

Personsentrert sykepleie og ernæring: forebyggende arbeid på sykehjem

Kandidatnummer: 139
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 8738
Dato: 19.4.2022



Lovisenberg
diakonale høgskole

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato 22.4.2022
Tittel Personsentrert sykepleie og ernæring: forebyggende arbeid på sykehjem	
<p><u>Problemstilling</u> Hvordan bruke personsentrert sykepleie for å forebygge underernæring blant eldre pasienter på sykehjem?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u> Det teoretiske grunnlaget inkluderer kunnskap om ernæring og underernæring hos eldre, personsentrert sykepleie og Joyce Travelbees teori om sykepleie. Videre presenteres eldre som pasientgruppe og det å gi informasjon til og kommunisere med denne gruppen. Det blir gjort rede for sykepleiers forebyggende arbeid, og arbeid i sykehjemskonteksten. Til slutt omtales relevante etiske og juridiske aspekter.</p> <p><u>Metode</u> Oppgaven bruker metode for en litterær oppgave. Det vil si at det er tatt i bruk fag- og forskningslitteratur som allerede eksisterer. Relevant forskning er funnet gjennom databaser og bruk av relevante søkeord og avgrensning. I tillegg til forskning er det benyttet både pensumlitteratur og selvvalgt faglitteratur. Søkehistorikken for gjennomførte litteratursøk blir presentert.</p> <p><u>Drøfting</u> Drøftingen består både av teoretisk grunnlag, relevant forskningslitteratur og juridisk og etisk kunnskap som bistår med å belyse problemstillingen. De forskjellige temaene som blir diskutert er sykepleiers kunnskap, kompetanse og holdninger, pasientinvolvering, og informasjon og veiledning. Det blir diskutert forskjellige tiltak som kan gjøre at ernæringsbehandling og gjennomføring av måltider blir mer tilpasset til den enkelte pasient.</p> <p><u>Konklusjon</u> Personsentrerte sykepleietiltak for å forebygge underernæring kan bidra til at pasienten får en mer aktiv rolle og blir mer involvert i mat og måltidssituasjoner på sykehjem. I en personsentrert tilnærming til å informere og veilede pasienter, er det sentralt med samarbeid og relasjon mellom sykepleier og pasient. Sykepleiers kunnskap om pasientens helsetilstand og fagkunnskap om ernæring er grunnleggende for å kunne utforme en behandlingsplan som både er tilpasset til den unike pasienten og effektiv for å bedre ernæringsstatus.</p>	

(Totalt antall ord:277)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Problemstilling og oppgavens hensikt.....	2
1.3	Avgrensing.....	2
2	Teoretisk kunnskapsgrunnlag	4
2.1	Den eldre pasienten på sykehjem.....	4
2.2	Ernæring	4
2.2.1	Ernæring og aldring	4
2.2.2	Underernæring hos eldre	6
2.3	Personsentrert sykepleie	7
2.3.1	Personsentrert pleie.....	7
2.3.2	Personsentrert sykepleie	8
2.4	Sykepleier og pasient.....	9
2.4.1	Joyce Travelbee	9
2.4.2	Kommunikasjon.....	10
2.4.3	Informasjon og veiledning	10
2.5	Kontekst for arbeidet	11
2.5.1	Sykepleie på sykehjem	11
2.5.2	Sykepleiers forebyggende funksjon til eldre pasienter	11
2.6	Jus og etikk.....	12
2.6.1	Juridisk rammeverk.....	12
2.6.2	Etiske føringer	13
3	Metode	14
3.1	Valg av metode	14
3.2	Litteratursøk og søkehistorikk.....	14
3.2.1	Valg av database og søkeord	16
3.2.2	Inklusjonskriterier	16
3.3	Øvrig faglitteratur.....	16
3.4	Kildekritikk	17
3.4.1	Forskningslitteratur.....	17
3.4.2	Øvrig faglitteratur	18
3.5	Etiske vurderinger.....	18
4	Presentasjon av forskningsresultater	19
4.1	Oppsummering av hovedresultater	19
4.2	Artikkelmatrise	19
5	Diskusjon	21
5.1	Pasientinvolvering	21
5.1.1	Mellommåltider og tidspunkter	21
5.1.2	Å velge mat selv	22
5.1.3	Måltidsmiljø	23
5.2	Samarbeid mellom sykepleier og pasient.....	24
5.2.1	Å gi veiledning og informasjon	24
5.2.2	Å samarbeide med pasienten	25
5.3	Sykepleiers kunnskap, kompetanse og holdninger.....	27
5.3.1	Kunnskap og kompetanse.....	27
5.3.2	Sykepleiers holdninger og bevissthet.....	29
6	Avslutning	31
	Referanseliste.....	32

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Norges befolkning blir stadig eldre, og følgelig vil både andel og antall som er over 80 år fordobles fram mot 2040 (Folkehelseinstituttet, 2014). Per utgangen av 2020 bodde det omtrent 40 000 mennesker på sykehjem (Statistisk sentralbyrå, 2021), men dette vil antageligvis øke ettersom andelen eldre i befolkningen øker.

Eldre har større risiko for å bli underernært enn den generelle befolkning, og dette gjelder spesielt eldre som har flere diagnoser, noe som gjelder en stor andel av sykehjemsbefolkningen. Underernæring har helsemessige konsekvenser for den enkelte og økonomiske konsekvenser for samfunnet, men tilstanden er underdiagnostisert og underbehandlet (Helsedirektoratet, 2018b). Underernæring fører til økt risiko for komplikasjoner, forverret mental og fysisk tilstand, og økt dødelighet. Tidlig identifisering, kartlegging og oppfølging av risiko for underernæring kan bidra til å forebygge utvikling av underernæring eller sykdom som følge av underernæring, forebygge funksjonsfall, og forebygge eller utsette innleggelse på sykehus. Slik forebygging vil gi helsegevinster for den enkelte og være kostnadseffektivt for samfunnet ved at flere kan behandles på et lavere og billigere tjenestenivå enn i spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2021).

I henhold til nasjonale kvalitetsindikatorer for 2020 var mindre enn halvparten av beboere på sykehjem i alderen 67 år og eldre blitt vurdert for risiko for underernæring. Av beboerne som var vurdert ble 44 % funnet å være i risiko for underernæring (Helsedirektoratet, 2018a). Den primære årsaken til underernæring er sykdom, men manglende kunnskap, interesse og oppmerksomhet fra helsepersonell er en medvirkende årsak til at ernæringsstatus forringes. En rapport fra Europarådet slår fast at én av grunnene til at ernæringsbehandlingen på norske sykehus er tilfeldig og ustrukturert er mangel på pasientinnflytelse. Man kan anta at dette også gjelder for sykehjem.

Personsentrert sykepleie er en retning innen sykepleie som dreier seg om å sette pasientens perspektiv og verdigrunnlag som basis for sykepleien som utøves. Foreløpig er personsentrert pleie i Norge hovedsakelig blitt implementert i demensomsorgen, mens i Sverige er det blitt anerkjent som ett av seks kjernekompetanseområder for all sykepleiepraksis. Denne oppgaven

vil ta for seg personsentrerte tiltak som sykepleier kan iverksette for å forebygge underernæring blant eldre pasienter på sykehjem.

Underernæring blant eldre i sykehjem er altså allerede et utbredt problem som fører til forverret livskvalitet for mange pasienter, og dette problemet vil antagelig øke i omfang ettersom andelen eldre i befolkningen øker. Dermed er det viktig at sykepleier kjenner til effektive strategier for å forebygge dette.

1.2 Problemstilling og oppgavens hensikt

Denne oppgaven vil utforske hvilken rolle en personsentrert tilnærming kan ha i å forebygge underernæring, og hvilke spesifikke personsentrerte tiltak sykepleier kan innføre til eldre pasienter på sykehjem. Problemstillingen er som følger:

Hvordan bruke personsentrert sykepleie for å forebygge underernæring på sykehjem?

1.3 Avgrensning

Denne oppgaven omhandler sykepleie til eldre pasienter og følger Verdens helseorganisasjon sin definisjon av eldre som alle over 65 år.

Fokuset for oppgaven er sykepleietiltak som kan defineres som personsentrerte tiltak, hvilket vil si at det er tiltak som er i overensstemmelse med prinsipper for personsentrert pleie. Tiltak som bemanningsmodeller og endring i administrative prosedyrer er ikke beskrevet, da dette er et ledelsesansvar (Kirkevold, 2020, s. 101) i større grad enn et sykepleieransvar.

Pasientgruppen i fokus er de som har blitt identifisert som i risikogruppen for å utvikle underernæring, da fokuset er på forebygging heller enn behandling av allerede tilstedeværende underernæring. Det er ikke fokus på én spesifikk sykdomsgruppe, da underernæring kan oppstå som en følgetilstand til flere sykdommer som er utbredt på sykehjem. Forekomsten av multimorbiditet er også utbredt blant pasienter på sykehjem (Brodtkorb & Hauge, 2020, s. 264) og følgelig er det ikke hensiktsmessig å kun fokusere på én spesifikk sykdom som kan være årsak til underernæring.

Kognitive utfordringer er utbredt blant pasienter på sykehjem, og så mange som 80% har en demensdiagnose (Haugland, 2012). Å ikke inkludere pasienter med demens ville dermed føre til at oppgaven kun tok for seg en liten minoritet av sykehjemsbeboere og det er derfor valgt å inkludere brukere med demens i oppgaven. Oppgaven begrenser seg likevel ikke til denne gruppen alene og fokuserer ikke på tiltak for pasienter med langtkommen demenssykdom.

Oppgaven belyser den personsentrerte tilnærmingen til sykepleie med utgangspunkt i Joyce Travelbee sin teori og definisjon av sykepleie, og ser på hva disse to teoriene har til felles i forhold til praktisk sykepleieutøvelse som er relevant for problemstillingen.

2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag

2.1 Den eldre pasienten på sykehjem

Eldre utgjør en svært heterogen pasientgruppe. Gruppen har både et stort aldersspenn og stor variasjon i livserfaringer, hvilket også fører til variasjon i helse. Den typiske pasient som bor på sykehjem er kjennetegnet av en kombinasjon av høy alder, omfattende helsesvikt og sterkt redusert funksjonsnivå og kan derfor defineres som en geriatrik pasient (Brodtkorb & Hauge, 2020). Den typiske geriatrike pasient har både aldersforandringer, kroniske sykdommer og funksjonssvikt, men selv om det er en sammenheng mellom disse tre tilstandene, er det ikke slik at alle tre nødvendigvis er tilstede hos alle eldre pasienter. Disse tilstandene påvirker hverandre, eksemplifisert ved at aldersforandringer fører til at sykdom lettere oppstår og utvikler seg (Ranhoff, 2020a).

