegging hos eldre

Nutrition survey in the elderly

Forebygging av underernæring hos eldre ved hjelp av ernæringskartlegging/ernæringscreening

Prevention of malnutrition in the elderly using nutrition survey/nutrition screening

Renate Johansen

ANTALL ORD: 9832

SPU 110

Bachelorgradsoppgave i Sykepleie

Avdeling for helsefag
Høgskolen i Nord-Trøndelag – 2014



HINT

Abstrakt

Bakgrunn: Underernæring er et svært utbredt og vanlig problem blant eldre mennesker. Forebygging av underernæring er viktig for å bedre livskvalitet samt sørge for å forebygge tilleggs komplikasjoner som følge av underernæring. Ernæringscreening/kartlegging er et verktøy som kan benyttes for dette. Hensikten med oppgaven er å få økt kunnskap om ernæringscreening/kartlegging som verktøy i sykepleie for å forebygge underernæring hos eldre pasienter. **Metode:** Litteraturstudien er basert på en allmenn litteraturstudie som tar for seg forskning hentet fra databaser som blant annet Medline og SveMed+. Oppgaven bygger på en IMRaD struktur som innebærer innledning, metode, resultat og diskusjon. **Resultat:** Forskningen viser at sykepleiere er for dårlig på å screene/kartlegge pasienter for ernæringsmessige problemer. Dette mye på grunn av at ernæringspraksis er underprioritert, i tillegg til at sykepleierne mangler kunnskap om kartlegging av ernæringsstatus. Resultatet viser i tillegg at ernæringscreening har en god virkning i forebyggingen av underernæring der dette blir gjort, men det nytter lite at screening fungerer så lenge sykepleierne i liten eller ingen grad benytter seg av dette verktøyet. **Diskusjon:** Hovedfunnene fra forskningen er drøftet opp mot teori innenfor de yrkesetiske retningslinjene, sykepleieprosessen og kunnskapsbasert praksis. Litteraturstudien inneholder i tillegg en metodetisk diskusjon som tar for seg svakheter og fordeler med besvarelsen og forskningen som er blitt brukt, i tillegg til ulike valg som er tatt i forbindelse med oppgaven. **Konklusjon:** Det er stort behov for videre forskning innenfor temaet, i tillegg til at man ser at det er stort forbedringspotensiale i forhold til å øke sykepleiernes motivasjon og kunnskap og om ernæringscreening som verktøy for forebygging av underernæring. Dette med mål om at sykepleierne i større grad benytter seg av verktøyet.

Nøkkelord: eldre, underernæring, forebygging, ernæringscreening/kartlegging, sykehjem

Innhold

1. Innledning	1
1.1. Hensikt	1
1.2. Sykepleieprosess og kartlegging.....	2
1.3. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere	3
1.4. Kunnskapsbasert praksis.....	3
2. Metode	4
2.1. Hva er metode	4
2.2. Litteraturstudie.....	4
2.3. Etske overveielser	4
2.4. Avgrensninger.....	5
2.5. Fremgangsmåte	6
2.6. Tekstanalyse	7
2.7. Tabell som viser eksempler på kategorier	7
3. Resultat	9
3.1. Kartlegging har en god virkning i forebyggelsen av underernæring – et nyttig verktøy	9
3.2. Manglende kunnskap om underernæring fører til at kartlegging ikke blir utført og pasienter i fare for underernæring ikke identifisert	10
3.3. Ernæringsmessig praksis er underprioritert.....	12
3.4. Holdninger, interesser og kvalifikasjoner påvirker ernæringsmessig kartlegging	14
4. Diskusjon	15
4.1. Resultat diskusjon.....	16
4.1.1. Kartlegging har en god virkning i forebyggelsen av underernæring – et nyttig verktøy.16	
4.1.2. Manglende kunnskap om underernæring fører til at kartlegging ikke blir utført og pasienter i fare for underernæring ikke identifisert.....	17
4.1.3. Ernæringsmessig praksis er underprioritert	20
4.1.4. Holdninger, interesser og kvalifikasjoner påvirker ernæringsmessig kartlegging.....	22
5. Metode diskusjon	24
6. Konklusjon	25
Litteratur	27

Vedlegg 1 Oversikt over søkestrategier

Vedlegg 2 Oversikt over inkluderte studier

Vedlegg 3 Tabell brukt til vurdering av forskningsartikler

1. INNLEDNING

Underernæring er et svært utberedt problem blant pasienter i sykehus og sykehjem. Forekomsten varierer i alt fra mellom 10% til 60% avhengig av hvilke pasientgrupper som er undersøkt, samt hvilke kriterier som skal til for å sette underernæring som diagnose og hvilke metoder som er brukt. Eldre mennesker er særlig utsatt for å utvikle underernæring. Eldre i institusjoner står i større fare for utvikling av underernæring sammenliknet med eldre som bor hjemme. Siden andelen av eldre er stor, og vil bli større vil det være viktig å forebygge underernæring hos eldre mennesker for å bidra til god livskvalitet og god helse (Guttormsen et.al 2009).

Et viktig tiltak for å tidlig forebygge og oppdage underernæring er å kartlegge pasientenes ernæringsmessige status. Slik kartlegging er viktig for å kunne sette i verk forebyggende tiltak for de pasientene som er utsatt for underernæring. Det er viktig med tidlig identifisering for å raskest mulig kunne sette i verk riktige tiltak til riktig tid. Dermed vil man med stor sannsynlighet forebygge underernæring, eller bedre ernæringsstatusen hos en pasient som allerede er underernært. I undersøkelser er det vist seg at man er for dårlig på å følge pasienters ernæringsstatus på sykehjem og i sykehus (Kristoffersen 2011). I følge nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring skal alle pasienter, beboere i institusjon og personer som er innskrevet i hjemmesykepleien vurderes for ernæringsmessig risiko. Pasientene skal vurderes ved innleggelse, og deretter ukentlig i sykehus og månedlig for andre grupper (Guttormsen et.al 2009).

Kartlegging av ernæringsmessig status er et viktig tiltak for å oppdage underernæring, samt for å forebygge underernæring. Undersøkelser viser at dette blir gjort for dårlig. Dermed er dette noe sykepleiere trenger større kunnskap om. Ernæringscreening blir utført i en gruppe for å identifisere eldre i fare for underernæring, dette kan gjøres ved hjelp av ulike skjema, som for eksempel mini nutritional assessment (MNA). Ved ernæringskartlegging innsamler man relevant data for å kartlegge årsaker og eventuelle problemer til underernæring/ernæringsmessig risiko (Söderhamn 2010). I litteraturstudien vil begge begrepene brukes synonymt om kartlegging av alle pasienter.

1.1. Hensikt

Hensikten med denne litteraturstudien er å få kunnskap om ernæringskartlegging/screening som verktøy for å forebygge underernæring hos eldre. Dette med mål om at eldre skal unngå tilleggs komplikasjoner som følge av underernæring, og at de skal ha det godt. Temaet er spennende og viktig som er av stor betydning for sykepleierfaget både nå og i fremtiden.

Studien har særlig fokus på verktøy for kartlegging, ernæringsmessig praksis og kunnskapsbasert praksis i sykepleie.

Hensikten avgrenser oppgaven da den sier noe om at oppgaven har et sykepleiefokus, det gjelder kartlegging som forebygging mot underernæring hos eldre mennesker med tanke på yrkesetiske retningslinjer, sykepleieprosessen og kunnskapsbasert praksis.

1.2. Sykepleieprosess og kartlegging

Sykepleieprosessen har vært benyttet av sykepleiere siden 1960 årene, det var også da vi ble introdusert for betegnelsen sykepleieprosessen. Dette ble introdusert fra amerikansk sykepleielitteratur, og via norske sykepleiere som hadde studert i Amerika. Prosessen omfatter to dimensjoner, problemløsning og samhandling. I dag kalles sykepleieprosessen også for den problemløsende metoden. Hildegard Peplau beskrev sykepleieprosessen som "alt det som skjer mellom pasient og sykepleier" (Dahl og Skaug s.18, 2011). Hun var den første som benyttet begrepet sykepleieprosessen, og mente det var viktig med respekt for hverandre, og la vekt på det relasjonelle aspektet og samhandlingen. Dette må til for at man skal kunne jobbe mot pasientens helsemål. I tillegg vurderte hun problemløsning og samhandling som gjensidig avhengige av hverandre, og samhandlingen som avgjørende for kvaliteten på sykepleie. Problemløsning, sykepleieprosessen, blir fremstilt som en fremgangsmåte med ulike trinn eller faser; datasamling, problemidentifisering, målidentifisering, gjennomføring av sykepleiehandlinger og evaluering. Prosessen er en systematisk fremgangsmåte hvor hver fase bygger på den forrige og delvis overlapper hverandre. Problemløsningen starter i det øyeblikket en står overfor en person som betraktes som pasient. I tillegg er de fleste dokumentasjonstypene bygget opp etter fasene i problemløsningen, og kunnskap om hva de ulike fasene innebærer vil være en forutsetning for å kunne dokumentere utøvelsen av sykepleie (Dahl & Skaug 2011). Sykepleieres journalføringsplikt er hjemlet i helsepersonelloven (Helsepersonelloven, 1999, § 39). Dokumentasjon av sykepleie skal i tillegg synliggjøre at krav om faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp er ivaretatt. "Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig" (Dahl & Skaug s. 21, 2011). Dette vil si at sykepleiere har plikt til å sørge for at pasientene blir kartlagt for problemer, som også innebærer ernæringsmessige problemer, hvor kartlegging og screening kommer inn. Funn fra resultatdel vil bli diskutert opp mot teori om problemløsning i diskusjonsdel.

1.3. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere

Som sykepleier skal man følge de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere. Norsk sykepleierforbund har som ett av sine mål å sikre en høy etisk sykepleiefaglig standard blant sykepleierne. De yrkesetiske retningslinjene handler kort fortalt om sykepleierens forhold til pasient, pårørende, profesjonen, medarbeidere, arbeidssted og samfunn. Hensikten med de yrkesetiske retningslinjene er å utforme plikter og rettigheter som sykepleiere skal forholde seg til. Plikter og rettigheter utdyper seg også i lovverket, som for eksempel i helsepersonelloven, pasient- og brukerrettighetsloven, lov om kommunehelsetjenester, lov om spesialisthelsetjenesten osv. Yrkesetikk og lovverk harmonerer godt sammen, men ved brudd skjer det ulike sanksjoner. Ved brudd på lovverk kan man få strafferettslige konsekvenser. Ved brudd på yrkesetiske retningslinjer kan man bli utestengt fra fagforeningen. De yrkesetiske retningslinjene bygger på ulike verdier; barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter. Sykepleierens ansvar er å fremme helse, forebygge sykdom, gjenopprette helse og lindre lidelse (Brinchmann 2010). Dette vil si at man som sykepleier har en plikt til å forebygge underernæring. Dette innebærer i praksis at alle sykepleiere har en plikt til å kartlegge alle pasienter for ernæringsmessig risiko for å enten fremme, forebygge, gjenopprette eller lindre lidelse. Funnene fra resultatdelen vil bli diskutert opp mot teori om yrkesetikk i diskusjonsdelen.

