

Hvilke tiltak kan bidra til å forebygge underernæring hos eldre på sykehjem?

Kandidatnummer: 181

Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 8046

Dato: 19.04.2022



Lovisenberg
diakonale høgskole

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 19.04.2022
Tittel Forebyggende ernæringsarbeid hos eldre på sykehjem	
<p><u>Problemstilling</u> Hvilke tiltak kan bidra til å forebygge underernæring hos eldre på sykehjem?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u> Denne oppgaven bygger på fagkunnskap om aldring og ernæring, og hvordan sykepleiers kunnskap spiller rolle i ernæringsarbeidet. En modell jeg bruker er hvordan personsentrert sykepleie kan fremme ernæring hos pasienter på sykehjem. Sykepleien vil innebære en samling av informasjon om innholdet i maten, måltidshyppighet, trivsel og miljømessige forhold, i tillegg til hvordan spisesituasjonen oppleves for den enkelte pasient. Videre støttes oppgaven av aktuelle juridiske retningslinjer for å illustrere de sykepleiefaglige rammene.</p> <p><u>Metode</u> Dette er en litterær oppgave, og det benyttes litteratursøk som metode. Det er anvendt eksisterende faglitteratur, forskningsartikler og erfaring fra tidligere praksis gjennom studieforløpets tre år. De relevante fagfelleverderte forskningsartiklene belyses med kvantitative studier, og funnene ble gjort gjennom strukturerte søk i CINAHL Complete.</p> <p><u>Drøfting</u> Drøftingen belyser ulike faktorer ved ernæringsarbeid med sikte på å illustrere betydningen av personsentrert ernæringsomsorg i arbeidet med forebygging av underernæring. På linje med dette drøftes sykepleierens kunnskap og oppmerksomhet i ernæringsarbeidet, og pasientens involvering av måltidsplanleggingen. Ved hjelp av forskningsartiklene og faglitteraturen drøftes det om hvordan fordeling av ernæringstett mat vil bidra til å fremme pasientens ernæring, og hvordan sykepleierens kunnskap om pasientens preferanser vil være viktig for å tilpasse den enkeltes behov. Som ledd i dette drøftes det videre om hvordan manglende ressurser og lite tid blant sykepleiere gjør det det krevende å utføre personsentrert sykepleie.</p> <p><u>Konklusjon</u> Forskningsartiklene viser at personsentrert sykepleie vil være betydningsfull, ved å fokusere på det enkelte mennesket som et unikt individ, samtidig som man bevarer verdigheten og respekten for pasientene. Resultatene viser at pasientene bør så langt det er mulig, få spise etter eget ønske og behov, også utenom faste måltider. En hensiktsmessig fordeling av måltider gjennom dagen, og et godt måltidsmiljø viser seg å være anerkjente tiltak for å forebygge underernæring hos eldre. Støtte til mer opplæring av personalet og personsentrert praksis kan bidra til at de eldre øker matinntaket, og personalet blir mer oppmerksomme på behovet ernæringsstøtte.</p>	

(Totalt antall ord:300)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	2
1.2	Problemstilling.....	2
1.3	Avgrensning	3
1.4	Begrepsavklaringer	4
2	Teoretisk kunnskapsgrunnlag.....	5
2.1	Aldring og underernæring.....	5
2.2	Personsentrert sykepleie	5
2.3	Kostens innhold	7
2.4	Måltidsituasjon, miljø og beriking av mat	7
2.5	Sykepleiers kunnskap om ernæring	9
2.6	Love og forskrifter.....	10
3	Metode	12
3.1	Litteratursøk og valg av database.....	12
3.2	Tabell litteratursøk	13
3.3	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	13
3.4	Øvrig inkludert faglitteratur.....	14
3.5	Kildekritikk.....	15
4	Presentasjon av forskningsresultater	16
5	Diskusjon.....	18
5.1	Variasjon og fordeling av måltidene.....	18
5.2	Tilrettelegging og medvirkning i måltidsituasjonen	20
5.3	Sykepleierens kunnskap	22
6	Avslutning	26
	Referanseliste	27

1 Innledning

Ifølge Helsedirektoratet (2018) er 20-60% av de eldre som er brukere av kommunens tjenester underernærte eller i risiko for underernæring. Antallet eldre over 67 år i 2010 var cirka 604.000, og tallet vil øke til nesten 1,1 millioner i 2050 (Sortland, 2012, s. 157). Med økende antall eldre i befolkningen vil det bli flere med ernæringsutfordringer og behov for ernæringsoppfølging. Selv om energibehovet synker med alderen på grunn av lavere aktivitetsnivå og redusert muskelmasse, vil behovet for næringsstoffer være lik (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021, s. 11). Kunnskap om eldre sitt ernæringsbehov og hvilken rolle ernæring har i aldringsprosessen, vil være viktig i det helsefremmende og forebyggende arbeidet for sykepleiere (Sortland, 2012, s. 157). Målet er å bevare pasientens helhet og integritet gjennom at sykepleier ivaretar pasientens energibalanse, kroppslige-, personlige- og sosiale integritet (Kirkevold, 2020a, s. 85).

Kvalitetsreformen *Leve hele livet* (2018) legger vekt på at god mat er grunnleggende for gunstig helse. Målet er å redusere underernæring og skape gode måltidsopplevelser, gjennom næringsrik mat som ser, dufter og smaker godt. Likevel ser det ut til at samsvaret mellom anbefalt praksis og utøvet praksis ikke samsvarer med hverandre. Tilbakemeldinger fra dialogmøtene og erfaringer på området, tyder på at ikke alle eldre får ivaretatt sitt grunnleggende behov for ernæring og gode måltidsopplevelser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018).

Hos eldre er det generelt en større risiko for underernæring sammenlignet med øvrig befolkning. Eksempler på en rekke faktorer som kan øke risikoen ytterligere er dårlig tannstatus, nedsatt tørstefølelse og appetitt. Obstipasjon er også vanlig hos eldre mennesker, delvis grunnet mindre aktivitet, lavere væskeinntak og økt bruk av medikamenter. Forstoppelse kan igjen gi dårlig appetitt, redusert matinntak og dermed økt risiko for underernæring (Mortensen, 2019, s. 27).

Sykepleieren er ofte den som står nærmest pasienten, og som samler viktig data om pasientens inntak av væske og ernæring. Utfra datasamling har sykepleier ansvar for å sørge for at pasientene får tilstrekkelig ernæring tilpasset pasientens ønsker, behov og ressurser. Gjennom observasjoner og systematisk dokumentasjon følges pasientens mat- og

væskeinntak, og sykepleier har ansvar for å utarbeide en ernæringsplan, som følges opp i samarbeid med annet helsepersonell (Mortensen, 2019, s. 20).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Ifølge Virginia Henderson, er et av sykepleierens ansvarsområder å hjelpe eller tilrettelegge for at pasienten klarer å spise og drikke tilstrekkelig. I et overordnet perspektiv har sykepleier ansvar for å ivareta pasients behov for ernæring. I ernæringsarbeid vil sykepleieren utøve sin forebyggende, veiledende og behandlende funksjon (Jacobsen & Bye, 2015, s. 619).

Helsedirektoratet ønsker gjennom de nasjonale faglige retningslinjene å fremme god kvalitet gjennom forebygging og behandling av underernæring. De viser til hvordan fire enkle tiltak kan styrke arbeidet i forebyggingen og behandlingen av underernæring. Tiltakene er å vurdere pasientens ernæringsmessige risiko, å gi pasienter i risiko for underernæring målrettet behandling, dokumentere ernæringsstatus og tiltak, og dokumentasjonen videre til neste omsorgsnivå (Helsedirektoratet, 2009, s. 3).

Målet med forebyggende tiltak for å redusere risiko for skade og sykdom er i første rekke å øke livskvaliteten i den siste fasen av livet. Det handler blant annet om å styrke den enkeltes ressurser til å motstå de påkjenningene som alder og sykdom stiller en overfor. Inntak av mat og drikke krever en spesiell oppmerksomhet fra sykepleier. Disse endringene skjer langsomt over tid, og det blir viktig å fange om mulig risiko for underernæring tidlig i forløpet (Ranhoff et al., 2007, s. 121-122).

Gjennom praksis opplevde jeg lite fokus på ernæring hos eldre pasienter på sykehjem. Jeg opplevde en travel hverdag på avdelingen, og undrer om tiden kan være en medvirkende årsak til at ernæring hos eldre ikke ble satt på dagsorden. Jeg ønsker å få mer kunnskap om ernæring og eldre, og hvilke tiltak som kan bidra til å forebygge underernæring, slik at jeg i fremtiden kan dra fordel av kunnskapen i praksis.

1.2 Problemstilling

«Hvilke tiltak kan bidra til å forebygge underernæring hos eldre på sykehjem?»