Multimorbiditet er utbredt blant eldre. Det å ha flere sykdommer på én gang kompliserer situasjonen for pasienten og gir reduksjon i livskvalitet. Multimorbiditet er også grunnen til at mange eldre bruker mange legemidler (Ranhoff, 2020a, s. 59).

Utbredelsen av demens på sykehjem påvirker også hvordan man som sykepleier arbeider med denne pasientgruppen. Symptomene på sykdom er oftere utydelige hos eldre og pasienter med kognitiv svikt kan ha vanskeligere for å formidle sine subjektive symptomer (Ranhoff, 2020a).

Ifølge Wyller (2020, s. 18) handler geriatri i stor grad om å tilstrebe oversikt over alle relevante elementer i pasientens helseproblemer og forstå hvordan helseproblemer påvirker hverandre slik at man kan gripe inn i dette samspillet for å fremme helse og funksjon. Behandling av geriatrike pasienter handler om å håndtere interaksjoner; mellom legemidler og andre behandlingstiltak, men også ulike sykdommer og fysiologiske aldersforandringer. Skrøpeligheit kjennetegner flere geriatrike pasienter og er et begrep som refererer til at pasienten har en økt sårbarhet og økt behov for individuell tilpasning av behandling (Wyller, 2020).

2.2 Ernæring

2.2.1 Ernæring og aldring

God ernæring er en avgjørende faktor for trivsel og helhetlig helse. Optimal ernæringsstatus beskytter kroppen mot skader og sykdom (Drevon & Blomhoff, 2019, s. 22)..

Aldring er en biologisk prosess som fører til endringer i kroppssammensetningen og forskjellige organer. Når man eldes avtar mengden muskelmasse og mengden kroppsfett øker. Skjelettet blir svakere siden beintettheten synker – dette påvirker kvinner i større grad enn menn. På grunn av redusert muskelmasse og beintetthet reduseres kroppshøyden. Lukt- og smakssansene blir svekket, og endres gjerne slik at man foretrekker søte måltider. Tarmperistaltikken blir svekket og tarmens evne til å absorbere næringsstoffer blir dårligere (Sortland, 2015). Mengden kroppsvann reduseres også med økende alder (Mowé, 2019, s. 333).

Som følge av aldringsprosessene som er gjort rede for i forrige avsnitt er det spesielle hensyn som må tas ved ernæring til eldre. Behovet for energi, som i praksis vil si behovet for mat, synker med alderen (Sortland, 2015). Behovet for vitaminer og mineraler er det samme som for voksne generelt, hvilket betyr at det er nødvendig med mat som har mer vitaminer og mineraler per energienhet. Nøkkelrådkost, den anbefalte fordelingen av energigivende næringsstoffer for befolkningen generelt gjelder også de fleste eldre, men man bør ha noe større andel protein over 65 års alder, og noe lavere andel karbohydrater til eldre i institusjon. Det anbefales å få i seg 25-35 gram kostfiber daglig. Det er også viktig å sørge for et tilstrekkelig væskeinntak, da tørstefølelsen reduseres med alderen (Sortland, 2015).

Et økende antall eldre lever med flere kroniske sykdommer, og dermed bruker de også flere faste medikamenter (Mowé, 2019, s. 337). Dette gir høyere risiko for uheldige interaksjoner mellom legemidler og næringsstoffer. Det er et gjensidig påvirkningsforhold mellom legemidler og ernæring, hvor noen næringsstoffer kan gi økt fare for bivirkninger av legemidler, og enkelte legemidler kan ha effekt på ernæringsstatus. Et eksempel på det første kan være at inntak av grapefruktjuice kan føre til høyere plasmakonsentrasjon av enkelte kolesterolsenkende legemidler og dermed gi økt fare for bivirkninger. Legemidler som påvirker næringsinntaket kan gjøre dette enten som følge av stoffets bivirkninger eller dets tilsiktede effekt. For eksempel kan antidepressiva føre til vektøkning både på grunn av dets effekt på neurotransmittere i hjernen og som følge av appetittstimulering sekundært til legemiddelets virkning på mental status. Pasienter med dårlig ernæringsstatus er spesielt følsomme for bivirkninger av medikamenter (Christensen, 2019).

2.2.2 Underernæring hos eldre

Underernæring defineres som en tilstand der mangel på energi, protein eller andre næringsstoffer gir redusert vekt og muskelmasse som fører til en målbar ugunstig effekt på kroppssammensetning- og funksjon (Helsedirektoratet, 2013). Underernæring er det største og vanligste ernæringsproblemet blant eldre i Norge (Brodtkorb, 2020).

Underernæring kan føre til økt risiko for infeksjoner, tap av muskelstyrke, fall, redusert funksjon, forlenget restitusjonstid og andre komplikasjoner. Det gir også en dårligere prognose ved flere sykdommer enn prognosen for pasienter med god ernæringsstatus. (Mowé, 2019, s. 334). Tilstanden ledsages av svakhet, tretthet, sløvhet og svekket immunsystem. For eldre kan underernæring lede til at man blir for svak til å gå og sitte. (Sortland, 2015, s. 166-167).

Ernæringsstatus kan vurderes ved hjelp av diverse verktøy som kostintervju, kliniske og antropometriske undersøkelser, overarmsmåler og biokjemiske analyser (Sortland, 2015). Man ønsker å fange opp personer som er i risiko for å utvikle underernæring før sykdommen inntreffer, derfor har Helsedirektoratet laget retningslinjer som sier at alle pasienter på sykehjem skal vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse og deretter månedlig (Helsedirektoratet, 2013).

Det skilles mellom moderat og alvorlig underernæring. Referanseverdier for moderat underernæring er KMI under 20 for personer over 70 år. Alvorlig underernæring vil si KMI lavere enn 18,5 (Helsedirektoratet, 2021).

Man skiller mellom fem hovedgrupper av faktorer som fører til et utilstrekkelig matinntak; funksjonsnivå, maten som tilbys, miljøfaktorer, medisinske faktorer og kulturelle og psykososiale faktorer (Helsedirektoratet, 2021). Eksempler på spesifikke faktorer er redusert smaks- og luktesans, ensomhet, depresjon, demens, tannproblemer, svelgeproblemer, somatisk sykdom, stort medisinbruk, sår og diaré (Brodtkorb, 2020).

Kosthold er en sentral del av medisinsk behandling og forebygging av underernæring i primærhelsetjenesten (Drevon & Blomhoff, 2019, s. 27). For pasienter på sykehjem som blir identifisert som i risiko for å utvikle underernæring, skal det utvikles en individuell ernæringsplan for å sikre at de oppnår et tilstrekkelig næringsinntak. Planen skal inneholde

målrettede ernæringstiltak som skal være tilpasset til den enkeltes behov og ønsker. Tiltak skal rette seg mot de tidligere nevnte faktorer som påvirker matinntak. Ernæringstrappen er en modell som gir veiledning i å finne de best egnede og minst ressurskrevende tiltakene utifra pasientens situasjon. Hvilke tiltak man bør sette igang er også avhengig av den individuelle pasientens preferanser (Helsedirektoratet, 2021).



Ernæringstrappen - modell for prioritering av ernæringstiltak

Figur 2.1. Ernæringstrappen (Helsedirektoratet, 2016).

2.3 Personsentrert sykepleie

2.3.1 Personsentrert pleie

Begrepet personsentrert pleie stammer fra psykologien, hvor Carl Rogers introduserte begrepet klientsentrert psykoterapi, som senere ble til personsentrert psykoterapi. Dette var en form for terapi hvor klienten ble sett på som ekspert på seg selv, mens psykologen var til stede for å fremme selvinnsikt. På 1990-tallet ble begrepet introdusert i demensomsorgen av Tom Kitwood, først i Storbritannia, og spredte seg deretter utover i Vest- og Nord-Europa. I Storbritannia er begrepet etter hvert blitt mer anvendt i generell eldreomsorg (Edvardsson, 2010, s. 29-31), og i Sverige er personsentrert sykepleie inkludert som ett av seks kjernekompetanseområder for sykepleiere (Backman & Edvardsson, 2020, s. 97). I Norge har Helsedirektoratet foreløpig kun bestemt at det skal etableres rutiner for personsentrert pleie i demensomsorgen (Helsedirektoratet, 2017).

Det har ikke vært konsensus rundt én spesifikk definisjon av personsentrert pleie, men det har blitt foreslått en teori om hva personsentrert pleie er av Dawn Brooker, kalt VIPS-teorien (Rummelhoff et al., 2016). Denne består av:

V – et verdigrunnlag som anerkjenner menneskets absolutte verdi, uavhengig av alder eller kognitiv funksjon

I – en individuell tilnærming som vektlegger det unike hos hvert enkelt menneske

P – evnen til å forstå verden sett fra personens perspektiv

S – etablering av et støttende sosialt miljø som dekker personens psykologiske behov

(Rummelhoff et al., 2016)

Personsentrert omsorg fokuserer på pasienten som person, og på de symptomene som sykdommen eller funksjonsnedsettelsen medfører, heller enn på sykdommen i seg selv. Retningen kjennetegnes av relasjoner mellom mennesker, og å anvende et innenfra-perspektiv for å unngå objektifisering av pasienten. Livshistorie, relasjon og dokumentasjon av den felles forståelsen av hvordan behandling skal gjennomføres er tre begreper som løftes fram som sentrale (Wijk, 2020).

2.3.2 Personsentrert sykepleie

Personsentrert sykepleie tar utgangspunkt i den enkelte pasients opplevelser, verdier, ønsker og behov (Kirkevold, 2020). Forskning tyder på at personsentrert sykepleie fører til bedre psykososial helse og livskvalitet for beboere på sykehjem (Kirkevold, 2020). Det er identifisert visse egenskaper som sykepleier må ha for å kunne yte personsentrert pleie. Disse er oppmerksomhet, observasjons- og kommunikasjonsferdigheter, og tilstrekkelig tid og tålmodighet. Det er sentralt å legge til rette for pasientdeltakelse, både i daglige aktiviteter og behandlingmessige tiltak (Kirkevold, 2020).

