

Hvilken betydning har forebygging av underernæring for den psykososiale helsen til eldre sykehjemseboere?

Kandidatnummer: 502 og 636
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 8964
Dato: 03.01.23



Lovisenberg
diakonale høgskole

«Gi noen en fisk,
og han blir mett hele dagen.
Lær noen å fiske,
og han blir mett hele livet.»

[Kinesisk ordtak]

Sammendrag	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 23.12.22
<p>Tittel</p> <p>Hvilken betydning maten har for eldres psykososiale helse</p>	
<p><u>Innledning:</u></p> <p>Forekomsten av depresjon, nedsatt psykososial helse og underernæring blant eldre sykehjemsbeboere er økende. Faktorene kan alle medføre økt dødelighet og behov for helse- og omsorgstjenester. Å undersøke sammenhengen mellom underernæring og psykososial helse, samt hvilken betydning forebyggende tiltak rettet mot en av faktorene kan ha for den gjenværende faktoren, vil kunne forebygge sykdom og dermed forenkle aldringen.</p> <p><u>Metode:</u></p> <p>I denne oppgaven er det blitt gjennomført en generell litteraturstudie. Vi har søkt i den vitenskapelige databasen Cinahl complete med søkeordene <i>undernutrition</i> OR <i>malnutrition</i> AND <i>nursing home patients</i> som ga 134 treff. Etter gjennomgang med inklusjons- og eksklusjonskriterier ble 4 forskningsartikler inkludert i oppgaven. Annen litterær fag- og forskningslitteratur er benyttet for å bedre besvare problemstillingen.</p> <p><u>Resultat:</u></p> <p>I de fire utvalgte forskningsartiklene avdekkes en sammenheng mellom ernæringsstatus, helsereelatert livskvalitet og depresjon. Måltidets sosiale og kognitivt-emosjonelle bidrag avdekkes av en studies deltakere som viktige ikke-næringsgivende komponenter. Det foreligger en positiv korrelasjon mellom MNA-score (ernæringsstatus) og GDS-score (depresjonsstatus), og beboere med depressive symptomer er fem ganger så utsatt for underernæring. Om depresjon eller nedsatt livskvalitet blant sykehjemsbeboere er en årsak til, eller konsekvens av underernæring, er ifølge alle fire studier uklart. En sterk assosiasjon mellom de to faktorene er derimot funnet i alle artiklene.</p> <p><u>Diskusjon:</u></p> <p>Det diskuteres hvilken betydning forebygging av underernæring kan ha for den eldre sykehjemsbeboerens psykososiale helse. Forebyggende ernæringstiltak er hentet fra Helsedirektoratets ernæringstrapp og diskuteres opp mot forskningsartiklenes resultater og øvrig faglitteratur i teorigrunnet. Det diskuteres hvorvidt måltidets sosiale og kognitivt-emosjonelle aspekter fremmer eller hemmer psykososial helse. Videre diskuterer vi hvordan mattilbudet kan ha betydning for den psykososiale helsen, hvilke aspekter ved helsereelatert livskvalitet som kan innvirke på ernæringsstatus og psykisk helse, og sammenhengen mellom depresjon og ernæringsstatus. Alle kapitlene diskuterer hvilken rolle en personsentrert sykepleie spiller i det forebyggende ernæringsarbeidet, og betydningen det har for den psykososiale helsen.</p>	

(Totalt antall ord: 300)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Sykepleiefaglig relevans	2
1.3	Hensikt og problemstilling	3
1.4	Avgrensning	3
1.5	Begrepsavklaring	4
2	Teoretisk kunnskapsgrunnlag	6
2.1	Den eldre beboeren	6
2.2	Ernæringsens helhetlige betydning	6
2.2.1	Underernæring	6
2.3	Psykososial helse	7
2.4	Kartleggingsverktøy	8
2.5	Personsentrert sykepleie	9
2.6	Sykehjem som kontekst	10
2.7	Sykepleierens forebyggende funksjon	11
2.8	Juridiske og etiske rammer	11
3	Metode	14
3.1	Litteraturstudie	14
3.2	Søkeprosessen og utvelgelse av artikler	14
3.3	Øvrig fag- og forskningslitteratur	16
4	Resultater	17
4.1	Syntese av resultatene	18
5	Diskusjon	20
5.1	Resultatdiskusjon	20
5.1.1	Det sosiale ved måltidet	20
5.1.2	Det kognitivt-emosjonelle ved måltidet	22
5.1.3	Mattilbud som forebyggende tiltak	23
5.1.4	Spising, helse relatert livskvalitet og ernæringsstatus	25
5.1.5	Depresjon og ernæringsstatus	26
5.1.6	Avslutningsvis	28
5.2	Metodediskusjon	29
6	Konklusjon	31
	Referanseliste	33
7	Vedlegg	39
7.1	Vedlegg (ernæringstrappen)	39
7.2	Vedlegg (sjekkliste artikkel)	40
7.3	Vedlegg (sjekkliste artikkel)	44
7.4	Vedlegg (sjekkliste artikkel)	48
7.5	Vedlegg (sjekkliste artikkel)	50

1 Innledning

Forekomsten av depresjon/nedsatt psykososial helse og underernæring blant eldre sykehjemsbeboere er stadig økende (Helsedirektoratet, 2019, kapittel 1; Helsedirektoratet, 2022c, kapittel 2). Underernæring øker sykkelighet og funksjonsfall, samt fører til høyere dødelighet og økt behov for helse- og omsorgstjenester (Helsedirektoratet, 2022c, kap. 2). Det samme gjør depresjon eller nedsatt psykososial helse, hvorpå ubehandlet depresjon kan redusere livskvalitet og -lengde (Helsedirektoratet, 2019, kap. 2).

Alderdommen preges av naturlige aldersforandringer og sykdom. Uten sykdom kan eldre bli over 90 år før de erfarer funksjonssvikt grunnet aldersforandringer (Ranhoff, 2020a, s. 54). Å undersøke sammenhengen mellom underernæring og psykososial helse, og hvilken betydning forebyggende tiltak rettet mot en av faktorene vil kunne ha for den gjenværende faktoren, kan ha betydning for den eldres livskvalitet, antall år med god helse kan bli flere, og den eldre kan ha en selvstendighet i hverdagen som bidrar til mestring og økt selvfølelse (Helsedirektoratet, 2022c, kap. 2).

Denne oppgaven kan være et bidrag til sykepleierens kunnskapsgrunnlag om sammenhengen mellom fysisk, psykisk og sosial helse, gjennom utforskningen av hvilken betydning forebygging av underernæring kan ha for eldres psykososiale helse. Vi starter med å sette rammene for oppgaven i kapittel 1.1.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Eldrebeholdningen er stadig økende. Etter statistisk sentralbyrås prognoser vil andelen eldre over 65 år, for første gang, bli større enn andelen barn og unge (0-19 år) i løpet av neste tiår (Gleditsch et al., 2020). De eldre har statistisk sett større sykdomsbyrde og funksjonsnedsettelse enn voksne, som vil resultere i at en større befolkningsandel vil ha behov for kommunale helse- og omsorgstjenester (Folkehelseinstituttet [FHI], 2022; Helsedirektoratet, 2022c, kap. 3).

Psykiske helseproblemer som depresjon er blant lidelsene man oftest ser hos eldre (Kvamme et al., 2011). Norsk helseinformatikk (NHI, 2020) definerer depresjon hos eldre som "... depresjon hos personer over 65 år", og meddeler at 1-4% av den eldre befolkningen er

rammet. Blant sykehjemsbeboere øker forekomsten sammenlignet med hjemmeboende, og det anslås at 32-45% har en grad av depresjon.

Blant sykehjemsbeboere er det samtidig høy forekomst av *risiko for underernæring og underernæring* - det anslås at opptil 70% faller under en av kategoriene (Helsedirektoratet, 2022c, kap. 2). Kvalitetsreformen kalt “Leve hele livet”, har “Mat og måltider” som et innsatsområde, med mål om å redusere underernæring gjennom gode måltidsopplevelser (Meld. St. 15 (2017-2018)). Noen av hovedutfordringene i arbeidet identifiseres og oppsummeres av eldre og pårørende, som *manglende sosialt fellesskap, lite vektlegging av måltidsomgivelser, få måltider, og lite mangfold og valgfrihet* (Meld. St. 15 (2017-2018)). De fire elementene vil vi fokusere på i diskusjonskapittelet.

Psykiateren Engel viser en helhetlig tilnærming til helse og sykdom hvor han fremhever den likeverdige påvirkningskraften mellom psykologiske, sosiale og biologiske faktorer, og utvikling av helse og sykdom (Engel (1977) referert i Heggstad & Knutstad, 2016, s. 58). Den nære sammenhengen mellom sosiale behov og ernæringsstatus, fysiologisk og psykisk status understrekes også i forskning, og kan ses mellom underernæring og psykososial helse (Kvamme et al., 2011).

1.2 Sykepleiefaglig relevans

Alle sykehjem har minst én, og vanligvis flere autoriserte sykepleiere ansatt (forskrift for sykehjem, 1989, §3-2). Det stilles krav til at sykepleieren forstår risikofaktorer og har kunnskap om tiltak som fremmer helse og forebygger sykdom (Kunnskapsdepartementet, 2008, s. 5-6). Antall beboere på sykehjem vil trolig øke i takt med eldrebefolkningens vekst, og med bakgrunn i presentert statistikk i kapittel 1.1., vil sannsynligvis en stor andel ha risiko for underernæring, underernæring og/eller dårlig psykisk helse.

Oppgaven vil ta for seg hvordan et måltid strekker seg forbi kun det å få dekket fysiologiske behov; dette kan være like viktig for de eldres psykiske og sosiale behov. Mat sier noe om tilhørighet, det kan fungere som trøst eller straff, være et samlingspunkt, og et grunnlag for en rekke tradisjoner (Helsedirektoratet, 2016, s. 16). Sykepleier vil være essensiell i utformingen av måltidet da eldre på sykehjem gjerne ikke er i stand til dette på egenhånd (Brodtkorb, 2020, s. 310).

Med personsentrert tilnærming som grunnlag for fagutøvelsen, kan man som sykepleier danne seg et bilde av et menneskes oppfatning av egne fysiske, psykiske og sosiale behov. Man kan tilrettelegge for at beboeren skal få medvirke i avgjørelser vedrørende de selv, ta informerte valg, få gjennom egne ønsker og verdier, og jobbe for at makten fordeles likt mellom beboer og en selv (McCormack & McCance, 2006, s. 475-477). Et måltid kan f.eks. baseres på personlige valg og ønsker, med mål om å øke næringsinntak (Smit & Hvalvik, 2015, s. 7). Vi legger til grunn at personsentrert sykepleie som rammeverk danner teoretisk bakteppe for oppgaven, samtidig som deler av rammeverket vil diskuteres opp mot oppgavens resultater.

1.3 Hensikt og problemstilling

Hensikten med litteraturstudien er å undersøke betydning det kan ha for psykososial helse å bruke personsentrert tilnærming i forebygging av underernæring blant eldre på sykehjem. Med bakgrunn i høy forekomst av både underernæring og psykiske lidelser blant eldre, med viten om at sammenhengen mellom psykososial helse og underernæring er påpekt i en rekke litteratur og studier, har vi utarbeidet problemstillingen:

Hvilken betydning har forebygging av underernæring for den psykososiale helsen til eldre sykehjemsbeboere?

Vi har valgt begrepet “betydning” da vi ønsker å utforske mer enn de rent fysiske effektene ulike tiltak kan ha. Vi ønsker å kaste lys over de sosiale og emosjonelle aspektene ved forebyggende ernæringsarbeid, og konsekvensene dette kan ha for psykisk helsetilstand hos eldre.