1.3 Avgrensning

Jeg har valgt å avgrense oppgaven til eldre pasienter over 65 år som bor på en somatisk langtidsavdeling på sykehjem. Fokusområdet vil være hvilke tiltak kan bidra til å forebygge underernæring gjennom tilrettelegging med fokus på miljø, tilpasset kost, kostens innhold og hvilken betydning helsepersonellens kunnskap har for ernæringen hos disse pasientene. Pasienter jeg har møtt på sykehjem har ofte vært i den øvre aldersgruppen, fra 75-80 år og oppover. Forskningsartikler og pensumlitteratur bruker ofte eldre pasienter over 65 år i litteraturen som står skrevet. På bakgrunn av dette har jeg valgt å bruke eldre over 65, da resultatene jeg har funnet i både forskning og faglitteratur inkluderer alle eldre over 65 år. I praksis opplevde jeg ofte at personer som bor på sykehjem omtales som beboer og pasient om hverandre. I loven er en pasient definert som «en person som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1-3). Jeg har på bakgrunn av dette konsekvent valgt å omtale disse personene som pasienter i oppgaven.

Besvarelsen tar for seg pasienter på sykehjem som er i risikogruppen for å utvikle underernæring. Tiltak slik som sondeernæring eller parenteral ernæring vil derfor ikke bli inkludert i denne oppgaven. Pårørende er sentrale i å sikre eldre tilpassede tjenester via deres rolle som pasientens talsperson (Kirkevold, 2020c, s. 141). Denne oppgaven vil kun ta for seg eldre på sykehjem som er i risiko for underernæring, og vil ikke inkludere funksjonen til pårørende.

Det finnes ulike kartleggingsverktøy for å identifisere pasienter i ernæringsmessig risiko, et individuelt verktøy er MNA (Mini Nutritional Assessment), hvor en vurderer graden av underernæring, identifiserer årsak og gjør beregning av energibehov (Brodtkorb, 2020, s. 305). Kartlegging er et viktig verktøy når man skal vurdere risiko for underernæring, men jeg har ikke tatt det med i teorien på grunn av for lite plass i oppgaven til å gå i dybden på denne modellen.

Jeg har i oppgaven ikke satt søkelys på spesifikke diagnoser, og beskriver heller ikke nærmere hvordan ulike legemidler virker inn på matinntaket. Jeg har tatt utgangspunkt i de normale aldersforandringene. Pasientens behov for væske og ernæring blir ivarettatt av flere yrkesgrupper i et tverrprofesjonelt team. Teamet består av leger, sykepleiere, ernæringsfysiolog

og ergoterapeut (Jacobsen & Bye, 2015, s. 667). På bakgrunn av oppgavens omfang, og at denne bacheloroppgaven legger vekt på sykepleierens funksjon, velger jeg derfor å fokusere på sykepleierens rolle i forebyggingen av underernæring og hvordan ivareta pasientens behov for ernæring.

1.4 Begrepsavklaringer

Forebygging

Forebyggende helsearbeid for eldre går ut på å forebygge sykdom, skade og tidlig død, og om å bedre og bevare personens helse, funksjonsnivå og livskvalitet. Overordnede prinsipper er blant annet å legge omgivelsene til rette for en best mulig helse, styrke motstandskraften mot forbindelsen som kan true den eldre sin helse, og å bidra til at den gamles livskvalitet blir best mulig (Ranhoff, 2020, s. 160).

Underernæring

Ifølge Jacobsen og Bye (2015) kan underernæring defineres som «en ernæringssituasjon der mangel på energi, protein og/eller andre næringsstoffer medfører en målbar ugunstig effekt på kroppssammensetning og -funksjon, samt klinisk resultat. Underernæring beskrives derfor som en tilstand som oppstår når inntaket av næringsstoffer er mindre enn pasientens behov. Årsaken kan være at inntaket av næringsstoffer enten øker, eller at behovet reduseres.

Pasienter over 65 år er moderat underernært hvis minst ett av følgende kriterier er oppfylt:

- KMI < 20
- KMI < 22 og samtidig ufrivillig vekttap over 5% de siste 3 månedene
- Matinntak under 50% av forbeholden behov siste uke (Jacobsen & Bye, 2015, s. 650).

Eldre

Ifølge verdens helseorganisasjon (WHO) defineres eldre som personer over 65 år (Sortland, 2015, s. 139).

2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag

2.1 Aldring og underernæring

Å opprettholde en god ernæringsstatus hos eldre er et viktig forebyggende arbeid. Sykdom og medisinsk behandling kan påvirke matinntaket og dermed ernæringstilstand i negativ retning, mens funksjonssvikt kan redusere muligheten til å tilfredsstille ernæringsbehovet. Manglende samsvar mellom behovet for næring og næringsinntaket kan derfor ha ulike og sammensatte årsaker hos eldre pasienter på sykehjem (Brodtkorb, 2020, s. 302).

Normale aldersforandringer i munn og mage-tarm-kanalen kan virke ugunstig på matinntaket. Spyttproduksjon reduseres, og mange eldre drikker mindre. Munntørrehet og nedsatt evne til å tygge på grunn av svakere muskulatur er viktige årsaker til at eldre pasienter får utfordringer med matinntaket (Brodtkorb, 2020, s. 303). Reduksjon av glatt muskulatur i tarmen bidrar til at maten passerer tregere. Derfor vil lite fysisk aktivitet og lavt væskeinntak bidra ytterligere til obstipasjon hos mange eldre. Dette kan igjen redusere matlysten og matinntaket. (Brodtkorb, 2020, s. 303).

Nedsatt næringsinntak kan også skyldes at de eldre innlagt på sykehjem utvikler depresjon, som oftest er et vanlig problem. Mange eldre opplever ofte mange tap. Nære familiemedlemmer dør og venner dør, og den sosiale omgangskretsen de en gang hadde blir stadig mindre. I tillegg vil ferdigheter de tidligere hadde forsvinne, og gir ytterligere tapsopplevelser (Brodtkorb, 2020, s. 303).

2.2 Personsentrert sykepleie

Viktige prinsipper i begrepet personsentrert omsorg er at det er fokus på det enkelte mennesket som et unikt individ, at det fokuseres på personens hverdagsliv, at personen anerkjennes som ekspert på eget liv, og at man har respekt for personen «bak» funksjonssvikten (Leplege mfl. 2007, Rushton og Edvardsson 2018 referert i Kirkevold, 2020b, s. 99). Helsepersonellens-, og sykehjemmets oppgave er å gi eldre pasienter, både en god bolig og optimal medisinsk behandling, adekvat sykepleie og omsorg. Bevaring av verdighet og respekt er kanskje det viktigste for sykehjemspasientene. Sykehjemspasienten

kjennetegnes først og fremst av funksjonstap og i behov for behandling, pleie og omsorg, og har gjerne mange sykdommer (Ranhoff et al., 2007, s. 10).

Det er en viktig verdi i sykepleien å yte helhetlig og individuelt tilpasset sykepleie. Sykepleien skal ta utgangspunkt i den enkelte pasient sine opplevelser, verdier, ønsker og behov (Kirkevold, 2020b, s. 98). En god interaksjon mellom sykepleier og pasient på sykehjem er basert på gjensidig respekt og god kommunikasjon. De fleste eldre pasienter foretrekker å etablere relasjon til en eller noen få sykepleiere, som de kan bli godt kjent med. Dette skaper trygghet og forutsigbarhet, og de slipper å gi informasjon om egne behov og preferanser til stadig nye hjelpere (Kirkevold, 2020b, s. 99).

En viktig helsefremmende pedagogisk sykepleieoppgave er å rettlede de eldre som utfra faglige vurderinger er i risiko for underernæring. Identifisering av faktorer som har betydning for næringsinntaket i den eldre sin helhetlige situasjon, vil danne grunnlaget for individrettete tiltak og behandling (Hellzen & Brataas, 2011, s. 150). Sykepleien vil innebære samling av data om måltidshyppighet, trivsel og miljømessige forhold, og hvordan spisesituasjonen oppleves for den enkelte pasient. Spiser den eldre alene eller sammen med andre, og hva betyr den sosiale settingen for matlysten (Hellzen & Brataas, 2011, s. 150).

Sykepleierens kliniske vurdering inkluderer også å vurdere både subjektiv og objektiv informasjon, og vurdere disse opp mot referanseverdier. Tygging, svelging, fordøyelse, absorpsjon og ekskresjon av næringsstoffer inkluderes i vurderingen. For å kunne fange opp risiko for underernæring, er det nødvendig med gode dokumentasjonsrutiner av mat- og væskeinntak og vektendringer, slik at individuelle tiltak kan iverksettes på et tidlig tidspunkt (Sortland, 2012, s. 178).

På sykehjem er sykepleier ansvarlig for at den enkelte pasient får tilbud om ernæringsmessig fullverdig mat tilpasset sitt eget behov og situasjon. Det kan eksempelvis være å tilpasse måltidsrytme, mengden mat som serveres om gangen, bestille spesialkost, endre konsistens på mat og drikke, eller hjelpe pasienten å spise (Mortensen, 2019, s. 27). I neste kapittel vil jeg gå nærmere inn på kostens innhold, og hvordan tilrettelegge for mattilbudet og måltidsmiljøet hos eldre på sykehjem.

2.3 Kostens innhold

En reduksjon i basalstoffskiftet er hovedårsaken til at energibehovet synker med alderen. Kroppen trenger mindre energi, men behovet for viktige næringsstoffer er uendret. Desto mindre mat den eldre spiser, jo større blir kravet til matens ernæringsmessige kvalitet. En riktig og tilpasset sammensatt kost i kombinasjon med fysisk aktivitet, er det beste tiltaket mot ernæringsproblemer hos eldre (Sortland, 2012, s. 159).