Sykepleier må foreslå tiltak for å skape et miljø som tillater en relasjon mellom pasient og sykepleier som er så likeverdig som mulig (Backman & Edvardsson, 2020). De svenske retningslinjene sier at omsorgen skal utgå fra pasientens historier og kjennetegnes av en gjensidig åpenhet for hverandres kunnskap, der pleien utformes i partnerskap. Det er sykepleiers ansvar å skape forutsetninger for at pasienten skal kunne ta avgjørelser om pleiens innhold, mål, middel og oppfølging (Backman & Edvardsson, 2020, s. 99).

Sykepleiere besitter kunnskap om pleie og behandling, men pasienten besitter sentral kunnskap om seg selv, sine styrker og svakheter, og egne behov og ønsker. Pasienten skal ikke alene ta avgjørelser om behandlingsforløp, men skal være delaktig i beslutninger som fattes (Edvardsson, 2020, s. 58).

2.4 Sykepleier og pasient

2.4.1 Joyce Travelbee

Den amerikanske sykepleieren Joyce Travelbee (1926-1973) sin teori om sykepleie fokuserer hovedsakelig på fagets mellommenneskelige dimensjon. Fokuset ligger på relasjonen mellom sykepleieren og pasienten. Hennes definisjon av sykepleie er: 'sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktiker hjelper et individ, en familie, eller et samfunn i å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og, om nødvendig, å finne mening i disse erfaringene'. For Travelbee er det viktigere at sykepleieren forholder seg til personens opplevelse av sykdom og lidelse enn diagnoser og objektive vurderinger (Travelbee, 1997).

Sykepleiepraksisen som skisseres i Travelbees teori er en som vektlegger pasientens opplevelse av sin situasjon.

Sykepleierens viktigste oppgaver i Travelbees teori, er følgende punkter:

- Å anerkjenne pasienten som et unikt, uerstattelig individ
- Å utvikle et «menneske-til-menneske-forhold» til pasienten; definert som at det viktigste kjennetegnet på opplevelsen av et menneske-til-menneske-forhold er at pasientens behov for sykepleie blir møtt.
- Å møte behovene til pasienten, pårørende eller andre involverte og dermed oppfylle sykepleiens hensikt

(Eide & Eide, 2017)

Travelbee så på kommunikasjon som en dynamisk prosess i sykepleiesituasjoner, som først og fremst var et middel for å opprette et menneske-til-menneske-forhold. Dette forholdet gjør sykepleieren i stand til å forstå og møte pasientens behov. Å utvikle et menneske-til-menneske-forhold er en prosess, hvor det endelige målet er å oppnå gjensidig forståelse og kontakt. På engelsk kaller hun denne fasen «the phase of rapport», som refererer til at

sykepleier og pasient her har utviklet en harmonisk/ sympatisk relasjon med en spesiell evne til å forstå hverandres følelser og perspektiver. Travelbee beskriver dette som en relasjon basert på gjensidig tillit, som oppleves viktig og meningsfull for begge parter (Eide & Eide, 2017, s. 386-387).

Travelbee bruker også begrepet «health teaching» for å belyse hvordan sykepleiers undervisende funksjon innebærer mer enn kun å gi informasjon. Hun presiserer at sykepleier også må hjelpe pasienten til å finne mening i de tiltakene som må iverksettes for å ivareta helsen (Travelbee, 1997, s. 11).

2.4.2 Kommunikasjon

Kommunikasjon til eldre forutsetter visse hensyn som ikke er like sentrale i kommunikasjon til yngre personer. Personorientert, helsefremmende kommunikasjon med eldre forutsetter at man ikke utelukkende ser personen som gammel, skrøpelig og hjelpetrengende, men også som en person som har ressurser, interesser og muligheter. Å være oppmerksom på nonverbale tegn er viktig i kommunikasjon med eldre, og prøve å identifisere hva pasienten gleder seg over og hva de opplever som viktig (Eide & Eide, 2017).

Den eldre pasienten kan ha svekkelser og sykdommer som gjør kommunikasjonen utfordrende, som tap av syn eller hørsel. Dette stiller høyere krav til helsepersonellet i evne til å komme den gamle i møte på hans eller hennes egne premisser, og det blir ekstra viktig med tålmodighet og evne til å lytte og forstå hva som blir uttrykt (Eide & Eide, 2017).

2.4.3 Informasjon og veiledning

Helseveiledning er en sammensatt pedagogisk, faglig og kommunikativ prosess der hensikten er å bidra til læring og mestring i helserelaterte livssituasjoner. En veiledende holdning, som forutsetter dialog med pasienten, fremfor en mer monologpreget tilnærming kan bidra til at informasjon blir forstått og tas til følge i større grad. Gjennom bruk av kommunikasjonsferdigheter som aktiv lytting og bruk av spørsmål, legger sykepleier til rette for at pasienten lærer hva som er aktuelle handlinger i hans eller hennes situasjon og hva som er til hinder for endring (Christiansen, 2020).

Å gi informasjon handler om formidling av kunnskap. God formidling skjer i dialog med pasienten og på pasientens premisser (Eide & Eide, 2017). Forutsetninger for læring og

mestring påvirkes som regel av aldersrelaterte forandringer. I offentlige utredninger i dag gjenspeiles ofte et mål om at pasienten skal ta ansvar for egen helse. Eldres ønske om å ha en aktiv pasientrolle kan variere. Helseveiledning med sikte på å bedre ernæringsstatus er en type veiledning som tar sikte på å styrke egenomsorg. God effekt av denne formen for helseveiledning forutsetter at den er personrettet og tar utgangspunkt i pasientens behov, problemer, ønsker, kompetanse og læringsevne (Halse, 2020).

2.5 Kontekst for arbeidet

2.5.1 Sykepleie på sykehjem

Sykehjem er en arena hvor det utøves en stor variasjon av direkte pasientarbeid. Hele den sykepleiefaglige kompetansen blir tatt i bruk i møte med pasienter med skrøpelig helsetilstand. Det gis både aktiv medisinsk behandling til pasienter med komplekse sykdomsbilder og helsefremmende omsorg til gamle med redusert evne til å ivareta egne behov (Brodtkorb & Hauge, 2020).

Den pasientrettede sykepleierfunksjonen på sykehjem inkluderer hjelp til dagliglivets aktiviteter, legge til rette for fellesskap og meningsfulle aktiviteter, og behandling og lindring av sykdom (Brodtkorb & Hauge, 2020).

2.5.2 Sykepleiers forebyggende funksjon til eldre pasienter

Forebyggende helsearbeid i møte med eldre pasienter dreier seg om å forebygge sykdommer og skader og å bedre og bevare personens helse, funksjonsnivå og livskvalitet (Ranhoff, 2020b).

Mest sentralt til eldre på sykehjem er forebygging som tar sikte på å bevare funksjon og livskvalitet hos skrøpelige og kronisk syke eldre. Den eldres egenomsorg er sentral i forebyggende arbeid, og faktorer som påvirker evne til egenomsorg kan være somatisk og psykisk helse, kunnskap om helsefremmende atferd, omsorgsforhold og livsvaner og preferanser. Disse tiltakene tar sikte på at den eldre skal oppnå godt vedlikehold av sin helse- og funksjon (Ranhoff, 2020b, s. 160-161).

2.6 Jus og etikk

2.6.1 Juridisk rammeverk

Sykepleiefaglig yrkesutøvelse på sykehjem reguleres av helsepersonelloven, helse- og omsorgstjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven.

§ 3-1 i Lov om pasient- og brukerrettigheter omhandler pasientens rett til å medvirke i gjennomføring av helsehjelp. Det spesifiseres at tjenestetilbudet skal utformes i samarbeid med pasienten, og pasientens meninger skal tillegges stor vekt (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). Det sykepleiefaglige grunnlaget for krav om medvirkning og informasjon er at gode behandlings- og pleieresultater vanligvis krever opplyst og nært samarbeid mellom pasienter og sykepleiere (Molven, 2019, s. 172). Kravet om medvirkning er en rett, ikke en plikt, så pasientene kan derfor selv bestemme i hvilken grad de vil involvere seg (Molven, 2019, s. 173).

§ 3-2 i pasient- og brukerrettighetsloven definerer at pasienten har rett på å få den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og helsehjelpen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2). Fokuset på at pasienten skal ha informasjon om sin egen helsetilstand og behandling kommer fra et perspektiv om at pasientene da kan forholde seg mer aktivt til helsehjelpen (Molven, 2019, s. 172). § 3-5 spesifiserer også at informasjonen skal være tilpasset pasientens alder og forutsetninger. Det er helsepersonellens plikt å forsikre seg om at informasjonen som gis er blitt mottatt og forstått (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-5).

Pasientens rett til selvbestemmelse er spesifisert i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1 om samtykke til helsehjelp. Det spesifiseres at helsehjelp kun kan gis med gyldig samtykke; dvs. samtykke som er gitt av en pasient som har fått informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 4-1). Pasienter beholder sin selvbestemmelsesrett selv om de er gamle og alderssløve, forvirrede eller ikke har full oversikt over de valgene som skal treffes (Molven, 2019, s. 189).

Helsepersonelloven dikterer at helsepersonell skal handle ut ifra det som kan forventes av deres kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig for å gi faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp (Helsepersonelloven, 1999, § 4). Faglig forsvarlighet vil si at hjelpen er basert på vitenskap og erfaring og hva det er behov for og hva som er nyttig å gjøre ved ulike

tilstander. Omsorgsfull hjelp vil si at hjelpen skal gis med en væremåte som er egnet til å bli opplevd som kjærlig, og utøvelse av omsorg innebærer å gjøre verdivalg ut ifra etiske vurderinger (Molven, 2019, s. 139).

2.6.2 Etiske føringer

Ifølge yrkesetiske retningslinjer skal grunnlaget for sykepleie være respekt for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene. I tillegg spesifiseres det at sykepleie skal være bygget på kunnskap, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap (Norsk sykepleierforbund, u.å.).

De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere slår fast at sykepleiere har ansvar for å utøve en praksis som fremmer helse og forebygger sykdom. Sykepleiere skal også respektere pasientens rett til selv å foreta valg, og fremme pasientens muligheter til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått (Norsk sykepleierforbund, u.å.).