1.4 Avgrensning

Vi har i denne oppgaven valgt å avgrense problemstillingen til eldre over 65 år som bor på sykehjem. Til tross for at psykososial helse er et menneskelig fenomen, uavhengig av alder, har vi valgt følgende gruppe fordi forekomsten av psykiske lidelser ser ut til å øke med årene (Rosenvinge & Rosenvinge (2003) referert i Helsedirektoratet, 2019, kap. 1). Med tanke på lokasjon antas det at nærhet til beboeren og utformingen av sykehjem praktisk sett kan gi sykepleier gode muligheter til å iverksette personsentrerte og miljøterapeutiske tiltak knyttet til ernæringsarbeid (Brodtkorb & Hauge, 2020). Både beboere med underernæring og risiko

for underernæring er inkludert, da forebyggende tiltak også vil kunne ha en behandlende effekt, og derfor gagne begge grupper (Jacobsen & Bye, 2015, s. 653). Hjemmeboende eldre som mottar hjemmebaserte tjenester er ekskludert, da det vurderes at konteksten for sykepleie vil stille andre krav til forebyggingsarbeid og oppfølging.

Begrepene under- og feilernæring blir brukt om hverandre i litteraturen. Det er viktig å presisere at feilernæring er en ernæringstilstand med et uheldig sammensatt kosthold som fører til spesifikk mangel på ett eller flere næringsstoffer. Selv om feilernæring er vanlig hos eldre på grunn av ensidig kosthold, vil underernæring være mer relevant for vår problemstilling (Brodtkorb, 2020, s. 303). Feilernæring omtales ikke videre.

Personer med demens utgjør en stor andel sykehjemsbeboerne. I Norge har alt fra 61-79% av de med diagnosen langtidsopphold i institusjon (Kjelvik, 2017, s. 9). Sykepleie til personer med demens er et eget stort fagfelt, og mange av studiene brukt i oppgaven har derfor ekskludert demensrammede individer. Med bakgrunn oppgavens omfang ekskluderes personer med demens.

Pårørendes rolle i måltidssituasjonen har vist seg i noe fag- og forskningslitteratur å kunne ha positiv innvirkning på næringsinntak og relasjonelle forhold blant sykehjemsbeboere (Hugo et al., 2014; Brodtkorb, 2020, s. 313; Wu et al., 2020). Likevel har vi valgt å ekskludere beboer-pårørende-relasjonen, grunnet omfangskrav, og kun se på beboer-sykepleier-relasjonen.

1.5 Begrepsavklaring

Eldre: Menn og kvinner over 65 år (FHI, 2022). Gruppen deles ofte inn i *ynge eldre* og *gamle*. Denne oppgaven vil ta for seg begge som en samlet gruppe.

Forebygging: “Å gjøre noe for å redusere faren at noe uønsket skal skje” (Aldring og helse, u.å.), omtalt videre i underkapittel 2.7.

Underernæring: “En tilstand der mangel på energi eller protein gir vekttap og redusert muskelmasse som fører til forverret fysisk eller mental funksjon og til dårligere utfall ved sykdom” (Helsedirektoratet, 2022b, kap. 6), omtalt videre i underkapittel 2.2.1.

Psykososial helse: "... en fellesbetegnelse på psykiske og sosiale forhold av betydning for helse og mental fungering." (Svartdal, 2020), omtalt videre i underkapittel 2.3.

Litteraturen benytter begrepene *pasient*, *bruker* og *beboer* om hverandre. Ordet *beboer* vil bli brukt gjennom denne oppgaven. Sykepleier omtales som *hun*.

2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag

I dette kapittelet vil vi se på ernæringsstatus og psykososial helse individuelt, samt teoretiske rammer og perspektiver for oppgaven. Forhåpentligvis vil dette øke forståelsen når det hele knyttes sammen under diskusjon i kapittel 5.

2.1 Den eldre beboeren

Den eldre beboeren “er et gammelt menneske som har ett eller flere helseproblemer som gjør at han eller hun kommer i kontakt med helsevesenet” (Ranhoff, 2020a, s. 53). Veien til “den eldre pasienten” skapes gjennom aldringsprosesser som ender med døden. Aldringsprosessene starter allerede fra 25 års alder, men nøyaktig når påvirkning på funksjonsevne og dødens tidspunkt inntreffer varierer (Mensen, 2020, s. 30). Naturlige aldersforandringer er blant annet at hjernen skrumper, og kroppssammensetning og funksjonsnivå endres. Samlet sett gir aldersforandringene redusert reservekapasitet hos den eldre, som disponerer for sykdom (Mensen, 2020, s. 30-31).

2.2 Ernæringens helhetlige betydning

Ernæring handler først og fremst om maten vi spiser og energien den tilfører kroppen (Jacobsen & Bye, 2015, s. 621). Et variert kosthold som sikrer nødvendige næringsstoffer er viktig for å forebygge sykdom og skade, og opprettholde livsnødvendige funksjoner (for eksempel nerveimpulser og hjerneaktivitet) (Jacobsen & Bye, 2015, s. 622). Tilstrekkelig og variert næring vil kunne forebygge både fysisk og psykisk sykdom fordi mat, i tillegg til fysisk funksjon, har sosial, psykisk og kulturell betydning (Jacobsen og Bye, 2015, s. 654). Det å være en del av et måltidsfellesskap kan gi følelsen av tilhørighet, samtidig som appetitt og næringsinntak kan øke i godt selskap under måltidet (Brodtkorb, 2020, s. 310; Helsedirektoratet, 2022c, kap. 5). Blant enslige eldre er det rapportert om redusert matlyst (Brodtkorb, 2020, s. 311).

2.2.1 Underernæring

Som nevnt i 1.1, er underernæring et hyppig forekommende fenomen blant eldre, med ulike disponerende faktorer til grunn. Underernæring defineres, ifølge Helsedirektoratet (2022b, kap. 6), som “... en tilstand der mangel på energi eller protein gir vekttap og redusert muskelmasse som fører til forverret fysisk eller mental funksjon og til dårligere utfall ved

sykdom”. Underernæringens påvirkning på mental funksjon er av relevans for problemstillingen, og er det vi vil omtale videre. Hjernens normale fungering og tilfriskning påvirkes negativt av underernæring uavhengig av om beboeren i utgangspunktet har en psykisk lidelse eller ikke (Næss, 2020). Ved lavt næringsinntak, særlig over lengre tid, vil det kunne oppstå psykiske symptomer som angst, depresjon, nedsatt sosial kapasitet og sensitivitet ovenfor andre - uansett om underernæringen er forårsaket av somatisk eller psykisk sykdom (Keys & Brozek (1944-45) referert i Næss, 2020).

For å forebygge og behandle underernæring har Helsedirektoratet utviklet *ernæringstrappen* som en prioritert oversikt over mulige og nødvendige ernæringstiltak (Helsedirektoratet, 2016, s. 98) (se vedlegg 7.1.). Vi vil i denne oppgaven, med bakgrunn i problemstillingen og omfang, ta utgangspunkt i trinnene: *måltidsmiljø*, *mattilbud*, og (...) *mellommåltider*, og trekke ut relevante faktorer. *Måltidsmiljø* beskrives som et samspill mellom rommet (utforming, kjenne lukt og smak), møtet (sosiale forhold) og matpresentasjon (matens utseende) som har betydning for matinntaket (Helsedirektoratet, 2016, s. 99). *Mattilbudet* omfavner for eksempel ulike kostformer som konsistenstilpasset kost, mens *mellommåltider* er et tiltak for å øke næringsinntak ved å servere måltider cirka annenhver time, og for å hindre mer enn 11 timer nattfaste (Helsedirektoratet, 2016, s. 100).

2.3 Psykososial helse

Begrepet *psykososial* kan defineres som “... en fellesbetegnelse på psykiske og sosiale forhold av betydning for helse og mental fungering.” (Svartdal, 2020). Mens sosiale forhold angår for eksempel hjemme-/boforhold og familieforhold, handler psykiske forhold om hvordan man som individ håndterer disse miljøforholdene, kognitivt og emosjonelt. Psykososial helse kan derfor, kort oppsummert, sies å omhandle hvordan man oppfatter og håndterer situasjonen man er i, basert på fysiske, sosiale, kognitive og følelsesmessige forutsetninger (Svartdal, 2020). Psykososial helse er et vidt begrep, som vi med utgangspunkt i definisjon og de utvalgte artiklenes resultater, vil betrakte i lys av fenomenene *helserelatert livskvalitet*, *depresjon* og *integritet*.

Forskning basert på å fremme eldres psykososiale helse, understreker hvordan kartlegging av tilfredshet med eget liv kan gi en indikasjon på et individs psykiske helsetilstand. Faktorer avdekket i studien, som var forbundet med høyere tilfredshet, var blant annet sosial støtte og

det å leve med andre, samt selve *opplevelsen* av god fysisk og psykisk helse (Chong, 2007, s. 95). “Helserelatert livskvalitet” er et begrep utviklet for å kartlegge selvopplevd helse, og omfavner både fysisk, funksjonelt, sosialt og emosjonelt velvære (Salminen et al., 2019, s. 474). Temaet *helserelatert livskvalitet* betraktes som relevant for oppgaven da det dekker psykiske og sosiale forhold, og selvopplevd helse, noe *psykososial helse* også gjør.

Depresjon kan knyttes til psykososial helse da det kan være av betydning for sosiale forhold og mental fungering (Li et al., 2013; Svartdal, 2020). Risikoen for utvikling av somatisk sykdom øker ved begynnende eller etablert depresjon. Samtidig kan depresjon være en konsekvens av somatisk sykdom, eventuelt sykdommens følger, for eksempel spise- og svelgevansker (Kvaal, 2020, s. 447). Utvikling av depresjon kan ses å øke, blant annet fordi eldre lider mange tap; tap av venner og familie, eller tap av funksjonsevne og helse (Helsedirektoratet, 2019; Kvaal, 2020, s. 442). Typiske kjennetegn på depresjon kan være isolasjon, og følelse av lite håp og mening. Symptomene kan innvirke på situasjonene og omgivelsene man oppsøker og lever i, og hvordan man forholder seg til og opplever disse (Kvaal, 2020, s. 446).

Den eldre har levd et langt liv som gir unike erfaringer rundt helse, intellekt, og psykiske og sosiale forhold. Ved å respektere den Eldres erfaringer rundt nevnte faktorer, vil sykepleieren ivareta beboerens integritet (Kirkevold, 2020a, s. 85-89). I litteraturen brukes integritet som et overordnet begrep for å understreke sykepleieperspektivets prinsipp om å ivareta det helhetlige mennesket med kropp, sjel, sinn og sosiale behov (Kirkevold, 2020a, s. 86). Integritet er definert som “... en tilfredsstillende opplevelse av helhet ...” (Leidy & Haase (1999) referert i Kirkevold, 2020a, s. 85), og som i avsnittene over er en helhetlig selvopplevd helse tilknyttet en god psykososial helse.

2.4 Kartleggingsverktøy

De inkluderte forskningsartiklene benytter seg av ulike kartleggings skjemaer. Her er de aktuelle samlet i et underkapittel for å gi et oversiktlig overblikk.

15D-skjema; For å kartlegge helserelatert livskvalitet (beskrevet i 2.3) er 15D-skjema brukt. Skjemaet har 14 dimensjoner som omfatter den fysiske, funksjonelle, sosiale og emosjonelle

helsen. Score 0 indikerer lav og 1 indikerer høy helse relatert livskvalitet (Salminen et al., 2019).

GDS-skjema; Geriatric Depression Scale (GDS) er et skjema med 30 ja/nei-spørsmål vedrørende tilstedeværelse av symptomer, atferd eller følelser. Dimensjonene som kartlegges er blant annet *respirasjon, søvn, spising, daglige aktiviteter, mental funksjon, ubehag og symptomer, depresjon og uro*. Skalaen gir 0-15 poeng, der høyere score indikerer høyere grad av depresjon (Kvaal, 2020, s. 449).

MNA-skjema; Mini Nutritional Assessment (MNA) er et kartleggingsverktøy for å identifisere underernæring eller risiko for underernæring (Brodtkorb, 2020, s. 305). Ut ifra slutt-scoren vurderes pasienten til å være underernært (<17) eller i risiko for underernæring (17-23,5) (Jacobsen & Bye, 2015, s. 642; Brodtkorb, 2020, s. 306).

2.5 Personsentrert sykepleie

Som nevnt i 1.2 vil rammeverket *personsentrert sykepleie* danne et teoretisk bakteppe for oppgaven. Personsentrert sykepleie skal sikre helhetlig og individtilpasset sykepleieutøvelse basert på menneskets verdier, frihet og personlige valg (Smit & Hvalvik, 2015, s. 7).