Når eldre spiser lite, anbefales det at man serverer små og hyppige måltider, helst tre hovedmåltider, og tre mellommåltider per dag. Kostholdet bør være variert, der fiberrike matvarer som grovt brød, frokostblanding og grøt av havregryn skal utgjøre grunnstammen sammen med magert kjøtt, fisk, melkeprodukter, grønnsaker, frukt, bær og rikelig med vann (Sortland, 2012, s. 160).

I institusjoner for syke og eldre, og til eldre med nedsatt appetitt bør totalt 45-50% av energien komme fra karbohydrater. Kosthold som er rikt på kostfiber vil være viktig, da tarmperistaltikken og absorpsjon i tarmen svekkes med alderen og øker dermed risikoen for obstipasjon. Det vil være viktig å sikre tilstrekkelig væsketilførsel når fiberinnholdet i kosten øker. For lite væske fører til at tarminnholdet får en hard konsistens. Dette kan irritere tarmen og forsinke tarminnholdets passasje gjennom tarmen til pasienten (Sortland, 2012, s. 160).

Det kan være mange grunner til at eldre har for lavt væskeinntak. En viktig faktor er at tørstefølelsen reduseres med alderen. De kan glemme å drikke, eller har utfordringer med å drikke på egenhånd. De eldre må om mulig alltid ha drikke tilgjengelig, og de må motiveres til å drikke både til mellom-, og hovedmåltider. Hvor mye de eldre bør drikke er avhengig av den enkeltes kroppsstørrelse, temperatur og fysisk aktivitet. Anbefalt daglig væskeinntak bør ligge mellom 1,5-2,5 liter (0,3 dl per kg kroppsvekt per døgn). Bortsett fra vann er te, juice og melk gode væskealternativer. Te og kaffe derimot er vandrivende og kan føre til at det totale væskeinntaket må økes. En god indikasjon for et tilstrekkelig væskeinntak er at urinen bør være klar til svakt gul (Sortland, 2015, s. 145).

2.4 Måltidsituasjon, miljø og beriking av mat

Sykepleier har ansvar for å legge opp til rette for et gunstig måltidsmiljø. Et godt miljø under måltidene kan bidra til at de eldre på sykehjemmet både spiser bedre, og får dekket

psykososiale behov, samhold og et hyggelig samvær sammen med andre (Brodtkorb, 2020, s. 310). Måltidsmiljøet er atmosfæren rundt måltidene som kan beskrives som et samspill mellom personalet, rommet, møtet og hvordan maten presenteres. Disse faktorene har betydning for matinntaket hos pasientene (Helsedirektoratet, 2012, s. 99). Et godt måltidsmiljø medfører også å legge til rette for at pasienter er aktive og deltakende i den grad de kan, og at de har valgmuligheter når det gjelder mat og spisefellesskapet (Brodtkorb, 2020, s. 310).

Rommet

Maten bør serveres etter at rommet har fått god utluftning, og at bordene er rene og pent dekket til. Å sitte ved et pent dekket bord, kan øke appetitten. Rommets belysning, luft, temperatur og lukt påvirker matopplevelsen. Duften fra matlaging kan stimulere matlysten. Nybakt brød eller vaffel kan vekke matlysten til de som strever mer å spise nok. Hvis det er noen som er vare for lukter, på grunn av kvalme, er det viktig at disse skjermes fra matlukt (Helsedirektoratet, 2012, s. 99).

Møtet

Hele matopplevelsen påvirkes av hvordan maten serveres og hvordan personalet kommuniserer med pasienten under måltidet (Helsedirektoratet, 2012, s. 99). Sykepleier har ansvar for å undervise og veilede pleiepersonale, slik at de vet hva som trengs å gjøres under måltidene og hvorfor. Som sykepleier har man ansvar for å lede annet pleiepersonale, og koordinere det daglige arbeidet med servering og måltider (Brodtkorb, 2020, s. 310). Personalet bør sette av tilstrekkelig tid til å spise. De bør kjenne til den enkelte pasients behov og ønsker, og om pasienten trenger hjelp i måltidet. Når personalet spiser sammen med pasientene, viser de praktisk støtte samtidig som de styrker det sosiale fellesskapet (Helsedirektoratet, 2012, s. 100).

Presentasjon av maten

Maten bør dufte og smake godt, og presenteres på en delikat måte. Å tilby mat som den eldre liker, kan vekke appetitten. Ved å tilrettelegge mat utfra de eldre sine egne tradisjoner, religion og individuelle behov, viser man respekt for den enkelte pasient. At man kan gi dem valgmuligheten, og at man gir informasjon om dette, kan påvirke matlysten. For pasienter som spiser lite, kan man presentere maten i mindre porsjoner, eller servere maten på en større tallerken slik at porsjonen ikke ser veldig stor ut. Bruk farger på maten, dette kan gjøre maten mer fristende (Helsedirektoratet, 2012, s. 100).

Beriking av mat

Eldre i ernæringsmessig risiko bør få energitett kost. Jo mindre pasienten får i seg, desto mer næringsrik bør kosten være. Økt innhold av proteiner og fett sikrer pasientens kost tilstrekkelig (Brodtkorb, 2020, s. 312). Fete matvarer har veldig høy energitetthet og er velegnet som energiberiking. Tilsett olje, smør, eller fløte i maten der det passer. Berik brødmat ved å ha et godt lag med smør på skivene, og dobbelt opp med pålegg. Yoghurt kan berikes ved å tilsette nøytral olje, i tillegg til at man kan tilsette nøtter eller frokostblanding. Lag grøt på helmelk, og tilsett gjerne smør for ytterligere kalorier (Helsedirektoratet, 2012, s. 101).

Næringsdrikke

Hvis pasienten har dårlig matlyst, kan næringsdrikke tilbys som supplement til de vanlige måltidene. Å tilby næringsdrikke på slutten av måltidet eller eventuelt like før sengetid, vil den fungere som et tilskudd som ikke tar matlysten, men derimot skjerper appetitten. Næringsdrikker kan fås med ulike smaker, mens andre er forsterket med for eksempel proteiner. De ulike smakene gjør det mulig for pasienten å finne en drikke de liker, og ofte er det nødvendig å prøve ulike produkter for å finne ut hva de foretrekker (Helsedirektoratet, 2012, s. 102). Enkelte av næringsdrikkene har en bismak, server derfor gjerne den godt avkjølt i et eget glass. (Helsedirektoratet, 2012, s. 103).

2.5 Sykepleiers kunnskap om ernæring

For at eldre skal få dekket sitt ernæringsbehov, er sykepleiers holdninger, bevissthet og ansvar med hensyn til mat og drikke av uvurderlig betydning. Manglende kunnskap, interesse og oppmerksomhet hos sykepleier om ernæringsstatus og behovet for ernæring, er en medvirkende faktor til at eldre sin ernæringsstatus forringes ved innleggelse i institusjon (Sortland, 2015, s. 142).

Sykepleieren har godt innarbeidede rutiner hva angår ansvar for å administrere forordnede medikamenter, observere og dokumentere virkninger og bivirkninger. Kostholdets betydning, dokumentasjon av hva den eldre pasientens spiser og drikker, eller hvilke næringsstoffer pasienten får i seg i løpet av dagen, er det ofte mindre fokus på. Å fokusere på og vurdere den

enkelte pasients ernæringsbehov og inntak bør være like selvfølgelig som vurdering av medisiner (Sortland, 2015, s. 15).

For å kunne bidra til at eldre pasienter får dekket sitt ernæringsbehov, må sykepleier ha kunnskap om mat og drikke. De må ha kunnskap om hvilke funksjon de ulike næringsstoffene har, og hvilken næringsstoffer organismen trenger, hvor de suges opp, og hvilke konsekvenser det får hvis pasienten ikke får dekket sitt behov. Sykepleieren må ha kunnskap om ulike forhold som kan virke inn på matinntaket, og kunne iverksette individtilpassede tiltak for å forebygge og bortvise slik svikt. Fremfor alt må sykepleier tilrettelegge for et godt og forsvarlig mattilbud (Sortland, 2015, s. 16).

Sykepleiers ferdighetskunnskaper er av en annen art enn pasientens sin, og handler om evnen til å se tegn på sykdom og bedring, og anvende den evidensbaserte kunnskapen skjønnsmessig i møte med pasienten. Skjønn er en kombinasjon av fagkunnskap og personkunnskap omsatt i praktisk handling, i bestemte situasjoner (Martinsen 2005, referert i Heggdal, 2008, s. 184). Selv om sykepleiers kunnskap og skjønn er viktig i forebyggende og helsefremmende arbeidet, kan det ikke erstatte pasientens kunnskap om seg selv, sin helse og velvære. Pasientens erfaringsbaserte skjønn må regnes med, og kombineres med sykepleierens vurderinger, slik at de eldre får mulighet til å delta og påvirke sin helsetilstand i institusjonen (Heggdal, 2008, s. 184). Når de eldre får være med å påvirke måltidsituasjonen, menyen og hvem de ønsker å spise sammen med, kan det bidra til å øke appetitten og matinntaket hos de eldre (Sortland, 2015, s. 147).