1.4. Kunnskapsbasert praksis

Man har i lengre tid vært opptatt av at utøvelsen av sykepleie skal være preget av ulike kunnskapsformer. Dette er essensen i begrepet kunnskapsbasert praksis. Det finnes flere definisjoner på hva kunnskapsbasert praksis er, men en allment akseptert definisjon er; "Kunnskapsbasert praksis er å basere fagutøvelsen på forskningsbasert kunnskap integrert med klinisk erfaring (erfaringsbasert kunnskap) og pasientens preferanser" (Kristoffersen s. 166, 2011). Selve essensen i dette vil si at kunnskapsbasert praksis skal baseres på det beste innenfor forskningsbasert og erfaringsbasert kunnskap, og på brukerkunnskap. Forskningsbasert kunnskap vil si kunnskap man utvikler gjennom vitenskapelig forskning, og som ikke baseres på konkrete situasjoner og personer. Erfaringsbasert kunnskap er knyttet nært opp mot praksis og konkrete situasjoner. Slik kunnskap kalles også klinisk blikk, klinisk kompetanse og taus kunnskap. Denne type kunnskap utvikles gjennom refleksjon over ens egne erfaringer som sykepleier. Brukerkunnskap tar hensyn til pasienten/brukerens ønsker og behov. Pasientene er en kunnskapsressurs for de som yter helsehjelpen i både vurdering og behandling som skal gis. Dette er i samsvar med helselovgivningen og yrkesetiske retningslinjer som

uttrykker idealer i sykepleierfaget – om sykepleierens forhold til brukere av tjenestene (Kristoffersen 2011).

2. METODE

I dette kapittelet vil det bli redegjort for hvordan det er gått frem for å finne forskningsartikler som er benyttet, samt hvordan de er valgt ut og analysert.

2.1. Hva er metode

Metode er den måten man jobber på for å innhente seg ny kunnskap. Et middel eller en fremgangsmåte som bidrar til ny kunnskap, hører med i definisjonen av metode. En metode sier noe om hvordan man bør gå frem for å innhente seg kunnskap. Man velger en bestemt metode som gir gode data og belyser spørsmålet på en faglig interessant måte (Dalland 2007).

2.2. Litteraturstudie

Det finnes ulike typer litteraturstudier. Den type litteraturstudie som blir anvendt i denne oppgaven er en allmenn litteraturstudie. Ved en allmenn litteraturstudie beskrives og analyseres ulike studier på en systematisk måte for å videre kunne selv danne et bilde som kan beskrive det valgte tema (Forsberg og Wengström 2012).

2.3. Etske overveielser

Når man gjør en litteraturstudie skal man følge etiske overveielser. Vitenskapsrådet har utviklet retningslinjer som skal følges for god medisinsk forskning, juks og uærlighet skal ikke forekomme gjennom forskningen. Juks og uærlighet vil for eksempel si plagiat, hvor man presenterer for eksempel en hypotese uten å referere til den opprinnelige kilde (Forsberg og Wengström 2012). I denne litteraturstudien er mange av de utvalgte artiklene etisk godkjent. For de artiklene som ikke har vært igjennom etisk komité, har undersøkelsene vært anonymisert og frivillige.

I tillegg har vi i Norge et personvernombud, som da tar for seg forskning i Norge.

Personvernombudets hovedoppgave er å påse at man ikke bruker personlige opplysninger om deltakerne i ulike studier. Personvernombudet (NSD) er en Norsk samfunnsvitenskapelig

datatjeneste som sørger for kvalitetssikring og internkontroll av egen forskning (Personvernombudet for forskning 2012).

I Norge har vi også REK - Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (2014) som er hjemlet i forskningsetikkloven og helseforskningsloven.

2.4. Avgrensninger

For å finne artikler som passet best for det valgte temaet, samt forskning som besvarer hensikten på best mulig måte, er det valgt ut inklusjons- og eksklusjonskriterier ved søk av artikler. Inklusjons- og eksklusjonskriterier for litteraturstudiet er;

Inklusjonskriterier:

- Artikler som er skrevet på skandinaviske språk blir inkludert. Det inkluderes også engelske artikler, siden engelsk er et språk som er lett å oversette.
- Artikler tilgjengelig i full tekst vil bli inkludert. Dette på grunn av tidsrommet og tid satt av til artikkelsøk.
- Studier som forsker på mennesker over 60 år.
- Studier fra andre land blir inkludert såfremt de er skrevet på engelsk. Dette for å kunne finne nok gode artikler, i tillegg til å kunne finne mange nok artikler.
- Studier med pasienter fra sykehus, pasienter med hjemmesykepleie og pasienter sykehjem vil bli inkludert. Litteraturstudien vil ha hovedfokus på underernæring hos eldre med hovedfokus på sykehjem, men siden sykehjemspasienter ofte har benyttet seg av sykehus og hjemmesykepleie før sykehjemsplass er det gjort et valg om å inkludere slike artikler.

Eksklusjonskriterier;

- Forskning med spesifikke pasientgrupper blir ikke inkludert, f.eks. eldre med diabetes, da denne oppgaven omhandler mer generell underernæring hos eldre pasienter.
- Forskning som omhandler underernæring hos barn, ungdom, unge voksne og voksne blir ikke inkludert, da denne oppgaven tar for seg eldre mennesker.
- Artikler på andre språk enn norsk og engelsk blir ikke inkludert, da det vil ta for lang tid å oversette disse.

2.5. Fremgangsmåte

For å finne gode og relevante forskningsartikler ble det gjort artikkelsøk i databasene Medline og SveMed+, dette på grunn av god kjennskap til disse databasene på forhånd. Se vedlegg 1 som viser tabell over søkestrategier for oversikt over metode for litteratursøk. For å spisse inn søket må man gjøre ulike avgrensninger. Dette da man ofte får mange treff ved kun et artikkelsøk. Avgrensninger som ble gjort for å spisse inn søket var å avgrense søket til å gjelde artikler tilgjengelig i "full text", "abstrakt" og "skandinaviske språk samt engelsk". For å finne mest relevant og nyest litteratur ble tidsrommet for artiklene avgrenset til å gjelde fra 2004 – 2014, dette også for å unngå artikler som er eldre enn 10 år, da relevansen på disse kan være noe svekket. Se vedlegg 3, oversikt over inkluderte studier.

I tillegg er det søkt relevant stoff på www.sykepleien.no, www.tidsskriftet.no. Alle artiklene foruten 2 er skrevet på engelsk. De 2 artiklene som ikke er skrevet på engelsk er skrevet på dansk og norsk. For de artiklene som er skrevet på engelsk er det blitt gjort en oversetting og forståelse av artiklene. Hjelpemiddel for å gjøre dette på best mulig måte er www.google.no/translate. Oversettingen er gjort etter beste evne.

For å finne gode artikler ble fremgangsmåten for utvelging av artikler at det først ble lest gjennom overskrifter på de aktuelle artiklene. Videre ble det lest abstrakt for de artiklene som virket interessante og relevante. De som virket relevante etter å ha lest abstrakt ble skrevet ut og lagret i databasesøk for å kunne gjøre en grundigere analyse av artiklene.

Det ble gjort et manuelt søk hvor det ble funnet tre forskningsartikler gjennom å se i litteraturlisten hos en artikkel som ble funnet på Google. Artikkelen funnet på Google var ikke relevant som en av de 13 artiklene, søket ble gjort kun for å kunne lese litt om temaet. Ved å Google "ernæringscreening hos eldre" dukket det opp en artikkel som het "Screening – en hjelp til å identifisere eldre i fare for underernæring (2010)". Artikkelen er skrevet av Ulrika Söderhamn som er førsteamanuensis. Artikkelen hadde mye relevant stoff for litteraturstudien, derfor ble det valgt å se i litteraturlista etter relevante vitenskapelige artikler. Gjennom å se i litteraturlisten ble det funnet tre relevante vitenskapelige artikler. Se vedlegg 1, tabell over søkestrategier.

De tre artiklene som ble funnet i litteraturlista var:

”Prevalence of malnutrition and risk factors in geriatric patients of a convalescent and rehabilitation hospital” (Shum et al, 2005).

”Nutritional routines and attitudes among doctors and nurses in Scandinavia: A questionnaire based survey” (Mowe et al, 2005).

”Evaluation of the Norwegian version of the Mini Nutritional Assessment (MNA) among older nursing home patient” (Fossum et al, 2009).

Disse artiklene er med på å belyse hensikten med denne litteraturstudien og er derfor blitt utvalgt som tre av de 13 artiklene i litteraturstudien. Når alle artiklene var valgt ut, ble det gjort en tekstanalyse inspirert av en innholdsanalyse.

2.6. Tekstanalyse

Ved tekstanalyse analyserer og klassifiserer man innholdet for å lettere kunne identifisere mønster og tema i innholdet (Forsberg & Wengström 2013). Analyseringen er inspirert av en innholdsanalyse. De utvalgte artiklene fra litteratursøket ble lest igjennom og analysert. Ved analyseringen ble det plukket ut hovedresultater fra artiklene, i tillegg til sammenhenger og likheter. Dette for å systematisk dele opp både resultat- og drøftingskapittelet.

2.7. Tabell som viser eksempler på kategorier

Tabellen viser et eksempel på hvordan en kategori for litteraturstudien er skapt. Dette er en tematisk analyse som viser hvordan man kan skape kategorier (Graneheim og Lundman 2003). Det er kun vist ett eksempel i denne tabellen. I resultatdelen vil det i starten av hvert kapittel bli belyst kategorier som ikke er vist i denne tabellen.

Meningsenhet	Subkategorier	Kategorier
Söderhamn & Söderhamn 2008; Resultatet viser at det som fremmer ulike aspekter i utførelsen av ernæringscreening er kunnskapsnivå. De som er særlig gode på ernæringscreening er		

<p>sykepleiere med særlig interesse og de som jobber på avdelinger med mye ernæringsproblematikk. Hos de med lite kunnskap og interesse er ernæringscreening dårligere.</p>	<p>Manglende kunnskap fører til dårlig ernæringscreening, sykepleierne vet ikke hvordan screening skal utføres.</p>	
<p>Boaz et.al 2013;</p> <p>Studien konkluderer med at total ernæringskunnskap har stor sammenheng med utførelse av ernæringscreening. Ernæringsoppgaver blir oppfattet som svært viktig. Det er behov for større kunnskap blant sykepleiere.</p>	<p>Kunnskap, vilje og selvtillit blant sykepleierne må styrkes.</p> <p>Viktig å styrke fremmede og redusere hemmende faktorer slik at man styrker sykepleiernes bruk av kartleggingsverktøy.</p>	<p>Manglende kunnskap om underernæring fører til at pasienter ikke blir identifisert.</p>
<p>Juul & Frich 2013;</p> <p>Ser på hva som hemmer og fremmer kartlegging av ernæringsstatus. Kunnskap og styrket kompetanse innenfor ernæringscreening er viktig og ses på som en viktig faktor. Lite kunnskap hemmer kartleggingen av ernæringsstatus.</p>		

3. RESULTAT

I dette kapittelet vil det bli redegjort for hovedresultater fra de 13 utvalgte forskningsartiklene.