3 Metode

Dette kapittelet vil presentere valg av metode, litteratursøk og søkehistorikk, samt kildekritikk og etiske vurderinger.

3.1 Valg av metode

Metode beskriver fremgangsmåten som er benyttet for å innhente data og kunnskap med hensikt om å belyse den valgte problemstillingen (Thidemann, 2019, s. 74). Denne bacheloroppgaven er skrevet etter metoden for en litterær oppgave. En litterær oppgave bygger på innhentet data fra eksisterende fagkunnskap, forskning og teori (Dalland, 2020, s. 199).

Jeg har valgt å inkludere forskning som anvender både kvalitative og kvantitative metoder for innhenting av data fordi Dalland (2020) påpeker at flere metoder kan bidra til å belyse en problemstilling. En kvantitativ metode har en fordel i at den gir data i målbare enheter (Dalland, 2020). En kvalitativ metode sikter mot å fange opp meninger og opplevelser som ikke kan tallfeste og måles (Dalland, 2020). Den går mer i dybden for å få frem det særegne, fremfor i bredden for å få frem det gjennomsnittlige som representerer det som er felles som ved kvantitativ orientering (Dalland, 2020).

3.2 Litteratursøk og søkehistorikk

Tabell 3.1
Litteratursøk

Dato	Søk nr.	Database	Søkeord/kombinasjon	Avgrensing	Antall treff	Leste sammen drag	Leste artikler	Artikler inkludert	Valgte artikler
14.12.2021	1	Cinahl	1. nursing home 2. nurses' experience 3. elderly OR aged OR older OR elder 4. nutritional care 5. 1 AND 2 AND 3 AND 4		3	2	1	1	Forss, K. S., Nilsson, J. & Borlin, G. (2018). <i>Registered nurses' and older people's experiences of participation in nutritional care: a descriptive qualitative study.</i>
30.1.2022	2	Cinahl	1. nursing home OR long term care OR residential care OR nursing homes 2. person-centered care OR	Aged: 65+ years	6	4	2	2	Keller, H. H., Carrier, N., Slaughter, S. E., Lengyel, C., Steele, C. M., Duizer, L., Morrison, J., Brown, K. S., Chaudbury, H., Yoon, M. N., Duncan, A. M., Boscart, V.,

			patient-centered care 3. malnutrition OR undernutrition OR undernourishment 4. 1 AND 2 AND 3						Heckman, G. & Villalon, L. (2017). <i>Prevalence and Determinants of Poor Food Intake of Residents Living in Long-Term Care.</i> Merrell, J., Philpin, S., Warring, J., Hobby, D. & Gregory, V. (2012). <i>Addressing the nutritional needs of older people in residential care homes.</i>
10.2.2022	3	Cinahl	1. nutrition 2. nurse OR nurses OR nursing 3. patient centred care OR patient-centred care OR person centred care OR person-centred care 4. 1 AND 2 AND 3	Aged: 65+ years	6	6	2	2	Merrell, J., Philpin, S., Warring, J., Hobby, D. & Gregory, V. (2012). <i>Addressing the nutritional needs of older people in residential care homes.</i> Grøndahl, V. A. & Aagaard, H. (2016). <i>Older people's involvement in activities related to meals in nursing homes.</i>

Det ble tatt i bruk funksjonen «AND» i Cinahl for å finne artikler som var relevante i forhold til flere av søkeordene. I tillegg ble funksjonen «OR» brukt for å inkludere forskjellige formuleringer eller stavemåter av et søkeord.

Søk nummer én ble gjort tidlig i prosessen med denne oppgaven, og på et tidspunkt da problemstillingen ikke var rettet inn mot personsentrert pleie, men handlet om sykepleiers erfaringer med ernæringsarbeid på sykehjem. Søkeordene som ble brukt til dette søket var «nursing home», «nurses' experience», («elderly»/«aged»/«older»/«elder») og «nutritional care».

Søk nummer to og tre ble gjort etter at den endelige problemstillingen ble formulert.

Søkeordene som ble anvendt og som resulterte i vellykkede søk var:

(«malnutrition»/«undernutrition»/«undernourishment»), «nutrition»,

(«nurse»/«nurses»/«nursing»), («nursing home»/«long term care»/«residential care»/«nursing homes»), («person-centered care»/«patient-centered care»/«patient centered care»/«person

centered care»). Artikkelen «Addressing the nutritional needs of older people in residential care homes» kom opp som et resultat for både søk 2 og 3.

Etter søkene ble gjennomført, ble artikler filtrert ved å lese gjennom titler og sammendrag for å sjekke om de samsvarte med oppgavens tema. Det ble lest sammendrag til 12 artikler, deretter ble 4 artikler valgt som forskningsartikler til slutt. Disse 4 forskningsartiklene var vurdert som mest relevante for å dekke og belyse oppgavens tema og problemstilling, og er presentert i kapittel 4.

3.2.1 Valg av database og søkeord

I forbindelse med innhenting av allerede eksisterende forskning ble det gjennomført et ikke-systematisk søk i databasen Cinahl. Cinahl er en internasjonal referansedatabase som dekker tidsskrifter innen sykepleie og helsefag.

Søkeordene er blitt vurdert som relevante for problemstillingen ettersom de omfatter blant annet ernæring, underernæring, personsentrert pleie, sykehjem og sykepleie.

3.2.2 Inklusjonskriterier

Tabell 3.2

Inklusjonskriterier

Pasientgruppe 65 år og eldre
Artikler på norsk, svensk, dansk og engelsk
Sykehjem som kontekst
IMRaD-struktur
Fagfelleverderte artikler

Inklusjonskriterier ble definert før søk 2 og 3 ble utført for å finne forskning som var mest mulig relevant for problemstillingen. Siden problemstillingen omhandler eldre pasienter på sykehjem var både alder over 65 år og sykehjem som kontekst inklusjonskriterier. For å unngå misforståelser ble alle artikler på andre språk enn skandinavisk og engelsk ekskludert. Vitenskapelige artikler kjennetegnes med IMRaD-struktur, og det ble derfor vektlagt at inkluderte artikler skulle følge denne strukturen. Kun fagfelleverderte artikler er inkludert for å sørge for at de valgte artiklene er kvalitetssikret (Thidemann, 2019, s. 67).

3.3 Øvrig faglitteratur

For å besvare problemstillingen er det benyttet pensumbøker fra bachelorstudiet i sykepleie ved LDH, samt andre relevante fagbøker som er funnet via søkemotoren Oria og i skolens

bibliotek. I tillegg til relevante fagbøker er det i oppgaven anvendt fagartikler, samt annen relevant litteratur i form av lovverk, yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, nasjonale faglige retningslinjer, planer og rapporter. Fagartikler er funnet gjennom søk på Oria og Sykepleien.no, samt at det er funnet enkelt artikler ved å lese gjennom referanselistene til forskningsartiklene og relevante kapitler i pensumbøker.

Pensumboken *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* ble benyttet for å innhente grunnleggende kunnskap om geriatrisk sykepleie, sykepleie på sykehjem, forebyggende og personsentrert sykepleie, og ernæring. Innen tema ernæring har det også blitt brukt stoff fra *Ernæring: mer enn mat og drikke*, *Mat og medisin* og *Sykepleierens ernæringsbok*. Fagbøkene *Personcentrert omvårdnad* og *Sjuksköterskans kärnkompetenser* ble brukt for å finne oppdatert fagstoff om personsentrert sykepleie. Joyce Travelbees *Interpersonal Aspects of Nursing* er brukt for å lese om Travelbees teori. Kommunikasjon, informasjon og veiledning har jeg lest om i pensumbøkene *Kommunikasjon i relasjoner* og *Helseveiledning*.

I tillegg til fagbøker har jeg brukt Helsedirektoratets *Nasjonale retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*, andre retningslinjer og anbefalinger fra Helsedirektoratet, Lovdata.no og NSF's yrkesetiske retningslinjer.

3.4 Kildekritikk

3.4.1 Forskningslitteratur

Under søkeprosessen har jeg anvendt søkeord jeg vurderte som relevante med tanke på problemstillingen. På bakgrunn av det har jeg lest et begrenset antall forskningsartikler, og det kan derfor være at jeg har gått glipp av viktige og relevante artikler. Oppgavens omfang og bruk av ikke-systematisk søk kan også ha medført at noe relevant litteratur ble utelatt under utvelgelsen. Funnene anses pålitelige på bakgrunn av at alle oppfyller inklusjonskriteriene om fagfelle vurdering og IMRaD-struktur.

De valgte artiklene er vurdert ved bruk av Helsebibliotekets sjekklister for kritisk vurdering av forskningsartikler (Helsebiblioteket, 2016). Alle de valgte artiklene har en klart formulert problemstilling og et passende design. De inneholdt en tydelig beskrevet metode, og var godkjent av ulike etiske forskningskomitéer. Forskningsartiklene jeg har valgt å anvende i

oppgaven min er fagfellevurdert og har blitt verifisert gjennom norsk senter for forskningsdata (NSD).

Forskningsartiklene kommer fra kulturer som er relativt like Norge, selv om det selvfølgelig kan være både kulturelle forskjeller og forskjeller i organisering av helsevesenet i de ulike landene. Overføringsverdien burde likevel være høy, da alle landene er industrialiserte og enten lokalisert i Vest-Europa, Norden eller Nord-Amerika.

3.4.2 Øvrig faglitteratur

Det er vurdert at bøker som har vært på pensum i løpet av studiet og bøker som er lånt fra skolens bibliotek holder høy faglig standard og er troverdige kilder. Fagartikler publisert i Sykepleien Forskning er også vurdert som troverdige, da disse er fagfellevurdert ifølge NSD. Utgivelser fra Helsedirektoratet er basert på forskning og vurdert som troverdige da de er utgitt av et myndighetsorgan.

3.5 Ethiske vurderinger

Ved beskrivelse av praksiserfaringer er situasjonene beskrevet med respekt for pasientens integritet og personvern, og sensitive eller gjenkjennelige opplysninger er utelatt. Korrekt kildehenvisning ifølge referansestilen APA 7th edition er brukt for å vise hvor fagstoff er hentet fra. Oppgaven er skrevet i tråd med Lovisenberg Diakonale Høgskoles retningslinjer for oppgaveskriving.