Beboerens autonomi og opplevelse av helhet står sentralt i den personsentrerte tilnærmingen, og bidrar til bedre bevarelse av den eldre integritet og psykososiale helse (se 2.3) (Kirkevold, 2020a, s. 91; Kirkevold, 2020b, s. 100). Litteraturens oppsummerende prinsipper for personsentrert sykepleie er å se beboeren som et unikt individ, med fokus på vedkommendes hverdagsliv, samt en respekt for at beboeren er ekspert på eget liv, og for mennesket bak sykdommen (Kirkevold, 2020b, s. 99).

Personsentrert sykepleie krever stadig terapeutisk samarbeid mellom sykepleier og beboer. Relasjonen skal være basert på samarbeid, likeverdighet og gjensidig avhengighet, hvor sykepleieren verdsetter beboerens erfaring, forståelse og kunnskap (McCormack & McCance, 2006, s. 473; Kirkevold, 2020b, s. 99). Teoriens rammeverk består av fire elementer; *Prerequisites* (forutsetninger), *The care environment* (pleiemiljøet), *Person-centered processes* (personsentrerte prosesser) og *Expected outcome* (forventet utfall) (McCormack & McCance, 2006, s. 475).

“Forutsetningene” innen personsentrert sykepleie baserer seg på sykepleierens evner, inkludert profesjonell kompetanse, mellommenneskelige egenskaper, hengivenhet til arbeidet sitt, og evne til å tydelig utøve tro og verdier. Sykepleieren må kunne ta avgjørelser og prioritere pleieoppgaver, ha gode kommunikasjonsevner, være dedikert med et genuint ønske om å utøve god pleie, samt være bevisst på hvordan egne verdier og holdninger kan påvirke arbeid (McCormack & McCance, 2006, s. 475).

“Pleiemiljøet” fokuserer på konteksten rundt sykepleien. Et godt pleiemiljø forutsetter støttende systemer som tillater delt avgjørelses-tagning (“shared decision-making”), effektive ansattforhold, delt makt, og muligheten til å ta risiko for det innovative sin skyld (McCormack & McCance, 2006, s. 475-476).

“Personsentrerte prosesser” består av å utøve pleie gjennom ulike handlinger/aktiviteter, basert på pasientens verdier og ønsker, gjennom engasjement og sympati, der man legger til rette for å ta avgjørelser i fellesskap, samtidig som man dekker fysiske behov (McCormack & McCance, 2006, s. 475). Dette er av betydning for hvordan pasienten opplever og forstår egen situasjon. Gode kommunikasjonsevner fra sykepleierens side er av stor betydning her, da riktig og viktig kunnskap er avgjørende for at en pasient skal kunne ta aktiv del i avgjørelser rundt egen kropp og helse (McCormack & McCance, 2006, s. 476-477).

“Forventet utfall” er resultatene man antar å oppnå gjennom effektiv personsentrert sykepleie. Slike resultater inkluderer at pasienten er tilfreds med, og har tatt del i egen pleie, føler velvære, og at man har greid å skape et miljø basert på delte avgjørelser, godt samarbeid mellom ansatte, og lederskap som fremmer innovasjon og endring (McCormack & McCance, 2006, s. 475, 477).

2.6 Sykehjem som kontekst

Beboerne på langtidsopphold på sykehjem er i hovedsak multimorbide eldre med redusert funksjonsevne. I 2016 hadde 84% av beboerne omfattende bistandsbehov (Brodtkorb & Hauge, 2020, s. 263). En institusjon for langtidsopphold fokuserer på å skape et hjem, og optimalisere beboernes livskvalitet og helsetilstand. Det overordnede målet er et helhetlig tilbud med forsvarlig helsehjelp av god kvalitet (Brodtkorb & Hauge, 2020, s. 263). Beboerne har rett på enerom med eget bad. Det skal være tilrettelagt for ivaretagelse av personlig

hygiene, tilgang til egne kjøkken og oppholdsrom, og beboerne skal kunne dyrke egne interesser, fritt motta besøk og leve i tråd med sitt livssyn (Forskrift for sykehjem, 1989, kap. 4). Institusjonen skal ha tilknyttet administrativ leder, autorisert sykepleier, lege og et antall øvrig personell som sikrer nødvendig bistand og helsehjelp (forskrift for sykehjem, 1989, §3-2).

2.7 Sykepleierens forebyggende funksjon

Sykepleierens *forebyggende* funksjon vil være av størst betydning for vår oppgave, og stiller krav til at sykepleieren skal ha kunnskap om risikofaktorer for underernæring og nedsatt psykososial helse, samt relevante forebyggende tiltak (Kunnskapsdepartementet, 2008, s. 5-6; Kristoffersen et al., 2011, s. 18).

Det finnes to sammenhengende aspekter ved forebyggende ernæringsarbeid; forebygging for at den eldre skal leve et langt liv med lite sykdom, og forebygging for å bevare helsetilstand og livskvalitet (Ranhoff, 2020b, s. 160). Dermed faller forebyggende tiltak for eldre hovedsakelig under sekundær- og tertiærforebygging. Sekundærforebygging har som hensikt å identifisere helsesvikt eller risiko for helsesvikt på et tidlig stadium, slik at tiltak kan iverksettes for å hindre ytterligere sykdom. Tertiærforebygging sikter mot å forebygge flere konsekvenser av eksisterende sykdom (Kristoffersen et al., 2011, s. 18; Ranhoff, 2020b, s. 166). Beboere på sykehjem har gjerne én eller flere disponerende faktorer for underernæring og/eller depresjon, med påfølgende negativt påvirket psykososial helse (se 2.2.1 og 2.3) (Mensen, 2020, s. 31; Brodtkorb & Hauge, 2020, s. 263). Forebygging på sykehjem kan derfor f.eks. innebære regelmessig ernærings- og depresjonsscreening med mål om å identifisere risiko for helsesvikt og hindre ytterligere sykdom.

2.8 Juridiske og etiske rammer

Det finnes flere lover som gjelder mottakere av offentlige helsetjenester, de ansatte som arbeider der, samt det offentlige som regulerer tjenestene. Helse- og omsorgstjenesteloven, pasient- og brukerrettighetsloven, og helsepersonelloven er blant disse.

Helse- og omsorgstjenesteloven er særlig relevant for arbeid i kommunehelsetjenesten. Den stadfester at helse- og omsorgstjenesten skal sikre et verdig, likeverdig, helhetlig og tilpasset tjenestetilbud av god kvalitet (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §1-1). Det innebærer,

blant annet, at helse- og omsorgstjenester skal fremme helse, og forebygge sykdom, skade og sosiale problemer (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §3-3). For eksempel vil sykepleieren som arbeider i kommunen basere sykepleieutøvelsen på helse- og omsorgstjenesteloven ved å forebygge nedsatt psykososial helse.

Pasient- og brukerrettighetsloven har som formål "... å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten." (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §1-1). Som beboer har man rett til nødvendige og verdige helse- og omsorgstjenester fra kommunehelsetjenesten (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §2-1 a, b). Et nødvendig helsetilbud kan være langtidsopphold på institusjon når den eldre ikke lengre kan motta forsvarlig og nødvendig helsehjelp i hjemmet fra familie og hjemmebaserte tjenester (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §2-1; Brodtkorb & Hauge, 2020, s. 264). Pasients rett til å medvirke er en av hovedelementene i pasient- og brukerrettighetsloven. Den stadfester at enhver pasient og bruker har "... rett til medvirkning ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester." Beboeren skal kunne ta større avgjørelser som valg mellom tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder, og mindre avgjørelser som ønsket mengde mat på tallerkenen, hvor han vil spise, og med hvem. Medvirkningens form skal tilpasses beboerens evne til å gi og motta informasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1).

Helsepersonelloven, som tittelen tilsier, skaper rammer for helsepersonell i ulike helsetjenester og -tilbud, som kommunehelsetjenesten. "Lovens formål er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten ..." (Helsepersonelloven, 1999, §1). Loven skal også sikre at helsepersonell utfører arbeidet sitt på et vis som dekker krav til forsvarlighet og omsorgsfullhet. Dette innebærer å "... innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og ... innhente bistand ... der dette er nødvendig og mulig." (Helsepersonelloven, 1999, §4).

I tillegg til de juridiske rammene skal sykepleieutøvelsen være i tråd med etisk rammeverk. Norsk sykepleierforbund [NSF] (2019) har utviklet yrkesetiske retningslinjer en sykepleier skal følge. De stadfester at sykepleien skal bygge på barmhjertighet og omsorg, samt respekt for menneskerettighetene, det unike mennesket og dets verdighet (NSF, 2019). Blant annet har sykepleieren ansvar for å identifisere og ivareta beboernes helhetlige behov, fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ut fra tilpasset og tilstrekkelig

informasjon, fremme helse og forebygge sykdom, og holde seg faglig oppdatert. På arbeidssstedet skal sykepleieren bidra til utformingen og gjennomføring av faglig forsvarlig og omsorgsfull praksis, og bidra aktivt for å imøtekomme sårbare gruppers særskilte behov for helse- og omsorgstjenester (NSF, 2019).

3 Metode

I dette kapitlet vil vi utdype oppgavens metode, søkeprosess og utvelgelse av artikler.

3.1 Litteraturstudie

En litteraturstudie er en syntese av publisert forskning rundt et relevant klinisk tema, der man som forfatter analyserer resultatene av flere ulike studier for best mulig å kunne beskrive kunnskapen som til nå er kjent, med mål/hensikt å kunne trekke konklusjoner for klinisk bruk (Popenoe et al., 2021).

3.2 Søkeprosessen og utvalgelse av artikler

Søkene er gjort i den vitenskapelige databasen Cinahl complete i perioden 24.10.22-09.11.22. Innledningsvis brukte vi problemstillingens meningsbærende ord i et samlet søk. Søkeordene *nursing home patients AND undernutrition AND psychosocial care OR psychosocial intervention OR thriving OR well-being* ga null treff i Cinahl complete. Da vi hadde grunn til å tro at det fantes artikler om tematikken med bakgrunn i valg av tema (se underkapittel 1.1), valgte vi å åpne søket. Det strukturerte litteratursøket ble gjort 24.10.22 i Cinahl complete med søkeordene *undernutrition OR malnutrition AND nursing home patients* som ga 134 treff. Alle artiklenes titler, 65 abstrakt og 26 fulltekstartikler ble lest, hvorav 9 artikler var relevante.

Kun engelske og skandinaviske artikler ble lest da dette er språk vi mestrer. Som beskrevet i underkapittel 1.4 var beboere på sykehjem et inklusjonskriterie, personer med demens og hjemmeboende eldre ble ekskludert sammen med studier fokusert på beboer-pårørende-relasjonen. Alle studiedesign ble inkludert da studiene kan bidra med ulike funn (statistikk og/eller beboerens egne opplevelser) av betydning for å besvare problemstillingen. Artiklene måtte være fra de siste ti årene for å styrke validiteten ettersom det medisinske fagfeltet er i kontinuerlig utvikling. Med bakgrunn i problemstillingen måtte tittel eller abstrakt omhandle forebygging av underernæring, måltidssituasjonen, eldres psykososiale helse og/eller personsentrert sykepleie i sammenheng med underernæring eller psykososial helse. Selv om oppgavens avgrensning ekskluderer feilernæring, så vi en verdi i å inkludere malnutrition som søkeord da det resulterte i flere treff. Det viste seg samtidig at flesteparten av artiklene brukte ordet malnutrition for å omtale underernæring. Artikler som omhandlet feilernæring alene, ble ekskludert. Etter gjennomlesninger med inklusjons- og eksklusjonskriterier ble 4 artikler inkludert (se tabell 1).