Gjennom tekstanalysen ble det funnet frem til fire hovedtemaer:

- Kartlegging har en god virkning i forebyggelsen av underernæring – et nyttig verktøy
- Manglende kunnskap om underernæring fører til at kartlegging ikke blir utført og pasienter i fare for underernæring ikke identifisert
- Ernæringsmessig praksis er underprioritert
- Holdninger, interesse og kvalifikasjoner påvirker ernæringsmessig kartlegging

3.1. Kartlegging har en god virkning i forebyggelsen av underernæring – et nyttig verktøy

Mini nutritional assessment (MNA) er blitt mest brukt i forskning som er funnet. For å kartlegge utbredelsen av underernæring og risikofaktorer i forbindelse med underernæring har mini nutritional assessment – skjema for ernæringsvurdering blitt benyttet for å vurdere denne som screeningsmetode for å kartlegge og oppdage underernæring. Maksimal poengsum i MNA er 30. De utsatte pasientene hadde en score på over 23,5. Totalt 77 pasienter ble vurdert med MNA som screeningsmetode. I følge MNA er forekomsten av underernæring 16,9% i denne studien. 44,2% av pasientene sto i fare for å utvikle underernæring, mens de resterende pasientene (38.9%) var tilstrekkelig ernært. De som var underernærte hadde en gjennomsnittlig score på 15,4. Så mange som 40% til 60% av pasienter innlagt for akutt sykdom er underernærte. Det er tre mulige forklaringer på dette: Manglende opplæring i ernæringsvurdering og oppfølging av ernæringsstatus, fravær av et godt screeningsverktøy for underernæring, og at det er mangel på enighet om hva som er underernæring. Dødeligheten er høyere hos underernærte pasienter. Det finnes flere gode og validerte screeningsverktøy for å kartlegge ernæringsstatus. MNA er en av disse. MNA er en kostnadseffektiv, raskt og et brukervennlig verktøy for å kunne screene pasientenes ernæringsstatus. De fleste kan bruke dette verktøyet, da det er oversiktlig og enkelt å benytte. Det er rapportert at dette screeningsverktøyet skal være spesifikt og sensitivt. I denne studien kunne MNA brukes for å bekrefte om innlagte pasienter var underernærte eller ikke. Studien konkluderer til slutt med at MNA var et nyttig screeningsverktøy i klinisk praksis, og at pasienter som var avhengige av hjelp, bodde på pleiehjem for eldre, rullestolbrukere og sengeliggende hadde høyest risiko for å bli rammet av underernæring (Shum et.al 2005).

Sykepleiere som har fått opplæring i å bruke MNA som screeningsmetode på sine pasienter synes verktøyet fungerer på en god og pålitelig måte. Likevel er det stort behov for videre forskning og utprøving av MNA i ulike land. Sykepleierne mente at resultatene fra utprøvingen viste at MNA hadde pålitelige og gode resultater, i tillegg til at verktøyet kan benyttes videre til kartlegging av ernæringsstatus. Resultatet viser at det er viktig med god opplæring i hvordan man skal bruke MNA. Det vil være nødvendig med ytterligere testing av MNA som screeningsverktøy, i tillegg til at MNA bør testes blant eldre i andre situasjoner enn de på sykehjem og sykehus. Dette for å sikre at verktøyet fungerer godt hos ulike pasientgrupper (Fossum et.al 2009).

Det er vist seg at kostregistrering/ernæringscreening har en god virkning, men ikke konsekvent. Sykepleierne mener at ernæringscreening fungerer når det blir utført, men at mange av sykepleierne forbinder ernæringscreening med vanskeligheter. Dårlig dokumentasjon viste seg å være en av årsakene til at sykepleierne forbundet screening med noe vanskelig (Andrés & Bekker 2013).

MNA er et godt verktøy for å kartlegge underernæring. Mange bruker kun body Mass index – BMI når man skal fastslå underernæring. BMI kan ikke fastslå underernæring alene da det er flere faktorer man må ta hensyn til for å fastslå underernæring. Derfor er MNA et godt verktøy for dette da denne tar utgangspunkt i flere forhold som spiller inn. Likevel er det vanskelig å fastslå underernæring da det ikke er noen gullstandard for å vurdere ernæringsstatus. Det er nettopp derfor MNA er blitt prøvd ut og vurdert i flere studier. Det viser seg at den har en god virkning, og det anbefales at man kan bruke dette verktøyet for å screene pasientene (Amirkalali et.al 2010). MNA er vist seg å være svært nøyaktig, i tillegg til at den er svært følsom slik at den lett fanger opp pasienter i ernæringsmessig risiko. I forhold til andre screeningsverktøy har det vist seg at MNA er den beste til å skille de som står i fare og ikke for utvikling av underernæring. Andre ernæringsverktøy viser seg også å fungere tilfredsstillende. Å screene pasientene bidrar til kategorisering, slik at man kan hjelpe de med størst behov først (Holmén et.al 2006, Young et.al 2011).

3.2. Manglende kunnskap om underernæring fører til at kartlegging ikke blir utført og pasienter i fare for underernæring ikke identifisert

Se tabell som viser kategorier for å se underkategorier på dette temaet.

For å kartlegge hva som hemmer, fremmer og tilrettelegger for at sykepleiere skal utføre

ernæringscreening viste det seg at det som fremmer ulike aspekter i utførelsen av ernæringsvurderingen hos eldre var informasjon gjennom dialog, observasjoner, kontroller og tverrfaglig samarbeid. Kunnskap og bevissthet rundt ernæringsmessige problemer viste seg også å være relevant for at en skulle utføre ernæringscreening. I tillegg er kunnskap og bevissthet om ernæringsmessige problemer, evne til å lytte til pasienten samt evnen til vurdering av pasienten viktige aspekter som hadde betydning for ernæringscreeningen. Det viste seg i tillegg at graden av ernæringsmessig kartlegging avhenger av hvilken type avdeling sykepleierne jobber på. På avdelinger med mye ernæringsproblematikk er man dyktigere på dette med å kartlegge pasienter for ernæringsmessig tilstand for å avdekke og forebygge underernæring (Söderhamn & Söderhamn 2008).

I følge avdelingssykepleiere som har erfaring med å ta i bruk screeningsverktøy for å identifisere pasienter i ernæringsmessig risiko er det flere hemmende og fremmende faktorer som spiller inn i forhold til innføringen av metoden. Det viser seg gjennom sykepleierne at hemmende og fremmende faktorer påvirkes av ledelsens engasjement, kunnskap, ansvar for ernæringsarbeidet, samarbeid internt i sykehuset, tid og tilgjengelig utstyr, dokumentasjon, innføringsmåte og holdning til ernæring som fag. Manglende engasjement hos sykehusledelsen var i følge sykepleierne en svært hemmende faktor for innføring av screeningsverktøyet. Her trekkes også legenes engasjement inn. Dersom legene ikke etterspurte ernæringscreening var ikke dette i følge sykepleierne så viktig å utføre. I følge sykepleierne er hva legene etterspør det som er viktigst. Legene etterspør svært sjeldent ernæringskartlegging med mindre pasienten fra før er underernært. Dette vil si at sykepleierne svært sjeldent kartlegger sine pasienter. De som legger vekt på ernæringsarbeid synes det er demotiverende og slitsomt å motivere andre ansatte med lite interesse for ernæringsarbeid. Mange av sykepleierne mente det var meningsløst å registrere og dokumentere at pasienter er underernært hvis dette ikke får behandlingsmessige konsekvenser.

Det kommer frem at sykepleiere har grunnleggende kunnskap om ernæring, men at det er behov for undervisning innenfor faget ernæring. Dette for å oppfriske kunnskapen, samt få ny oppdatering innenfor faget. Sykepleierne er gode til å sette i verk tiltak i forhold til ernæring, men de prioriterer pasienter som "ser ut" til å trenge ernæringstiltak. En "vente og se" holdning var også godt brukt i forhold til henvisning av pasient til ernæringsfysiolog. Dette fører til at pasientene kommer for sent til riktig behandling (Juul og Frich 2013).

Sykepleiere mener det er kostholdseksperters ansvar å gjennomføre ernæringsvurdering. Sykepleierne mener de ikke har noe ansvar i forhold til ernæring og rådgivning, i tillegg til at de mener at sykepleiere ikke har en stor del av ernæringskunnskapen. I et spørreskjema for å avdekke

sykepleiernes kunnskap om ernæring viser resultatene at det er behov for større kunnskap innenfor ernæringscreening hos sykepleiere. Jo høyere kunnskap man har om ernæring, jo høyere prioriterer man ernæringsrelaterte oppgaver. Totalt hadde sykepleierne i denne studien en riktig svarprosent på 51,9%. Sykepleierne ble stilt ernæringsrelaterte spørsmål, blant annet hvor mange av pasientene de vurderte for ernæringsstatus, her svarte kun 25.5% at de screenet alle sine pasienter. 66% svarte at de screenet noen av pasientene. 8,5% screenet ingen av sine pasienter. Tallene viser at det er for mange som ikke screener noen av sine pasienter. Selv om tallet er lavt, er ikke dette godt nok. Man ønsker at alle skal screene pasientene slik at man kan oppdage og forebygge underernæring (Boaz et.al 2013).

Personalets kunnskap om underernæring er viktig i forhold til om pasienter blir identifisert for underernæring eller ikke. Antall år som sykepleier synes ikke å spille så stor rolle (Bourdel-Marchasson et.al 2008). Likevel har det vist seg i en annen studie at nyutdannede sykepleiere hadde større kunnskap angående ernæringsproblematikk og vurdering i forhold til sykepleiere med eldre yrkeserfaring (Söderhamn & Söderhamn 2008).

3.3. Ernæringsmessig praksis er underprioritert

Denne kategorien har delkategorier som viser at underernæring er et svært utberedt problem på sykehus, men ernæringsmessig praksis har en svært lav prioritet. Delkategorier viser at ernæringsmessig screening ikke starter tidlig nok, i tillegg til at det er et stort avvik mellom holdninger og rapportert praksis. I mange av studiene kommer det frem at ernæringscreening er en viktig del av praksis, men likevel ikke blir utført. Det viser seg at ernæringscreening er hyppigere brukt i Danmark, i motsetning til Norge og Sverige. I tillegg er det vanligere å måle næringsinntaket hos risikopasienter i Danmark i forhold til Norge og Sverige. Ernæringsmessig praksis er underprioritert og pasientene får mangelfull ernæringsmessig behandling. Dette er mye av årsaken til den høye forekomsten av underernæring. Underernæring øker dødeligheten, noe som er forkastelig da underernæring kan forebygges og behandles enkelt. Dette er årsak til at ernæringscreening er såpass viktig for alle pasienter, spesielt hos eldre og andre utsatte pasientgrupper. Mange pasienter på sykehus får kostbare medisinske og kirurgiske inngrep samt medikamentell behandling, mens tilstrekkelig ernæringsbehandling blir nedprioritert

Det er foreslått standarder som skal bedre de mangelfulle og utilstrekkelige ernæringsbehandlingene pasientene får.

Likevel blir ikke slike standarder fulgt. Det viser seg at det er store avvik mellom slike standarder og hva som blir gjort i klinisk praksis. Det er blitt konkludert med at de viktigste barrierene for at dette

ikke blir gjort i klinisk praksis er mangel på prioritet, mangel på kunnskap og mangel på interesse. Det er satt i verk ESPEN standarder som følges på noen skandinaviske sykehus. Disse standardene skal sørge for at ernæringsmessig praksis blir utført på en god måte. ESPEN standardene er som følger;

- Screening av alle pasienter ved innleggelse
- Vurdering av pasienter med spesielle problemer
- Forskriving av ernæringsmessig intervensjon inkludert notater i journal
- Overvåke effekten av ernæringsmessig inngrep til pasienten under sykehusopphold
- Kommunisere om ernæringsmessig omsorg til primærhelsetjenesten og sykehjem
(Mowe et.al 2005).