4 Presentasjon av forskningsresultater

4.1 Oppsummering av hovedresultater

Forskningsartiklene har varierende funn når det kommer til i hvilken grad personsentrerte tiltak er i tatt i bruk der forskningen har blitt utført, og hva slags effekt dette har på pasientenes ernæringsstatus. En studie utført i Norge fant at det i liten grad var tatt i bruk personsentrerte tiltak i ernæringsarbeidet, og pasientene hadde i liten grad mulighet til å ta avgjørelser om hva og når de ville spise, delta i å lage maten eller planlegge menyen (Grøndahl & Aagaard, 2016). En studie fra Wales kunne derimot vise til at flere tiltak for personsentrert pleie var tatt i bruk, blant annet ble matpreferanser kartlagt ved innleggelse og personalet tilstrebet å imøtekomme disse (Merrell et al., 2012). En studie fra Sverige fant at sykepleieres hovedstrategi ved underernæring var å undervise pasienten, men de hadde ikke tilgang på godt undervisningsmateriale og enkelte av sykepleierne opplevde det ikke som viktig å involvere pasienten i ernæringsarbeidet. Pasientene i studien opplevde at de ikke ble involvert og ikke hadde mulighet til å påvirke menyen eller behandlingen (Forss et al., 2018). En kanadisk studie som undersøkte forskjellige faktorer som påvirket matinntak fant at sykehjem som hadde en høyere skår på personsentrert pleie også hadde pasienter med et høyere energiinntak (Keller et al., 2017).

4.2 Artikkelmatrise

Tabell 4.1

Artikkelmatrise

Nr.	Forfatter/ årstall	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1	Forss, K. S., Nilsson, J. & Borglin, G. (2018)	Registered nurses' and older people's experiences of participation in nutritional care in nursing homes: a descriptive qualitative study	BMC Nursing (2018) 17:19	Å belyse erfaringer av å delta i pleie relatert til ernæring fra eldre pasienter og sykepleieres perspektiv	Kvalitativ metode: semi-strukturerte intervjuer med åtte sykepleiere og fire eldre pasienter som enten var underernært eller i risiko for underernæring	Pasientene ble ikke involvert i planlegging av ernæringsarbeid og var passive mottakere. Sykepleiers hovedstrategi ved underernæring var å undervise pasientene, men det var mangel på undervisningsmateriale og enkelte sykepleiere foretrakk å ikke involvere pasientene. Variasjon i vektlegging av ernæring ettersom hvor mye kunnskap de individuelle sykepleierne hadde.
2	Keller, H. H., Carrier, N., Slaughter, S. E., Lengyel, C., Steele,	Prevalence and Determinants of	Journal of the Medical Director	Å (1) beskrive energi- og proteininntak, prevalens av	Kvantitativ metode: tverrsnittstudie med 628 pasienter	Personsentrert pleie var en av flere faktorer som var positivt korrelert med energiinntak. Kvinnelig

	C. M., Duizer, L., Morrison., J., Brown, K. S., Chaudbury, H., Yoon, M. N., Duncan., A. M., Boscart, V., Heckman, G. & Villalon, L. (2017)	Poor Food Intake of Residents Living in Long-Term Care	s Association (2017) 941-947	faktorer knyttet til pasient, avdeling og sykehjem og (2) identifiserer faktorer assosiert med energi- og proteininntak.	fra 32 sykehjem. Målte matinntak, ernæringsstatus, måltidsmiljø, grad av personsentrert pleie, munnhelse interaksjoner med ansatte i løpet av måltid	kjønn og høy alder var negativt korrelert med energi- og proteininntak. Mild negativ korrelasjon mellom «homelikeness» og energiinntak.
3	Merrell, J., Philpin, S., Warring, J., Hobby, D. & Gregory, V. (2012)	Addressing the nutritional needs of older people in residential care homes	Health and Social Care in the Community (2012) 20(2), 208-215	Å forstå måten kontekstuelle faktorer i miljøet hindrer eller legger til rette for ernæringspleie. Å høre perspektiver fra pasienter, pårørende og ansatte angående mat og drikke.	Kvalitativ metode: bruk av forskjellige metoder for datainnsamling. 2 fokusgrupper med ansatte, individuelle semi-strukturerte intervjuer med 4 ledere, 16 pasienter og 10 pårørende. 16 timer observasjon av måltider og analyse av 23 dokumenter som tiltaksplaner og menyer.	Pasientenes matpreferanser ble kartlagt ved innleggelse. Personalet hadde kunnskap om pasientenes preferanser og tilstrebet å følge disse. Ingen bruk av kartleggingsverktøy for å vurdere ernæringsstatus. Mangel på kunnskap om ernæring for eldre.
4	Grøndahl, V. A. & Aagaard, H. (2016)	Older people's involvement in activities related to meals in nursing homes	International Journal of Older People Nursing 11, 204-213	Å undersøke hvordan beboere på sykehjem oppfatter sin egen involvering i aktiviteter relatert til mat og drikke, og mulige faktorer som påvirker deres involvering	Kvantitativ metode: tverrsnittstudie av 204 pasienter fra 32 sykehjem som deltok i et strukturerte intervjuer hvor det ble fylt ut et spørreskjema om erfaringer med mat og måltider.	Ingen pasienter deltok i planlegging av meny, og kun 10% deltok i å lage mat og kunne velge hvem de ville sitte ved siden av. 4% kunne selv velge når de ville spise. 25% kunne få mat utenom de fastsatte tidspunktene.

5 Diskusjon

5.1 Pasientinvolvering

Pasientinvolvering relatert til mat og måltider er en måte å forebygge underernæring (Grøndahl & Aagaard, 2016). Tiltakene som er diskutert i denne delen av oppgaven, retter seg i stor grad inn mot trinnene måltidsmiljø, mellommåltider og mattilbud i ernæringstrappen. Måltidsmiljø er svært viktig for matlyst (Helsedirektoratet, 2016), og tiltakene kan dermed være med på å forebygge og behandle underernæring. Å ha ulike valgalternativer til hvert måltid er også positivt (Helsedirektoratet, 2016).

Grøndahl & Aagaard (2016) har gjort en studie hvor de har sett på hvordan 204 eldre pasienter på sykehjem oppfatter sin egen deltagelse i aktiviteter relatert til mat og måltider, og hvilke faktorer som påvirker deres deltagelse. Funnene viste at pasientene i liten grad ble involvert i aktiviteter relatert til måltider. Forskerne undersøkte flere måter pasienten kunne være aktiv og ta beslutninger, som å være med å planlegge måltider, dekke bord, spise utenom fastsatte tidspunkter og velge hvor de ville spise (Grøndahl & Aagaard, 2016).

Pasientene i studien til Forss et al. (2018), opplevde også at de ikke ble involvert i aktiviteter og beslutninger knyttet til mat, selv om de ønsket å være involvert både i å utforme menyen og måltidsmiljøet.

Krav om brukermedvirkning sier at tjenestetilbudet skal utformes i samarbeid med pasienten, og at pasientens meninger skal tillegges stor vekt (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). Dette er også slått fast i Yrkesetiske retningslinjer, som sier at sykepleier skal fremme pasientens muligheter til å ta selvstendige avgjørelser (Norsk sykepleierforbund, u.å.). Å legge til rette for at pasienter kan velge hva og når de vil spise er altså i samsvar med etiske og juridiske retningslinjer.

5.1.1 Mellommåltider og tidspunkter

Pasientene i Forss et al. (2018) sin studie opplevde det som positivt å kunne få maten servert senere dersom de var opptatt med andre aktiviteter. I avdelinger hvor man har tilgang til mikrobølgeovn og kan varme opp maten på denne måten, kan dette være et enkelt og lite ressurskrevende tiltak å iverksette, da det krever lite tid og ferdigheter fra de ansatte.

Å ha mulighet til å spise utenom fastsatte tidspunkter ble oppfattet som positivt av pasientene, da de opplevde dette som en måte å være involvert og å ha kontroll (Merrell et al., 2012). Imidlertid var det kun 25% av deltagerne i Grøndahl og Aagaard (2016) sin studie som sa at de hadde muligheten til å få mat utenom de fastsatte tidspunktene.

Eventuelt kan man tilby mellommåltider dersom pasienten har lyst på mat utenom fastsatte tidspunkter for måltider, som også er et anbefalt tiltak i ernæringstrappen. Flere av Helsedirektoratets forslag til mellommåltider krever også lite tilberedning fra personalet og vil ikke være ressurskrevende å tilby. Eksempler på mellommåltider er yoghurt, kaker, kjeks, smoothie eller juice (Helsedirektoratet, 2016). Helsedirektoratet (2016) foreslår at man kan trille rundt en tralle med mellommåltider til fastsatte tidspunkter. Dette er imidlertid ikke et optimalt tiltak for å legge til rette for at pasientene kan få mat til selvvalgte tidspunkter, slik som studiene har vist at de ønsker (Forss et al., 2018; Merrell et al., 2012). Alternativt foreslår Grøndahl & Aagaard (2016) at man kan legge til rette for enklere tilgang til kjøleskap hvor pasientene kan oppbevare egen mat og drikke som de kan innta når de ønsker det selv.

5.1.2 Å velge mat selv

Pasientene i studien til Forss et al. (2018) uttrykte at frokost var det eneste måltidet som var tilrettelagt for pasientinvolvering. Til frokost ble forskjellig mat satt fram på bordet, og pasientene kunne selv velge hva de ville spise. Dette kan være et lite ressurskrevende tiltak å iverksette på norske sykehjem, der det etter min egen erfaring som regel serveres brødskeer med pålegg til frokost. Å servere frokost ved å sette fram forskjellige pålegg og brød på bordet, vil fritta personalet for oppgaven med å smøre skivene for pasientene og kan dermed frigjøre tid for personalet til å for eksempel sette seg ned sammen med pasientene under måltidet. At personalet sitter sammen med pasientene under måltidene har vist å være positivt for det sosiale samholdet, ved at personalet kan hjelpe til med å sette i gang og opprettholde samtaler (Melheim, 2009).