2.6 Lover og forskrifter

Helsepersonelloven

Helsepersonelloven sin betydning er å skape sikkerhet for pasienter og kvalitet i helsetjenesten. Loven tilplikter at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til å opptre faglig forsvarlig og at helsetjenestens struktur reguleres slik at helsepersonell er i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. I forbindelse med ernæring betyr det at sykepleier skal vurdere pasientens evne til å ivareta eget næringsinntak og foreslå tiltak, eller om mulig innhente bistand med nødvendig kompetanse dersom utfordringer oppstår (Helsepersonelloven, 1999).

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting

Formålet med denne loven er å sikre at pasienter som mottar pleie- og omsorgstjenester, får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for den enkelte selvbestemmelsesrett og egenverd. Forskriften omhandler bestemmelser som er relevant for ernæringsarbeidet.

Kommunen er pliktig til å utarbeide skriftlige prosedyrer som sikrer at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstilt behov som tilstrekkelig næring, variert og helsefremmende kosthold, samt rimelig valgfrihet når det gjelder mat (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003).

3 Metode

I dette kapittelet beskriver jeg nærmere for hvilken metode jeg har benyttet for å innhente relevant kunnskap for å kunne svare på problemstillingen. Litteraturen om ernæring hos eldre er bred. I en litterær oppgave slik som denne, henter man data fra eksisterende fagkunnskap, teori og forskning (Dalland, 2020, s. 199). Den valgte problemstillingen jeg har valgt belyses med kvantitative studier, hvor man med denne metoden gir mulighet til å gå inn i bredden og hente inn data fra mange undersøkelselementer (Dalland, 2020, s. 54). Fordelen med kvantitativ metode er at den gir data i form av målbare enheter (Dalland, 2020, s. 75). Både faglitteraturen og studiene vil bidra til å belyse problemstillingen, og legge vekt på måltidsmiljøet, innhold i maten, kunnskapen hos personalet, og hvilke tiltak som kan gi optimal effekt hos pasientgruppen eldre over 65 år. Videre i dette kapitlet beskriver jeg fremgangsmåten i litteratursøket, inklusjons- og eksklusjonskriterier, øvrig inkludert faglitteratur og kildekritikk.

3.1 Litteratursøk og valg av database

For å finne forskningsartikler som kunne besvare min problemstilling, brukte jeg databasen CINAHL Complete. Databasen inneholder tidsskrifter innen sykepleie og beslektede emner (Underdal, 2013). Lovisenberg diakonale høyskole har tilgang til CINAHL Complete som tar for seg mange artikler i fulltekst (LDH, 2020). I CINAHL benyttet jeg strukturert søk med bruk av engelske emneord. Jeg startet på første søket med å benytte emneordene «nutrition», «malnutrition», og «undernutrition». Jeg tok i bruk den boolske operatøren OR i kombinasjon med disse tre emneordene. Deretter benyttet jeg videre på søk to først emneord som «aged», «geriatric», og «elderly». CINAHL viste en oversikt over tips til emneord som lignet de jeg benyttet, for å få best mulig treff på artikler. Jeg endret derfor emneordene til «aged+», «geriatric nutritional physiology», og health services for the aged». Jeg brukte den boolske operatøren OR i kombinasjon til disse emneordene. I søk tre skrev jeg emneord slik som «nursing home patients», «nursing homes», og benyttet OR i kombinasjon med disse to for å få tilgang på artikler som inneholder disse emneordene. Til slutt huket jeg av for kombinasjon jeg hadde gjort i søk en, to og tre, og brukte den boolske operatøren AND for å få tilgang på artikler som inkluderer de valgte emneordene. Jeg fikk 928 resultater. For å få tilgang på artikler som retter seg mer mot min problemstilling, benyttet jeg av inklusjons-, og eksklusjonskriterier som jeg vil beskrive i kapittel 3.3.

3.2 Tabell litteratursøk

Artikkel	Søkedato	Søkeord/kombinasjon	Database	Antall treff	Leste sammendrag
Making the Most of Mealtimes (M3): effect of eating occasions and other covariates on energy and protein intake among Canadian older adult residents in long-term care https://doi.org/10.1111/jhn.12686	08.12.21	nutrition malnutrition aged nursing homes OR og AND	CINAHL	537	35
Nutritional Status and Duration of Overnight Fast among Elderly Residents in Municipal Nursing Homes in Oslo https://doi.org/10.1177%2F010740831303300105	09.12.21	Malnutrition Undernutrition Nutrition Nursing homes Nursing home patients Health services for the aged Geriatric OR og AND	CINAHL	187	17
Implementation of a nutritional programme in elderly people admitted to resident homes https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2008.00632.x	05.01.22	Malnutrition undernutrition Elderly Aged Nursig home Health service for the aged OR og AND	CINAHL	151	16
Older adults and patients in need of nutritional support: Review of current treatment options and factors influencing nutritional intake https://doi.org/10.1016/j.clnu.2009.09.003	06.01.22	Malnutrition Aged Elderly Nursing homes Nutrition undernutrition OR og AND	CINAHL	518	29

3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Søkene som ble gjort i CINAHL inkluderte artikler fra år 2000 til 2022. Dette for å få tilgang på nyere og mest oppdaterte forskning tilgjengelig. Det ble samtidig avgrenset til artikler som er skrevet på enten engelsk, norsk, svensk eller dansk. Jeg valgte også geografiske områder i Europa, UK og Nord-Amerika, for at forskningen som er gjort i andre land har tilnærmet likt

helsesystem som Norge, og at forskningen blir overførbart til praksisen her i Norge. Jeg inkluderte først alle over 65+ og 80+ år. Resultatlisten viste 352 artikler. Søkte deretter bare eldre over 80+, fikk da 175 resultater. Selv disse resultatene inkluderte eldre over 65 år, så da valgte jeg å gå gjennom disse funnene. Jeg leste gjennom flere sammendrag til å starte med. Etter hvert valgte jeg flere artikler som jeg leste grundigere. Til sammen leste jeg rundt 81 sammendrag, før jeg valgte jeg 4 forskningsartikler som jeg synes passet godt til oppgaven.

Tabell 2: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Kriterier	Inkludert	Ekskludert
Type artikkel	Forskningsartikler	Andre artikler slik som fagartikler eller artikler som ikke er basert på forskning
Tidspunkt for publisering	2000-2022	Alt før år 2000
Fagområde	Sykehjem	Sykehus, egen bolig, andre institusjoner
Fagfellevurdering	Fagfellevurdert med nivå 1 eller 2 i NSD	Artikler som ikke er fagfellevurdert
Språk	Engelsk, norsk, svensk eller dansk	Øvrige språk
Geografisk område	Europa, UK, Nord Amerika	Øvrige land
Alder	Eldre over 65+	Yngre enn 65 år

3.4 Øvrig inkludert faglitteratur

Det er benyttet aktuelt og relevant faglitteratur fra skolens bibliotek, pensumlitteratur fra studieforløpets tre år, samt forskning for å belyse og besvare problemstillingen. Funnene fra forskningsartiklene er basert i hovedsak på kvantitativ forskning.

Jeg fant to nyere artikler i Oria som bidro til å bygge opp under den forskningen jeg allerede hadde funnet til oppgaven. Jeg søkte på «ernæring», «eldre», «sykehjem», og fikk 33 treff. Etter at jeg gikk gjennom flere av dem, valgte jeg å bruke aksjonsforskningsprosjektet til Hestevik, Heyerdahl, et al. (2019), og en menneskerettighetsbasert tilnærming til utfordringer og muligheter, retten til tilstrekkelig mat på sykehjem av Karlsen et al. (2013).

Faglitteratur fra pensum som *Geriatrisk sykepleie* av Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff (2020), og *Ernæring – mer enn mat og drikke* av Sortland (2015), tar begge for seg hvordan ernæring

kan påvirke de eldre sin helse, og hvordan miljø, mattilbud og måltidsituasjoner kan påvirke ernæringsstatusen. Bøkene bruker også sykepleiefaglige tilnæringer for å fremme personsentrert og individuelt tilpasset sykepleie. I tillegg har helsedirektoratet gitt ut kosthåndsboken - *Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten* som er et godt verktøy for å bidra til å sikre god kvalitet når det gjelder ernæringsarbeid hos eldre innlagt på sykehjem.

3.5 Kildekritikk

I følge Dalland betyr kildekritikk å kritisere og vurdere den litteraturen som er funnet (Dalland, 2020, s. 152). En av de fire artiklene som er benyttet i oppgaven er fra Canada. Det er uvisst om Canada har lik organisering på sykehjemmene som her i Norge. Dette kan føre til at resultatet muligens kunne vært forskjellig om studien ble gjennomført i Norge. Tatt i betraktning ble denne studien likevel sett på som pålitelig. Helsetjenesten i Canada kan muligens være organisert på en annen måte, men målet med å skape gode måltidsopplevelser hos eldre pasienter på sykehjem, og øke kunnskapen hos helsepersonell vil være den samme. Videre har jeg funnet to andre artikler gjennomført i Norge og Sverige som jeg anser som relevante for bacheloroppgaven.