Sykepleiere er bedre på ernæringscreening i motsetning til hva leger er. De som har stor interesse for ernæring er bedre på screening, i tillegg til at de er bedre på å følge ESPEN standardene. I tillegg er det vist seg at yngre sykepleiere er bedre på ernæringskartlegging, i motsetning til eldre sykepleiere (Söderhamn & Söderhamn 2008, Mowe et.al 2005). Få av sykepleierne hadde en fast rutine for å følge opp pasientene i forhold til om de har nådd sine mål for ernæringsterapi. Likevel var sykepleierne enige om at man burde følge opp pasientene videre. I tillegg mener sykepleierne at man har utilstrekkelig med ernæringsmessig kunnskap, og at ernæringsmessig praksis er et underprioritert område i sykehusene. Det er sterke avvik mellom den dagligdagse ernæringspraksisen og holdninger hos ansatte. 26% av sykepleierne mente at ernæringsmessig vurdering ble gjort. 89% av sykepleierne mente at det skal være en rutine å utføre ernæringskartlegging. Mer enn 90% av sykepleierne er enige om at det bør gjennomføres tiltak for å bedre den ernæringsmessige praksisen for å få økt kvalitet på tjenesten (Mowe et.al 2005).

Generelt er utstyr til veiing av pasienter dårlig, i tillegg til at screening av ernæringsproblemer er dårlig. Der personalet har fått opplæring i ernæringscreening er forekomsten av underernæring mindre i forhold til områder der personalet ikke har fått opplæring. Risikoen for underernæring var lavere på sykehjem der man hadde gode veieutstyr. På sykehjem, hvor det er ansatte 24 timer i døgnet var ernæringsmessig omsorg og forebygging bedre i forhold til omsorgsboliger. I tillegg er det dårlig dokumentasjon på underernæring, behandling og behandlingens effektivitet. Kun 50% av sykepleierne hevdet at de brukte screening, mens halvparten av disse igjen mente at screening var nødvendig. Den andre halvpart mente det ikke var noe problem og ikke nødvendig å screene pasientene (Bourdel-Marchasson m.fl 2008).

Hvilken avdeling sykepleierne jobber på ser ut til å spille en viss rolle i forhold til om ernæringscreening blir utført. Hos de som jobber på avdelinger med lite ernæringsproblematikk kan

ernæringskartlegging være mer underprioritert i forhold til avdelinger med mye ernæringsproblematikk. Interessen og kunnskapen om ernæringsmessige problemer kan være høyere hos sykepleiere som jobber på avdelinger hvor de møter på mange pasienter med ernæringsproblemer, i motsetning til sykepleiere på andre avdelinger eller de som jobber med en annen type pasientgruppe. Det er enighet mellom sykepleierne om hvordan man burde jobbe for å kartlegge pasienters ernæringsmessige status, noe som tyder på at sykepleierne forstår viktigheten av riktig ernæringsmessig praksis. Resultatene var likevel dårlige i forhold til om screening ble utført. Det ser ut til at det er enighet om at enkle screeningsmetoder er et godt ernæringsmessig tiltak for å forebygge underernæring (Mowe et.al 2005).

Det bør bli mer fokus på ernæring under sykepleierutdanningen. Dette slik at sykepleiere kan være i stand til å vurdere ernæringsstatus, da mange sykepleiere ikke vet hvordan man skal gjøre dette – noe som igjen fører til at pasienter i fare for underernæring ikke blir fanget opp. I tillegg må dokumentasjonen innenfor dette emnet bli bedre, da det viser seg at den er for dårlig i institusjoner (Suominen m.fl 2005).

Det er i tillegg vist seg stort forskjell i holdninger til ernæringscreening i ulike land. Blant annet er ernæringscreening nesten tre ganger vanligere i Danmark i motsetning til Norge. Kartlegging av ernæringsstatus er mer verdsatt i både Sverige og Danmark, i motsetning til hva det er i Norge. Ernæringsmessige rutiner og holdninger hos risikopasienter er også bedre i Danmark og Sverige. Danmark har fått flere retningslinjer for screening av pasienter i fare for underernæring. Dette har sannsynligvis økt interessen og den kliniske ferdigheten hos disse sykepleiere. Det er et stort avvik mellom holdninger og hva som blir utført i klinisk praksis. Det er bare noen få ganger screening blir utført, selv om de fleste sykepleierne mener at kartlegging er et viktig tiltak for å fange opp de i fare for underernæring (Mowe et.al 2005).

3.4. Holdninger, interesser og kvalifikasjoner påvirker ernæringsmessig kartlegging

I forskningen som er funnet viser det seg at det er behov for større bevissthet rundt ernæringsmessig screening. Det viser seg at det er lite bevissthet omkring dette temaet, og at man konsekvent må jobbe med ernæringskartlegging for å forbedre problemet. Det å ha kunnskap i forhold til ernæringsmessige problemer er viktig for at en skal være bevisst disse problemene. Resultater viser tre deltema; holdninger, interesser og kvalifikasjoner. Det er store sammenhenger mellom alle disse

deltemaene. I en studie viste det seg at sykepleierne hadde mye kunnskap og var bevisst rundt dette med ernæringsmessige problemer. I tillegg viste sykepleierne hva som fremmet vurderingen av ernæringsstatus. Sykepleierne i denne studien hadde mye kunnskap i å vurdere pasientenes ernæringsmessige tilstand. En mulig årsak til dette kan være at disse sykepleierne hadde en særlig interesse for ernæringsproblematikk hos eldre. En annen mulig årsak kan være at ernæringsmessige problemer er svært vanlig på akkurat denne sykehusavdelingen. Et annet viktig fenomen som viste seg, var at sykepleierne med kort yrkeserfaring hadde størst kunnskap om ernæringsproblematikk og vurdering. Dette kan tyde på at sykepleierutdanningen har et godt fokus på ernæring. Studien undersøkte hva som kunne fremme og legge til rette for å utføre ernæringsvurdering. Her viste det seg at det å ha interesse for å lytte til pasientens ernæringsproblematikk var svært viktig. Man må ha evne til å sette seg ned sammen med pasienten og lytte til hans/hennes historie. Dette for å kunne frembringe mest mulig informasjon fra pasienten, i tillegg til at man må vurdere informasjonen man får i forhold til vurderingen av ernæringsstatus (Söderhamn & Söderhamn 2008).

Et annet viktig tema er at mye av ansvaret for ernæringscreening faller på den enkelte ansatt som har ansvar for en eller flere pasienter. Spesielt faller dette ansvaret på de ansatte som ikke er kvalifisert til et slikt ansvar. Dette kan være assistenter med utilstrekkelig utdanning innen helse- og omsorgssektoren. De som ikke er kvalifisert til et slikt ansvar vet for eksempel ikke hvordan man skal screene en pasient riktig. Ansatte bør få opplæring innenfor ernæringscreening, og roller og ansvar må avdekkes, slik at man kan gi helhetlig omsorg. Det bør i tillegg bli større bevissthet og bedre ferdigheter for å screene pasientene (Gaskill et.al 2008).

Sykepleierne sier at de ønsker større grad av tverrfaglig samarbeid. Da spesielt samarbeid med leger angående ernæring. Dette vil ha betydning for sykepleierne, gjennom at legene anerkjenner de problemstillingene som omfatter dette temaet, da det kommer frem at leger ikke i like stor grad vektlegger ernæringsproblematikk i forhold til hva man burde. Hva årsaken til dette er, er man usikker på (Andrés & Bekker 2013).

4. DISKUSJON

Dette kapitlet består av to hoveddeler av diskusjon; resultatdiskusjon og metodediskusjon. Resultatdiskusjon kommer først, hvor funnene fra resultatdelen vil bli diskutert opp mot relevant teori. I metodediskusjonen vil selve arbeidsprosessen og avgjørelser som er blitt tatt i forbindelse med litteraturstudien bli diskutert.

4.1. Resultat diskusjon

Hensikten med denne litteraturstudien var å få kunnskap om ernæringskartlegging/ernæringscreening som verktøy for å forebygge underernæring hos eldre pasienter. Hovedfunnene fra artiklene som ble brukt var disse fire temaene:

- Kartlegging har en god virkning i forebyggelsen av underernæring – et nyttig verktøy
- Manglende kunnskap om underernæring fører til at kartlegging ikke blir utført og pasienter i fare for underernæring ikke identifisert
- Ernæringsmessig praksis er underprioritert
- Holdninger, interesse, og kvalifikasjoner påvirker ernæringsmessig kartlegging

Forskningen viser eksempelvis at ernæringskartlegging fungerer der det blir utført, men at man bevisst må jobbe med ernæringskartlegging for å bli bedre på dette temaet. I tillegg viser det seg at det er stor mangel på kunnskap innenfor ernæringsmessige problemer og ernæringskartlegging som metode for å forebygge underernæring. Det er ikke blitt funnet forskning som har vist kun gode resultater i forhold til om sykepleierne ernæringskartlegger sine pasienter.

Videre i dette kapitlet vil de fire temaene bli diskutert opp mot aktuell teori om sykepleieprosessen, yrkesetiske retningslinjer og teori om kunnskapsbasert praksis, i tillegg til at annen relevant teori vil bli benyttet.

4.1.1. Kartlegging har en god virkning i forebyggelsen av underernæring – et nyttig verktøy

Resultatene viser at kartlegging har en god virkning i forebyggelsen av underernæring. I mange av studiene er MNA blitt brukt som screeningsmetode. Resultatet viser at MNA er en av de beste screeningsverktøyene, da denne metoden er spesifikk, lett å bruke i tillegg til at den er rask og kostnadseffektiv. Likevel kan det være en svakhet at det kun er blitt brukt MNA som screeningsmetode, da man ikke får noe særlig innblikk i hvordan andre screeningsmetoder fungerer. Samtidig har MNA i de utvalgte studiene bidratt til å fange opp pasienter som var underernærte, eller de pasientene som sto i fare for underernæring. Et annet positivt trekk man kan trekke frem, er at studiene er utført i ulike land. MNA er blitt forsøkt i flere land, i tillegg til Norge. Alle studiene konkluderer med at screeningsmetoder som MNA fungerer, og et positivt funn er at MNA er vist seg å fungere godt i flere land. MNA er i tillegg blitt anbefalt i ulike vitenskapelige organisasjoner, noe man kan se på som svært positivt og troverdig (Shum et.al 2005). Likevel kommer det frem at MNA bør testes blant eldre i andre situasjoner. I de utvalgte studiene er MNA blitt testet hos eldre i

sykehjem eller sykehus. En svakhet her er at man ikke vet hvordan MNA fungerer hos eldre i andre situasjoner, for eksempel eldre hjemmeboende, eller f.eks. eldre med spesifikke tilleggs diagnoser. Det er tydelig behov for videre utprøving og forskning på dette. Siden denne studien tar utgangspunkt i eldre med hovedfokus på sykehjem, og ikke eldre med tilleggs diagnoser vil ikke dette spille noen særlig rolle for denne litteraturstudien.

Som nevnt viser resultatet at ernæringscreening har en god virkning. Noen av sykepleierne mener at dette skjer på grunn av at man jobber konsekvent med å ernæringscreenere pasientene. Noen, altså fåtallet av sykepleierne synes ernæringscreening er vanskelig å utføre. Disse sykepleierne mente likevel at screeningen fungerte når det ble utført. En av årsakene til dette kunne være dårlig dokumentasjon. Å screene pasientenes ernæringsstatus kan ses i sammenheng med sykepleieprosessen. Å ernæringscreenere pasienter vil si at man ivaretar trinn i den problemløsende metoden. I følge Kristoffersen (2011) innebærer sykepleieprosessen å utføre en datainnsamling. Her innhenter man seg opplysninger om pasienten. Dette trinnet utgjør fundamentet og er svært viktig og avgjørende for det videre resultatet. De data en innhenter skal være sykepleierfaglig relatert, i tillegg til at de skal ta utgangspunkt i pasienten. Under en datainnsamling kan en oppdage at pasienten er, eller står i fare for å utvikle underernæring. Da vil man normalt utføre en screening og andre tiltak for å få en best mulig oversikt over pasientens situasjon. Man identifiserer behov, setter i verk tiltak, utfører tiltakene og til slutt gjør man en evaluering. Screening henger godt sammen med sykepleieprosessen, og handler mye om det samme. Det handler om å oppdage underernærte pasienter og sette i verk tiltak for å bedre deres situasjon. Dette er av stor betydning for sykepleien, da det er sykepleiers oppgave å fange opp disse pasientene. Det er sykepleierne som skal screene og ivareta sykepleieprosessen. Resultatene fra studiene kan bidra til at den problemløsende metoden blir ivaretatt på et bedre vis da man ser viktigheten og virkningen av ernæringscreening. Man kan på denne måten fange opp pasienter som står i fare for underernæring i riktig tid, sette i verk tiltak og utføre disse slik at man da forebygger at pasienten blir underernært.