Å være med på å utforme menyen var et annet ønske pasientene i flere av studiene uttrykte (Forss et al., 2018; Grøndahl & Aagaard, 2016). I den norske studien fra Grøndahl & Aagaard (2016), var det ingen av deltagerne som deltok i å planlegge menyen. I studiene til Merrell et al. (2012), derimot, var det tilrettelagt for at både pasientene og deres pårørende var med på å utforme menyen. Dette ble gjort i møter hvor pasientene kunne komme med forslag til hva de

ønsket å spise. Den eneste ulempen som ble rapportert om ved bruk av dette systemet var at det var vanskelig å gjøre alle pasientene fornøyde (Merrell et al., 2012).

Studien til Merrell et al. (2012) sier ikke noe om hvor ofte menyen endres på sykehjemmene de har undersøkt. Viktigheten av hvor hyppig menyendring utføres har imidlertid blitt undersøkt av andre, blant annet Keller et al. (2017), hvor de fant at pasienter på sykehjem som endret menyen oftere enn hver 6. måned hadde et gjennomsnittlig høyere energi- og proteininntak.

Muligheten til å planlegge en meny er begrenset for sykehjem som ikke har eget kjøkken. Ifølge en undersøkelse av 570 norske sykehjem, hadde nesten to tredjedeler eget kjøkken på sykehjemmet, mens de andre mottok middagsmat fra et eksternt produksjonskjøkken (Aagaard, 2010). Å ha kjøkkenet på sykehjemmet gjør det lettere å imøtekomme ønsker og behov fra pasientene og de ansatte på avdelingen å bli fanget opp og tilrettelagt for (Aagaard, 2010).

Uavhengig av om sykehjemmet har eget kjøkken eller ikke, kan valgfrihet også tilrettelegges ved å tilby flere alternativer til det varme hovedmåltidet. Muligheten til å velge fra en meny er formulert som et mål fra Helse- og omsorgsdepartementet (Meld. St. 25 (2005-2006), s. 99). Forskning har funnet at småspiste pasienter på sykehus hadde et høyere energiinntak når de fikk velge mellom forskjellige alternativer. På tross av de positive effektene hadde kun 16% av sykehjem innført dette tilbudet i 2007 (Aagaard, 2010).

5.1.3 Måltidsmiljø

Pasientene ønsket å være mer involvert i å utforme måltidsmiljøet (Forss et al, 2018; Grøndahl & Aagaard, 2016). Dette gjaldt både å selv bestemme hvem de ville sitte sammen med under måltidene og utforming av det fysiske miljøet i spiseområdet. Helsedirektoratet peker på faktorer som sosiale forhold, rommets utforming, lukt, belysning og matens presentasjon som miljøfaktorer som kan påvirke både matlyst og trivsel (Helsedirektoratet, 2016).

Forskning har vist at måltidsfellesskapet kan være både en belastning og en positiv faktor på sykehjem. Pasientene ville gjerne ha et rolig miljø rundt måltidet, og det å sitte ved siden av utagerende pasienter var en negativ opplevelse (Forss et al., 2018; Melheim, 2009). Annen

forskning har vist at sykepleiere på sykehjem har høyere toleranse for dårlige «bordmanerer», enn det pasientene har (Sidenvall et al., 2001, sitert i Grøndahl & Aagaard, 2016). Det å skulle tilrettelegge for at alle pasientene opplever den sosiale dimensjonen av måltidet som positiv kan medføre et dilemma for sykepleier.

Måltidets sosiale dimensjon ble likevel opplevd som positivt av de fleste, og de ønsket heller å spise sammen med de andre på avdelingen enn å sitte alene på eget rom (Melheim, 2009). Ikke desto mindre var det viktig for dem å kunne velge hvem de ville sitte sammen med, noe som, etter min egen oppfatning og praksiserfaring, er et relativt enkelt tiltak å iverksette. Likevel var det kun én av ti pasienter som oppfattet at de kunne velge selv hvem de ville sitte med under måltider i Grøndahl & Aagaards (2016) studie fra et norsk sykehjem.

Måltidsmiljøets fysiske utforming kan også ha en innvirkning på matlyst og -inntak. Keller et al. (2017) undersøkte hvorvidt det at spiserommet liknet et hjem («homelikeness») hadde effekt på energiinntak, og fant at høyere «homelikeness» var relatert til et noe lavere energiinntak. Dette kan tolkes som å stå i kontrast til Brownie & Nancarrow (2013) sine prinsipper for å innføre personsentrert pleie i praksis, hvor styrking av omgivelsene ved hjelp av for eksempel planter er ett tiltak. Melheim (2009), fant også at pasienter på sykehjem satte pris på at miljøet var preget av blomster og pynt på veggene, som kunne bringe frem minner og være kilde til samtale rundt bordet.

Det fysiske miljøet rundt måltidet kan ha flere funksjoner enn å være samtaleemne, det kan også være en mulighet til å aktivere og involvere pasienter. Jeg har selv erfart i mine praksisstudier på sykehjem at flere pasienter uttrykker at de setter pris på å være med å dekke og rydde av bordet. Likevel fant Grøndahl & Aagaard (2016) at mindre enn én av ti pasienter deltok i slike aktiviteter relatert til måltider.

5.2 Samarbeid mellom sykepleier og pasient

5.2.1 Å gi veiledning og informasjon

Forskning fra Forss et al. (2018) har sett på sykepleieres refleksjoner rundt det å informere og veilede pasienter i forbindelse med underernæring eller risiko for dette. Sykepleierne anså det å gi informasjon som sin hovedstrategi for å involvere pasienten i sin egen ernæringspleie. Imidlertid uttrykte sykepleierne også at informasjonen de ga ikke var av optimal kvalitet

Dette gjaldt spesielt informasjon om forventet sykdomsutvikling, mål og tiltak. De var også misfornøyde med informasjon om implikasjoner av å være i risiko for underernæring, og handlinger for å forebygge eller rette opp tilstanden (Forss et al., 2018).

Det var uenighet blant sykepleierne angående hvorvidt det å involvere pasientene var nødvendig i det hele tatt. Enkelte av sykepleierne ga uttrykk for at det å involvere pasientene ikke var en prioritet for dem, og følgelig valgte de å ikke informere pasientene om skår på ulike vurderinger eller ulike tiltak for å forbedre ernæringsstatus. Dette ble begrunnet med en paternalistisk tankegang om at sykepleierne sin utdanning gjorde at de visste hva som var det beste for pasienten og de var bedre egnet til å bestemme hvilke tiltak som skulle iverksettes (Forss et al., 2018).

Sykepleiernes begrunnelser for å ikke involvere pasientene, inkluderte også at sykepleierne trodde at pasientene ikke var verken villige eller i stand til å ha noe å si i utforming av sin egen pleie. Dette førte også til at sykepleierne i større grad var villig til å inkludere pasienter som de oppfattet som mer kapable og selvstendige (Forss et al., 2018).

Likevel var det også flere sykepleiere som så informasjon som en naturlig og integrert del av sykepleiepraksis, spesielt i tilfeller hvor de oppfattet at ernæringsstatus hadde mye å si for pasientens helhetlige helse (Forss et al., 2018).

Fra et juridisk perspektiv er pasientens rett til informasjon og veiledning forankret i § 3-2 i Pasient- og brukerrettighetsloven, hvor det er spesifisert at pasienten har rett på informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og den helsehjelpen de mottar. Informasjonen skal tilpasses pasientens alder og forutsetninger, og det er sykepleier sitt ansvar at informasjonen er blitt forstått (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-5).

5.2.2 Å samarbeide med pasienten

God pasientsentrert pleie krever kommunikasjonsferdigheter utover kun å veilede eller gi informasjon, det er like sentralt at man klarer å samarbeide med og lytte til pasienten (Forss et al., 2018). Dette er støttet opp under i Halse (2020), som vektlegger at forskning har vist at eldre pasienter uttrykte sine oppfatninger mindre tydelig og direkte enn yngre pasienter, slik at helsepersonellet må være aktive i å se etter og hjelpe frem eldres ønsker.

Studien til Forss et al. (2018) undersøkte pasientenes synspunkt i henhold til informasjon og grad av involvering. Flere av pasientene uttrykte at de hadde fått noe informasjon fra sykepleier om planlagte behandlingstiltak, men de hadde ikke fått noen mulighet til å være med å bestemme behandlingen selv. Følgelig var pasientenes deltagelse begrenset til å være en passiv mottaker av informasjon (Forss et al., 2018). Dette funnet kan tyde på at sykepleierne var preget av en utdatert, paternalistisk tankegang, i motsetning til dreininger i nyere tid som i større grad vektlegger pasientdeltagelse og brukermedvirkning (Christiansen, 2020, s. 20).

Å gi veiledning og informasjon på en personsentrert måte, innebærer at det ikke bare er sykepleier som underviser pasienten. I tillegg må pasienten, som ekspert på seg selv, få muligheten til å undervise sykepleier. Dette er sentralt for at sykepleier skal kunne vite hva som er viktig for pasienten, og følgelig være mer målrettet i sine råd og sin hjelp (Kirkevold, 2020).

Samarbeidet og relasjonen mellom sykepleier og pasient står sentralt i en personsentrert tilnærming til helseveiledning (Sørli & Bergvik, 2020, s. 98). Gjensidig respekt og god kommunikasjon er grunnlaget for en god interaksjon. Dette finner man også i Travelbees formulering av en menneske-til-menneske-relasjon mellom sykepleier og pasient (Eide & Eide, 2017).

For å innhente informasjon knyttet til ernæring, er det for eksempel en god idé å kartlegge pasientens matpreferanser og diettbehov i forhold til allergier eller medikamenter. I studien til Merrell et al. (2012) rapporterte alle deltagerne og deres pårørende at denne informasjonen hadde blitt innhentet når pasienten ble innlagt.

Helsedirektoratet legger også vekt på viktigheten av samarbeid med pasienten, og anbefaler at man etablerer dialog med pasienten om hvordan vedkommende selv kan forebygge underernæring eller forbedre ernæringsstatus. De påpeker også at man må sørge for at tydelig informasjon gis, slik at samvalg og egeninnsats kan gjennomføres (Helsedirektoratet, 2021).