I artikkelen til Eide et al. (2013) gjorde de studier på langtidsbeboere ved kommunalt drevne sykehjem i Oslo. Det er derfor ingen informasjon om tilsvarende forhold i private sykehjem. Det ble også kun registrert spiseepisoder i nattefasteformene. Drikke med mye næringsstoffer ville ha påvirket ernæringsstatusen, og kan også ha påvirket resultatene. Jeg har også benyttet en spesifikk situasjon fra egen erfaring i praksis, og har anonymisert informasjonen jeg har beskrevet, slik at opplysningene ikke kan identifiseres til enkeltpersoner (Dalland, 2020, s. 172).

4 Presentasjon av forskningsresultater

Forskningsartiklene identifiserer at gjennom personsentrert sykepleie forbedrer man ernæringsstatus og funksjonskapasiteten hos eldre på sykehjem. Analysene viser et redusert antall underernærte pasienter etter at pleiepersonalet hadde fått ernæringsopplæring. Det ble ikke funnet slike forbedringer i kontrollgruppen. Disse funnene indikerer en mulig effekt av intervensjonen, men for å bekrefte denne hypotesen, er det nødvendig for overholdelse blant sykepleierne for å etterkomme. Det ble for allerede ti år siden funnet ut av overnattingsfasten i Oslo var for lang. Fasten var også relativt lik i varighet for mange av pasientene. Resultatene i denne studien viser at ikke mye har endret seg. Forskningen viser at ernæring ikke har høy prioritet blant sykepleiere, og til tross for gjennomføring av opplæring, er det vanskelig å påvirke personalets holdninger til ernæringsmessig pleie. Studiene tror at dette kan kobles manglende forståelse for viktigheten av god ernæring for bedre utfall på behandlingen. Oppsummert kan ernæringsinntaket hos eldre økes ved hjelp av ulike metoder, inkludert økt kunnskap hos sykepleiere, forbedring av spisemiljø, motivasjon og hjelp fra sykepleier, berikede måltider, og ved å tilby små energitette mellommåltider mellom hovedmåltidene.

Tabell 3: Artikkelmatrise

Nr	Forfatter / årstall	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Design / metode	Funns
1	Trinca V, Morrison J, Slaughter S, Keller H (2019)	Making the Most of Mealtimes (M3): effect of eating occasions and other covariates on energy and protein intake among Canadian older adult residents in long-term care	Journal of Human Nutrition and Dietetics, 2009; 33 (1)	Å finne ut om matinntak er assosiert med ulike spiseanledninger er relevant for å fremme matinntak hos beboere	Sekundær analyse av tverrsnittstudie som inkluderte 32 langtids pleiehjem. 630 deltakere over 65 år ble inkludert. Programvaren Esha Research for næringsanalyse	Økt proteininnhold ved frokost, og tilbud av protein som mellommåltid forbedrer energi- og protein for beboere i feresonen for underernæring. Høyere energiinntak ved frokost tilskrives ikke bare som sult som følge av lang faste over natten, men også fordi pasienten er godt uthvilt. Tilstedeværelse av familie under måltider gav betydelig økt energi- og proteininntak.
2	Eide D H, Aukner C, Iversen O P (2013)	Nutritional Status and Duration of Overnight Fast among Elderly Residents in	Nordic Journal of Nursing Research, 2013; 33 (1)	Å undersøke varigheten av faste over natten og betydningen av å ha en faste over	Observasjonsdesign	Overnattingsfasten var betydelig lengre enn anbefalt varighet <11 timer. 80% av deltakerne gikk

		Municipal Nursing Homes in Oslo		natten under eller over 11 timer med hensyn til ernæringsstatus blant eldre sykehjemsbeboere.	Inkluderte 19 kommunale sykehjem i Oslo. 342 beboere over 65 år deltok i studien. Screeningskjema MUST kroppsmasseindeks (BMI)	gjennom en faste som varte i 14-16 timer. Hensiktsmessig fordeling av måltider er et anerkjent tiltak for å forebygge underernæring
3	Wikby K, Ek C-A, Christensson L (2009)	Implementation of a nutritional programme in elderly people admitted to resident homes	Scandinavian Journal of Caring Sciences, 2009; 23 (3)	Å finne ut om opplæring til personalet om ernæringsbehov og individualisert ernæringspleie vil forbedre ernæringsstatus til eldre innlagt på sykehjem	Pre- og posttest, kvasiekseptimentell design. Inkluderte 8 sykehjem, 134 beboere over 65 år. Ernæringsstatus ble vurdert ved innleggelse og etter 4 mnd ved bruk av antropometri.	Funn viser et redusert antall underernærte beboere etter at pleiepersonalet hadde fått ernæringsopplæring. Det ble ikke funnet forbedringer i kontrollgruppen.
4	Nieuwenhuizen F W, Weenen H, Rigby P, Hetherington M M (2009)	Older adults and patients in need of nutritional support: Review of current treatment options and factors influencing nutritional intake	Clinical nutrition, 2010; 29 (2)	Å forstå om nåværende behandlingsoalternativer, kan bidra til å utforme nye strategier for å løse et slikt multifaktorielt problem slik som utilstrekkelig ernæringsinntak hos eldre på sykehjem	Metaanalyse Relevante publikasjoner fra fagfellevurderte tidsskrifter som gav teoretisk eller praktisk informasjon som påvirker næringsinntaket hos eldre. 123 artikler ble anmeldt og gjennomgått for sitt emneinnhold	Funn viser at næringsinntak påvirkes av flere faktorer som deles inn i 3 hovedkategorier: personlige faktorer, matfaktorer og miljøfaktorer. Funnene viser at forbedring av ernæringsinntak hos eldre med behov for ernæringsstøtte er et multifaktorielt problem. En god atmosfære stimulerer næringsinntaket og livskvaliteten hos eldre betydelig.

5 Diskusjon

Inntak av mat og drikke krever ekstra oppmerksomhet fra sykepleier. Måltider med ernæringstett innhold, i tilfredsstillende omgivelser er viktige forutsetninger for tilstrekkelig ernæring og for trivsel. Pasientens oppfatning av hva som er god mat, vil variere i stor grad, derfor vil sykepleierens erfaringsbaserte kunnskap om pasientens preferanser være viktig for å kunne tilrettelegge og tilpasse den enkeltes behov (Ranhoff et al., 2007, s. 122). For å besvare problemstillingen på hvilke tiltak som kan bidra til å forebygge underernæring hos eldre, vil det ved hjelp av de fire valgte forskningsartiklene, drøftes det om hvordan en større involvering av pasientene vil bidra til å fremme pasientens ernæring, hvordan næringsrike fordelte måltider gjennom døgnet 24 timer kan bidra til å forebygge underernæring, og hvilken betydning måltidsmiljøet har for eldre som bor på sykehjem. Videre i drøftingen fokuseres det på hvilke sentrale ferdigheter og kunnskap sykepleiere bør ha for å utøve personsentrert sykepleie. Ferdighetene beskrives nærmere i punkt 5.3.

5.1 Variasjon og fordeling av måltidene

Eldre personer som ikke beveger seg så mye, kjenner ikke på sultfølelsen på samme måte som før (Sortland, 2015, s. 147). Svakere luktesans fører til at mange eldre opplever at maten smaker mindre enn før, og dermed frister maten mindre. Normale aldersforandringer, funksjonssvikt og sykdom kan hver for seg eller sammenlagt begrense den eldre sin evne og lyst til å spise tilstrekkelig og riktig sammensatt kost (Brodtkorb, 2020, s. 301).

Maten på sykehjemmet skal tilfredsstillende pasientens ernæringsbehov og gi glede (Brodtkorb, 2020, s. 310). Men til tross for dette blir det sjeldent tatt hensyn til pasientens preferanser og behov når maten kommer fra et eksternt storkjøkken (Burger et al., 2020, s. 3). Dette får meg til å undre på om en større involvering av pasientene i måltidsplanleggingen kan føre til et større matinntak hos eldre? Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten beskriver at personer som mottar omsorgstjenester skal få dekket sine fysiologiske behov som tilstrekkelig næring, variert, og en rimelig valgfrihet i forhold til mat (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003). Dette tolker jeg som at personer som mottar kommunale helsetjenester har rett til et tilpasset og helsefremmende kosthold uavhengig av deres helsetilstand. Trinca et al. (2020, s. 3) viser i sin studie at ved å tilby mat som appellerer til pasientene, eller gi dem flere alternativer, kan fremme matinntaket.

For å gå videre til Eide et al. (2013, s. 22-23) sin forskning, ble det for ti år siden funnet ut at overnattingsfasten ved sykehjem i Oslo var for lang. Det ble anbefalt at sen kveldsmat eller tidlig frokost bør innføres som faste måltider. På tross av dette viser resultatene til Eide et al. (2013, s. 23) at ikke mye har endret seg. Overnattingsfasten var også omtrent lik i varighet for mange av deltakerne i studien, noe som tyder på liten individuell variasjon hos pasientene. Det anbefales at pasienter på sykehjem så langt det er mulig får mulighet til å spise etter eget ønske og behov, også utenom de vanlige måltidene. Ellers viser det seg at nattfasten sannsynligvis ikke påvirker ernæringsstatusen dersom maten som spises har lavt energi- og næringsinnhold. Derfor vil en hensiktsmessig fordeling av proteintette måltider og hyppige måltider gjennom dagen være et anerkjent tiltak for å øke energiinntaket og forebygge underernæring blant eldre på sykehjem. En kort fasteperiode over natten vil sannsynligvis ikke ha noe innvirkning på ernæringsstatus hvis det er for mange timer mellom måltidene i løpet av dagen og bare noen få måltider blir spist (Eide et al., 2013, s. 23).