Tabell 1, søkehistorikk og utvalg av artikler

Database og dato for søk	Cinahl, 24.10.22
Søkeord og kombinasjoner	“undernutrition” OR “malnutrition” AND “nursing home patients”
Avgrensninger i søket	Språk: Engelsk, skandinavisk
Antall treff totalt	134
Antall gjennomleste titler	134
Antall gjennomleste abstrakt	65
Antall gjennomleste fulltekstartikler	26
Antall artikler som kan inkluderes basert på inklusjons- og eksklusjonskriterier	9
Ytterligere inklusjons- og eksklusjonskriterier	<u>Inklusjon</u> : sykehjem, eldre over 65 år, risiko for underernæring/underernæring/psykososial helse/måltidssituasjonen/personsentrert sykepleie <u>Eksklusjon</u> : feilernæring, hjemmeboende eldre, personer med demens
Antall artikler inkludert i litteraturstudien	4
Inkludert artikkel nummer 1	Li, I. C., Kuo, H. T., & Lin, Y. C. (2013). The mediating effects of depressive symptoms on nutritional status of older adults in long-term care facilities. <i>The journal of nutrition, health & aging</i> , 17(7), 633-636. https://doi.org/10.1007/s12603-013-0018-7
Inkludert artikkel nummer 2	Salminen, K. S., Suominen, M. H., Soini, H., Kautiainen, H., Savikko, N., Saarela, R. K. T., Muurinen, S., & Pitkala, K. H. (2019). Associations Between Nutritional Status and Health-Related Quality of Life Among Long-Term Care Residents in Helsinki. <i>Journal of Nutrition, Health & Aging</i> , 23(5), 474–478. https://doi.org/10.1007/s12603-019-1182-1
Inkludert artikkel nummer 3	Shune, S., & Barewal, R. (2022). Redefining the value of snacks for nursing home residents: Bridging psychosocial and nutritional needs. <i>Geriatric Nursing</i> , 44, 39–47. https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.12.022

Inkludert artikkel nummer 4	Velázquez-Alva, M. C., Irigoyen-Camacho, M. E., Cabrer-Rosales, M. F., Lazarevich, I., Arrieta-Cruz, I., Gutiérrez-Juárez, R., & Zepeda-Zepeda, M. A. (2020). Prevalence of Malnutrition and Depression in Older Adults Living in Nursing Homes in Mexico City. <i>Nutrients</i> , 12(8), 2429. https://doi.org/10.3390/nu12082429
-----------------------------	---

3.3 Øvrig fag- og forskningslitteratur

Øvrig fag- og forskningslitteratur er hentet fra LDHs pensumlister fra høsten 2020 til desember 2022. Vi har valgt å bruke “Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten”. Den omfavner et helhetlig sykepleieperspektiv rundt den eldre pasienten som er relevant for vår oppgave (Kirkevold et al., 2020). Videre har store deler av “Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1” blitt benyttet (Grov & Holter, 2015). Boken er en av grunnbøkene til utdanningen og har relevant faglitteratur om blant annet ernæring, menneskets psykososiale behov, etikk, lovverk, sykepleierens forebyggende funksjon og generell sykepleieutøvelse. I 2022 kom boken i ny utgave, og vi kan derfor ha gått glipp av ny kunnskap (Grov & Holter, 2015).

I tillegg til bøker har vi brukt forskningsartikler funnet gjennom CINAHL, pensumbøker og søk i Google Scholar. Artikkene er fagfellevurderte, av nyere dato, og bidrar med fagkunnskap og nyere forskning innen ernæring, psykososial helse, trivsel, og sammenhengen mellom disse.

Rapporter og nasjonale faglige retningslinjer, f.eks. “rapport om nasjonal ernæringsstrategi for eldre” (Helsedirektoratet, 2022c), fra Helsedirektoratet er benyttet. Helsedirektoratet er en organisasjon underlagt helse- og omsorgsdepartementet. De fungerer som en faglig rådgiver for befolkningen og de som jobber innenfor helse og omsorg (Helsedirektoratet, 2022a). Kildene er relevante for vår problemstilling fordi de belyser de nasjonalt identifiserte ernæringsutfordringene, samt hvilke rammer politikken legger for det nasjonale ernæringsarbeidet. En stortingsmelding er også benyttet av samme årsak (Meld. St. 15 (2017-2018)).

4 Resultater

Tabell 2, presentasjon av artiklene i matrise

Nr	Databas e	Forfatter / årstall/lan d	Tittel	Hensikt	Design/metode	Funn	Kvalitetsvurderin g
1	CINAHL complete	Li et al., 2013 Taiwan	The mediating effects of depressive symptoms on nutritional status of older adults in long term care facilities	Å undersøke medierende faktorer på forholdet mellom depressive symptomer og ernæringsstatus	Design: Kvantitativ tverrsnittstudie Metode: 306 sykehjemsbeboere (>65 år) fra totalt 73 sykehjem med normal kognitiv status, infeksjonsfri og verbal kommunikasjon ble inkludert. En forsker kartla depressive symptomer og ernæringsstatus med MNA- og GDS-skjema.	54% av deltakerne hadde en høy GDS-SF score som indikerer en grad av depresjon. GDS-SF score var en en signifikant prediktor for underernæring og risiko for underernæring.	Vurdert etter kvantitativ sjekklister, score 9/11 (vedlegg 7.2)
2	CINAHL complete	Salminen et al., 2019 Finland	Associations between nutritional status and health-related quality of life among older long-term care residents in Helsinki	Å undersøke sammenhengen mellom ernæringsstatus og helse relatert livskvalitet hos eldre sykehjemsbeboere	Design: Kvantitativ tverrsnittstudie Metode: Det ble innhentet tilgjengelig MNA og 15D-score av erfarne sykepleiere, fra 2160 sykehjemsbeboere (>65 år). Sammenhengen ble evaluert med bl.a. "quadratic model".	Helse relatert livskvalitet har en betydelig assosiasjon med MNA-score, og 15D-scoren øker i takt med MNA-scoren. Alle dimensjoner i 15D, bortsett fra <i>søvn</i> og <i>respirasjon</i> , hadde korrelasjon med MNA-score - også depresjon, mental funksjon og ubehag.	Vurdert etter kvantitativ sjekklister, score 10/11 (vedlegg 7.3)
3	CINAHL complete	Shune & Barewal, 2022 USA	Redefining the value of snacks for nursing home residents: Bridging	Å identifisere sykehjemsbeboeres mellommåltids-preferanser, og utfordringer knyttet til å få	Design: Kvalitativ studie, semistrukturerte intervjuer Metode:	Deltakerne oppsummerer at mellommåltids-preferansene er ulike og at individuell tilpasning er	Vurdert etter kvalitativ sjekklister, score 10/10 (vedlegg 7.4)

			psychosocial and nutritional needs	preferanser møtt, med bakgrunn i høy forekomst av underernæring	I 8 uker fikk sykehjemsbeboerne typiske sykehjemsmåltider, før de de siste 7 ukene av studien fikk smak- og tekstur-forbedrede måltider. Det var ti deltakere (gj.snitt alder 69,7 år) som totalt gjennomførte 17 semistrukturerte intervjuer.	viktig. 9/10 deltakere påpekte samtidig viktigheten av måltidets psykososiale bidrag. Beboere med behov for konsistenstilpasset mat opplevde måltidene som repetitive og lite personsentrerte	
4	CINAHL complete	Velázquez-Alva et al., 2020 Mexico	Prevalence of malnutrition and depression in older adults living in nursing homes in Mexico city	Å evaluere sammenhengen mellom ernæringsstatus og depressive symptomer hos eldre sykehjemsbeboere	Design: Kvantitativ tverrsnittstudie Metode: 262 sykehjemsbeboere (>65 år) fra tre private sykehjem. Ernæringsstatus, depresjon og funksjonsnivå ble vurdert etter MNA- og GDS-skjema. For å identifisere assosierende faktorer for underernæring ble "multiple logistic regression" benyttet.	Studien avdekket en sterk sammenheng mellom dårlig ernæringsstatus og depresjon. Beboere med depresjon er fem ganger så sannsynlig å utvikle ernæringsmessig risiko	Vurdert etter kvantitativ sjekkliste, score 10/11 (vedlegg 7.5)

4.1 Syntese av resultatene

I de fire utvalgte forskningsartiklene avdekkes en sammenheng mellom ernæringsstatus, helse relatert livskvalitet og depresjon. Måltidets sosiale og kognitivt-emosjonelle bidrag avdekkes av en studies deltakere som viktige ikke-næringsgivende komponenter. Beboere med behov for konsistenstilpasset mat opplevde måltidene som repetitive og lite personsentrerte. En positiv korrelasjon mellom MNA og depresjon, og en indikasjon på at høyere depresjonsscore indikerer dårligere ernæringsstatus er blant resultatene. Beboere med depressive symptomer er fem ganger så utsatt for underernæring, og mens over halvparten av beboerne fikk påvist depresjon ved studiestart, viste en annen studie at kun halvparten var identifisert før studien. Om depresjon eller nedsatt livskvalitet blant sykehjemsbeboere er en

årsak eller konsekvens av underernæring er ifølge alle fire studier uklart. En sterk assosiasjon mellom de to faktorene er derimot funnet i alle artiklene.

5 Diskusjon

Problemstillingen i dette akademiske arbeidet er **“Hvilken betydning har forebygging av underernæring for den psykososiale helsen til eldre sykehjemsbeboere?”**. I kapittel 5.1 vil vi forsøke å besvare problemstillingen ved å presentere forskningsartiklenes resultater (se 4.1)

og knytte de opp mot presentert teori, rammeverk, lovverk og etikk fra kapittel 2. Diskusjonen er disponert etter hovedfunnene i artiklene. Først vil vi se på det sosiale aspektet ved ernæring og de kognitivt-emosjonelle aspektene ved måltidet, før vi videre ser på mattilbudet som et forebyggende ernæringstiltak, sammenhengen mellom helserelatert livskvalitet og ernæringsstatus, og depresjon og ernæringsstatus. I hvert underkapittel vil det aktuelle bli diskutert opp mot personsentrert sykepleie og hvilken betydning det har for den psykososiale helsen. I 5.2 vil metoden diskuteres.

5.1 Resultatdiskusjon

Som sammenfatningen av de aktuelle studienes resultater tilsier, er risiko for underernæring og underernæring ikke ukjente fenomener blant dagens sykehjemsbeboere. Årsakene er ulike og mange, men forskningen benyttet i oppgaven tyder på at sammenhengen mellom ernæringsstatus (beskrevet i 2.2.1) og psykososial helse (beskrevet i 2.3) er verdt å se nærmere på.

5.1.1 Det sosiale ved måltidet

Som nevnt i 2.2 er mat og måltider også av psykisk og sosial betydning, utover den fysiologiske funksjonen. I forskningsartikkelen til Shune & Barewal (2022, s. 43) forteller ni av ti deltakere om måltidets viktige, sosiale bidrag. En beboer mente at alle som serverer mat uten det sosiale aspektet ikke har forståelse for mat, og at det sosiale ved måltidet er likestilt med, eller viktigere enn, selve maten (Shune & Barewal, 2022, s. 43).

Shune og Barewal (2022) ønsket å kartlegge sykehjemsbeboeres mellommåltids-preferanser som et tiltak for å styrke *mellommåltidets* forebyggende betydning for næringsinntaket (se underkapittel 2.2.1.). Med bakgrunn i resultater fra artikkelen ser det ut til at mellommåltider kan ha en positiv innvirkning på næringsinntak, men at inntaket reduseres uten et samtidig fokus på de sosiale forholdene rundt måltidet - altså *måltidsmiljøet* (Chong, 2007, s. 95; Helsedirektoratet, 2016, s. 98). I artikkelen til Shune og Barewal (2022, s. 42) påpekte en deltaker at studiens utforming åpnet flere muligheter for engasjement og for å være sosial enn tidligere, fordi mellommåltidene ble servert i en gruppe-setting. Til tross for mangel på signifikant sammenheng ($p=0.13$) viste Salminen et al., (2019, s. 475) at selv om 73-76% av sykehjemsbeboerne i studien spiste mellommåltider, hadde de likevel risiko for, eller underernæring. Det kan spekuleres i hvorvidt dårlige sosiale forhold kan ha påvirket en liten

eventuell sammenheng her. Et måltid tilrettelagt for sosial kontakt ser dermed ut til å kunne fremme fysisk og psykososial helse parallelt (Chong, 2007, s. 95; Shune & Barewal, 2022, s. 45).