5.3 Sykepleiers kunnskap, kompetanse og holdninger

5.3.1 Kunnskap og kompetanse

Backman og Edvardsson (2020) definerer ulike typer kunnskap og ferdigheter som har en sentral betydning for å utføre og utvikle en personsentrert pleie. I sammenheng med dette temaet er det især viktig med faktakunnskap. De vektlegger at for å kunne skape rom for personsentrert pleie må man utnytte den beste tilgjengelige, teoretiske kunnskapen (Backman & Edvardsson, 2020, s. 100-103). Denne kunnskapen er med på å skape forutsetninger for at pasienten kan være involvert i beslutninger som tas. Dette krever altså at sykepleier har kunnskap om forskjellige tiltak som kan være aktuelle for pasienten, slik at denne kan få vite om og velge mellom forskjellige strategier (Backman & Fredriksson, 2020, s. 103).

Studien utført av Forss et al. (2018) viste at sykepleiere som hadde mer kunnskap om ernæring også la mer vekt på dette i sin yrkesutøvelse, såvel som å legge mer vekt på å involvere pasientene. Disse sykepleierne hadde ikke bare mer kunnskap om ernæring i seg selv, men uttrykte også bredere kunnskap om forholdet mellom ernæringsstatus, helse og funksjon, i tillegg til at de hadde en mer proaktiv holdning til ernæringsarbeid. Sykepleierne som ikke hadde like stor kunnskap om ernæring, derimot, uttrykte at de ikke jobbet aktivt med ernæring hos andre beboere enn de som hadde kjent ernæringsproblematikk (Forss et al., 2018).

Merrell et al. (2012) fant at sykepleierne selv uttrykte at de hadde fått lite undervisning om ernæring, og derfor var avhengig av kunnskap som de hadde opparbeidet seg utenom arbeidet, gjennom media og matlaging privat. De hadde dermed lite kunnskap om spesifikke retningslinjer og anbefalinger for eldre med tanke på ernæringsbehov. Forskerne mener at man kan anta at denne mangelen på kunnskap var grunnen til at deltagerne i denne studien også lett tydde til bruk av næringsdrikker og virket lite oppmerksomme på andre ernæringstiltak, som beriking av mat (Merrell et al., 2012).

Sykepleier må også ha kunnskap om pasientens helhetlige helsesituasjon, for å kunne tilpasse tiltak som retter seg inn mot årsaken til underernæringen. Kunnskap om pasientens ulike diagnoser og medikamenter er nødvendig for å tilrettelegge tiltak som møter pasientens unike behov (Edvardsson, 2020, s. 57). I tillegg er det viktig for å kunne identifisere ulike potensielle interaksjoner mellom legemidler og sykdommer som kanskje bidrar til å forverre

ernæringsstatus (Wyller, 2020). Man må også huske at bivirkninger av legemidler kan føre til underernæring, og i enkelte tilfeller kan det være nok å lette eller eliminere slike hindringer for å øke matinntaket (Helsedirektoratet, 2016).

Viktigheten av at sykepleien har et kunnskapsbasert grunnlag, er også støttet i lovverket i kravet om faglig forsvarlighet (Helsepersonelloven, 1999, paragraf 4), og de yrkesetiske retningslinjene som krever at sykepleie skal være bygget på kunnskap or erfaringsbasert kompetanse (Norsk sykepleierforbund, u.å.).

Verdien av faglig kompetanse støttes i Travelbee som presiserer at målet med å jobbe for å oppnå en «menneske-til-menneske-relasjon» er å få oppfylt sykepleiens hensikt, som Travelbee mente var «å hjelpe et individ til å unngå (forebygge) eller mestre opplevelsen av sykdom og lidelse» (Eide & Eide, 2017, s. 365). Selv om Travelbees teori i stor grad fokuserer på sykepleie som en mellommenneskelig prosess, vektlegger hun også at kommunikasjonen er et instrument for å kunne bruke informasjonen pasienten formidler til å planlegge og iverksette sykepleietiltak basert på kunnskap og erfaring (Eide & Eide, 2017, s. 366). Hun fremhevet at sympatiske egenskaper hos sykepleier ikke er tilstrekkelig i seg selv, det må suppleres med kompetansen som trengs for å møte pasientens sykepleiebehov (Eide & Eide, 2017, s. 368).

Ifølge nasjonale retningslinjer her i Norge, skal det utarbeides en individuell ernæringsplan for alle pasienter som er i risiko for å utvikle underernæring (Helsedirektoratet, 2021). Tiltakene i denne planen skal rette seg mot årsaken(e) til at pasienten har et utilstrekkelig næringsinntak. Faktorer som leder til underernæring er (som nevnt i teorien); funksjonsnivå, maten som tilbys, miljøfaktorer, medisinske faktorer, og kulturelle og psykososiale faktorer (Helsedirektoratet, 2021).

En nasjonal norsk kartleggingsundersøkelse fant at åtti prosent av sykehjemsledere hevdet at personalet trengte mer kunnskap om ernæringsarbeid i sykehjem. Dette gjaldt hovedsakelig kunnskap om anbefalinger for kosthold, beregning av ernæringsbehov til eldre og syke, mat ved demens, og hvilke tiltak som bør settes inn overfor beboere som spiser lite (Aagaard, 2010).

Ernæringsstrappen kan være en hjelpsom modell for å få veiledning i å finne tiltak som retter seg mot å eliminere årsaken til underernæring (Helsedirektoratet, 2021). Modellen er basert på tanken om at man skal begynne med å innføre tiltak på nederste nivå, og deretter arbeide seg oppover i trappen hvis dette viser seg å være nødvendig (Helsedirektoratet, 2021).

Næringsdrikker er femte trinn i trappen, og dermed ikke anbefalt som et første tiltak ved underernæring eller risiko for dette. Det anbefales altså at man forsøker flere andre tiltak før man begynner med næringsdrikker. Disse er behandling av underliggende faktorer, tilpasse måltidsmiljø, tilpasse mattilbud, og berikning og mellommåltider (Helsedirektoratet, 2016).

Videre viser utsagnene til flere av sykepleierne i studien til Forss et al. at de også manglet kompetanse angående hvilke ernæringstiltak som var best tilpasset pasientens situasjon. Deres førstevalg for sykepleieintervensjon ved underernæring var å gi pasienten næringsdrikker, og de anså dette som tilstrekkelig behandling, og vurderte i de fleste tilfeller ikke å iverksette flere tiltak (Forss et al., 2018).

For at sykepleiere skal være i stand til å utøve personsentrert pleie, må de ha et solid faglig kunnskapsgrunnlag (Backman & Edvardsson, 2020, s. 101). Dette er nødvendig for at sykepleier skal kunne, i samarbeid med pasienten, utforme en behandlingsplan som i praksis vil føre til at pasienten får dekket sine ernæringsmessige behov. Studiene presentert her viser at det varierer hvor mye kompetanse hver enkelt sykepleier har innen ernæring og behandling av ernæringsproblemer (Forss et al., 2018; Merrell et al., 2012), og videre at sykepleiere som mangler kompetanse i mindre grad er i stand til å tilpasse tiltakene etter pasientens unike behov og situasjon. God fagkunnskap om Eldres ernæringsmessige behov, faktorer som påvirker matinntak og effektive tiltak for å bedre ernæringsstatus er altså en forutsetning for å kunne bruke en personsentrert tilnærming hvor pasienten kan dra nytte av sykepleier sin kunnskap til å i større grad bli i stand til å delta i utformingen av sin egen pleie.

5.3.2 Sykepleiers holdninger og bevissthet

Man kan anta at pasientens mulighet til å delta i aktiviteter og beslutninger relatert til mat er påvirket av i hvilken grad sykepleier og øvrig personale legger til rette for å involvere pasienten. Nesten en fjerdedel av deltagerne i Grøndahl og Aagaard (2015) sin studie, sa at de ikke visste at de kunne delta i å planlegge menyen eller tilberede mat, og 28% visste ikke at de kunne delta i å dekke på og rydde av bordet.

Det er flere mulige grunner til at ansatte ikke legger til rette for at pasientene skal delta, da det er funnet at ansatte undervurderer i hvilken grad pasientene har lyst til å delta aktivt i aktiviteter. Haugland (2012) fant at mens mange pasienter på sykehjem har lyst til å være med på aktive aktiviteter som baking, trodde de ansatte at pasientene foretrakk å bli underholdt med aktiviteter som høytlesning. Det er også mulig at sykepleierne oppfatter pasientene som for skjøre til å delta (Grøndahl & Aagaard, 2015). Det er også funnet at ansatte undervurderer pasienters mestringsevne, spesielt pasienter med demens (Haugland, 2012). Dette kan ha en sammenheng med at ansatte tenker at beboere med redusert kognitiv funksjon ikke har tilstrekkelig kompetanse til å ta beslutninger om eget liv og helse, selv om forskning viser at de kan medvirke i beslutninger basert på følelser, verdier og vaner (Brodtkorb & Hauge, 2020).

Sortland (2015) peker på at pleiepersonalets holdninger, bevissthet og ansvarlighet med hensyn til mat og drikke er av uvurderlig betydning for at eldre skal få dekket sitt ernæringsbehov. Hun påpeker også at manglende kunnskap, interesse og oppmerksomhet hos helsepersonell om ernæringsstatus og -behov er en medvirkende årsak til at eldres ernæringsstatus forringes ved innleggelse i institusjon (Sortland, 2015).

Å utøve personsentrert sykepleie forutsetter at man har tilstrekkelig tid og tålmodighet (Kirkevold, 2020). Dette kan være en utfordring på mange sykehjem, ettersom underbemanning og tidspress er et utbredt problem (Gautun, 2020). Dette fører til at sykepleiere må gjøre vanskelige prioriteringer, og ikke har mulighet til å bruke like mye tid på hver pasient. Flere av sykepleierne i studiene oppga også mangel på tid som en barriere som hindret dem i å utøve personsentrert pleie (Forss et al., 2018). Likevel har forskning funnet at sykepleiere på sykehjem som har innført personsentrert pleie opplever mindre stress og er bedre i stand til å yte individualisert omsorg av god kvalitet (Brownie & Nancarrow, 2013).

6 Avslutning

I denne oppgaven har jeg forsøkt å vise hvordan personsentrerte sykepleietiltak og en personsentrert tilnærming kan bidra til å forebygge underernæring blant eldre pasienter på sykehjem. Oppgaven har vist med utgangspunkt i litteratur og informasjon fra Helsedirektoratet at Norge står overfor utfordringer på ernæringsfeltet for sykehjemspasienter, som kan komme til å forverres på grunn av sterk vekst i antall pasienter de neste tiårene. Jeg har presentert en del viktige risikofaktorer og årsaken til underernæring som man som sykepleier må være oppmerksom på. Videre har jeg drøftet ulike potensielle faktorer som hindrer at pasienter blir aktive deltagere i planlegging og utføring av sin egen pleie og behandling.