4.1.2. Manglende kunnskap om underernæring fører til at kartlegging ikke blir utført og pasienter i fare for underernæring ikke identifisert

Resultatet viser at sykepleiere har for lite kunnskap om underernæring og andre ernæringsmessige problemer. I tillegg til dette viser det seg at sykepleierne ikke har stor nok bevissthet rundt dette med ernæringsproblematikk.

På avdelinger med mye ernæringsproblematikk har sykepleierne stor kunnskap om temaet, som gjorde at disse sykepleierne var gode på å ernæringsscreeene pasientene. Sykepleiere på andre avdelinger utførte ikke screening i det hele tatt, eller i veldig liten grad (Söderhamn & Söderhamn 2008). Sykepleierne har grunnleggende kunnskap om ernæring, men mange mener det ikke er deres ansvar å screeene pasientene. Som resultatet viser; jo høyere kunnskap man har om ernæring, jo høyere prioriterer man slike oppgaver. Er det slik det i virkeligheten skal være? Skal man kun foreta ernæringscreening på avdelinger med mye ernæringsproblematikk? Er det kun sykepleiere med særlig interesse for ernæring som skal screeene pasientene?

Sykepleieutøvelsen skal baseres på ulike kunnskapsformer. Det er her man kommer inn på kunnskapsbasert praksis. Kunnskapsbasert praksis kan defineres som: "å basere fagutøvelsen på forskningsbasert kunnskap integrert med klinisk erfaring (erfaringsbasert kunnskap) og pasientens preferanser" (Kristoffersen s. 166, 2011). Essensen i dette er at sykepleieutøvelsen skal være basert på det beste innenfor forskningsbasert og erfaringsbasert kunnskap, og på brukerkunnskap (Kristoffersen 2011).

I følge resultatet mangler sykepleiere kunnskap om ernæringsmessige problemer, herunder hvordan man skal screeene pasienter for å plukke opp de i risiko for underernæring. Dette vil si at sykepleierne ikke arbeider kunnskapsbasert. Sykepleierne anvender seg tydeligvis ikke av forskningsbasert kunnskap – de innhenter seg ikke informasjon og kunnskap om ernæringscreening selv om mange av dem sier at de har for lite kunnskap innenfor dette temaet.

Forskningsbasert kunnskap innebærer at man benytter seg av forskning i sitt yrke. Dette kan bidra til identifisering, beskriving og forklarelse av ulike fenomener og årsaksforhold. Erfaringsbasert kunnskap er ofte knyttet til konkrete situasjoner, og det man lærer gjennom et yrkesaktivt liv. Denne type kunnskap kalles flere ting; eksempelvis taus kunnskap, personlig kunnskap, klinisk blikk med mer. Slik kunnskap blir utviklet gjennom systematisk og kritisk refleksjon over sine egne erfaringer som sykepleier. Man er i tillegg pliktet til å holde seg faglig oppdatert. Dersom sykepleierne ikke anvender forskningsbasert kunnskap vil det ikke være overaskende at de har for lite kunnskap innenfor ernæringscreening (Kunnskapsbasert praksis 2012).

Et annet viktig tema som resultatet viser, er at legene sitter med mye makt i forhold til om ernæringskartlegging blir utført eller ikke. Det legene synes er viktig, er det som blir prioritert av sykepleierne. Sykepleierne utfører oppgaver legene etterspør, og legene etterspør svært sjeldent ernæringscreening. Det kommer i tillegg frem av resultatet at sykepleierne ønsker større tverrfaglig samarbeid, spesielt i samarbeid med legene. Dette da legene underprioriterer ernæringsmessig

praksis, noe som smitter over på sykepleierne. Likevel bør kanskje ikke sykepleierne la seg påvirke av legene i så stor grad. Man bør fokusere på hva som er sykepleierens ansvar, og prioritere og utføre disse oppgavene. I de yrkesetiske retningslinjene står det klart og tydelig at sykepleieren har ansvar for å utføre en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygge sykdom (Norsk sykepleierforbund 2011). Man skal som sykepleier erkjenne grensene for egen kompetanse. Det vil si at man skal utføre en sykepleiepraksis innenfor disse grensene, og ikke gå utenfor sitt eget fagområde. I vanskelige situasjoner skal man søke veiledning, noe som står nedskrevet i helsepersonelloven (Helsepersonelloven, 1999, § 4). Her kan man i tillegg trekke inn dette med å skyve ansvar over på andre, og det å ta på seg ansvar utenfor sitt eget kompetanseområde. Det å følge loven og de yrkesetiske retningslinjene vil minimalisere problemene dette omhandler, og føre til oppklaring i hvem som skal screene pasientene og ikke. Dette vil avklare at sykepleierne har ansvar for denne oppgaven, og forhåpentligvis vil ernæringscreening da bli utført.

I følge resultatet er det slik at nyutdannede sykepleiere er flinkere til å screene sine pasienter i forhold til andre sykepleiere med lengre yrkeserfaring er. I tillegg er det vist seg at yngre sykepleiere er flinkere til å screene sine pasienter i motsetning til eldre sykepleiere. Trenger sykepleiere med lang yrkeserfaring oppgradering og undervisning for å friske opp og bevare sin kunnskap? Det er tydelig at sykepleierne i denne studien ikke arbeider kunnskapsbasert. Ofte vil man etter mange yrkesaktive år sitte med mye erfaring og kunnskap gjennom praksis, altså man utvikler erfaringsbasert kunnskap. Slike sykepleiere har ofte et såkalt klinisk blikk, som ikke nyutdannede har (Kunnskapsbasert praksis 2012, Kristoffersen 2011). Sykepleierne i denne studien bruker ikke erfaringene sine til kunnskap. De anvender seg ikke av den erfaringsbaserte kunnskapen. Etter mange år som sykepleier burde man tatt med seg kunnskap om ernæringscreening, i tillegg til at man etter mange år burde ha opparbeidet kunnskap og forståelse av viktigheten av ernæringscreening. Kan de nyutdannede sykepleierne ha tilegnet seg mer vitenskapelig kunnskap? En mulig årsak kan være at de er flinkere til å anvende og lete etter ny og oppdatert kunnskap. Et annet viktig punkt å se på, er om de nyutdannede tilegner seg ny erfaringsbasert kunnskap, eller blir de påvirket av de eldre sykepleierne, og dermed utfører samme praksis som de etter hvert; at de ikke tilegner seg, og anvender seg av erfaringsbasert kunnskap. Hvordan skal man da få påvirket nyutdannede sykepleiere til å bli gode sykepleiere som kan å screene pasienter, i tillegg til at de skal kunne forstå viktigheten av ernæringscreening? Ved å anvende sykepleieprosessen og jobbe kunnskapsbasert vil man kanskje unngå at nyutdannede mister interesse og forståelse av ernæringskartlegging.

4.1.3. Ernæringsmessig praksis er underprioritert

Det kommer frem av resultatet at ernæringsmessig praksis er svært underprioritert. Dette gjelder særlig på sykehus og sykehjem. Dårlig utstyr som ikke blir oppgradert fører også til at screening ikke blir utført. Dersom det blir utført, kan det gi feil svar på grunn av manglende og dårlig utstyr. Selv om ernæringsmessig praksis er underprioritert, kommer det frem i resultatet at de fleste sykepleierne forstår viktigheten av ernæringsmessig praksis – og viktigheten av ernæringscreening. Mange sykepleiere mener i tillegg at ernæringsmessig praksis er underprioritert på grunn av lavt kunnskapsnivå. Kunnskapsnivået er tydelig for lavt. Ved å anvende forskning og/eller undervisning for å øke kunnskapsnivået vil dette bidra til økt kunnskap, og dermed at man jobber kunnskapsbasert. Forskning sammen med erfaring fra sykepleiere med mye kunnskap innenfor temaet kan bidra til økt kunnskap hos de som mangler dette.

Resultatet viser også at desto vanligere det er med ernæringsmessige problemer på avdelingen, jo flinkere er man på å screene pasientene. På avdelinger uten særlig ernæringsproblematikk, vil dette medføre at svært få pasienter, eller ingen pasienter blir screenet for å kartlegge ernæringsstatus. Resultatet viser i tillegg at hos de med stort fokus på ernæringskartlegging har sykepleiernes interesse, kunnskap og bevissthet rundt ernæringsproblematikk og screening blitt økt. Dette viser at økt fokus på ernæringscreening kan bidra til bedre ernæringsmessig kartlegging. Det er tydelig at det man har fokus på blir interessant å jobbe med. Dermed bør sykehjem og sykehus innføre strengere krav og større fokus rundt dette med kartlegging av ernæringsstatus (Kunnskapsbasert praksis 2012).

Sykepleiere må få opplæring i ernæringscreening, og eventuelt undervisning i dette slik at de skal kunne forstå viktigheten av å screene pasientene, og konsekvensene av å ikke screene pasientene. Tverrfaglighet vil være viktig. Kan man kanskje arrangere ulike refleksjonsmøter/etikkmøter hvor man diskuterer og deler meninger rundt dette med ernæringsproblematikk og ernæringskartlegging? Dette kan bidra til at man endrer syn og lærer seg nye metoder å jobbe på. Dette kan igjen bidra til økt motivasjon i forhold til å jobbe med ernæringskartlegging. Etske refleksjoner kan for eksempel bidra til dette. Kanskje finnes det noen med erfaring om kartlegging som kan ta ansvar for å holde refleksjonsgrupper. Samarbeid om etisk kompetanseheving er et prosjekt som pågår mellom Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, arbeidstakerorganisasjonene innen helse og omsorg samt KS. Hovedmålet med dette prosjektet er å styrke den etiske kompetansen i helse-, sosial- og omsorgstjenestene og gjennomføre etisk refleksjon i tjenestene (Kommunesektorens organisasjon). Etske refleksjoner/refleksjonsgrupper kan for eksempel bidra til økt motivasjon og forståelse for ernæringskartlegging

Det kommer frem av resultatet at dokumentasjonen er for dårlig. Dette kan bidra til at screening ikke blir utført, som igjen medfører underprioritering av ernæringsmessig praksis. Dokumentasjon er lovpålagt. I helsepersonelloven paragraf 39 – plikt til å føre journal - står det nedskrevet at ”den som yter helsehjelp, skal nedtegne eller registrere opplysninger i en journal for den enkelte pasient”. Videre står det i paragraf 40 – krav til journalens innhold m. m at ”journalen skal føres i samsvar med god yrkesetikk og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, samt de opplysninger som er nødvendige for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt fastsatt i lov eller medhold av lov”. Det som står nedskrevet i journalen skal være lett å forstå for annet kvalifisert helsepersonell (Dahl & Skaug 2011). Det står i helsepersonelloven at dokumentasjon skal føres i samsvar med god yrkesetikk (Helsepersonelloven, 1999, § 40). I de yrkesetiske retningslinjene står det nedskrevet at sykepleiere anvender de yrkesetiske retningslinjer i sitt arbeid (Norsk sykepleierforbund 2011). Her ser man at dette går mye over i hverandre, og er desto viktigere. Sykepleierne i denne studien har ikke fulgt loven, da det viser seg at dokumentasjonen er for dårlig. I tillegg anvender ikke disse sykepleierne de yrkesetiske retningslinjene for sykepleierne. Som resultatet viser fører dette til at screening ikke blir utført. Dokumentasjon kan også trekkes inn i sykepleieprosessen – den problemløsende metoden. Alle punkter i sykepleieprosessen skal dokumenteres. Det er sykepleierne som har ansvar for denne dokumentasjonen. Her skal det komme frem pasientens reaksjon på sin sykdom og lidelse. I tillegg skal dokumentasjonen sykepleierne gjør tydeliggjøre sykepleiehandlinger og vurderinger. Dette uansett hva de sikter mot; fremme helse, behandle, forebygge, rehabiliterer eller lindrer lidelse. Det er journalansvarlig som har det overordnede ansvaret for den enkelte journal i helseinstitusjoner. Det skal fremgå av journalen hvem som er journalansvarlig, jf. Journalforskriften paragraf 6 (Dahl & Skaug 2011).