Eldre og pårørende påpeker i Meld. St. 15 (2017-2018) hvordan et godt måltidsfellesskap har en positiv innvirkning på trivsel, næringsinntak og matlyst, noe som samstemmer med kunnskapen i avsnittet over (Meld. St. 15 (2017-2018)). I tillegg til de nevnte sosiale forholdene, omfavner også det forebyggende ernæringstiltaket *Måltidsmiljø* rommets utforming og presentasjon av maten. Shune og Barewal (2022, s. 43) finner i sin studie at blant beboernes utfordringer med å få dekket næringsbehov var det å fysisk få tak i maten, på grunn av plasseringen, en av dem. Annen forskning tyder på at faktorer som skaper en følelse av “hjemme”, som et pent dekket bord med servietter, blomster og lys gir beboerne økt opplevelse av livskvalitet (Jacobsen & Bye, 2015, s. 657). Tiltak som åpner for en mer individtilpasset måltidssituasjon, som ulike, men få valgmuligheter, og mulighet til å forsyne seg selv, kan øke både trivsel og appetitt (Jacobsen & Bye, 2015, s. 656). En måltidssituasjon bestående av det ovennevnte vil være i tråd med “pleiemiljøet” fra den personsentrerte sykepleien. Makten fordeles mellom sykepleier og beboer ved at sykepleier setter frem maten, men beboer forsyner seg med ønsket mat selv (McCormack & McCance, 2006, s. 475-476).

Helsetjenesten er lovpålagt å forebygge sosiale problemer gjennom helse- og omsorgstjenesteloven §3-3 (2011). Det gode måltidsmiljøet vil, som nevnt i avsnittene over, være av betydning for å fremme beboernes sosiale forhold. Beboerne bør ha faste plasser ved bordet, og det bør tas hensyn til kjemi og vennskap ved etablering av disse plassene. Personalet bør så langt det er mulig sitte ned sammen med dem, formidle ro, og tilrettelegge måltidet (Brodtkorb, 2020, s.310). Godt selskap under måltider har vist seg av betydning for næringsinntak og appetitt, og er for mange dagens sosiale møtepunkt (Helsedirektoratet, 2022c, kap. 5). En god atmosfære kan, i tillegg til at den eldre spiser bedre, også bidra til at vedkommende får dekket psykososiale behov som tilhørighet og samhold (Brodtkorb, 2020, s. 310). På motsatt side vil et måltid med dårlig atmosfære kunne hindre at de psykososiale behovene dekkes (Brodtkorb, 2020, s. 310).

Selv om måltidsfellesskapet er et viktig sosialt bidrag for mange, er det samtidig viktig som sykepleier å respektere at enkelte, for eksempel beboere med spisevansker, vil kunne foretrekke å spise alene. Behovet for sosialt samvær må hele veien balanseres mot ønsket og

behovet for å være alene (Brodtkorb, 2020, s. 309). Å behøve hjelp til å spise kan oppleves som en kontinuerlig "... konfrontasjon med egen utilstrekkelighet" (Brodtkorb, 2020, s. 310), som kan resultere i skam og nedstemthet over tapt funksjon (Brodtkorb, 2020, s. 303, 311). Beboeren har rett til å bestemme over eget liv, samtidig som sykepleieren har en etisk plikt til å fremme vedkommendes mulighet til å ta selvstendige avgjørelser (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1; NSF, 2019). Om beboerens ønsker ignoreres, og vedkommende "tvinges" til å sitte sammen med andre, kan det oppleves krenkende og potensielt svekke den psykiske helsen (Heggstad & Knutstad, 2016, s. 30; Kirkevold, 2020a, s. 91). Gjennom bruk av mellommenneskelige og kommunikative egenskaper, som er i tråd med "forutsetninger" i personsentrert sykepleie, vil derimot beboerens integritet kunne ivaretas og den psykiske helsen fremmes (McCormack & McCance, 2006, s. 475; Kirkevold, 2020a, s. 93). Det å ivareta beboerens verdighet og integritet er også lovpålagt gjennom helse- og omsorgstjenesteloven (2011, §1-1) og pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §2-1a).

5.1.2 Det kognitivt-emosjonelle ved måltidet

Mellommåltidenes miljø utløste emosjonelle reaksjoner hos flere deltakere i Shune og Barewal sin studie (2022, s. 43). Noen opplevde umiddelbare reaksjoner som komfort, de nøt samtalen og latteren, og fikk assosiasjoner til gode, gamle dager. For andre deltakere ble den kognitive assosiasjonen sterkest, til gode minner av retter som ga følelsen av velvære. For eksempel fortalte to av deltakerne at suppen som ble servert brakte frem barndomsminner om kalde vinterdager med varm suppe og bestemor. De kognitivt-emosjonelle assosiasjonene deltakerne hadde til måltidene fremmet appetitt, matglede og trivsel (Shune & Barewal, 2022, s. 43).

En videreføring av den livsførselen en har hatt tidligere er, ifølge kontinuitetsteorien, veien til en god alderdom (Heggstad & Knutstad, 2016, s. 134). I eksemplene over vil det for eksempel være å tilrettelegge for deltakelse i suppelaging eller -smaking. I Meld. St. 15 (2017-2018) vektlegges aktivisering av smak og luktesans som et viktig innhold i "det gode måltidet", eller *måltidsmiljøet*. Aktiv deltakelse i matlagingen, samt muligheten til å smake til maten etter minner, kan bidra til økt næringsinntak og fremmet appetitt (Meld. St. 15 (2017-2018); Shune & Barewal, 2022, s. 43). Minnearbeid, som å delta i matlaging, er også en veldokumentert metode for å forebygge og redusere forekomsten av depresjon hos eldre (Kvaal, 2020, s. 451). Minner kan vekke følelsen av velvære, i tillegg kan det å videreføre

tradisjoner redusere følelsen av alderdommens tap, og styrke selvtillit ved å inkludere beboeren i noe vedkommende mestrer. Alle tre faktorer vil kunne være av betydning for den psykiske helsen (Heggstad & Knutstad, 2016, s. 134; Kvaal, 2020, s. 442; Shune & Barewal, 2022, s. 43).

På en annen side kan matlagingsdeltakelse, for noen beboere, oppleves som en påminnelse av gjennomgåtte tap. Eksempelvis av bestemor som pleide å være med på suppelagingen, eller tap av funksjon som hindrer beboeren å delta aktivt. Hos denne gruppen kan den psykososiale helsen påvirkes negativt (Kvaal, 2020, s. 442). Hvilke forutsetninger beboeren har for å håndtere situasjonen og alderdommens tap er avgjørende for om aktiv deltakelse i matlagingen fremmer næringsinntak og psykososial helse, eller omvendt (Heggstad & Knutstad, 2016, s. 135; Svartdal, 2020). Kartlegging av beboerens tanker i forkant av en slik aktivitet er derfor viktig. På den måten vil matlagingen være etter vedkommendes ønsker og avgjørelser, elementer fra “personsentrerte prosesser” i personsentrert sykepleie-rammeverket (McCormack & McCance, 2006, s. 476-477). Opplevelsen av helhet står sentralt i den personsentrerte tilnærmingen som bidrag til å fremme beboerens integritet og psykososiale helse samtidig (Kirkevold, 2020a, s. 91).

5.1.3 Mattilbud som forebyggende tiltak

Sykehjemsbeboerne i Shune & Barewal (2022, s. 43) sin studie forteller om manglende *mattilbud*. Mellommåltidene oppleves repetitive, med manglende smak og valgmuligheter. Særlig fremhever deltakerne manglende tilgjengelighet på foretrukne alternativer ved behov for konsistenstilpasset kost. De anerkjenner at en del av årsaken til et begrenset utvalg er medisinske årsaker og begrensninger, men etterlyser samtidig mer kunnskap hos personalet som håndterer mat (Shune & Barewal, 2022, s. 43-44). For lite kompetanse og tid til å arbeide personsentrert for å bevare den enkeltes ønsker og behov er også blant utfordringene som blir nevnt i Meld. St. 15 (2017-2018).

For beboere med spise- og svelgevansker vil konsistenstilpasset kost være et alternativ, som er en del av det forebyggende ernæringstiltaket *mattilbud* (Helsedirektoratet, 2016, s. 100; Brodtkorb, 2020, s. 311). Ved å ha kunnskap om, og tilpasse måltidet etter beboerens medisinske behov, vil sykepleieren oppfylle sin lovpålagte og etiske plikt til å forebygge sykdom og potensiell skade. Eksempelvis om beboeren skulle svelget feil ved inntak av

“normalkost” (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §3-3; NSF, 2019). På en annen side vil sykepleieren stride imot sin plikt til å ivareta beboerens helhetlige behov ved å alene fokusere på medisinske behov (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §1-1; NSF, 2019).

Individtilpasning av måltidet hvor beboerens tradisjoner, smak og favorittretter kartlegges vil være et viktig ledd i å kunne ivareta også de psykososiale behovene (Kirkevold, 2020a, s. 85). Kartleggingen kan støttes av “personsentrert prosesser”, i den personsentrerte tilnærmingen, fordi beboeren får ta avgjørelser basert på egne verdier og ønsker, samtidig som fysiske og medisinske behov dekkes (McCormack & McCance, 2006, s. 476-477). Ved å respektere beboerens unike erfaringer ivaretas integriteten ved å styrke beboerens følelse av helhet (beskrevet i 2.3) (Meld. St. (2017-2018); Kirkevold, 2020a, s. 90, 94). Slik vil en fremmet psykososial helse være et “forventet utfall” av den personsentrerte tilnærmingen (McCormack & McCance, 2006, s. 475, 477).

Studiens resultater antyder at ved økt ernæringskunnskap hos personalet vil måltidene kunne tilpasses beboerens preferanser, så sant som de medisinske behovene (Shune & Barewal, 2022, s. 43). Meld. St. 15 (2017-2018) har også økt ernæringskunnskap som et av sine løsningsforslag på underernæringen blant eldre. Som sykepleier har man en lovpålagt og etisk plikt til å arbeide etter egne kvalifikasjoner, og et ansvar for å holde seg faglig oppdatert (Helsepersonelloven, 1999, §4; NSF, 2019). Dette kan være å innhente råd fra kommunens ernæringsfysiolog når egne kvalifikasjoner ikke er tilstrekkelig, eller lese oppdaterte rapporter fra Helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2022c, kapittel 5). I Shune og Barewal (2022, s. 40) sin studie ble det innført et nytt konsept innenfor konsistenstilpasset mat - potetgull med “smelte i munnen”-tekstur. Deltakerne viste engasjement rundt konseptet fordi de fikk kjenne en etterlengtet, knasende tekstur på maten før den smeltet i munnen og dermed var trygg å svelge (Shune & Barewal, 2022, s. 44). Dette er et eksempel på oppdatert fagkunnskap sykepleieren kan tilegne seg ved å aktivt søke informasjon. Videre kan informasjonen brukes til å personsentrere sykepleien og å ivareta beboerens helhetlige behov (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §1-1; NSF, 2019). Ved å personsentrere måltidet kan sykepleier øke beboerens næringsinntak og matglede (Meldt. St. (2017-2018)). Matgleden kan fremme følelsen av godselvopplevd helse, og dermed fremme den psykiske helsen (Wu et al., 2020).

5.1.4 Spising, helserelatert livskvalitet og ernæringsstatus

Helserelatert livskvalitet omfavner den selvopplevde fysiske, funksjonelle, sosiale og emosjonelle delen av helsen vår, deler som også inngår i den psykososiale helsen (se 2.3) (Salminen et al., 2019, s. 474). For å betrakte sammenhengen mellom ernæringsstatus og helserelatert livskvalitet har studiene brukt kartleggingsverktøy som MNA- og 15D-skjema (beskrevet i 2.4). Dette med tanke på hvilke aspekter ved helserelatert livskvalitet som påvirker ernæringsstatus. I Salminen et al. (2019, s. 476) avdekkes det hvordan scoren på hvert av skjemaene hadde en tendens til å synke i takt med hverandre, og at alle faktorene på 15D-skjemaet, bortsett fra *søvn* og *respirasjon*, korrelerte med MNA-scoren. Studien trekker spesielt frem *spising* som en faktor med innvirkning, men også de psykososiale aspektene ved skjemaet som *depresjon*, *symptomer på manglende komfort*, *uro* og *mental funksjon* (Salminen et al., 2019, s. 476).