Basert på Hestevik, Molin, et al. (2019, s. 5) sine funn, rapporterte helsepersonell om store mengder arbeid og for liten tid førte til utfordringer med å følge opp pasientens ernæringsarbeid tilstrekkelig. Grunnet manglende ressurser, viste forskningen til Forss et al. (2018, s. 7) at helsepersonell ofte tyr til enkle tiltak for å forebygge underernæring, slik som næringsdrikker. Dette kan samstemme med Gautun og Hermansen (2011, s. 86) sin analyse, hvor sykepleierne rapporterer at tidspresset fører til dårlig kvalitet på arbeidet i sykehjem. Den knappe tiden går utover pasientene, og tidspresset utgjør en stor utfordring i forhold til ernæring. Sykepleiere beskriver at de jobber under tidspress, og at de ikke får de omsorgsfulle hendene i eldreomsorgen, fordi de skal være så effektive (Gautun & Hermansen, 2011, s. 86). Disse utfordringene gjør det krevende å utføre personsentrert sykepleie. Å yte personsentrert sykepleie kan kreve mer ressurser og være tidkrevende, da sykepleien skal være basert på pasientens behov (Hestevik, Molin, et al., 2019, s. 7). Personsentrert omsorg rettet mot eldre er i tråd med anbefalingen fra European Society Of Parenteral and Enteral Nutrition, og mener næringsdrikke kun bør vurderes dersom det ikke er mulig å dekke den enkeltes ernæringsbehov med mat (Wikby et al., 2009, s. 428).

I kartleggingsstudien til Gautun og Hermansen (2011) utført av sykepleieres erfaring fra sykehjem, kommer det fram at lav bemanning og tidspress går utover kvaliteten på tilbudet. Bare halvparten svarer at eldre sitt behov for ernæring og medisinske behov ivaretas godt. Et flertall av sykepleierne mener at sykehjem ikke er godt nok bemannet (Gautun og Hermansen

2011, referert i Brodtkorb & Ranhoff, 2020, s. 213). I min praksis erfarte jeg lignende situasjoner hvor sykepleieren havner i en posisjon hvor hen måtte prioritere andre oppgaver under måltidene. Sykepleier kunne sitte sammen med pasient under mating, men som ble avbrutt av alarm fra andre pasienter som var på sitt eget rom. Min observasjon av hendelsen var at det skapte mye uro, da sykepleier ofte måtte avbryte samværet med pasienten. Det kan derfor bli utfordrende å finne balansen mellom behov og ressurser. Løses ikke utfordringene, kan det foretas prioriteringer som bryter med grunnleggende verdier i den norske velferdsmodellen (Brodtkorb & Ranhoff, 2020, s. 214).

5.2 Tilrettelegging og medvirkning i måltidsituasjonen

Nieuwenhuizen et al. (2010, s. 165) viser i sine studier at næringsinntaket hos eldre påvirkes også av miljøfaktorer, det vil si faktorer som ikke er direkte relatert til maten. Disse faktorene inkluderer tid, sosialt miljø, spisemiljø, presentasjon av maten på tallerkenen, ansatte og omsorgspersoner og kultur. Viktige faktorer er å sørge for at spisingen ikke blir avbrutt av prosedyrer, at det er tilstrekkelig med personale på jobb, at man hjelper til med å spise om nødvendig, og å møte beboerens matpreferanser er blitt foreslått for å sikre tilstrekkelig næringsinntak. På tross av dette blir måltider ofte sett på som en annen oppgave som skal løses og får derfor manglende oppmerksomhet. Nieuwenhuizen et al. (2010, s. 165) tror at dette kan kobles til lav prioritet av ernæring i medisinske sammenhenger, eller manglende forståelse for viktigheten av god ernæring for bedre respons på behandling. Selv har jeg erfart gjennom min praksis på sykehjem at medspising har ført til et større matinntak sammenlignet med når jeg kun legger frem maten før jeg fortsetter med å utføre andre arbeidsoppgaver. Måltidet har lett for å bli nedprioritert på sykehjem dersom det er andre oppgaver som foregår samtidig. Å beskytte måltidet handler ikke kun om maten, men også om respekten for pasienten, og at det settes av tilstrekkelig tid til å spise (Helsedirektoratet, 2012, s. 100).

Det har blitt rapportert i studien til Nieuwenhuizen et al. (2010, s. 167) at personalet bruker mindre enn ett minutt per beboer for å oppmuntre til inntak av et kosttilskudd eller måltid. Det ble i samme studien utlevert 75% av orale væsketilskudd, og bare 55% av beboerne spiste tilskuddet. Begrenset bemanning i sykehjem kan føre til lite assistanse for å oppmuntre beboere til å ta nødvendige tilskudd eller motivasjon til å spise. En mulig strukturert tilnærming, for eksempel å distribuere kosttilskuddet av pleiepersonalet ved medisinerunder kunne forbedre compliance, og motivere pasienter til å ta nødvendige orale væsketilskudd.

Samlet sett viser det seg at forbedring av ernæringsinntaket hos pasienter på sykehjem med behov for ernæringsstøtte er et multifaktorielt problem. Eksempler på faktorer er tid, miljøet rundt måltidet, presentasjon av maten på tallerken, og hvem de eldre spiser med (Nieuwenhuizen et al., 2010, s. 167). Å utlevere medisiner eller kosttilskudd under måltider kan forstyrre matroen og ha en negativ innvirkning på fordøyelsen hos de eldre. Matbordet skal være en fri sone, og de eldre bør ha mest mulig ro under måltidet (Sortland, 2015, s. 148).

Mange pasienter kan ha behov for hjelp til å få i seg maten. Forskriften om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten (2003) fremhever at pasientene skal få tilpasset hjelp ved måltidene. Sykepleieren bør legge til rette for at pasienten, så langt det lar seg gjøre, kan spise selv. Hvis det er nødvendig å assistere pasienten med å innta maten, bør sykepleier forsøke å «guide» pasienten i måltidsituasjonen, som eksempel å føre pasientens hånd til glasset og hjelpe hen å holde det når hen drikker. Å guide er en fin måte å inkludere pasienten på i aktiviteten, for å unngå at hen ikke blir passiv i måltidsituasjonen (Jacobsen & Bye, 2015, s. 655). Min erfaring er at personalet ofte kunne mate pasienten fordi det gikk raskere enn å sitte der å bruke lang tid på å minne vedkommende på å spise. Når man i tillegg står og gir mat, signaliserer man til pasienten at man har dårlig tid (Brodtkorb, 2020, s. 310). De fleste eldre ønsker å være uavhengig av andres hjelp, og ønsker å kunne spise på egenhånd. Det bidrar til å opprettholde egen verdighet. Å måtte ha hjelp under måltidet betyr en konstant konfrontasjon med egen utilstrekkelighet. Det skaper en lett nederlagsfølelse (Brodtkorb, 2020, s. 310). Hjelpen bør utføres på en skånsom og lite stigmatiserende måte, slik at pasientens integritet og verdighet ivaretas. Sykepleier bør fokusere oppmerksomheten om pasienten det gjelder, og tilpasse kommunikasjonen til vedkommende sitt behov. Ikke-verbal metode som blikkontakt og bruk av mimikk kan være vel så nyttig som verbal kommunikasjon (Brodtkorb, 2020, s. 310).

På sykehjemmet bør det vurderes om omgivelsene innbyr til spising, og hvordan man muligens kan forbedre miljøet, slik at pasientene opplever matglede og hygge rundt bordet. Medfølgende kan omgivelsene også føre til at appetitten og matgleden kan forsvinne (Mortensen, 2019, s. 22). Et eksempel i funn utført av Karlsen et al. (2013, s. 418) diskuteres utfordringer og muligheter i norske sykehjem for å oppfylle beboerens rett til tilstrekkelig mat. Der kom de fram til at selv om måltidene kan nytes av noen pasienter, var det flere som isolerte seg på rommet dersom de ikke følte seg komfortable under måltidsituasjonen. Noen pasienter kunne trakassere andre under måltider. Pasienter med spiseproblemer kan vegre seg

for å spise i felleskap med andre. Motsatt kan pasienter uten slike problemer oppleve ubehag ved å spise sammen med dem som ikke klarer det så godt (Brodtkorb, 2020, s. 311). Det er mange hensyn å ta når sykepleier skal vurdere hvilke pasienter som skal sitte sammen rundt bordet. Det er viktig at pasientens egne ønsker spiller inn, og hvem som kjenner hverandre og trives sammen. Man bør ta hensyn til disse forholdene på en skånsom måte. Det er ofte gunstig å lage mindre grupper, der pasienter med tilnærmet lik funksjonsevne og likt hjelpebehov sitter sammen (Brodtkorb, 2020, s. 311). Sykepleiers oppmuntring til å delta i måltidsituasjonen kan skape en gjensidig forståelse og hjelp til å gjenopprette selvtillit (Karlsen et al., 2013).