Som man ser er dokumentasjon av sykepleie et svært viktig punkt i sykepleien. Da det kommer frem at dokumentasjonen er for dårlig, kan et mulig tiltak være å sette journalansvarlig på saken. Det er journalansvarlig som må sørge for at dokumentasjonen blir utført og gjort (Dahl & Skaug 2011). Dette kan bidra til å bedre dokumentasjonen, og fører videre til at screening blir utført. Slik kan man muligens snu den onde sirkelen man har havnet i. I de yrkesetiske retningslinjene kommer det frem at man som sykepleier skal anvende de yrkesetiske retningslinjer i sitt arbeid, og at man skal bidra til etisk refleksjon aktivt i hverdagen. Kanskje er det etisk refleksjon som skal til? Sykepleierne kan reflektere over etiske problemer som oppstår som følge av for dårlig dokumentasjon. Kanskje kan etisk refleksjon bidra til større bevissthet rundt ernæringsproblematikk? Burde man sette av tid hver dag/ukentlig til etisk refleksjon? Dette er forslag til tiltak som kan endre sykepleiernes oppfatning av ernæringsproblematikk og screening (Norsk sykepleierforbund 2011).

Bedre tverrfaglig samarbeid kan muligens bidra til å bedre screeningen? Man skal gjøre det man er pliktet til å gjøre, det man som sykepleier ikke kan gjøre, kan man samarbeide med andre om. Hvordan få dokumentasjonen til å bli bedre? Kanskje må man påpeke hvor viktig dokumentasjon er, vise til hva loven sier, slik som nevnt ovenfor. Får pasientene medvirke i sin behandling? Funn fra resultatene sier veldig lite om dette. Det at pasientene skal få medvirke i sin behandling står nedtegnet i pasient- og brukerrettighetsloven (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1), i tillegg til at det er ett av punktene i kunnskapsbasert praksis; brukerkunnskap/brukermedvirkning (Kunnskapsbasert praksis 2012) . Man skal ta hensyn til pasientens ønsker og behov, dette skal sykepleier gjøre gjennom kommunikasjon og samhandling med den enkelte pasienten og med brukergrupper. Som nevnt innledningsvis samsvarer dette med helsepersonelloven, pasient og brukerrettighetsloven og de yrkesetiske retningslinjene for sykepleierne. Ved å jobbe kunnskapsbasert ivaretar man sykepleieprosessen, loven og de yrkesetiske retningslinjene for sykepleierne.

4.1.4. Holdninger, interesser og kvalifikasjoner påvirker ernæringsmessig kartlegging

Kan det være slik at mange sykepleiere synes ernæringskartlegging er kjedelig og/eller lite interessant? Det kommer frem av resultatet at hos noen sykepleiere spiller holdninger omkring ernæringsmessig praksis en rolle for om screening blir gjort eller ikke. Hvorfor er det slik? Kan dette tyde på at ernæringskartlegging er kjedelig å utføre? Sykepleiere kan ikke bare velge bort det de selv synes er spennende og kjedelig. Sykepleiere har både et faglig og et juridisk ansvar. En handling kan være faglig forsvarlig og juridisk tillatt, men etisk uakseptabel. I dette tilfellet vil ikke sykepleierne bevare hverken det faglige, juridiske eller etiske ansvaret. Som sykepleier har man en fundamental plikt til å fremme helse, forebygge sykdom, lindre lidelse og sikre en verdig død (Norsk sykepleierforbund 2011). Dette vil si at man har en plikt som sykepleier å forebygge underernæring hos eldre – og ernæringscreening/kartlegging er en metode som skal sørge for forebyggelse av underernæring. Som sykepleier fremmer man også helse ved å forebygge sykdom og lidelse. Underernæring fører med seg uheldige komplikasjoner, som blant annet økt fare for trykksår, dårligere livskvalitet, fare for infeksjoner med mer. Gjennom forebyggelse av underernæring hindrer man disse tilleggs komplikasjonene som er uheldige for pasienten. På denne måten kan sykepleier bidra til å fremme helse og lindre lidelse. Slike komplikasjoner kan være smertefulle og gå ut over pasientens livskvalitet (Guttormsen et.al 2009).

Interesser hos sykepleierne spiller også en rolle i forhold til om kartlegging blir utført eller ikke. Har man stor interesse for ernæringsmessig praksis, blir screening utført. For de som ikke har særlig interesse for dette, blir screening underprioritert og ikke utført. Bruker de sykepleieprosessen på en god måte, siden de mangler kunnskap om ernæringskartlegging? Som sykepleier skal du utføre det du er kompetent til, og du skal ikke påta deg oppgaver du ikke er kvalifisert til. Her kan man trekke inn dette med kvalifikasjoner. Som sykepleier er du kvalifisert til å ernæringssscreene pasientene dine, da screening også trekkes inn i sykepleieprosessen i tillegg til at man kan trekke inn de yrkesetiske retningslinjene. Dette handler om sykepleierrollen. Det kommer frem at mange av sykepleierne overlater dette ansvaret til helsepersonell som ikke er kvalifisert til å screene pasientene. Dette kan være helsepersonell som helsefagarbeidere og assistenter. Her gjør også helsefagarbeiderne og assistentene en feil, da også de skal følge helsepersonelloven. Helsepersonelloven sier at man ikke skal påta seg oppgaver utenfor sitt eget kompetanseområde (Helsepersonelloven, 1999, § 4). Dermed kan man si at sykepleierne har et stort ansvar på dette området. Man skal ikke skyve ansvar over på andre, særlig ikke når dette ansvaret hører med i yrkesrollen som sykepleier.

For å snu denne sirkelen kan man for eksempel vise til de som lykkes med screeningen, og de som synes dette er spennende å utføre. Resultatet viser gode resultater av ernæringssscreening på avdelinger der dette blir gjort, og sykepleierne mener dette gir gode resultater i forebygging og behandling av underernæring. Kanskje man da kan vise til dette, og trekke inn sykepleieprosessen, jobbe kunnskapsbasert og pasientfokusert. Kanskje man da vil se nytten og fremgangen med ernæringssscreening? Ved å bruke disse prosessene kan man oppnå gode resultater, og det kan igjen motivere sykepleierne til å jobbe videre med screening. Et annet tiltak som kan sørge for motivasjon og som kan bidra til å snu den onde sirkelen er referansegrupper og motivasjonsgrupper. Finnes det noen som kan undervise i dette temaet og vise hvor viktig og interessant ernæringssscreening er for sykepleieryrket?

For å jobbe kunnskapsbasert med screening som fokus er motivasjon viktig. Det å jobbe forskningsbasert er spennende men samtidig kan det være utfordrende. Forskningsbasert kunnskap skal integreres sammen med erfaringskunnskap, pasientkunnskap og kontekst før den kan brukes for screening. Kontekst er det som omslutter de tre kunnskapsmodellene. Dette kan for eksempel være etiske forhold, kulturelle sammenhenger og faglig forståelse. Ofte kan det oppstå en barriere når kunnskap skal overføres til praksis. I dette tilfellet ser man at sykepleierne forstår viktigheten av å kartlegge pasientenes ernæringsstatus, men man har problemer med å gjøre dette i praksis av ulike årsaker. Slike barrierer kan være selve forskningen, egenskaper hos arbeideren, organisasjonen eller profesjonen (Kunnskapsbasert praksis 2012). Man må forsøke å jobbe med disse barrierene, slik at

man kan få overført kunnskapen sin til praksis. Dette kan man gjøre ved at den enkelte jobber med seg selv, samarbeid som skaper forståelse eller at profesjonen/organisasjonen jobber med å motivere sine ansatte.

5. METODE DISKUSJON

Denne litteraturstudien belyser et svært relevant tema innenfor sykepleie. Forebygging av underernæring har i lengre tid vært et sentralt tema innenfor sykepleieryrket, og anses som et meget viktig tema. I tillegg er det et tema det trolig vil bli satt stort fokus på i fremtiden, da det vil bli flere eldre mennesker. Temaet er svært relevant for sykepleiere i fremtiden, noe som styrker denne litteraturstudien.

Artiklene som er blitt benyttet i oppgaven er valgt ut på grunnlag av artiklenes relevans. Det var generelt enkelt å finne forskning innenfor screening og underernæring. Utfordringen var å velge ut artikler som skulle inkluderes og ekskluderes for å kunne gi et godt svar på hensikten med oppgaven. Det er gjort mye forskning på dette temaet i forskjellige land, så mange av studiene er fra ulike nasjoner. Dette kan ses på som positivt da dette viser at problemet ikke kun ligger i skandinaviske land. Det er tydelig behov for bedring i flere land. Mange av artiklene har brukt MNA som screeningsverktøy. Dette kan til en viss grad ses på som negativt. Man får ikke sett hvordan andre screeningsverktøy fungerer i like stor grad som MNA. Et pluss er at man får et stort innblikk på hvordan MNA fungerer som screeningsverktøy, og i hvilken grad dette verktøyet bidrar til forebygging. MNA er godkjent i flere land og ses på som virkningsfull, så dette er nok noe av årsaken til at MNA blir brukt i de fleste av de inkluderte studiene.

Forskningsartiklene benyttet i denne litteraturstudien er bygd opp etter sykepleieperspektivet. Det var ikke særlig problematisk å finne artikler skrevet i dette perspektivet. Det at denne oppgaven er basert på et sykepleieperspektiv er mer relevant for å kunne svare på hensikten til oppgaven.

Noen av artiklene var mer aktuelle enn andre. Dette ved at noen artikler tar opp flere og viktige faktorer som belyser hensikten til denne litteraturstudien. Det hadde vært til stort fordel om alle artiklene var like relevante, men på grunn av tidsaspektet, samt at enkelte av de inkluderte studiene belyser viktige temaer som er vesentlige for besvarelsen, har de blitt inkludert.

11 av 13 forskningsartikler i denne studien er skrevet på engelsk. De har blitt oversatt til norsk på best mulig vis før de ble analysert. Dette kan ha medført mistolkninger, misforståelser og feiltydninger av innholdet, noe som kan ses på som en svakhet i oppgaven.

Det er blitt benyttet både kvalitative og kvantitative studier i denne litteraturstudien, noe som kan bidra til å styrke oppgaven da man får frem sykepleiernes erfaringer og meninger, noe som fremhever sykepleieperspektivet i tillegg til at kvantitative studier belyser antall og tall.