Det å være avhengig av hjelp til dagliglivets aktiviteter (activities of daily living [ADL]), som å spise, er vanlig blant sykehjemsbeboere (Brodtkorb & Hauge, 2020, s. 263). Ifølge Salminen et al., (2019, s. 476) har det samtidig vist seg å være vanlig blant de med underernæring. Den tydelige positive korrelasjonen mellom *spising* og MNA-score kan ses i lys av at det å behøve hjelp, som nevnt i 5.1.1, kan føre til skam over tapt funksjon, og svekket psykososial helse (Heggstad & Knutstad, 2016, s. 30; Kvaal, 2020, s. 442). Et forebyggende tiltak vil derfor kunne være å tilrettelegge for at beboeren i størst mulig grad mestrer måltidet på egenhånd, for eksempel ved hjelp av spesialbestikk eller *guiding*, som å føre hånd til munn (Jacobsen & Bye, 2015, s. 655; Brodtkorb, 2020, s. 311). Å bli involvert og engasjert i måltidet kan fremme den psykososiale helsen ved at det bidrar til å opprettholde beboerens integritet i større grad enn om vedkommende hadde blitt matet (Brodtkorb, 2020, s. 310; Kirkevold, 2020a, s. 91). På en annen side vil det alltid være beboere som har behov for å mates. Det å kartlegge forhold ved måltidssituasjonen som kan true vedkommendes integritet, og dermed svekke den selvopplevde helsen, vil da være viktig for å kunne fremme beboerens psykososiale helse (Kirkevold, 2020a, s. 94). Om sykepleier utformer måltidssituasjonen etter informasjonen hun innhenter, vil sykepleien være personsentrert. Den er både utformet etter beboerens preferanser, og dekker fysiske behov (McCormack & McCance, 2006, s. 476-477).

Ved sammenligning av resultatene fra studiene til Salminen et al. (2019) og Shune og Barewal (2022) kan også assosiasjonen mellom *spising* og MNA-score skyldes for lite fokus på

måltidsmiljøets sosiale og emosjonelle forhold. Særlig er dette en relevant betraktning ettersom de psykososiale aspektene ved 15D-skjema hadde en samtidig korrelasjon med MNA-score (Salminen et al., 2019, s. 476). Mat er, som nevnt gjennom oppgaven, ikke viktig for fysisk funksjon og helse alene, men fungerer også som et lim i mellommenneskelige forhold (Hugo et al., 2014). De sosiale og kognitive-emosjonelle faktorene diskutert i 5.1.1 og 5.1.2, bør derfor være en prioritert del av måltidsmiljøet. Det vil kunne være et forebyggende ernæringstiltak som samtidig kan fremme den psykososiale helsen. Det å leve med andre, og leve med sosial støtte er to av faktorene forbundet med høy tilfredshet, og god helserelatert livskvalitet (Chong, 2007, s. 95; Salminen et al., 2019, s. 474).

5.1.5 Depresjon og ernæringsstatus

Definisjonen av psykososial helse inkluderer *psykiske forhold* som *påvirker helse* (Svartdal, 2020). Psykiske forhold, som for eksempel psykiske og sosiale belastninger, påvirker psykisk tilstand og håndteringsevne, og kan potensielt sett bidra til psykisk lidelse, for eksempel depresjon. Ut fra dette resonnementet, samt definisjonen i første setning, ser det ut til at psykisk lidelse også vil ha påvirkning på helse (Norsk psykiatrisk forening, u.å.). Ifølge Folkehelseinstituttet, og som tidligere nevnt i oppgaven, er psykisk lidelse blant annet forbundet med somatisk sykdom og redusert forventet levealder (Tesli, 2014). Li et al. (2013, s. 635) sin studie ga resultater som for det første viste at 54% av deltakerne hadde en GDS-score på 5 eller mer - en score som indikerer behov for videre psykisk utredning (GDS beskrevet i 2.4). For det andre avdekket studien hvordan GDS-score fungerte som en signifikant prediktor for risiko for underernæring og underernæring (Li et al., 2013, s. 635). Funnene samsvarer med resultatene til Velazquez-Alva et al. (2020), som avslørte at over 19% av studiedeltakerne hadde en udiagnostisert depresjon. I tillegg hadde de med depresjon en femdoblet sjans for risiko for underernæring eller underernæring (Velazquez-Alva et al., 2020). Det ser altså ut til å være en sammenheng mellom psykisk lidelse og ernæringsstatus blant sykehjemsbeboere. Med mål om å fremme både psykisk og somatisk helse, og et godt, langt liv, kan det betraktes som fordelaktig å aktivt jobbe med disse faktorene - måten å gjøre dette på varierer, og vil diskuteres videre.

I underkapittel 2.2 ble det understreket at det er viktig å opprettholde et variert kosthold, ettersom mangel på nødvendige næringsstoffer kan medføre sykdom, skade og tap av funksjoner (Jacobsen & Bye, 2015, s. 622). Ifølge Næss (2020) påvirkes hjernens normale

fungering negativt av underernæring, uavhengig av tidligere psykisk helsestatus. Ved underernæring og høy risiko for underernæring kan man oppleve sinnstilstander preget av irritabilitet, apati og konsentrasjonsvansker. Blant eldre mennesker settes dette i forbindelse med rapportering av dårligere livskvalitet (Jacobsen & Bye, 2015, s. 653). Godt ernæringsarbeid ser derfor ut til å være av betydning for å fremme velvære og kognitiv funksjon. I tillegg er det heller ikke uvanlig med symptomer som angst, depresjon, nedsatt sosial kapasitet og sensitivitet overfor andre ved dårlig ernæringsstatus (Keys & Brozek (1944-45) referert i Næss, 2020). “Sosial kapasitet” kan her betraktes som et nøkkelbegrep, da mye tyder på at det å være sosialt aktiv både fremmer god psykisk helse og ernæringsstatus. Her henvises det til 5.1.1., samt avsnittet som følger for utdypende informasjon om betydningen av dette.

Med tanke på det psykososiale aspektet fremhever Helsedirektoratet i sine nasjonale faglige råd for psykiske lidelser hos eldre, anbefalingen om at depresjonssymptomer bør utredes og behandles, og ikke betraktes som en naturlig del av det å bli gammel (Helsedirektoratet, 2019, kap. 2). I listen over råd understrekes det flere ganger hvordan sosiale tiltak bør iverksettes for å bedre psykisk helse. For eksempel nevnes det at fokus på sosial aktivitet ved *mild depresjon* hos eldre er behandlende, og at eldre med *depresjon* derfor bør tilbys tiltak som bryter ensomhet. For å redusere *risiko for psykisk lidelse* anbefales det i tillegg til fysisk aktivitet, sosial aktivitet for å forebygge sosial isolasjon (Helsedirektoratet, 2019, kap. 2, 10). Rådene har ingen direkte sammenheng med ernæring. Samtidig, ettersom det å samles til et måltid stort sett fungerer som en sosial begivenhet på sykehjem, og er en forholdsvis enkel måte å samle en gruppe mennesker på, kan måltidssituasjonen betraktes som et godt tilbud for de som er i behov av å interagere mer med omverdenen.

Denne oppgaven tar for seg, som problemstillingen tilsier, hvordan arbeid med ernæringsstatus kan påvirke den psykososiale helsen. Det bør likevel nevnes at det i litteraturen fremgår et mer skiftende og flytende fokus når det kommer til *retning* - mens det ser ut til at ernæringsstatus i høy grad kan påvirke psykisk helse, virker det også som psykisk helse kan påvirke ernæringsstatus. Li et al., (2013, s. 636) undersøkte teorien om at det å bedre ADL-status kunne redusere underernæring. Det viste seg derimot at å lette depressive symptomer hadde større innvirkning på ernæringsstatus. Helsedirektoratet understreker hvordan matinntak og ernæringsstatus blant eldre mennesker påvirkes av sosiale og psykiske forhold, som ensomhet, depresjon og angst (Helsedirektoratet, 2022c, kap. 3). Heggstad og

Knutstad (2016, s.132) skriver at et tegn på trivsel, er at man opprettholder optimal kroppsvekt. Samtidig definerer de begrepet mistrivsel på følgende måte: “Et syndrom med hovedsymptomer som uforklarlig og ikke-planlagt vekttap, nedsatt appetitt, dårlig ernæringstilstand, depresjon og reduksjon i fysisk og/eller kognitiv funksjon.”, og understreker hvordan fenomenet kan ha fysiske, medisinske og psykososiale årsaker (Heggestad & Knutstad, 2016, s. 132).

For å oppsummere kort tyder forskning på at psykisk helse og depresjon har en sammenheng med ernæringsstatusen til eldre på sykehjem. Dårlig ernæringstilstand kan virke inn på hjernens fysiologiske funksjoner, og dermed også psykiske funksjoner. Dersom man har risiko for å utvikle depresjon, har depressive symptomer, eller depresjon, anbefales det å øke mengden sosial aktivitet som forebygging mot ytterligere forverring. Da isolasjon fra omverdenen ser ut til å være et ikke-uvanlig fenomen ved slike tilstander, kan det tenkes at en personsentrert sykepleie for å øke mengden sosial kontakt for aktuelle beboere vil være et viktig forebyggende tiltak. Ut fra kunnskapsgrunnlaget som er benyttet i dette underkapittelet, kan det konkluderes med at det å skape gode måltidssituasjoner ikke bare kan bedre ernæringsstatus, men også potensielt sett lette depressive symptomer. Det bør samtidig bemerkes at det her er snakk om utfordringer som ikke har en ensidig påvirkningskraft. Etersom psykisk helsetilstand kan gi ernæringsmessige konsekvenser på lik linje som det problemstillingen vår formidler, kan det tenkes at man som behandler bør etterstrebe personsentrert tilnærming, for best mulig å kunne møte enkeltindividets forutsetninger og behov.

5.1.6 Avslutningsvis

På grunn av den nære relasjonen, og gjensidige påvirkningskraften mellom underernæring og psykososial helse, er det kunstig å tviholde på problemstillingens retning. På grunn av oppgavens krav forsøker vi likevel å holde fast ved underernæringens betydning for den psykososiale helsen.

5.2 Metodediskusjon

I vurderingen av litteraturstudie som metode kan vi begynne med å se på at det kun er foretatt ett strukturert litteratursøk, da oppgavens rammer setter denne begrensningen. Søket ble gjort i den pålitelige databasen Cinahl complete, men vi kan ha gått glipp av annen relevant

forskning innen temaet ved å ikke gjøre flere søk eller søk i andre databaser. Antall treff på søket var likevel mange, som gir grunn til å tro at vi fikk et representativt utvalg. Kombinasjonen av de meningsbærende ordene i søket ga null treff, så vi åpnet søket. Et åpent søk kan betraktes som en svakhet, men ettersom vi inkluderte de meningsbærende ordene som inklusjons- og eksklusjonskriterier, ble kun relevante forskningsartikler inkludert i litteraturstudien. Det er kun anvendt fire forskningsartikler i oppgaven som kan føre til en snever presentasjon av forskningsresultater innenfor temaet. Samtidig har vi brukt oppdaterte rapporter og faglige retningslinjer fra Helsedirektoratet, og øvrig fag- og forskningslitteratur for å fremme ulike perspektiver (Helsedirektoratet, 2022b, c). Det er i hovedsak brukt primærkilder, men noen sekundærkilder har blitt anvendt for å gi en bredere forståelse av problematikken. Noen sekundærkilder lot seg heller ikke oppdrive i primærkildens form. En av oppgavens forfattere har erfaring med litteraturstudie som metode. Vi har også vært to som har vurdert forskningsartiklene, som øker sannsynligheten for at engelsk oversettelse og tolkning av resultater er korrekt.

Av styrker og svakheter knyttet til artiklene som er inkludert i oppgaven, skal det nevnes at det under søkeprosessen ikke ble gjort noen avgrensninger i forhold til land for aktuelle studier. Forskningen vi har brukt har derfor vært spredt lokasjonsmessig, som på en side kan betraktes som en svakhet. Ulik kultur, økonomisk situasjon, tilgjengelige ressurser, og helsetjenestetilbud varierer mellom land, og er faktorer som kan påvirke forskningens resultater. Potensielt sett kan dette gjøre de mindre generaliserbare i forhold til land der situasjonen er annerledes. Som eksempel kan det tenkes at Li et al. (2013) sin forskning innen eldreomsorgen i Taiwan har gitt enkelte resultater som skiller seg fra det man ville fått ved en tilsvarende studie i Norge, som er målet for denne oppgaven. På den andre siden har litteraturstudien vår avdekket nokså samstemte resultater mellom forskningsartiklene som er inkludert, til tross for sprikende geografisk avstand. Dette kan vitne om at nedsatt psykisk helse, dårlig sosial tilrettelegging, og risikofylt ernæringsstatus blant eldre på sykehjem er globale utfordringer. Flere av artikkelforfatterne bruker forskning fra Europa som supplerende stoff for å styrke egen diskusjon. På bakgrunn av dette kan det argumenteres for at forskningsresultatene er noe generaliserbare likevel, og kan bidra med nyttig kunnskap til den norske eldreomsorgen.

Med tanke på litteraturstudiens problemstilling og innhold, sammenlignet med informasjonen og kunnskapen oppgavens hovedartikler inkluderer, er det spesielt én svakhet som har gjort

seg synlig i løpet av skriveprosessen. Flere av artiklene har, i tillegg til psykososial helse og ernæring, fokus på ADL blant eldre, og hvordan dette som en tredje faktor kan påvirke de to førstnevnte. Ettersom det i denne oppgaven er tatt et bevisst valg om å utelukke temaet funksjonsstatus, grunnet kriterier knyttet til ord-omfang, tas det høyde for at konklusjonene som trekkes i teksten kan gi et mangelfullt svar på hva som kreves for å jobbe med psykososial helse via ernæringsarbeid. I en praktisk setting kan det vise seg vel så nødvendig å sette fokus på funksjonsstatus, for å kunne jobbe med psykososial helse på en måte som gir tilfredsstillende resultater.

6 Konklusjon

I denne bacheloroppgaven har vi forsøkt å undersøke hvilken betydning forebygging av underernæring har for den psykososiale helsen til eldre sykehjemsbeboere. Sammenhengen mellom ernæringsstatus og psykososial helse er sterk, noe som fremheves i forskning fra ulike land. Gjennom ernæringsarbeid vil sykepleierens forebyggende funksjon ikke bare kunne bedre ernæringsstatus, men også fremme psykososial helse. Sykepleieren bør ha kunnskap om at underernæring og dårlig psykososial helse er risikofaktorer med gjensidig påvirkningskraft. Ut fra dette bør hun kontinuerlig oppsøke informasjon om forebyggende ernæringstiltak, for også å fremme god psykososial helse.

Mellommåltid som forebyggende ernæringstiltak ser ut til å ikke ha nevneverdig effekt på ernæringstilstand og psykososial helse uten samtidig fokus på måltidsmiljøet. *Måltidsmiljø* som et forebyggende ernæringstiltak har vist seg å kunne fremme den psykososiale helsen og forebygge depresjon, parallelt med ernæringsstatus. Forskning viser at sykehjemsbeboere prisgir det sosiale og kognitivt-emosjonelle ved måltidet på lik linje med, om ikke mer enn, de næringsgivende komponentene. Sosialt tilrettelagte måltidssituasjoner åpner flere muligheter for engasjement og interaksjon med andre, som har vist seg å kunne redusere risiko for psykisk lidelse som depresjon. Forutsetningene sykehjemmet som bosted byr på, gir sykepleieren gode muligheter til å påvirke måltidenes utforming.

Beboerne vil derimot ha ulike forutsetninger for å håndtere sosiale situasjoner, og tvungen sosial aktivitet kan virke motsatt, og svekke den psykososiale helsen. En personsentrert tilnærming for å identifisere beboerens forutsetninger og behov, samt hvordan best mulig dekke disse, fremheves derfor som sentralt for at det sosiale ved måltidsmiljøet skal kunne ha denne betydningen for psykososial helse. Minnearbeid kan f.eks. være et alternativt ernæringstiltak som kan fremme psykososial helse hos de med lavere sosial kapasitet, f.eks. ved å videreføre tidligere livsførsel gjennom deltakelse i matlagingen.

Det forebyggende ernæringstiltaket *mattilbud* kan ha betydning for beboerens ernæringsstatus og selvopplevde helse. Deltakerne i ett av studiene påpekte at manglende valgmuligheter ved behov for konsistenstilpasset kost reduserer appetitt og matglede. Kunnskap om alternativer for denne beboergruppen, og bruken av den gjennom personsentrert sykepleie, har vist seg å kunne fremme integritet og helserelatert livskvalitet, og dermed psykososial helse. Det samme gjelder tilrettelegging under måltidet på en slik måte at beboeren opplever mestring i størst mulig grad, med bakgrunn i at det å være avhengig av hjelp kan føre til skam over tapt funksjon, og svekke psykososial helse.

Vi anerkjenner at kunnskapen vi har samlet i denne oppgaven er et begrenset utvalg og ikke er tilstrekkelig for å besvare studiens problemstilling med sikkerhet. Samtidig runder vi av med bedre forutsetninger for å gi råd knyttet til temaet. Følgende dette kan ha for praksis er flere. Først og fremst bør viktigheten av et holistisk syn på helse understrekes. Med utspring i oppgavens innhold er det ikke nødvendigvis nok å alene fokusere på hvilke næringsstoffer som passerer gjennom kroppen ved underernæring, dersom man ønsker det beste for den eldre. Mat og måltider har potensielt sett også mye emosjonelt knyttet til seg – minner,

tilfredsstillelse, glede, sorg, mestring eller ikke mestring. Ved å sosialisere og minne-aktivisere sykehjemsbeboere med risiko for underernæring eller underernæring, f.eks. ved å organisere måltidsituasjoner der valgfrihet, mestring, integritet og deltakelse står sentralt, kan det tenkes at man som følge oppnår bedre ernæringsstatus, letter psykisk belastning og lidelse, og fremmer god psykososial helse.

Referanseliste

Aldring og helse. (u.å.). Ordbok: Oppslagsord “Forebygge”. Hentet 7. november 2022 fra

<https://www.aldringoghelse.no/ordbok/forebygge/>

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.

Chong, A. M. L. (2007). Promoting the Psychosocial Health of the Elderly— The Role of Social Workers. *Social work in health care*, 44(1-2), 91-109.

Norsk psykiatrisk forening. (u.å.). Vanlige spørsmål og svar om psykiske lidelser.

Legeforeningen.

<https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norskpsykiatri/om-psykiske-lidelser/sporsmal-og-svar-om-psykiske-lidelser/#41345>

Folkehelseinstituttet [FHI]. (2022, 17. juni). Folkehelse rapporten: Helse hos eldre.

Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/eldre/>

Forskrift for sykehjem. (1989). Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie (FOR-1988-11-14-932). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1988-11-14-932>

Gleditsch, R. F., Thomas, M. J. & Syse, A. (2020). Nasjonale befolkningsframskrivninger 2020: Modeller, forutsetninger og resultater (rapporter 2020/24). Statistisk sentralbyrå.

<https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/nasjonale-befolkningsframskrivninger-2020>

Heggestad, A. K. T. & Knutstad, U. (Red.). (2016). Sentrale begreper og fenomener i klinisk

sykepleie: sykepleieboken 2 (4. utg.). Cappelen Damm Akademisk.

Helsedirektoratet. (2016, september). Kosthåndboken - veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten [hefte], (s. 1-279).

https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kosthandboken/Kosthåndboken%20-%20Veileder%20i%20ernæringsarbeid%20i%20helse-%20og%20omsorgstjenesten.pdf/_attachment/inline/afa62b36-b684-43a8-8c80-c534466da4a7:52844b0c770996b97f2bf3a3946ac3a10166ec28/Kosthåndboken%20-%20Veileder%20i%20ernæringsarbeid%20i%20helse-%20og%20omsorgstjenesten.pdf

Helsedirektoratet. (2019, 2. mai). Psykiske lidelser hos eldre [nasjonale faglige råd].

<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/psykiske-lidelser-hos-eldre>

Helsedirektoratet. (2022a, 5. april). Dette gjør Helsedirektoratet.

<https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/dette-gjor-helsedirektoratet>

Helsedirektoratet. (2022b, 14. mars). Forebygging og behandling av underernæring [nasjonal faglig retningslinje].

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-og-behandling-av-underernæring>

Helsedirektoratet. (2022c, 14. mars). Mer enn mat - nasjonal ernæringsstrategi for eldre [rapport].

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/mer-enn-mat--nasjonal-ernaeringsstrategi-for-eldre>

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

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

Helse og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (LOV-2011-06-24-30). Lovdata.

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=kommunehelsetjenesteloven#KAPITTEL_4

- Hugo, C., Dwonczyk, M., Skinner, J., & Isenring, L. (2018). Improving the quality of life of aged care residents through the joy of food: The lantern Project. *Australasian Journal on Ageing*, 37(4), 300-304. <https://doi.org/10.1111/ajag.12510>
- 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. 619-673). Cappelen Damm akademisk.
- Kirkevold, M. (2020a). Den gamles integritet. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 84-97). Gyldendal.
- Kirkevold, M. (2020b). Personsentrert og individuelt tilpasset sykepleie. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 98-114). Gyldendal.
- Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (Red.). (2020). *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg.). Gyldendal.
- Kjelvik, J. (2017). Diagnosestatistikk for kommunale helse- og omsorgstjenester. Tema: Demenssykdom. Data fra IPLOS-registeret. (IS-0600). Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/diagnosestatistikk-for-kommunale-helse-og-omsorgstjenester/Diagnosestatistikk%20for%20kommunale%20helse-%20og%20omsorgstjenester%202016.pdf/_/attachment/inline/04e3f7d8-8f1e-4b1e-8285-aeb81fd19dc4:36925d0b3811adb2b19545f016565b4638b5a960/Diagnosestatistikk%20for%20kommunale%20helse-%20og%20omsorgstjenester%202016.pdf
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (2011). Om sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg., s. 15-29). Gyldendal akademisk. https://issuu.com/gyldendalnorskforlag/docs/grunnleggende_sykepleie/19
- Kunnskapsdepartementet. (2008, 25. januar). Rammeplan for sykepleierutdanning (s. 1-15).

https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf

Kvamme, J. M., Grønli, O., Florholmen, J., & Jacobsen, B. K. (2011). Risk of malnutrition is associated with mental health symptoms in community living elderly men and women: the Tromsø study. *BMC Psychiatry*, 11(1), 112–112.

<https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-112>

Kvaal, K. (2020). Angst og depresjon. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 442-457). Gyldendal.

Li, I. C., Kuo, H. T., & Lin, Y. C. (2013). The mediating effects of depressive symptoms on nutritional status of older adults in long-term care facilities. *The journal of nutrition, health & aging*, 17(7), 633-636. <https://doi.org/10.1007/s12603-013-0018-7>

McCormack, B. & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of advanced nursing*, 56(5), 472-479.

Meld. St. 15 (2017-2018). *Leve hele livet - en kvalitetsreform for eldre*. Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/?ch=6>

Mensen, L. (2020). Biologisk aldring. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 29-34). Gyldendal.

Norsk helseinformatikk [NHI]. (2020). *Depresjon hos eldre*.

<https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/depresjon/depresjon-hos-eldre/>

Norsk sykepleierforbund [NSF]. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*.

<https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

Næss, B. T. (2020, 12. oktober). *Psykisk helse og ernæring - What's in it?*. KEFF.

<https://keff.no/nyheter/psykisk-helse-og-ernæring-what-s-in-it>

- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient-%20og%20brukerrettighetsloven>
- Popenoe, R., Langius-Eklöf, A., Stenwall, E., & Jervaeus, A. (2021). A practical guide to data analysis in general literature reviews. *Nordic journal of nursing research*, 41(4), 175-186.
- 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.
- Salminen, K. S., Suominen, M. H., Soini, H., Kautiainen, H., Savikko, N., Saarela, R. K. T., & Pitkala, K. H. (2019). Associations between nutritional status and health-related quality of life among long-term care residents in Helsinki. *The journal of nutrition, health & aging*, 23(5), s. 474-478. <https://doi.org/10.1007/s12603-019-1182-1>
- Shune, S., & Barewal, R. (2022). Redefining the value of snacks for nursing home residents: Bridging psychosocial and nutritional needs. *Geriatric Nursing*, 44, s. 39-47.
<https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.12.022>
- Smit, J. A. & Hvalvik, S. (2015). Makt og tvang i stellesituasjoner. I Tingvoll (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (nr. 2-2015, årgang 7, s. 6-13).
https://www.nsf.no/sites/default/files/groups/subject_group/2019-11/gs_0215_0.pdf
- Svartdal, F. (2020, 12. juni). Psykososial. I Erik Bolstad (Red.), *Store Norske Leksikon*.
<https://snl.no/psykososial>

Tesli, M. S. (2014). Psykiske lidelser hos voksne. Folkehelseinstituttet.

<https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/>

Velázquez-Alva, M. C., Irigoyen-Camacho, M. E., Cabrer-Rosales, M. F., Lazarevich, I., Arrieta-Cruz, I., Gutiérrez-Juárez, R., & Zepeda-Zepeda, M. A. (2020). Prevalence of Malnutrition and Depression in Older Adults Living in Nursing Homes in Mexico City. *Nutrients*, 12(8), 2429. <https://doi.org/10.3390/nu12082429>

Wu, S. A., Morrison-Koechl, J., Slaughter, S. E., Middleton, L. E., Carrier, N., McAiney, C., & Keller, H. (2020). Family member eating assistance and food intake in long-term care: A secondary data analysis of the M3 Study. *Journal of Advanced Nursing*, 76(11), 2933-2944.

7 Vedlegg

7.1 Vedlegg (ernæringstrappen)



Ernæringstrappen - modell for prioritering av ernæringstiltak

(Helsedirektoratet, 2016, s. 98)

7.2 Vedlegg (sjekkliste artikkel)

SJEKKLISTE FOR VURDERING AV PREVALENSSTUDIE

(Tverrsnittstudie, spørreundersøkelse, survey)

"The mediating effects of depressive symptoms on nutritional status of older adults in long-term care facilities"

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

Kan vi stole på resultatene?

Hva forteller resultatene?

Kan resultatene være til hjelp i praksis?

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på spørsmålene.

Basert på EBMH Notebook. Guidelines for evaluating prevalence studies. May 1998, Vol 1, No 2 pp 37-9. URL:

[http://www.psychiatry.ox.ac.uk/cebmh/journal/contents/1\(2\)/37-9.html](http://www.psychiatry.ox.ac.uk/cebmh/journal/contents/1(2)/37-9.html)

Cathryn Thomas, Sheila Greenfield and Yvonne Carter. Questionnaire design. Chapter 6 in "Research Methods in Primary Care" (1997) Oxford: Radcliffe Medical Press.

INNLEDENDE SPØRSMÅL

1. Er problemstillingen i studien klart formulert?	Ja	Uklart	Nei X
	0	0	
2. Er en prevalensstudie en velegnet metode for å besvare problemstillingen / spørsmålet?	Ja	Uklart	Nei
	X	0	0

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE

3. Er <u>befolkningen</u> (populasjonen) som utvalget er tatt fra, klart definert?	Ja	Uklart	Nei X
	0	0	
Ble <u>utvalget</u> inkludert i studien på en tilfredsstillende måte?	Ja	Uklart	Nei X
	0	0	

5. Er det gjort rede for om <u>respondentene</u> skiller seg fra dem som ikke har respondert?	Ja	Uklart	Nei X
	0	0	

<p>10. Hva er resultatet i denne studien?</p> <p>Kan resultatene skyldes tilfeldigheter?</p>	<p>Over halvparten av deltakerne hadde en grad av depresjon, samtidig som GDS-SF-score var en signifikant prediktor for underernæring og risiko for underernæring.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Depressive symptomer kunne signifikant forutsi - Ernæringsstatus ($p < 0.001$) • Underernæring ($p < 0.01$) • Risiko for underernæring ($p = 0.001$)
--	--

KAN RESULTATENE VÆRE TIL HJELP I MIN PRAKSIS

<p>11. Kan resultatene overføres til praksis?</p>	<p>Ja</p>	<p>X</p>	<p>Uklart</p>	<p>Nei O</p>
<p>12. Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene i andre tilgjengelige studier?</p>	<p>Ja</p>	<p>X</p>	<p>Uklart</p>	<p>Nei O</p>

7.3 Vedlegg (sjekkliste artikkel)

SJEKKLISTE FOR VURDERING AV PREVALENSSTUDIE

(Tverrsnittstudie, spørreundersøkelse, survey)

"Associations Between Nutritional Status, Frailty and Health-Related Quality of Life Among Older Long-Term Care Residents in Helsinki"

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

Kan vi stole på resultatene?

Hva forteller resultatene?

Kan resultatene være til hjelp i praksis?

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på spørsmålene.

Basert på EBMH Notebook. Guidelines for evaluating prevalence studies. May 1998, Vol 1, No 2 pp 37-9. URL:

[http://www.psychiatry.ox.ac.uk/cebmh/journal/contents/1\(2\)/37-9.html](http://www.psychiatry.ox.ac.uk/cebmh/journal/contents/1(2)/37-9.html)

Cathryn Thomas, Sheila Greenfield and Yvonne Carter. Questionnaire design. Chapter 6 in "Research Methods in Primary Care" (1997) Oxford: Radcliffe Medical Press.

INNLEDENDE SPØRSMÅL

1. Er problemstillingen i studien klart formulert?	Ja 0	Uklart 0	Nei X
2. Er en prevalensstudie en velegnet metode for å besvare problemstillingen / spørsmålet?	Ja X	Uklart 0	Nei 0

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE

3. Er <u>befolkningen</u> (populasjonen) som utvalget er tatt fra, klart definert?	Ja 0	Uklart 0	Nei X
Ble <u>utvalget</u> inkludert i studien på en tilfredsstillende måte?	Ja 0	Uklart 0	Nei X

5. Er det gjort rede for om <u>respondentene</u> skiller seg fra dem som ikke har respondert?	Ja 0	Uklart 0	Nei X
---	---------	-------------	-------

<p>6. Er svarprosenten høy nok?</p>	<p>Ja <input type="radio"/> Uklart <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/></p>
<p>7. Bruker studien <u>målemetoder</u> som er pålitelige (valide) for det man ønsker å måle?</p>	<p>Ja <input type="radio"/> Uklart <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/></p>
<p>8. Er <u>datainnsamlingen</u> standardisert?</p>	<p>Ja <input type="radio"/> Uklart <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/></p>
<p>9. Er <u>dataanalysen</u> standardisert?</p>	<p>Ja <input type="radio"/> Uklart <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/></p>

HVA FORTELLER RESULTATENE?

<p>10. Hva er resultatet i denne studien?</p> <p>Kan resultatene skyldes tilfeldigheter?</p>	<p>Både ernæringsstatus og skrøpelighet er lineært forbundet med helserelatert livskvalitet blant eldre i sykehjem – et adekvat næringsinntak kan forebygge skrøpelighet, og opprettholde helserelatert livskvalitet.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Studien viser en sammenheng mellom kjønnsspesifisert standardisert næringsinntak per dag og skrøpelighet (p = 0,001) • Lineær sammenheng, men ikke-signifikant interaksjon mellom skrøpelighet, MNA-skår og helserelatert livskvalitet (p = 0,18)
--	--

KAN RESULTATENE VÆRE TIL HJELP I MIN PRAKSIS

<p>11. Kan resultatene overføres til praksis?</p>	<p>Ja</p> <p style="text-align: center;">O</p>	<p>Uklart</p>	<p style="text-align: center;">O</p>	<p>Nei X</p>
<p>12. Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene i andre tilgjengelige studier?</p>	<p>Ja</p> <p style="text-align: center;">X</p>	<p>Uklart</p>	<p style="text-align: center;">O</p>	<p>Nei O</p>

7.4 Vedlegg (sjekkliste artikkel)

Sjekkliste kvalitativ studie: "Redefining the value of snacks for nursing home residents: Bridging psychosocial and nutritional needs."

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

0. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

0. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

0. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

0. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: 17 semistrukturerte intervjuer gjennom studieperioden, på mellom 10-60 minutter, ansikt til ansikt, utført i rom deltakerne selv foretrakk. Ble filmet og tatt notater som datainnsamling, forsker og assistentene analyserte transkripsjoner av videoene, og identifiserte temaer.

0. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: forskeren var en sertifisert logoped, med mange års erfaring innen helsevesenet, som ikke hadde noen tilknytning til stedet fra før, eller kjente noen av deltakerne.

Spørsmålene var åpne, som ga mulighet for et bredt spekter av svar. Forskeren gjorde tilpasninger under intervjuene der det var nødvendig.

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: deltakerne ble rekrutert av stedets ansatte, og ikke forskeren/assistentene. Studien krevde i tillegg samtykke fra både deltakeren selv og vedkommendes personlige, autoriserte helsepersonell (særkontakt).

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Ja – Nei – Uklart

2.6.1. Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Livskvalitet, og å få dekket fysiske og emosjonelle behov, henger sammen med valgmuligheter ift. mat, måltidshyppighet, og måltidsomgivelser. Begrensninger/hindre kan oppstå der deltakerne f.eks. har svelgevansker og/eller spesialkost, da dette byr på begrensede valgmuligheter.

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Kommentar: Studien har avdekket behovet for større fokus på mellommåltider, både på grunn av næringsmessige og ikke-næringsmessige fordeler. Mellommåltider som i studiet fremmer sosialisering, minner, og næringsinntak – dette krever samtidig ressurser og mulighet for individtilpasning.

7.5 Vedlegg (sjekkliste artikkel)

SJEKKLISTE FOR VURDERING AV PREVALENSSTUDIE

(Tverrsnittstudie, spørreundersøkelse, survey)

"Prevalence of malnutrition and depression in older adults living in
nursing homes in Mexico city"

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

Kan vi stole på resultatene?

Hva forteller resultatene?

Kan resultatene være til hjelp i praksis?

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal
svare på spørsmålene.

Basert på EBMH Notebook. Guidelines for evaluating prevalence studies. May 1998, Vol
1, No 2 pp 37-9. URL:

[http://www.psychiatry.ox.ac.uk/cebmh/journal/contents/1\(2\)/37-9.html](http://www.psychiatry.ox.ac.uk/cebmh/journal/contents/1(2)/37-9.html)

Cathryn Thomas, Sheila Greenfield and Yvonne Carter. Questionnaire design. Chapter 6
in "Research Methods in Primary Care" (1997) Oxford: Radcliffe Medical Press.

INNLEDENDE SPØRSMÅL

1. Er problemstillingen i studien klart formulert?	Ja	Uklart	Nei X
		O	O

2. Er en prevalensstudie en velegnet metode for å besvare problemstillingen / spørsmålet?	Ja	Uklart	Nei
	X	O	O

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE

3. Er <u>befolkningen</u> (populasjonen) som utvalget er tatt fra, klart definert?	Ja	Uklart	Nei X
	O	O	
Ble <u>utvalget</u> inkludert i studien på en tilfredsstillende måte?	Ja	Uklart	Nei X
	O	O	

5. Er det gjort rede for om <u>respondentene</u> skiller seg fra dem som ikke har respondert?	Ja	Uklart	Nei X
	O	O	

<p>10. Hva er resultatet i denne studien?</p> <p>Kan resultatene skyldes tilfeldigheter?</p>	<p>Studien avdekkete en sterk sammenheng mellom dårlig ernæringsstatus og depresjon, i tillegg til et bånd mellom dårlig ernæringsstatus og et daglig inntak av tre medisiner eller mer.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alvorlig depresjon forekom i signifikant større grad hos kvinner enn hos menn ($p < 0,001$) • Det var ingen signifikant sammenheng mellom bruken av antidepressiva og ernæringsstatus (menn $p = 0,143$, kvinner $p = 0,416$) • Signifikant korrelasjon mellom MNA-skår og depresjon ($p < 0,001$) • ADL og MNA hang signifikant sammen med depresjon
--	---

KAN RESULTATENE VÆRE TIL HJELP I MIN PRAKSIS

<p>11. Kan resultatene overføres til praksis?</p>	<p>Ja</p> <p style="text-align: center;">O</p>	<p>Uklart</p>	<p style="text-align: center;">O</p>	<p>Nei X</p>
<p>12. Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene i andre tilgjengelige studier?</p>	<p>Ja</p> <p style="text-align: center;">X</p>	<p>Uklart</p>	<p style="text-align: center;">O</p>	<p>Nei O</p>