Det er viktig at pasienten kjenner på ro under måltidet, og at sykepleier ikke viser at hen har det travelt. Ro under måltidet kan også skapes ved at sykepleier sitter sammen med de eldre. Pasienter som vil ha behov for hjelp under måltider, bør sykepleier passe på at den eldre får passe små biter, og nok tid til å tygge maten (Stubberud et al., 2016, s. 33). De ytre hindringene er lett å håndtere, selv om de trenger tid og omtanke. Det kan på en annen side være langt mer krevende å hjelpe en pasient som ikke orker tanken på mat. Å appellere og peke på behovet for ernæring kan lett oppfattes som irriterende masing. Sykepleier må forsøke å finne en åpning til den lille viljen som kanskje er der. For noen kan løsningen ligge at pasienten får spise mens hen har besøk, mens andre kan komme over den første kneiken av uviljen ved at personalet er hos dem under måltidet (Stubberud et al., 2016, s. 33).

5.3 Sykepleierens kunnskap

Sykepleieren må ha noen sentrale ferdigheter for å yte god individtilpasset sykepleie. De må ha evnen til å være oppmerksomme, som betyr kontinuerlig observasjon, og samtale for å vite hvordan den enkelte har det, og hva den eldre trenger (Kirkevold, 2020b, s. 100). Det kan være en utfordring å finne frem til pasientens ønsker. Det krever gode observasjons- og kommunikasjonsevner, samt tid og tålmodighet. Det er grunnleggende at sykepleiere forholder seg selvkritiske og vurderer hvorvidt det de gjør er riktig, og lære av de erfaringene de gjør, gode så vel som dårlige (Alnes mfl. 2011 referert i Kirkevold, 2020b, s. 100). Helsepersonell bruker i liten grad pasientens erfaringer og refleksjoner som «veiledere» i utviklingen av egen kompetanse og innsikt (Powell mfl. 2013 referert i Kirkevold, 2020b, s. 100). Studier utført av Kjerholt mfl. 2013 referert i Kirkevold (2020b, s. 101) har vist at eldre på sykehjem ofte ikke kan bestemme når de vil stå opp, legge seg eller spise middag, fordi

mangel på hjelp gjør det utfordrende. Derfor er det viktig at sykepleier vurderer hvilke rammer sykepleien ytes innenfor, og om disse rammene fremmer eller hemmer en sykepleie som anerkjenner og respekterer den enkeltes ønsker og valg. Det er et lederansvar å legge til rette for at sykepleien kan være individuell og personsentrert, og at bemanningsmodeller og måten arbeidet er organisert på i stor grad bestemmer mulighetene for å lykkes (Kirkevold, 2020b, s. 101).

I følge Tangvik mfl. 2012 referert i Mortensen (2019, s. 22) har det vist seg å være utfordrende å kartlegge om ernæringsbehovet hos eldre på sykehjem dekkes, og om kommunikasjonen rundt kartleggingen, og ikke minst oppfølgingen av tiltakene over tid. Utfordringen rundt oppfølgingen av ernæring handler trolig både om mangel på kompetanse hos helsepersonell og om holdninger (Mortensen, 2019, s. 22). Mye tyder på at helsepersonell ser på mat som mindre viktig enn medisiner, og at det er en tendens til at ansvaret for å dekke dette behovet lett undertrykkes (Bonetti mfl. 2013, Ross mfl. 2011 referert i Mortensen, 2019, s. 23). Bedre opplæring av personalet og mer personsentrert omsorgspraksis, kan forklares i en studie utført av Trinca et al. (2020, s. 9), hvor de fant ut at pasienter som bor på en demensavdeling hadde mer protein og energiinntak, da personalet var mer oppmerksomme på behovet for spisehjelp eller oppmuntring underveis i måltidet. Personalet kunne også potensielt gi mer matmuligheter for å øke matinntaket (Trinca et al., 2020, s. 9).

Gjennom min erfaring på sykehjem, opplevde jeg at tilrettelegging og medvirkning i måltidsituasjonen er komplekst, og at små forandringer tilpasset den enkelte pasient kan gjøre stor forskjell. Et eksempel er en pasient som alltid var på rommet sitt, og ønsket ikke å tilbringe tid sammen med andre på avdelingen. Personalet var kun innom for å hjelpe pasienten i stell, eller når hun skulle ha medisiner eller servering av mat. Jeg ble på forhånd informert av de andre på avdelingen at kvinnen ikke spiste noe særlig, og kunne til tider være ufin og begynne å rope. I begynnelsen brukte jeg mye tid sammen med henne, hvor jeg satt sammen med henne og ga henne tid til å uttrykke sine følelser og behov. Jeg tok til samme tid med maten og la den foran henne, oppdelt i små biter. Jeg måtte ty til praktisk identifikasjon for å finne ut av hva beboer likte av mat, og hva som fremmet hennes matlyst. Jeg fant ut at dersom jeg satt lenge nok med henne og hadde en samtale, så kunne pasienten ta en bit av maten. Dette gjorde at hun ønsket mer å drikke, og slik utviklet matlysten hennes seg. Hun brukte mye energi på å sitte å prate med meg, og jeg lærte samtidig hva hun likte av maten hun fikk servert, da jeg prøvde meg litt frem, og hvor hun til slutt selv ytret hva hun ønsket å

ha på brødskiven. Dette bidro til at kvinnen fikk et personsentrert tilpasset måltid. Etter hvert som min erfaringsbaserte kunnskap om pasientens matpreferanser økte, formulerte jeg mine erfaringer skriftlig i journalen for å sikre informasjonen og effekten av tiltakene jeg hadde utført. Dette illustrerer viktigheten om kravet til dokumentasjon, der tiltaksplanen skal inneholde nødvendig informasjon for å kunne utføre helsehjelp (Helsepersonelloven, § 40).

Basert på Hestevik, Heyerdahl, et al. (2019, s. 6) sin studie, kan det se ut til at helsepersonell i sykehjem mangler klare anvisninger på hvilken ernæringsinformasjon som skal dokumenteres i journal. Et relevant punkt viser at helsepersonell har måttet prioritere mer pressende oppgaver på grunn av tidsmangel forårsaket av utfordringer, som mangel på personale og stor arbeidsbelastning. Forskningen til Hestevik, Heyerdahl, et al. (2019, s. 6) viser at mangel på informasjon og unøyaktig dokumentasjon i journalen er en utfordring på sykehjem.

Tilstrekkelig dokumentasjon av ernæringsomsorg har vist seg å være krevende i situasjoner hvor det er begrensede ressurser attpåtil mangel på personell med nødvendig kompetanse. Selv om helsefagarbeidere bidro til å veie og vurdere ernæringsstatus, var det kun sykepleierne som hadde ansvar for å registrere denne informasjonen, noe som muligens gjorde denne delen av ernæringspraksisen mer sårbar, og ga stor arbeidsbelastning (Hestevik, Heyerdahl, et al., 2019, s. 7).

Når det gjelder Wikby et al. (2009, s. 422) sine studier, viste det seg at pasienter på sykehjem fikk forbedret ernæringsstatus og funksjonskapasitet når man ga opplæring til personale om ernæringsbehov og individualisering av ernæringspleie. Siden spising er komplekst og ikke bare et biologisk fenomen som streber etter å tilfredsstille sult, og ettersom energiforbruket varierer med alder, kjønn, sykdom, vekt og fysisk aktivitet, kan et individualisert program være en effektiv tilnærming. For å gi individuell ernæringspleie, er det viktig at sykepleier har kunnskap og ferdigheter, ikke bare i ernæringsspørsmål, men også i de sosiale, psykologiske og åndelige dimensjonene ved spising (Wikby et al., 2009, s. 422). Et annet relevant punkt i studien til Wikby et al. (2009, s. 427) er at intervensjonsperioden på fire måneder kan sees på som kort tid til å påvirke ernæringsstatus. Det ble heller ikke forutsagt energibehov og ingen registrering av mat ved bruk av kostholdsplanen hos en tredjedel av pasientene. Det har vist seg at ernæring ikke har høy prioritet blant sykepleiere, og at underernæring hos eldre er et neglisjert problem (Wikby et al., 2009, s. 427). Christensson et al. referert i Wikby et al. (2009, s. 427) har på sin side vist i de samme personalgruppene at det til tross for gjennomføring av opplæring er vanskelig å påvirke personalets holdninger til

ernæringsmessig sykepleie. For å overvinne utfordringene med at sykepleiere ikke gjennomfører ernæringsvurderinger hos alle pasienter, foreslås det støtte til mer opplæring om ernæringsspørsmål. Et annet aktuelt punkt er å gi sykepleiere kontinuerlig tilsyn for å motivere og støtte dem i å inkludere alle beboere som trenger ernæringsoppmerksomhet (Wikby et al., 2009, s. 427).

Aktuell forskning utført av Kim og Park 2017 referert i Kirkevold (2020b, s. 100) tyder på at personsentrert omsorg fører til bedre livskvalitet for beboerne, og at det reduserer forekomsten av atferdsforstyrrelser, hjelpeløshet og depresjon. Videre synes det som om personalet trives bedre i sykehjem hvor man har innført personsentrert omsorg. De uttrykker høy grad av tilfredshet, og opplever at de er i bedre stand til å utøve individualsentrert omsorg av god kvalitet. Samtidig opplever personalet mindre stress, utbrenthet og misnøye, noe som også vil ha positiv innflytelse hos de eldre (Barbosa mfl. 2013 referert i Kirkevold, 2020b, s. 100).

6 Avslutning

Med økende antall eldre i befolkningen, vil det også bli flere med ernæringsutfordringer og behov for oppfølging. Med alderen synker energibehovet og matlysten reduseres, og det er en generell større risiko for underernæring hos eldre enn øvrig befolkning. Det blir derfor viktig for sykepleier å fange mulig risiko for underernæring tidlig i forløpet, slik at man kan øke livskvaliteten i den siste fasen av livet.

Det er i dag heldigvis stor interesse på viktigheten av ernæring og forebygging av underernæring på helseinstitusjoner. I 2017 startet reformen «*leve hele livet*», der mat, måltider, kosthold og ernæring er et satsingsområde i pleie- og omsorgstjenesten. Forskningsresultatene og faglitteraturen viser at underernæring hos eldre kan forebygges gjennom personsentrert omsorg. Det fører til bedre livskvalitet for eldre på sykehjem. En hensiktsmessig fordeling av måltider, hyppige måltider gjennom dagen, og et godt måltidsmiljø uten avbrytelser viser seg å være anerkjente tiltak for å forebygge underernæring hos eldre på sykehjem. Resultatene viser at pasientene bør så langt det er mulig få mulighet til å spise etter eget ønske og behov, også utenom faste måltider.

Personsentrert sykepleie vil være et betydningsfullt tiltak i forebygging av underernæring, ved å fokusere på det enkelte menneske som et unikt individ, og at man bevarer verdighet og respekt for sykehjemspasientene. Sykepleien skal ta utgangspunkt i den enkeltes verdier, ønsker og behov, dette vil være sentralt i å yte helhetlig og individuelt tilpasset sykepleie. Sykepleier kan derimot oppleve utfordringer med store mengder arbeid og for liten tid til å følge opp pasientens ernæringsarbeid tilstrekkelig, mye grunnet manglende ressurser. Grunnet for optimal ernæringsoppfølging krever at sykepleierne har sentrale ferdigheter, og nok kunnskap om ernæring og eldre.

Referanseliste

- Brodtkorb, K. (2020). Ernæring, mat og måltider. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie - god omsorg til den gamle pasienten* (s. 301-316). Gyldendal akademisk.
- Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (2020). Helsetjenester til eldre. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie - god omsorg til den gamle pasienten* (s. 202-215). Gyldendal akademisk.
- Burger, S. G., Kayser-Jones, J. & Bell, J. P. (2020). *Malnutrition and dehydration in nursing homes: Key issues in prevention and treatment*
https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/___media_files_publications_fund_report_2000_jul_malnutrition_and_dehydration_in_nursing_homes_key_issues_in_prevention_and_treatment_burger_mal_386_pdf.pdf
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving*. Gyldendal Norsk Forlag.
- Eide, H. D., Aukner, C. & Iversen, P. O. (2013). Nutritional Status and Duration of Overnight Fast among Elderly Residents in Municipal Nursing Homes in Oslo. *Nordic journal of nursing research* 33(1), 20-24.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1177%2F010740831303300105>
- 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), 1-13.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12912-018-0289-8>
- Gautun, H. & Hermansen, Å. (2011). *Eldreomsorg under press - Kommunenes helse- og omsorgstilbud til eldre* (2011:12). Fafo.
https://www.fafo.no/media/com_netsukii/20203.pdf
- Heggdal, K. (2008). *KROPPSKUNNSKAPING - Pasienten som ekspert i helsefremmende prosesser*. Gyldendal Akademisk
- Hellzen, O. & Brataas, H. (2011). Undervisning og veiledning for hjemmeboende eldre. I H. Brataas (Red.), *Sykepleie pedagogisk praksis* (s. 136-152). Gyldendal Akademisk

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Leve hele livet - En kvalitetsreform for eldre*. (Meld. St. 15 (2017-2018)). <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/?ch=1>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2021). *God og riktig mat hele livet - Nasjonal strategi for godt kosthold og ernæring hos eldre i sykehjem og som mottar sykehjemstjenester*. https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/hod/folkehelse/i-1204-b_ernaringsstrategi_uu.pdf
- Helsedirektoratet. (2009, 04.2013). *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*. Helsedirektoratet. <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/ernaering/nasjonale-faglige-retningslinjer-for-forebygging-og-behandling-av-underernaering--242007>
- Helsedirektoratet. (2012, 09.2016). *Kosthåndboken. Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*. Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kosthandboken/Kosthåndboken%20-%20Veileder%20i%20ernæringsarbeid%20i%20helse-og%20omsorgstjenesten.pdf/_/attachment/inline/afa62b36-b684-43a8-8c80-c534466da4a7:52844b0c770996b97f2bf3a3946ac3a10166ec28/Kosthåndboken%20-%20Veileder%20i%20ernæringsarbeid%20i%20helse-og%20omsorgstjenesten.pdf
- Helsedirektoratet. (2018). *Ernæringsoppfølging hos sykehjemsbeboere*. Hentet 03.12.21 fra <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/oppfolging-av-ernaering-hos-beboere-pa-sykehjem>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonellov>
- Hestevik, C. H., Heyerdahl, E., Garaas, B. L., Sellevold, G. S. & Molin, M. (2019). Improving Documentation of Nutritional Care in A Nursing Home: An Evaluation of A Participatory Action Research Project. *Geriatrics*, 4(1), 29. <https://doi.org/https://doi.org/10.3390/geriatrics4010029>
- Hestevik, C. H., Molin, M., Debesay, J., Bergland, A. & Bye, A. (2019). Healthcare professionals' experiences of providing individualized nutritional care for older people

- in hospital and home care: a qualitative study. *BMC Geriatrics*, 19, 1-9.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12877-019-1339-0>
- Jacobsen, E. L. & Bye, A. (2015). Ernæring. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie - Sykepleieboken 1* (5. utg., s. 619-668). Cappelen Damm.
- Karlsen, E. I., Aurdal, K. S., Terragni, L., Eide, W. B. & Iversen, P. O. (2013). A Human Rights-Based Approach to Challenges and Opportunities in the Process of Fulfilling Nursing Home Residents' Right to Adequate Food. *Nordic Journal of Human Rights*, 402-427. <https://doi.org/https://doi.org/10.18261/ISSN1891-814X-2013-03-08>
- Kirkevold, M. (2020a). Den gamles integritet. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie - god omsorg til den gamle pasienten* (s. 84-95). Gyldendal akademisk.
- Kirkevold, M. (2020b). Personsentrert og individuelt tilpasset sykepleie IM. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie - god omsorg til den gamle pasienten* (s. 98-114). Gyldendal akademisk.
- Kirkevold, M. (2020c). Samarbeid med pasient og pårørende. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie - god omsorg til den gamle pasienten* (s. 141-159). Gyldendal akademisk.
- Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene. (2003). *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting* (FOR-2003-06-27-792). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>
- LDH. (2020, 01.10.21). *Databaser og nettressurser*. Lovisenberg diakonale høyskole.
<https://ldh.no/bibliotek/databaser-og-nettressurser>
- Mortensen, T. B. (2019). Sykepleierens ansvar for ernæringsarbeid. I L. Thoresen, C. Borchsenius & R. J. Sjøen (Red.), *Sykepleierens ernæringsbok* (5. utg., s. 19-30). Gyldendal Akademisk.
- Nieuwenhuizen, W. F., Weenen, H., Rigby, P. & Hetherington, M. M. (2010). Older adults and patients in need of nutritional support: Review of current treatment options and

- factors influencing nutritional intake. *Clinical Nutrition*, 29(2), 160-169.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.clnu.2009.09.003>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999, § 1-3). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettigheter>
- Ranhoff, A. H. (2020). 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 Akademisk
- Ranhoff, A. H., Schmidt, G. & Ånstad, U. (Red.). (2007). *Sykehjemsmedisin for sykepleiere og leger*. Universitetsforlaget.
- Sortland, K. (2012). Eldre og ernæring IM. Bondevik & H. A. Nygaard (Red.), *Tverrfaglig geriatri* (3. utg., s. 157-181). Fagbokforlaget.
- Sortland, K. (2015). *Ernæring - mer enn mat og drikke* (5. utg.). Fagbokforlaget.
- Stubberud, D.-G., Kondrup, J. & Almås, H. (2016). Ernæring ved sykdom. I H. Almås, D.-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5. utg., s. 17-50). Gyldendal Akademisk.
- Trinca, V., Morrison, J., Slaughter, S. & Keller, H. (2020). Making the Most of Mealtimes (M3): effect of eating occasions and other covariates on energy and protein intake among Canadian older adult residents in long-term care. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 33(1), 3-11. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jhn.12686>
- Underdal, H. (2013, 14.02.2013). *CINAHL tilgjengelig i helsebiblioteket* Helsebiblioteket. Hentet 08.02.2022 fra <https://www.helsebiblioteket.no/om-oss/artikkelarkiv/cinahl-tilgjengelig-i-helsebiblioteket>
- Wikby, K., Ek, A.-C. & Christensson, L. (2009). Implementation of a nutritional programme in elderly people admitted to resident homes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(3), 421-430. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2008.00632.x>