Artiklene sier ikke noe om pasientene får medvirke i sin behandling, noe som kan ses på som en svakhet. Et pluss er at studiene tar for seg både nyutdannede og eldre sykepleiere, slik kan man se om det er store forskjeller etter antall år som sykepleier.

6. KONKLUSJON

Hensikten med denne litteraturstudien var å få kunnskap om ernæringskartlegging/screening som verktøy for å forebygge underernæring hos eldre. Dette med mål om å unngå at eldre blir rammet av unødvendige tilleggs komplikasjoner som følge av underernæring, og med mål om at eldre skal ha det godt.

Gjennom tekstanalysen viste det seg at hovedfunnene fra forskningen viser at sykepleiere er for dårlig på å ernæringsscreeene/kartlegge pasientene for ernæringsmessige problemer. Dette mye på grunn av at ernæringspraksis er underprioritert, i tillegg til at sykepleierne mangler kunnskap om kartlegging av ernæringsstatus. Resultatet viser i tillegg at ernæringscreening har en god virkning i forebyggelsen av underernæring. Men det nytter lite at screening fungerer, så lenge sykepleierne i liten eller ingen grad benytter seg av dette verktøyet. Samtidig kommer det frem at sykepleiere forstår viktigheten av ernæringskartlegging, men sykepleierne benytter seg ikke av sykepleieprosessen, kunnskapsbasert praksis, yrkesetiske retningslinjer, i tillegg til at lovverket er rammet av blant annet for dårlig dokumentasjon. Generelt viser studiene at det er stor mangel på ernæringskunnskaper blant sykepleiere.

Det ser ut til at ernæringscreening i stor grad ikke blir utført, dette på grunn av manglende kunnskap samt at ernæringsmessig praksis er underprioritert. På de avdelingene dette blir utført, viser det seg at ernæringsproblematikk er svært vanlig. På de avdelingene hvor screening blir utført, ser man at screening fungerer og er et godt verktøy for å kartlegge underernæring. Det som ikke kommer frem, er om pasientene blir inkludert i kartleggingsprosessen. Det at pasienten får medvirke i sin

behandling vil være viktig, men det kommer på ingen måte frem at dette blir gjort. Pasienten er en stor kunnskapsressurs om det som omhandler seg selv, og sykepleierne må ta hensyn til pasientens ønsker og behov for å kunne gi den beste behandlingen. Det virker som mange av sykepleierne blir bevisst hvor viktig ernæringscreening er mens forskningen pågår. Forskningen viser til noen tiltak om hva som bidrar til bedre ernæringscreening, men det ser ut til at disse kun blir belyst mens forskningen pågår. I hvilken grad forskningen bidrar til bedre ernæringscreening etter endt forskning, er uvisst.

Funnene i denne litteraturstudien er problemfokuset, i tillegg til at det er funnet forskning som ser på virkning og effekt av ernæringscreening som tiltak for å forebygge underernæring.

Ut i fra funnene fra forskning er det blitt foreslått tiltak og løsninger på hvordan sykepleierne kan forbedre bruken av screening for å forebygge underernæring. For å benytte seg av ernæringscreening på best mulig måte, og på en virkningsfull måte bør sykepleierne tilegne seg mer kunnskap om hvordan screening bør brukes. For at slike tiltak skal være optimale bør man følge de yrkesetiske retningslinjene i arbeid og utførelse av tiltakene, i tillegg til at de bør bekreftes av forskning for at det skal bekreftes at de er virkningsfulle. I tillegg må sykepleierne gjennom erfaring kunne vite at tiltakene er virkningsfulle, slik at det er samsvar mellom teori og praksis. For at tiltakene skal fungere for hver enkelt pasient, må man inkludere hver enkelt pasient individuelt om avgjørelser som omhandler deres liv. Pasienten selv er den som vet best hvordan han /hun ønsker å ha det, og er i tillegg den som kjenner seg selv best.

Studiens hensikt er relevant for sykepleiers arbeid med eldre mennesker, og man ser at det er behov for store forbedringspotensialer i forhold til ernæringsmessig praksis blant eldre. Det vil være behov for videre forskning som kartlegger hvorfor ernæringsmessig praksis er underprioritert, slik at man kan sette i verk gode tiltak som vil forbedre problemet.

LITTERATUR

Amirkalali B, Sharifi F, Fakhrzadeh H, Mirarefin M, Ghaderpanahi M & Larijani B. (2010). Evaluation of the Mini Nutritional Assessment in the elderly, Tehran, Iran, *Public Health Nutrition* 13(9), s. 1373 – 1379

Andrés E & Bekker G. (2013). Sygeplejepersonalets oplevelse af ernæringscreening og kostregistrering, *Klinisk Sygepleje* 27(3), s. 52 - 59

Boaz M, Rychani L, Barami K, Hourri Z, Yosef R, Siag A, Berlovitz Y & Leibovitz E. (2013). Nurses and Nutrition: A Survey of Knowledge and Attitudes Regarding Nutrition Assessment and Care of Hospitalized Elderly Patients, *The Journal of Continuing Education in Nursing* 44(3), s. 357 – 364

Bourdel - Marchasson I, Rolland C, Jutand M-A, Egea C, Baratchart B & Barberger-Gateau P. (2009). Undernutrition in geriatric institutions in South - West France: Polices and risk factors, *Nutrition*, vol. 25, s. 155-164

Brinchmann B S. (2010). *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Dahl K & Skaug E-A. (2011). Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon i sykepleie, i; *Grunnleggende sykepleie – Grunnleggende behov*, Bind 2. S. 15 – 56. Oslo; Gyldendal Norsk Forlag AS

Dalland O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (4. Utg). Oslo: Gyldendal akademisk

Forsberg C & Wengström Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och kultur.

Fossum M, Terjesen S, Ehrenberg A, Ehnfors M & Söderhamn O. (2009). Evaluation of the Norwegian version of the Mini Nutritional Assessment (MNA) among older nursing home patients, *Vård I Norden* 92(29), s. 50-52

Gaskill D, Black L J, Isenring E A, Hassall S, Sanders F & Bauer J. (2008). Malnutrition prevalence and nutrition issues in residential aged care facilities, *Australian Journal on Ageing* 27(4), s. 189 - 194

Graneheim & Lundman. (2003). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, vol. 24, s. 105 – 112

Guttormsen A B, Hensrud A, Irtun Ø, Move M, Wergeland S L, Thoresen L, Øien H, Alhaug J & Smedshaug G B (2009). *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*. Oslo: Helsedirektoratet, Avdeling ernæring.

Holmén M S, Robertsson B & Wijk H. (2006). Tools to assess the nutritional status of acutely ill older adults, *nursing older people* 18(5), s. 31 - 35

Helsepersonelloven (1999). (2014, 01. Januar). *Lov om helsepersonell* (Helsepersonelloven). Hentet 15.mars 2014 fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>

Juul H J & Frich J C. (2013). Kartlegging av underernæring i sykehus. *Nordisk sygeplejeforskning*, 2(3), s. 77-89

Kommunesektorens organisasjon. Lastet ned 30.04.14, fra <http://www.ks.no/tema/Helse-og-velferd/Samarbeid-for-etisk-kompetanseheving/>

Kunnskapsbasert praksis. (2012). Lastet ned 15.02.14, fra <http://kunnskapsbasertpraksis.no/kunnskapsbasert-praksis/>

Kristoffersen N J. (2011). Sykepleie – kunnskap og kompetanse, i; *Grunnleggende sykepleie – Sykepleierens grunnlag, rolle og ansvar*, Bind 1, s, 161 – 195. Oslo; Gyldendal Norsk Forlag AS

Mowe M, Bosaeus I, Rasmussen H H, Kondrup J, Unosson M & Irtun Ø. (2005). Nutritional routines and attitudes among doctors and nurses in Scandinavia: A questionnaire-based survey, *Clinical Nutrition*, 25, s. 524 – 532

Norsk sykepleierforbund - *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* (2011)

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). (2014, 01. Januar). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (Pasient- og brukerrettighetsloven). Hentet 15. Mars 2014 fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient+og+bruker>

Personvernombudet for forskning. (2012). Lastet ned 08.04.14, fra http://www.nsd.uib.no/personvern/om/om_oss.html

Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk .(2014). Lastet ned 08.04.14, fra https://helseforskning.etikkom.no/ikbViewer/page/forside?_ikbLanguageCode=n

Shum N C, Hui W W W, Chu F C S, Chai J, Chow T W. (2005). Prevalence of malnutrition and risk factors in geriatric patients of a convalescent and rehabilitation hospital. *Hong Kong Med J*, vol. 11, 234-42

Söderhamn U. (2010). Screening – en hjelp til å identifisere elder i fare for underernæring. *Demens&Alderspsykiatri*, vol. 14, s. 19-21

Söderhamn, U & Söderhamn, O. (2008). A successful way for performing nutritional nursing assessment in older patients. *Journal of Clinical Nursing*, vol. 18, 431 – 439

Suominen M, Muurinen S, Routasalo P, Soini H, Suur-Uski I, Peiponen A, Finne-Soveri H & Pitkala K H. (2005). Malnutrition and associated factors among aged residents in all nursing homes in Helsinki, *European Journal of Clinical Nutrition*, vol. 59, s. 578 – 583

Young M A, Kidston A, Banks M D, Mudge A M & Isenring E A. (2011). Malnutrition screening tools: Comparison against two validated nutrition assessment methods in older medical inpatients, *Nutrition*, vol. 29, s. 101-106

Vedlegg 1 Oversikt over søkestrategier

Database	Søkeord	Avgrensninger	Ant. Treff	Valgt ut
Medline (21.01.14)	1. Malnutrition 2. Aged 3. 1 OR 2 4. Nutrition assessment/or exp nutrition surveys/ 5. exp Geriatrics nursing/or nursing 6. 4 OR 5 7. 3 AND 6	OR nutrition surveys/ OR nursing	18	4
SveMed+ (21.01.14)	Ernæringscreening		1	1
SveMed+ (22.01.14)	Underernæring		22	1
Medline (24.01.14)	1. Nutrition surveys 2. Protein-energy malnutrition 3. 1 AND 2 4. Aged 5. 3 AND 4	OR malnutrition	44	1
Medline (27.01.14)	1. Protein energy malnutrition 2. Nursing homes 3. 1 AND 2 4. Aged 5. 3 AND 4 6. Nutrition surveys 7. 5 AND 6	OR malnutrition	5	1
Medline (27.01.14)	1. Malnutrition 2. Nutritional status 3. Mass screening 4. 1, 2 AND 3 5. Aged 6. 4 AND 5	OR Nutrition Assessment	67	2
Manuelt søk				3

Vedlegg 2 Oversikt over inkluderte studier

Forfatter År/Land	Studiens hensikt	Design	Deltakere	Hovedresultat	Kommentar
NC. Shum WWH. Hui FCS. Chu J. Chai TW. Chow 2005, Hong Kong	<p>Målet med studien var tredelt:</p> <p>1: Kartlegge omfanget av underernæring ved hjelp av antropometriske og biokjemiske parameter.</p> <p>2: Å teste hypotesen om at den kinesiske MNA er et nyttig screeningsverktøy for å identifisere underernæring hos geriatrike pasienter i sykehus.</p> <p>3: Å teste hypotesen om at risiko for underernæring ikke er økt med nedstemthet, svekket kognitiv funksjon, funksjonsnedsettelse, polyfarmasi, bosted før opptak eller mobilitet.</p>	Kvantitativ	120 pasienter	<p>Underernæring er et svært vanlig problem hos eldre pasienter, spesielt hos de over 80år.</p> <p>Dødeligheten øker. MNA var et nyttig verktøy for å screene pasienter for å utelukke underernæring. Vesentlige faktorer som økte forekomsten av underernæring var stort hjelpebehov, eller om man var sengeliggende og/eller rullestolbruker. De som bor på sykehjem har økt risiko for underernæring.</p>	<p>Etisk godkjent.</p> <p>Svært viktige funn for besvarelse av oppgaven</p>

Forfatter År/Land	Studiens hensikt	Design	Deltakere	Hovedresultat	Kommentar
M. Fossum S. Terjesen A. Ehrenberg M. Ehnfors O. Söderhamn 2008, Norge	Målet var å oversette MNA fra engelsk til Norsk for så å teste den norske versjonen av instrumentet for pålitelighet og gyldighet hos eldre sykehjemspasienter.	Kvantitativ	26 deltakere	Tydelig positiv støtte for pålitelighet og validitet av den norske versjonen av MNA blant eldre sykehjemspasienter. Ytterligere forskning er nødvendig i forhold til eldre i andre institusjoner.	Etisk godkjent Viktige funn for besvarelse av oppgaven. Viser gode resultater ved bruk av MNA som screeningsverktøy.