Jeg har vist noen aspekter av hvordan personsentrert sykepleie innen ernæringsfeltet kan gjennomføres på sykehjem hvis man er oppmerksom på risikofaktorer og jobber ut ifra den tilnærmingen som er beskrevet. Det er presentert flere tiltak for å gjøre pasienten mer involvert og aktiv relatert til mat og måltider, som å tilrettelegge for at pasienten kan velge mat selv og spise mellommåltider når de selv ønsker det. Videre er det redegjort for en personsentrert tilnærming til å informere og veilede pasienter, og viktigheten av samarbeid og relasjon mellom sykepleier og pasient. Sykepleiers kunnskap om pasientens helsetilstand og fagkunnskap om ernæring er grunnleggende for å kunne utforme en behandlingsplan som både er tilpasset til den unike pasienten og effektiv for å bedre ernæringsstatus.

Referanseliste

- Aagaard, H. (2010). Mat og måltider i sykehjem. En nasjonal kartleggingsundersøkelse. *Sykepleien Forskning* 2010;5(1):36-43. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2010.0023>
- Backman, A. & Edvardsson, D. (2020). Personcentrerad omvårdnad som sjuksköterskans kärnkompetens. I A. Backman & D. Edvardsson (Red.), *Personcentrerad omvårdnad: i teori och praktik*. (2. utg., s. 95-104). Studentlitteratur.
- Brodtkorb, K. (2020). Ernæring, mat og måltider. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 301-316). Gyldendal.
- Brodtkorb, K. & Hauge, S. (2020). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 262-279). Gyldendal.
- Brownie, S. & Nancarrow, S. (2013). Effects of person-centered care on residents and staff in aged-care facilities: a systematic review. *Clinical Interventions in Aging*, 8:1-10. <https://doi.org/10.2147/CIA.S38589>
- Christensen, H. (2019). Legemidler og næringsstoffer. I C.A. Drevon & R. Blomhoff (red.), *Mat og medisin: lærebok i generell og klinisk ernæring* (7. utg., s. 495-505). Cappelen Damm Akademisk.
- Christiansen, B. (2020). Helseveiledning – hva menes med det?. I B. Christiansen (red.), *Helseveiledning* (2. utg., s. 13-33). Gyldendal.
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utgave.). Gyldendal.
- Dokka, L. G., Lyngved, K. J. & Sagbakken, E. (2021, 21. oktober). En rystende erkjennelse om underernæring i sykehjem. *Dagens medisin*. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2021/10/21/en-rystende-erkjennelse-om-underernaring-i-sykehjem/>
- Drevon, C. A. & Blomhoff, R. (2019). Levevaner og helse. I C.A. Drevon & R. Blomhoff (red.), *Mat og medisin: lærebok i generell og klinisk ernæring* (7. utg., s. 21-28). Cappelen Damm Akademisk.
- Edvardsson, D. (2009). *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik* (1. utg.). Studentlitteratur.
- Edvardsson, D. (2020). Personcentrerad omvårdnad i teori och praxis. I D. Edvardsson & A. Backman (red.), *Personcentrerad omvårdnad: i teori och praktik* (2. utg., s. 47-62). Studentlitteratur.
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Folkehelseinstituttet. (2014). Helse hos eldre i Norge. I *Folkehelse rapporten: Helsetilstanden i Norge* [nettdokument]. [oppdatert (23.5.2018); lest (11.4.22)]. Tilgjengelig fra:

<https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/eldre/?term=angst&h=1#aldring-helse-og-funksjon-dagens-situasjon-og-trender>

- Forss, K. S., Nilsson, J., & Borglin, G. (2018). Registered nurses' and older people's experiences of participation in nutritional care in nursing homes: a descriptive qualitative study. *BMC Nursing*, 17(1), 19–19. <https://doi.org/10.1186/s12912-018-0289-8>
- Haugland, B. Ø. (2012). Meningsfulle aktiviteter på sykehjemmet. *Sykepleien forskning*, 2012;7(1):40-47. <https://doi.org/10.4220/sykepleief.2012.0030>
- Gautun, H. (2020). En utvikling som må snus: bemanning og kompetanse i sykehjem og hjemmesykepleien. (Rapport 14/2020). Velferdsforskningsinstituttet NOVA. https://www.nsf.no/sites/default/files/2020-12/nova-rapport-14-20_en-utvikling-som-ma-snus.pdf
- Grøndahl, V. A. & Aagaard, H. (2016). Older people's involvement in activities related to meals in nursing homes. *International Journal of Older People Nursing*, 11(3), 204–213. <https://doi.org/10.1111/opn.12111>
- Halse, K. (2020). Eldre syke pasienter – utfordringer ved helseveiledning. I B. Christiansen (red.), *Helseveiledning* (2. utg., s. 121-150). Gyldendal.
- Helsebiblioteket. (2016, 3. juni). *Sjekklistor*. <https://www.helsebiblioteket.no/249212.cms>
- Helsedirektoratet. (2013). Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. IS-rapport 1580. Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/underernaering/Forebygging%20og%20behandling%20av%20underernæring%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf/_attachment/inline/a69263ff-b40e-4d23-a7c6-67acce28a88e:48ba11770eaa7f7a1d18145aa0e1f30086ca5dcd/Forebygging%20og%20behandling%20av%20underernæring%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf
- Helsedirektoratet (2016). Nasjonale faglige råd for ernæring, kosthold og måltider i helse- og omsorgstjenesten [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 19. desember 2017, lest 07. april 2022). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/ernaering-kosthold-og-maltider-i-helse-og-omsorgstjenesten>
- Helsedirektoratet (2017). Nasjonal faglig retningslinje for demens [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 03. januar 2020, lest 11. april 2022). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens>
- Helsedirektoratet (2018a). Ernæringsoppfølging hos sykehjemsbeboere [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 24. juni 2021, lest 11. april 2022). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/oppf%C3%B8lging-av-ern%C3%A6ring-hos-beboere-p%C3%A5-sykehjem>

- Helsedirektoratet (2018b). Kosthold ved underernæring [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 05. oktober 2018, lest 11. april 2022). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/kosthold-ved-diagnoser-og-sykdomstilstander/rad-om-kosthold-ved-ulike-diagnoser-og-sykdomstilstander/kosthold-ved-underernaering>
- Helsedirektoratet (2021). Nasjonal faglig retningslinje for forebygging og behandling av underernæring [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 14. mars 2022, lest 16. mars 2022). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-og-behandling-av-underernaering>
- Keller, H. H., Carrier, N., Slaughter, S. E., Lengyel, C., Steele, C. M., Duizer, L., Morrison, J., Brown, K. S., Chaudhury, H., Yoon, M. N., Duncan, A. M., Boscart, V., Heckman, G., & Villalon, L. (2017). Prevalence and Determinants of Poor Food Intake of Residents Living in Long-Term Care. *Journal of the American Medical Directors Association*, 18(11), 941–947. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.05.003>
- Kirkevold, M. (2020). Personsentrert og individuelt tilpasset sykepleie: sentrale perspektiver. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (red.) *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 98-114). Gyldendal.
- Melheim, B. G. (2009). Pasientopplevelser av måltidsfellesskap i sykehjem. *Sykepleien forskning* 2008;3(4):212-219. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2008.0049>
- Merrell, Philpin, S., Warring, J., Hobby, D., & Gregory, V. (2012). Addressing the nutritional needs of older people in residential care homes. *Health & Social Care in the Community*, 20(2), 208–215. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2011.01033>
- Molven, O. (2019). *Sykepleie og jus* (6. utg.). Gyldendal.
- Mowé, M. (2019). Eldre. I C.A. Drevon & R. Blomhoff (red.), *Mat og medisin: lærebok i generell og klinisk ernæring* (7. utg., s. 330-340). Cappelen Damm Akademisk.
- Norsk sykepleierforbund. (U.å.). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet 29. mars 2022 fra <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63/§3-1>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63/§3-2>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63/§3-5>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63/§4-1>

- Ranhoff, A. H. (2020a). Den gamle pasienten. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 53-67). Gyldendal.
- Ranhoff, A. H. (2020b). Forebyggende sykepleie. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (red.) *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 160-172). Gyldendal.
- Rummelhoff, G. R., Smebye, K. L. & Tombre B. (2016). Gir individuell omsorg. *Sykepleien*, 104(8):48-51. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2016.58391>
- Sortland, K. (2015). *Ernæring: mer enn mat og drikke* (5. utg.). Fagbokforl.
- Statistisk sentralbyrå. (2021, 16. juni). *Sjukeheimar, heimetenester og andre omsorgstenester*. <https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/statistikk/sjukeheimar-heimetenester-og-andre-omsorgstenester>
- St.meld. nr. 25 (2005-2006). *Mestring, muligheter og mening: framtidens omsorgsutfordringer*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/16e39820de5c485da382fd99165afaf7/no/pdfs/stm200520060025000dddpdfs.pdf>
- Søndbø, M. H., Johansen, H., Bakken, M.-L. N., Olsen, T. Å., Liland, B., Brinchmann, B. S., Dokka, L. G., Lyngved, K. J. & Sagbakken, E. (2021, 21. oktober). En rystende erkjennelse om underernæring i sykehjem. *Dagens medisin*. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2021/10/21/en-rystende-erkjennelse-om-underernaring-i-sykehjem/>
- Sørli, T. & Bergvik, S. (2020). Pasientinformasjon i sykehus – med særlig vekt på ivaretagelse av engstelige og bekymrede pasienter. I B. Christiansen (red.), *Helseveiledning* (2. utg., s. 91-120). Gyldendal.
- Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Travelbee, J. (1997). *Interpersonal aspects of nursing*. Pensumtjeneste.
- Thoresen, L., Borchsenius, C., & Sjøen, R. J. (2019). *Sykepleierens ernæringsbok* (5. utgave.). Gyldendal.
- Wijk, H. (2020). Personcentrerad miljö. I D. Edvardsson & A. Backman (red.) *Personcentrerad omvårdnad: i teori och praktik* (2. utg., s. 141-164). Studentlitteratur.
- Wyller, T. B. (2020) *Geriatrici: en medisinsk lærebok* (3. utg.). Gyldendal.