Forfatter År/Land	Studiens hensikt	Design	Deltakere	Hovedresultat	Kommentar
<p>U. Söderhamn O. Söderhamn 2008, Sverige</p>	<p>Studiens hensikt var å få økt kunnskap og forståelse for hva som kan fremme og tilrettelegge for at sykepleiere skal utføre ernæringsvurdering hos eldre mennesker</p>	<p>Kvalitativ</p>	<p>10 deltakere</p>	<p>10 sykepleiere fra to ulike sykehus ble intervjuet. Analysene viste at det som fremmer ulike aspekter i utførelsen av ernæringsvurdering hos eldre var å få informasjon gjennom dialog, etter observasjoner og kontroller, samarbeid med andre omsorgspersoner og fagfolk samt ved å utføre kontinuerlig oppfølging. Kunnskap og bevissthet om ernæringsmessige problemer er også viktige betingelser. Det å ha interesse, lytte til pasientens historie og ønsker, samt å være i stand til å vurdere pasientens motivasjon til å spise.</p>	<p>En svakhet i studien er at de intervjuede sykepleierne hadde kort erfaring som sykepleiere. Et pluss i studiet er at sykepleierne hadde mye kunnskap i forhold til vurdering av ernæringsmessig risiko. Godkjent av etisk komite. Viktige funn for besvarelse av oppgaven.</p>

Forfatter År/Land	Studiens hensikt	Design	Deltakere	Hovedresultat	Kommentar
D. Gaskill L J. Black E A. Isenring S. Hassall F. Sanders J D. Bauer 2008, Australia	Hensikten med studien var å fastslå forekomsten av underernæring og undersøke ernæringsrelaterte oppgaver hos eldre mennesker i helseinstitusjoner.	Kvantitativ	352 deltakere	Halvparten var godt ernært 50,5%. 43,1% moderat underernært og 6,4% svært underernært. Utbredelsen av underernæring var helt klart høyere bland pasientene med høyt hjelpebehov, og eldre over 90år. Økt alder blir assosiert med høyere forekomst av underernæring	Godkjent av etisk komite. Viktige funn for besvarelse av oppgaven

Forfatter År/Land	Studiens hensikt	Design	Deltakere	Hovedresultat	Kommentar
H J. Juul J C. Frich 2013, Norge	Studiens hensikt var å finne ut hva som hemmer og fremmer sykepleiernes bruk av screeningsverktøy for identifisering av ernæringsmessig risiko.	Kvalitativ	5 deltakere	Resultatet viser at avdelingssykepleiere kan fremme god ernæringspraksis i sykehus ved å redusere hemmende faktorer og styrke fremmende faktorer for sykepleieres bruk av ernæringscreeningsverktøy. Faktorer som kan virke hemmende og fremmende er engasjement, kunnskap, ansvar, samarbeid, tid og hvilke utstyr man har tilgjengelig, dokumentasjon, innføringsmåte og holdninger til ernæring som fag. Ledelsens engasjement så til å spille en stor rolle som hemmende faktor. Desto større kunnskap man har innenfor ernæringskartlegging, desto bedre er man på å kartlegge pasientene for ernæringsmessig risiko.	Viktige funn for besvarelse av oppgaven. Belyser relevante tiltak.

Forfatter År/Land	Studiens hensikt	Design	Deltakere	Hovedresultat	Kommentar
M. Boaz L. Rychani K. Barami Z. Houri R. Yosef A. Siag Y. Berlovitz E. Leibovitz 2013, Israel	Studiens hensikt var å studere sammenhengen mellom ernæringskunnskap og holdninger rundt ernæringsmessig praksis blant sykepleiere på sykehus.	Kvalitativ	106 sykepleiere	Det kommer frem av resultatet at sykepleiere mener det er kostholdseksperters ansvar å gjennomføre ernæringskartlegging. Sykepleierne mener ikke de har det største ansvaret med å ernærings kartlegge sine pasienter. Likevel kommer det frem at en del av sykepleierne utfører kartlegging på noen av sine pasienter, men ikke alle. I tillegg kommer det frem at ikke alle veier sine pasienter ved innleggelse.	Ikke behov for etisk godkjenning. Viktige funn for besvarelse av oppgaven.

Forfatter År/Land	Studiens hensikt	Design	Deltakere	Hovedresultat	Kommentar
E. Andres G. Bekker 2013, Danmark	Hensikten med studien var å avdekke sykepleiernes opplevelse av arbeidet med ernæringscreening og utarbeidelse av ernæringsplaner med formål om å justere og bedre innsatsen for pasientenes ernæring.	Kvalitativ	8 deltakere	Ernæringskartlegging bidrar å forbedre sykepleien, men ikke konsekvent. Man må jobbe konsekvent med dette for at det skal fungere. Mange opplever at kostregistrering ikke får oppfølging. Tverrfaglig samarbeid er viktig, spesielt i forhold til legene. Legene etterspør svært sjeldent ernæringskartlegging. Ernæring er nedprioritert, og bør likestilles på samme måte som andre medisinske behandlinger.	Alle deltakere som var med i studien skrev under på "erklæring om informert samtykke". Deltakerne ble informert om at det var frivillig å være med, og at de når som helst kunne trekke deres samtykke tilbake. De var i tillegg informert om at det ville være anonymt, og at datamaterialet ville bli brukt i en artikkel. Viser viktige funn for besvarelse av oppgaven.

Forfatter År/Land	Studiens hensikt	Design	Deltakere	Hovedresultat	Kommentar
M S. Holmén B. Robertsson H. Wijk 2006, England	Hensikten med studien var p undersøke om enkle vurderingsverktøy egnet for klinisk praksis kan identifisere eldre i risiko for underernæring.	Kvantitativ	40 deltakere	Eldre er svært sårbare for underernæring. Spesielt utsatt er eldre syke. 72,5% hadde en BMI på under 24, og kan anses som i fare for å utvikle underernæring. Vurderingsverktøy kan bidra til å kartlegge de i fare for underernæring/feilernæring.	Godkjent av etisk komité. Viktige funn for besvarelse av oppgaven.

Forfatter År/Land	Studiens hensikt	Design	Deltakere	Hovedresultat	Kommentar
M. Mowe I. Bosaeus H H. Rasmussen J. Kondrup M. Unosson Ø. Irtun 2005, Sverige	Hensikten var å studere skandinaviske legers og sykepleiers kunnskapsnivå i forhold til ernæring med fokus på ESPEN retningslinjer med screening, vurdering og behandling.	Kvantitativ	4512 leger og sykepleiere	Skandinaviske leger og sykepleiere mangler innenfor ernæring som fag. Dette omfatter vurdering, screening og behandling av pasienter. ESPEN retningslinjene følges ikke opp. Helsepersonell med videreutdanning er flinkere på ernæringsrelaterte oppgaver i forhold til de med mindre utdanning.	Godkjent av etisk komite. Svært viktige funn for besvarelse av oppgaven

Forfatter År/Land	Studiens hensikt	Design	Deltakere	Hovedresultat	Kommentar
I. Bourdel-Marchasson C. Rolland M-A. Jutand C. Egea B. Baratchart P. Barberger-Gateau 2009, Frankrike	Hensikten med studien var å beskrive ernæringsstatusen hos eldre institusjonspasienter og studere hvilke faktorer på institusjonen som assosieres med underernæring.	Kvantitativ	514 institusjoner	Hovedresultatet viser at 19,1 pasienter er underernærte. De som er mest hjelpetrengende er de som står i størst fare for underernæring. Der man bruker mini nutritional assesment var utbredelsen av underernæring lavere. Hvilke helseproblemer man har ser ut til å spille stor rolle.	Svært viktige funn for besvarelse av oppgaven.

Forfatter År/Land	Studiens hensikt	Design	Deltakere	Hovedresultat	Kommentar
M. Suominen S. Muurinen P. Routasalo I. Suur-Uski A. Peiponen H. Finne-Soveri K H. Pitkala 2005, Finland	Studiens hensikt var å finne ut hvilke faktorer som har betydning for ernæringsmessige problemer i sykehjem i Finland.	Kvantitativ	2114 beboere	Beboerne ble vurdert ved hjelp av mini nutritional assessment. Resultatet viser at underernæring er svært vanlig blant sykehjem. Hva som er årsaken er usikkert, men sykepleiere bør være i stand til å kartlegge/vurdere ernæringsstatus og matinntak hos pasientene. Ernæring som fag bør få mer oppmerksomhet.	Viktige funn for besvarelse av oppgaven

Forfatter År/land	Studiens hensikt	Design	Deltakere	Hovedresultat	Kommentar
B. Amirkalali F. Sharifi H. Fakhrzadeh M- Mirarefin M. Ghaderpanahi B. Larijani 2010, Iran	Hensikten med studien var å undersøke om mini nutritional assessment (MNA) kan brukes for å screene og diagnostisere pasienter for underernæring blant eldre i Iran.	Kvantitativ	221 deltakere	I følge resultatet av MNA var 3.2 %pasienter underernært, 43.3% i fare for underernæring og 53.4% var godt ernærte. MNA er spesifikk og sensitiv, men kan i noen tilfeller gi en falsk indikasjon på underernæring	Viktige funn for besvarelse av oppgaven.

Forfatter År/land	Studiens hensikt	Design	Deltakere	Hovedresultat	Kommentar
A M. Young S. Kidston M D. Banks A M. Mudge E A. Isenring 2011, Australia	Studiens hensikt var å sammenligne sju godkjente verktøy for å screene pasienter for underernæring, samt to ernæringsmessige vurderingsmetoder	Kvantitativ	134 deltakere	MNA klarer å identifisere de mest utsatte pasientene, mens SGA var best på å fange opp allerede underernærte pasienter. De fleste verktøyene som ble brukt var nøyaktige ved identifisering av underernæring. Man må gjøre en vurdering av hver enkelt pasient ved bestemmelse av hvilket verktøy man skal bruke.	Etisk godkjent. Viktige funn for besvarelse av oppgaven

Vedlegg 3 Tabell brukt til vurdering av forskningsartikler
Tabell Vurdering av forskningsartikler Et eksempel

Vurdering av forskningsartikkel

Artikkel nr

Tittel _____

Hovedområde _____

Forfatter/e _____

Land _____ Språk _____ År _____

Type studie _____

Original _____ Review _____ Annet _____

Resultater: _____

Kommentarer: _____

Kvalitetsbedømming _____

Viktige stikkord: