



© Universitetsforlaget
Nordisk Sygeplejeforskning/
Nordic Nursing Research,
volume 6, no 2-2016 p. 178–197
ISSN Online: 1892-2686
DOI: 10.18261/issn.1892-2686-
2016-02-07

PEER REVIEWED ARTICLE

Mat, måltider og ernæring på sykehjem

– erfaringer fra et aksjonsforskningsprosjekt

Åse Monica Leirvik

Høgskolelektor, RN, Master i yrkespedagogikk, Høgskolen i Hedmark, Avdeling for folkehelsefag, Institutt for sykepleie. ase.leirvik@hihm.no

Sevald Høye

Førsteamanuensis, RN, PhD, Høgskolen i Hedmark, Avdeling for folkehelsefag, Institutt for sykepleie. sevald.hoye@hihm.no

Kari Kvigne

Professor, RN, PhD, Høgskolen i Hedmark, Avdeling for folkehelsefag, Institutt for sykepleie & Nord Universitet, Institutt for sykepleie. kari.kvigne@hihm.no

SAMMENDRAG

Den overordnede målsetting for dette samarbeidsprosjektet mellom Høgskolen i Hedmark og seks sykehjem hvor sykepleierstudenter gjennomfører sine praksisstudier, var å forbedre kvaliteten på sykepleien til pasientene innen området mat, måltider og ernæring. Hensikten var videre å styrke sykepleiepersonalet og studentene sin kompetanse i kritisk granskning av egen praksis, i tillegg til å gi erfaring i å søke etter forskningsresultater, vurdere disse og implementere endringer i praksis. Prosjektet hadde en aksjonsforskningsorientert tilnærming, og det ble benyttet både prosess- og summativ evaluering. Sykepleiepersonalet valgte selv forbedringsområder relatert til to hovedområder: 1) ro og trivsel rundt måltidene, og 2) kartlegging og oppfølging av pasientenes ernæringsstatus. Gjennom arbeid i et sykepleienettverk, og ved å følge den kunnskapsbaserte arbeidsprosessen, ble en rekke tiltak iverksatt, bl.a. gjennom at personalet ble mer bevisst eget ansvar for ro og trivsel under måltidene, tilrettelegging av spisesituasjonen, flere mellommåltider, energiberiket kost, og individuell kartlegging og oppfølging av pasientene. Prosjektet medførte verdifulle endringer innen området mat, måltider og ernæring på sykehjem. Personalet utviklet sin kompetanse i kritisk å granske egen virksomhet, og ble gradvis mer orientert mot forskningsbasert kunnskap.

Emneord

Kompetanseheving, kunnskapsbasert praksis, kvalitetsutvikling, sykepleienettverk



UNIVERSITETSFORLAGET

FOOD, MEALTIMES AND NUTRITION IN NURSING HOMES – EXPERIENCES FROM AN ACTION-RESEARCH PROJECT

The primary aim of this collaboration between Hedmark University College and six nursing homes for nursing students' practical studies was to strengthen the quality of nursing care within the area of food, meals and nutrition. Sub-goals were 1) strengthening nursing professionals and nursing students' competence for critically analyzing their own practice 2) give experience in searching for research-based knowledge, assessment and possibly implement changes in practice. An action-research inspired approach with both process- and summative evaluation was used. Areas for improvement were identified, by the nursing professionals themselves, related to two main themes:

1) A peaceful, pleasant atmosphere during mealtimes, and 2) Assessment and monitoring the individual patient's nutritional status. Working within a nursing network, and following the knowledge-based working process measures were taken, mostly due to increased consciousness of the personnel's own responsibility to create a peaceful, pleasant atmosphere during mealtimes, the importance of facilitation of eating situations, offering in-between meals, energy-enriched diet, and individual assessment and monitoring of the patients' nutritional status. The project resulted in valuable changes in the area of food, meals and nutrition in nursing homes. The nursing professionals developed their skills for critically analyzing their own practice, and gradually became more oriented toward research-based knowledge.

Keywords

competence development, knowledge-based practice, nursing network, quality improvement

Prosjektet «Mat, måltider og ernæring på sykehjem» var et samarbeid mellom Høgskolen i Hedmark og seks sykehjem hvor sykepleierstudenter gjennomfører sine praksisstudier. Med økende alder skjer en rekke forandringer i menneskekroppen som har betydning for pasientens ernæringsbehov (1). Beboerne på sykehjem er generelt skrøpelige, og har ofte flere sykdommer og lidelser som påvirker matlysten (2). Flere studier viser at eldre pasienter i sykehjem er utsatt for underernæring (2–5). Underernæring påvirker fysisk og mental funksjon, øker risikoen for komplikasjoner, reduserer motstand mot infeksjoner, gir redusert livskvalitet og økt dødelighet (6). Dersom eldre i en periode spiser mindre, og erfarer vekt tap, går de ikke så lett opp i vekt igjen. Å forebygge underernæring er lettere enn å behandle en som allerede er blitt underernært (2).

Måltider handler om mer enn tilstrekkelig ernæring. Mat har også psykososial betydning. Mat kan markere skillet mellom hverdag og fest, vise årstidene og tidens gang. I sykehjem er måltidene dagliglivets organisator. Matlyst kan være livslystens viktigste indikator. (7–9).

Tilrettelegging av måltider er en viktig og ansvarsfull oppgave for ansatte i pleie- og omsorgstjenesten. Manglende kunnskap, interesse og oppmerksom-

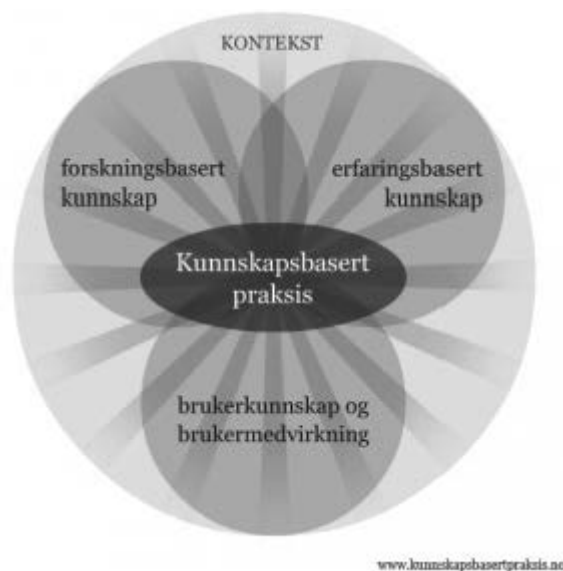
het om ernæring blant helsepersonell, er medvirkende faktor til at ernæringsstatus forringes ved innleggelse i institusjon (5,10). Sykepleieren har ansvar for at eldre i sykehjem får et forsvarlig kosthold tilpasset den enkeltes ernæringsbehov (1,11). Både pasienten selv og helsepersonell synes å overestimere matinntaket og anta at det er tilstrekkelig (5). Flere studier viser at det går for lang tid mellom kveldsmåltidet og frokost (2,12).

Pleiepersonalets holdninger, bevissthet og ansvarlighet for mat og drikke er av betydning for at beboerne skal få dekket sitt ernæringsbehov. Behovet for økt ernæringskompetanse hos helsepersonell i sykehjem er synliggjort (13,14).

I følge Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (15) må kommunene etablere et system som sikrer at brukerne får tilstrekkelig, variert og helsefremmende kosthold, rimelig valgfrihet når det gjelder mat, tilpasset hjelp ved måltider, og nok tid og ro til å spise.

I Meld.St.10 (16) vektlegges kvalitetsforbedring som en integrert del av det daglige arbeidet. Å utvikle en kultur for kvalitetsarbeid hvor det settes krav til lederes og ansattes kompetanse, og til kontinuerlig faglig utvikling er av betydning (17). Framtidens pasienter skal møte kompetente velferdsarbeidere som samarbeider, lytter til deres behov og ønsker, og gir kvalitetssikret og kunnskapsbasert hjelp (18).

Forskningsresultater må i større grad benyttes som integrert del av sykepleierens praksis for å gi pasienten riktig og god sykepleie (19,20). Å utøve kunnskapsbasert praksis (heretter KBP) er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjonen (21). Se figur 1.



Figur 1: Ulike kunnskapskilder i KBP (22)

Formålet med dette prosjektet var å forbedre kvaliteten på sykepleien til pasienter i sykehjem innen området mat, måltider og ernæring, og ved samtidig å styrke sykepleiepersonalet og sykepleierstudentene sin kompetanse i å arbeide kunnskapsbasert.

METODE

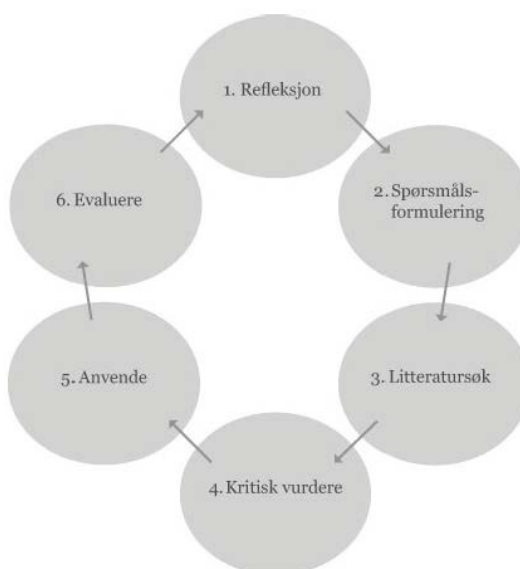
Prosjektet hadde en aksjonsforskningsorientert tilnærming.

Aksjonsforskning er en vitenskapelig tilnærming for å utvikle praksis i samarbeid med praksisfeltets utøvere. Aksjonsforskningen søker å skape kunnskap som bidrar til praktiske løsninger på aktuelle problemer lokalt, og til ny generell kunnskap. Gjennom aksjonsforskning møtes teori – og praksisverdenen, og utfordrer hverandre. Et særpreg i aksjonsforskning er at aktørene som opplever problemene er delaktige i forskningsprosessen. (23–25).

Fremgangsmåten karakteriseres av en syklisk/refleksiv-prosess der en: 1) kartlegger problemene/behovene, 2) planlegger og gjennomfører handlinger, 3) evaluerer handlingene, for deretter igjen å planlegge, gjennomføre og evaluere (25).

Prosessevaluering er en integrert del i aksjonsforskningen hvor hensikten er å påvirke prosjektet underveis, og ved å beskrive og dokumentere utviklingsprosessene på en systematisk måte (24,26,27). For å ivareta forskningskomponenten ble det mot slutten av prosjektperioden gjennomført summativ evaluering, hvor en vurderte om prosjektets formål var realisert (27,28).

Den kunnskapsbaserte arbeidsprosessen (se figur 2) som sammenfaller med framgangsmåten i aksjonsforskningen, ble benyttet som prosjektets framdriftsplan.



Figur 2: Den kunnskapsbaserte arbeidsprosessen (22)

Etter refleksjon over egen praksis og identifisering av utviklingsområder innen mat, måltider og ernæring, ble det søkt etter relevant forskningslitteratur. Gjennom kritisk granskning av den forskningsbaserte kunnskapen, som ble vurdert sammen med erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap, fant en fram til den beste tilgjengelige kunnskap. Denne ble lagt til grunn for utviklingsarbeidet.

KONTEKST OG DELTAKERE

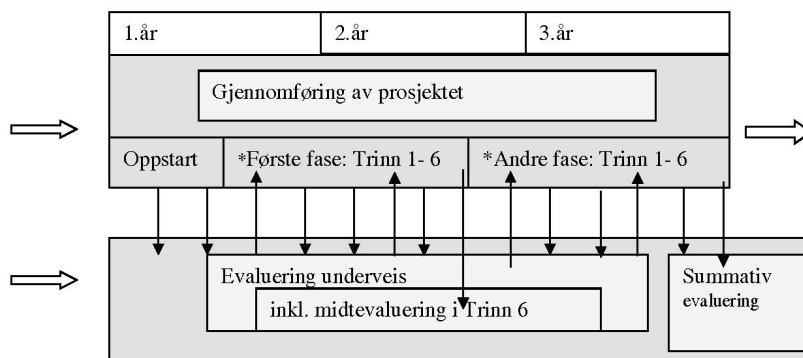
Seks sykehjem deltok i prosjektet som pågikk over en tre-årsperiode – se figur 3. Det ble i oppstartsfasen dannet et sykepleienettverk bestående av to nettverksgrupper med to til tre sykepleiere fra tre sykehjem. Hver nettverksgruppe hadde sin lokale prosjektleder. Prosjektledelsen bestod av sentral prosjektleder som hadde det overordnede ansvar for prosjektet, og to lokale prosjektledere. Førsteforfatter var sentral prosjektleder og lærer i praksis for sykepleierstudenter ved et sykehjem. Førsteårsstudenter fra tre ulike kull som hadde sine praksisstudier ved sykehjemmene deltok i løpet av prosjektperioden.

Gjennomføring av prosjektet

Deltakerne i nettverksgruppene hadde roller som endringsagenter ved sine sykehjem/avdelinger. Viktige oppgaver var å skape engasjement og å involvere det øvrige sykepleiepersonalet i utviklingsprosessen. Nettverksgruppene hadde jevnlige møter for å utveksle erfaringer, og for å støtte og utfordre hverandre i prosessen. I lokale og sentrale nettverksmøter ble det gjennom dialogpreget undervisning (24) fokusert på aksjonsforskning og KBP, samt grunnleggende opplæring i datasøk. Nettkurset Kunnskapsbasert praksis (22) ble benyttet som støtte.

Første trinn (jf. figur 2) var refleksjon over egen praksis. Endringsagentene involverte de ansatte i å identifisere utviklingsområder. Sykepleierstudentene hadde spesielt fokus på det grunnleggende behovet ernæring, bl.a. gjennom en studentoppgave knyttet til sine primærpasienter. Her sammenfattet studentene sine praksiserfaringer med aktuell teoretisk kunnskap, og kom med konkrete anbefalinger på utviklingsområder. I prosjektets første fase ble *ro og trivsel rundt måltidene* valgt, og i fase to *kartlegging og oppfølging av pasientenes ernæringsstatus*.

I neste trinn ble utviklingsområdene formulert som spørsmål, før en i trinn tre (jf. figur 2) søkte etter forskningsbasert kunnskap. Det ble gjennomført søkedager med fagbibliotekar. Nettverksmedlemmene søkte etter, gransket, sammenfattet og utvekslet den kunnskap de fant. Resultatene ble presentert ved de respektive sykehjemsavdelinger. Deretter besluttet avdelingene hvordan endringsarbeidet lokalt skulle legges opp, og konkrete tiltak ble iverksatt.



*Første og Andre fase = Prosjektets tidsfaser *Trinn 1 -6 = Trinnene i KBP (jf. figur 2)

Figur 3: Gjennomføring og evaluering av prosjektet

EVALUERING

Evalueringstiltak ble gjennomført underveis i prosjektperioden slik figur 3 viser. Ettersom aksjonsforskning er en typisk prosessorientert tilnærming, ble data samlet inn (slik vertikale piler som peker nedover indikerer), og fortløpende tilbakeført nettverksgruppene gjennom sammenfatninger utarbeidet av sentral prosjektleder (illustrert gjennom piler som peker oppover). I trinn 6 (jf. figur 2) i første fase inngikk midtveisevaluering, og en summativ evaluering ble gjennomført ved prosjektslutt.

DATASAMLING

Datamaterialet for den summative evalueringen utgjøres av det samlede materialet fra prosessen, herunder data fra midtveisevalueringen, og data fra evalueringen som ble gjennomført ved prosjektslutt. Datagrunnlaget for den samlede analysen har vært:

- Egenrapporteringsskjema, utarbeidet med utgangspunkt i prosjektets formål, og fylt ut av nettverksmedlemmene i forbindelse med dialogkonferanser arrangert både midtveis og ved prosjektslutt. Dette inneholdt lukkede spørsmål med avkrysningsalternativer, og åpne spørsmål med plass for kommentarer. Referat og lydbandopptak fra dialogkonferansene.
- Sykepleierstudentenes erfaringer ved å delta i prosjektet (kvalitative data) ble samlet inn via læringsplattformen Fronter, midtveis og ved prosjektslutt.
- Sammenfatninger av datamaterialet samlet inn underveis (prosessdata som møtereferater, lognotater fra nettverksmedlemmene og skriftlige anbefalinger på utviklingsområder fra sykepleierstudentene). Ut fra datamaterialet som fortløpende ble generert, ble det også skrevet statusrapporter og en midtveisrapport (30). Det er i tillegg utarbeidet en intern sluttrapport.

ANALYSE

For de kvantitative data ble det benyttet enkel deskriptiv analyse med manuell kategorisering (se Tabell 2). Kvalitative data ble analysert etter inspirasjon fra Kvaales (31) kvalitative innholdsanalyse og Malteruds (32) tekstkondensering. Kategorier som avspeilet respondentenes oppfatninger og erfaringer ble identifisert. Illustrerende sitater er valgt ut (se Resultater).

Alle tre forfattere deltok i analysen av det samlede datamaterialet. De to valgte utviklingsområdene, samt formålet om å styrke kompetanse i å arbeide kunnskapsbasert samsvarer med Malteruds første fase om identifisering av tema. Deretter ble all tekst grundig gjennomlest og meningsenheter identifisert og kodet. Disse igjen ble tolket i lys av formål og utviklingstemaer, og utgjør subtemaer som representerer endringer og erfaringer (se Tabell 1).

ETISKE OVERVEIELSER

Informasjon ble gitt til ledelsen og nettverksmedlemmene ved de ulike sykehjem, og samtykke ble innhentet muntlig ved oppstart og ved etablering av nettverksgruppene. Ved innsamling av data midtveis og ved prosjektslutt ble informasjon også gitt skriftlig. Alt datamateriale er anonymisert og aidentifisert.

I svar fra Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) framgikk det at prosjektet falt utenfor komiteens mandat for fremleggelsesplikt, fordi det var et kvalitetsforbedrende prosjekt med undervisningsformål.

RESULTATER

Prosjektets formål var å forbedre kvaliteten på sykepleien til pasientene innenfor området mat, måltider og ernæring, og samtidig å styrke personalet og sykepleierstudentene sin kompetanse i å arbeide kunnskapsbasert.

Tabell 1 viser samlet oversikt over resultatene, med valg av utviklingsområder, og endringer og erfaringer gjort underveis i prosjektperioden.

TABELL 1 SAMLET OVERSIKT OVER RESULTATER

Utviklingsområder:	Endringer og erfaringer:
Å skape ro og trivsel rundt måltidene (1.fase)	Personalet som aktive trivselsskapere Tilrettelegging for et måltid preget av estetikk, fellesskap og mestring Økt mattilbud
Å kartlegge og følge opp pasientenes ernæringsstatus (2.fase)	Innføring av ernæringsjournal Individuelle tiltaksplaner Post- /kjøkkenverter
Å styrke kompetanse i å arbeide kunnskapsbasert	Stimulering til engasjement Arbeid gjennom et sykepleienettverk Innhenting og vurdering av forskningsbasert kunnskap Kritisk granskning av egen praksis Refleksjon i det daglige arbeidet Lokale fagdager og dialogundervisning Deltakelse fra sykepleierstudenter

Å skape ro og trivsel rundt måltidene

Ro og trivsel rundt måltidene ble valgt som forbedringsområde i prosjektets første fase. Med inspirasjon bl.a. fra en artikkel (33) og en brosjyre skrevet av to hjelpepleiere (34) ble sykepleiepersonalet mer bevisst skjerming, organisering, og personalets rolle og egen adferd under måltidene, slik følgende utsagn viser: «*Personalet er blitt flinkere til å skape og holde ro rundt måltidene... Det handler om 'å bli oppmerksom på ting... ikke sette på oppvaskmaskinen, ikke rydde bort for tidlig' osv.*»

Flere avdelinger skaffet langbord, innførte bordkort og faste plasser ved bordet. Personalet pyntet med duker, lysestaker, friske blomster. Et nettverksmedlem uttalte: «*Det er mer bevissthet på hva et måltid faktisk er – det handler ikke om 'foring'...*» Et sykehjem innførte tøyservietter i stedet for «smekker». Videre ble det gjort tydeligere forskjell på hverdag og helg, ved å bruke hvite duker og stettglass i helgene. Pasientene fikk større valgfrihet, spesielt ved frokosten, og de fikk delta mer aktivt under måltidet, f.eks. ved å forsyne seg og smøre brødmaten selv. Ved et sykehjem ble det innført frokostbuffet. Det ble også innført måltider sent på kvelden, evt. på natten, og tidlig på morgenen.

Tidlig i prosjektet kom det fram at personalet var misfornøyd med KOK-KJØL som er et matsystem for sentralproduksjon av middagsmat med oppvarming i bogrupperne (35). Personalet mente kvaliteten på maten var blitt redusert, og at det var blitt vanskeligere med individuell tilrettelegging/ønskekost. I løpet av prosjektperioden innførte flere avdelinger egne bakedager, vaffeldager, «eggedager» (steikt egg og bacon, eggerøre) for å ivareta opplevelsen av lukt av mat. Ved alle sykehjemmene ble det innført flere mellommåltider, og pasientene fikk oftere tilbud om drikke, og mer frukt og grønt enn tidligere.

Sykepleierstudentene deltok i omsorgen til pasientene. De fleste nettverksmedlemmene, og studentene selv mente at de bidro positivt, fordi studenter har mer tid: «*... Vi kunne bruke lengre tid på å hjelpe de som skulle mates....*».

«Fordi det var flere til stede ble det mere ro rundt måltidet... De som var matleie ble tilbudt flere alternativer: *Det er nok lett for personalet å bli «fastkjørt» i matkortene som finnes på trallene....»*. «Vi oppdaget at enkelte syntes havregrøt med sukker på var veldig godt, og at matinntaket da økte. Smoothie, yoghurt, frukt og fete oster på kjeks var populært blant mange...» Studentene hadde også tid til å iverksette aktiviteter som baking; «nybakst og kakao lukter godt og øker matlysten.» Noen spiste ute: «Vi hadde beboerne med ut på tur, med kaffe og kaker, eller vi grillet pølser.» Ved mange av sykehjemmene ble den såkalte «Livsgledeuka» som studentene arrangerte avsluttet med fest: «Vi pyntet med «fin-serviset», blomster og lys... Det ble servert «gammeldags» mat og dessert... fersk suppe og «tilslørte bondepiker», kaffe og kaker, og det var underholdning av trekkspillklubben og sangkor... Nesten alle pasientene deltok, og det var god stemning. Jeg så at primærpasienten min storkoste seg...»

Å kartlegge og følge opp pasientenes ernæringsstatus

Midtveis i prosjektet gikk det fram at en tredjedel av sykepleierstudentene mente at deres primærpasienter i liten grad fikk ivaretatt sine ernæringsbehov. Dette ble knyttet opp mot mangelfull individuell oppfølging, og var bakgrunnen for valg av utviklingsområde i andre fase.

En rekke tiltak ble iverksatt ved sykehjemmene. Ernæringsjournalen (6) ble innført. Det ble kjøpt inn personvekter da flere manglet slike. Ernæringsjournalen ble lagt inn i dokumentasjonssystemet ved flere sykehjem, og sykepleierstudentene bistod med å registrere pasientdata som høyde, vekt/vektutvikling, og andre ernæringsrelaterte data som matlyst, munn/tannstatus. Studentene deltok videre sammen med personalet, med å vurdere data, og ved ernæringsmessig risiko med å utarbeide individuelle tiltaksplaner til pasienten. «... Vi fikk tilrettelagt et mattilbud som passet akkurat denne pasienten.»

Flere sykehjem innførte en ordning med post-/kjøkkenverter, som et av sykehjemmene allerede hadde erfaring med. Dette ble omtalt som svært verdifullt. «...Kjøkkenverten sørger for at måltidene (spesielt frokosten) blir variert.... Hun bidrar til kontinuitet, individuell tilrettelegging og ivaretagelse av individuelle ønsker og behov.»

Å styrke kompetanse i å arbeide kunnskapsbasert

Det var ulikt fra avdeling til avdeling, og fra sykehjem til sykehjem hvor godt prosjektet var forankret i ledelsen, og i personalgruppene. Å skape engasjement blant øvrige ansatte var hovedutfordringen. Ved dialogkonferansen midtveis falt disse ytringene: «Mange må høre ting flere ganger før det går inn... Vi ser at vi må ta tiden til hjelp...»

Nettverksmedlemmene formidlet at det var spennende å være med å utvikle egen arbeidsplass, at det var interessant å lære å jobbe kunnskapsbasert, i et sykepleienettverk, og at de så konkrete resultater ved at personalet ble mer bevisst, og at pasientene fikk bedre sykepleie. Alle nettverksmedlemmene

mente at arbeid gjennom et sykepleienettverk i høy grad egner seg som metode for fagutvikling på sykehjem: «...Å dele erfaringer og forslag til forbedring er viktig. ...Man drar veksler og lærdom av hverandre og får innspill og ideer, slik ser man tingene fra flere hold. ... Det gjør at vi ser med mer 'kritiske' øyne på egen virksomhet. ... Det gir økt fokus, og forpliktelse til framdrift. ... Det blir mer spennende å jobbe i geriatrien!»

Et gjennomgående tema ved nettverksmøtene var å dele erfaringer om hvordan involvere, skape engasjement og refleksjon blant øvrige ansatte. Nettverksmedlemmene delte også fag- og forskningsartikler, aktuelle linker, invitasjoner til kurs/konferanser, og forslag til hospiteringsbesøk. På bakgrunn av resultater fra midtveisevalueringen, kom det flere hjelpepleiere, og postverter inn i nettverksgruppene. Dette ble ansett som et suksesskriterium.

Omtrent halvparten av nettverksmedlemmene mente ved prosjektslutt at kunnskap fra forskning i stor grad er nyttig for kvaliteten på tjenesten/praksis, mens de øvrige mente dette til en viss grad. Ved midtveisevalueringen hadde bare tre av nettverksmedlemmene funnet forskningsartikler av interesse. Alle fant imidlertid fagartikler og annen faglig kunnskap som var aktuell for avdelingens utviklingsområde, og det ble utarbeidet en liste over relevant faglitteratur. I det videre arbeidet ble det påpekt at: «Vi må bli flinkere til å stille mer presise spørsmål, og i forhold til søkestrategi.» I løpet av prosjektperioden deltok to fra prosjektledelsen og et nettverksmedlem ved videreutdanningen *Kunnskapsbasert praksis i helsetjenesten* ved Høgskolen i Akershus. Flere deltok på kurs om KBP og ernæring. Utbytte av dette kom spesielt i prosjektets andre fase. Ved prosjektslutt hadde nettverksmedlemmene som deltok ved opplæringen med bibliotekar, søkt i en medisinsk eller sykepleiefaglig database mer enn 15 ganger. De mente at de kunne finne fram til nyttig faglig kunnskap gjennom internett, og i ganske høy grad vurdere kritisk den informasjonen og de informasjonskildene de finner.

I nettverksmøtene kom det fram refleksjoner rundt KBP; kjennskap til forskningsresultater alene gir ikke svaret på hva som er god sykepleie. De andre kunnskapskildene i KBP; erfaringskunnskap, og spesielt brukerkunnskap ble løftet fram. Over halvparten av nettverksmedlemmene mente at prosjektet i høy grad bidro til å øke kompetansen til sykepleiepersonalet ved aktuell avdeling. En utdyper dette slik: «Kompetansen i kritisk granskning av egen virksomhet er styrket ved at vi har fått en metode å jobbe etter som er svært relevant. Jeg tenker da på trinnene i kunnskapsbasert praksis.»

Å skape refleksjon i det daglige arbeidet, f.eks. med utgangspunkt i de nasjonale retningslinjene (6) ble ansett som mest verdifullt for å involvere og skape engasjement blant øvrige ansatte. Det ble også gjennomført lokale fagdager med ernæringsfysiolog ved de ulike sykehjemmene. «52 ansatte deltok på fagdagen, og den skapte engasjement og inspirasjon.Oppdagelsene førte til mange faglige diskusjoner og et faglig løft for hele sykehjemmet!»

Selv om de fleste sykepleierstudentene opplevde å ha rollemodeller blant sykepleierne i praksis som aktivt og kritisk gransker egen virksomhet, kommen-

terte flere studenter sykepleiernes kompetanse og ansvar i ernæringsarbeidet: «... Jeg opplevde at det var mye fokus på andre sykepleieoppgaver sånn at ernæring ble nedprioritert.» En annen skriver: «Ernæringsarbeid er en viktig sykepleieroppgave!»

Ved prosjektslutt mente over 90 % av nettverksmedlemmene at målene for prosjektet var oppnådd (se Tabell 2). En utdyper: «Målene er nådd i høy grad på min avdeling, men jeg er usikker når det gjelder resten av sykehjemmet...» Omkring tre fjerdedeler mente at prosjektet hadde bidratt til å øke kvaliteten på sykepleien til pasientene innenfor området mat, måltider og ernæring. Like mange mente at prosjektet hadde bidratt til å styrke sykepleierstudentenes praksisstudier, gjennom at personalet generelt var blitt mer faglig bevisste, mer opptatt av ernæring og av kritisk å granske egne rutiner. Kommentarer fra studentene forteller også om utbytte av å delta i et slikt samarbeidsprosjekt: «... Dette er en interessant måte å lære på! ... Jeg opplever at vi bidrar til noe nyttig, samtidig som vi lærer...»

TABELL 2 RESULTATER FRA NETTVERKSMEDLEMMENE VED PROSJEKTSLUUTT

Grad av tilfredshet:	Svært høy / Ganske høy	Ganske liten/ Ikke i det hele tatt	Vet ikke	
I hvilken grad:				
Har prosjektet vært forankret i avd.?	7/ 64 %	4 / 36 %		
Har nærmeste leder vært engasjert i prosjektet?	4/ 36 %	4 / 36 %	1/ 9 %	2 svarte ikke
Har øvrige ansatte vært engasjert i prosjektet?	4/ 36 %	7 / 64 %		
Har prosjektet bidratt til å øke kvaliteten på sykepleien til pasientene innenfor området mat, måltider og ernæring?	8/ 73 %	2 /18 %	1/ 9 %	
Har prosjektet bidratt til å øke personalets kompetanse i å kritisk granske egen virksomhet?	6/ 55 %	1/ 9 %	2 /18 %	To (hjelpepleiere) svarte ikke på spørsmålet
Mener du prinsippene for kunnskapsbasert praksis egner seg som metode for fagutvikling?	9/ 82 %			To svarte ikke på dette spørsmålet.
Mener du at kunnskap fra forskning er nyttig for kvaliteten på tjenesten/praksis?	5/ 45 %	4/ 36 %		To svarte ikke på dette spørsmålet.
Mener du etablering av og arbeid gjennom et sykepleiernetverk egner seg som en metode for fagutvikling på sykehjem?	11/ 100 %			
Mener du at sykepleierstudentene har bidratt positivt inn i prosjektet?	7/ 64 %	2 / 18 %	1/ 9 %	En svarte ikke
Mener du at prosjektet har bidratt til å styrke sykepleierstudentenes praksisstudier?	8/ 73 %		3/ 27 %	
<i>Totalt sett ved prosjektets avslutning:</i> Mener du at målene for prosjektet er oppnådd?	10/ 91 %	1	1/ 9 %	En respondent krysset av både for i svært høy grad, og i ganske liten grad
N = 11				

DISKUSJON

Diskusjonen er bygd opp rundt to tema knyttet til prosjektets formål, 1) å forbedre kvaliteten på sykepleietjenesten innen mat, måltider og ernæring på sykehjem, og 2) kunnskapsdannelse i praksis, dvs. styrke kompetansen i å arbeide kunnskapsbasert.

Mat, måltider og ernæring på sykehjem

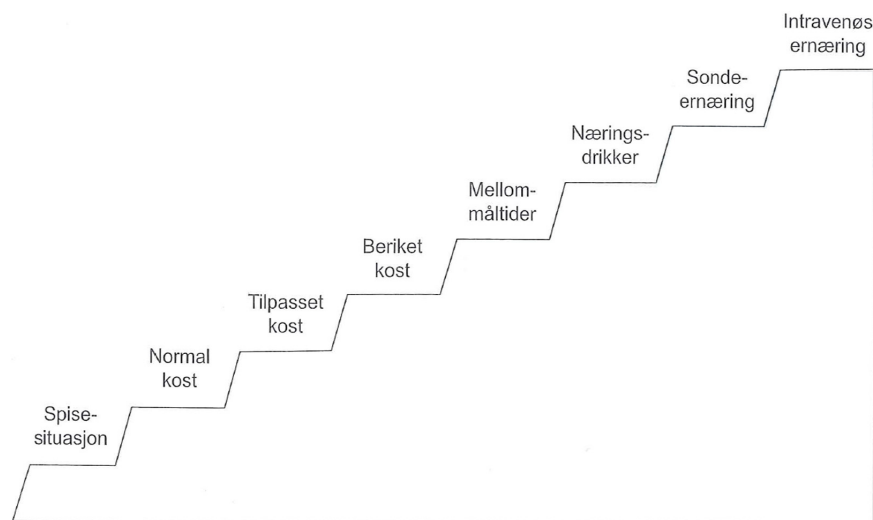
Mat og måltider handler om mer enn tilstrekkelig næringsinntak. Mat bringer mennesker sammen og kan være symbol på fellesskap, trøst og mestring. Mat kan være kunst og det kan være nytelse (8,9). Gjennom prosjektet ble personalet mer oppmerksomme på sitt ansvar for å skape samvær, ro og trivsel under måltidene. Dette ble ivaretatt gjennom mer oppmerksom tilstedeværelse, delikate og ryddige omgivelser, og ved ikke å begynne og rydde eller sette på oppvaskmaskinen for tidlig. Aagaard (36) fant i sin studie at hele 22 % av beboerne mente at det var for høyt støynivå under måltidet. Beboerne ønsket at personalet skulle sitte sammen med dem. Dette ble også gjort i vårt prosjekt så langt det var mulig, for å stimulere til samtale og for å hjelpe til. Beboere som kunne kommunisere og som trivdes sammen ble invitert til å sitte rundt samme bord, mens de med utagerende adferd fikk sitte mer skjermet. Endringene førte til at det ble mer ro og rom for hyggelig samtale rundt bordet. De som ønsket å spise alene fikk det. Kvalitetsforskriften (15) understreker pasientenes krav på tilpasset hjelp ved måltider, og nok tid og ro til å spise. Sykepleierstudentene var en ressurs i så måte, fordi de hadde mer tid.

De fleste eldre bevarer evnen til å spise og glede seg over maten lagt inn i alderdommen. Mange har imidlertid dårlig appetitt (37). Når appetitten er dårlig er spisemiljøet desto viktigere. En erfarte at et fint dekket bord, delikat servering, frisk luft, og eventuelt vin til maten kan skjerpe appetitten. God munnhygiene er også av betydning (38). Dette var et av forbedringsområdene sykepleierstudentene anbefalte sykehjemmene å arbeide videre med. En hyggelig atmosfære rundt måltidet stimulerer fordøyelse og opptak av næringsstoffer (1).

Trivsel er en psykologisk tilstand og en subjektiv opplevelse av «å ha det godt» (39). For beboere i sykehjem kan maten og måltidene være dagens høydepunkt, og av stor betydning for opplevelsen av å trives og ha det godt. Personalet i vårt prosjekt mente at maten var blitt kjedeligere og mer smakløs etter innføringen av KOK-KJØL-systemet. I tillegg var den gode lukten av mat borte. Flere avdelinger innførte derfor egne bakedager, det ble stekt egg og bacon, og karbonader. En sentral oppgave for helsearbeidere er å stimulere gleden hos pasientene så lenge som mulig (40), og mat kan være en viktig kilde til glede. Betoningen av glede samsvarer med studien til Aagaard (36) hvor de fleste beboerne i sykehjemmene var fornøyde med maten og spisemiljøet. I samme studie så likevel 26 % ikke fram til måltidet med glede, og de ønsket seg oftere god hjemmelaget mat. Selv om 90 % mente at tradisjonelle retter ble servert, var det kun 22 % som fikk servert livretten sin. I løpet av sykepleier-

studentenes «Livsgledeuker» ble det i vårt prosjekt satt mye god «gammeldags» mat på menyen, også tradisjonell, lokal mat som «motti» og «flesk og duppe». Mat er kultur, og representerer minner, tradisjon og vaner. Maten og måten en spiser på, hva en liker og ikke liker, kommuniserer hvem en er (7,8). I dette prosjektet mente personalet at det var blitt vanskeligere med individuell tilrettelegging og ønskekost etter innføringen av KOK-KJØL. For å ivareta den enkelte beboers ernæringsbehov er det nødvendig med et åpent og konstruktivt samarbeid med kjøkkenpersonalet (37). Ordningen med kjøkken/postverter ble i dette prosjektet ansett som svært verdifull, fordi den bidro til større nærhet til pasientene med mulighet for individuell tilrettelegging.

Betydningen av å tilrettelegge spisesituasjonen og at den enkelte får tilstrekkelig næring, tilpasset kost, og rimelig valgfrihet ble tydeliggjort gjennom prosjektets første fase. Personalet ble mer bevisst Ernæringstrappen (figur 4). Pasienter i ernæringsmessig risiko bør få energiberiket kost. I aktuelle sykehjem begynte man for eksempel å bruke smoothies og mer havregrøt – som ble beriket med fløte, oljer. Fagdagene med ernæringsfysiolog ga inspirasjon og flere konkrete forslag. Næringsdrikker som mellommåltider kan øke totalinntaket av energi og næringsstoffer. For å ivareta individuelle behov, og imøtekomme problemet med nattfaste (2,5,12) startet flere avdelinger opp med tilbud om ekstra måltid sent på kvelden, på natten og tidlig på morgenen.



Figur 4: Ernæringstrappen framstiller en planlagt oppfølging av enkeltpersoner gjennom individuelle ernærings tiltak som vurderes i prioritert rekkefølge (6).

Da underernæring ofte utvikler seg fordi problemet ikke blir identifisert, er det utviklet verktøy for å identifisere ernæringsmessig risiko hos pasienter (6). I dette prosjektet ble Ernæringsjournal valgt og personvektorer ble kjøpt inn, da flere manglet slike. Ikke tilgjengelige utstyr og manglende rutiner, inkludert manglende dokumentasjon av ernæringsstatus er avdekket gjennom flere undersøkelser (16,41,42,43). Anbefalingen er at beboere i sykehjem skal vurderes for ernæringsmessig risiko ved innkomst og deretter månedlig. I dette prosjektet bistod sykepleierstudentene med å registrere høyde, vekt/vektutvik-

ling, matlyst, munn/tannstatus osv., og videre med å vurdere data, og utarbeide individuelle tiltaksplaner til pasienten ved risiko for underernæring. Tiltakene harmonerer med Juul og Frich (42) som fant at ekstrapersonell i avdelingen i oppstarten av screeningarbeidet fremmer innføring av verktøyet.

I tillegg til mangelfull individuell vurdering av beboernes ernærings situasjon, mente studentene i dette prosjektet at sykepleiere ikke hadde spesielt fokus på ernæring. Andre sykepleieroppgaver bidro til at ernæring ble nedprioritert. En rapport fra Helsedirektoratet (14) avdekker at det er for lav ernæringskompetanse hos norsk helsepersonell, også blant sykepleiere (42,44,45). Sykepleierne framhever imidlertid ofte egen kunnskap om ernæring når de sammenligner seg med legene (42). Persenius (46) vektlegger *nutritional nursing care*, og legger i dette en balanse mellom rutinstyrt og individuell omsorg i sykepleien til pasientene når det gjelder ernæring. Johansson & Larsen (47) underbygger det samme ved å hevde at det er behov for å avklare roller og ansvar, som at ansvarlig sykepleier har ansvar for kartlegging, identifisering og tiltak innen ernæring, som må dokumenteres i pasientjournalen slik at tiltakene for hver pasient kvalitetssikres. Bedre dokumentasjon vil også fremme samarbeid mellom personellgrupper (42).

Ernæring handler om mye mer enn mat og måltider. Johansson & Larsen (47) viser det i et sitat fra en sykehjemspasient: «*Maten e god den, det e'kje da...*». For pasienten var det ikke nok at maten smakte godt. Det handler også om det levde livet – om sorgen og savnet over det som en gang var. I dette prosjektet ble begrepet «matomsorg» benyttet blant nettverksmedlemmene. Hos skrøpelige eldre på sykehjem bør *individuell matomsorg* som fokuserer på hva som fremmer trivsel og velvære, å få servert noe en liker og er vant med, i hyggelige omgivelser og i en rolig atmosfære, tillegges stor vekt.

KUNNSKAPSDANNELSE I PRAKSIS

Aksjonsforskning er en tilnærming som i flere sammenheng er beskrevet som godt egnet for å videreutvikle praksis (25,48,49).

I dette prosjektet ble den kunnskapsbaserte arbeidsprosessen (figur 2) og etablering av et sykepleienettverk med lokale endringsagenter benyttet som metoder for å utvikle lokal kunnskap, og en læringskultur på sykehjemmene preget av kritisk refleksjon.

Både Meld. St.10 (16) og Meld. St.13 (18) forplikter helsepersonell til å arbeide kunnskapsbasert. Dette innebærer en vitenskapelig grunnholdning; en vilje til at grunnlaget for handlinger skal hvile på den beste tilgjengelige kunnskap (se figur 1). I tillegg presenteres KBP som en prosess i flere trinn (se figur 2) som framdriftsplanen for dette prosjektet var basert på. Den kunnskapsbaserte arbeidsprosessen initieres ved at man reflekterer over egen praksis. Det handler om å være kritisk, til å stille spørsmål ved egen virksomhet, og om å

erkjenne informasjonsbehov. KBP og aksjonsforskning kan sies å være sammenfallende i dette, da fremgangsmåten i aksjonsforskning karakteriseres av refleksjon og handling (aksjon) i en syklisk prosess. Helsepersonellens evne og vilje til å stille kritiske spørsmål til egen praksis er en forutsetning for å lykkes med kvalitetsarbeid (50), hvor kontinuerlig evaluering er utgangspunktet for en reflektert og faglig oppdatert praksis.

Sykehjem er komplekse organisasjoner, med ulike kulturer. Pleiekulturen (51) kan forstås som en arbeidskultur utviklet over tid, som kan være nyttig fordi den skaper identitetsfølelse og binder nåtid og fortid sammen. Pleiekulturen er også problematisk fordi den ofte består av rutiner, regler og meninger uten nødvendig begrunnelse i faglige kunnskaper (52). Manglende kultur for endring og utvikling i organisasjonen blir beskrevet blant barrierene for implementering av KBP (19,53,54). Å skape engasjement blant øvrige ansatte ble en utfordring også i aktuelt prosjekt. Likevel mente over halvparten av nettverksmedlemmene at prosjektet i høy grad hadde bidratt til å øke sykepleiepersonellens sin kompetanse i kritisk granskning av egen virksomhet.

Ved enkelte sykehjem ble andre fase preget av kontekstuelle faktorer som omorganisering, nedbemanning, og/eller liten kontinuitet blant nettverksmedlemmene. Å lykkes med å etablere og bevare et fagutviklende miljø forutsetter gode ramme- og arbeidsvilkår i form av tilstrekkelig grunnbemanning og motivasjon, både i ledelsen og i personalet (19,53,49). Personalets motivasjon og interesse i vårt prosjekt syntes å samsvare med hvorvidt nærmeste leder var engasjert i prosjektet, eller ikke. Det var verdifullt at hjelpepleiere og postverte kom aktivt inn i nettverksgruppa. Fagdager lokalt på sykehjemmet og refleksjon i det daglige arbeidet førte til økt engasjement. Artikkelen (33) som bidro til bevisstgjøring av personalets praksis og tilrettelegging under måltidene, viser til et videoopptak fra frokosten ved et sykehjem, og avdekker blant annet at det var personalet, ikke beboerne, som skapte mye uro.

Ved prosjektslutt hadde nettverksmedlemmene skaffet seg erfaring med å søke i medisinske og sykepleiefaglige databaser, og nesten halvparten mente at kunnskap fra forskning i høy grad er nyttig for kvaliteten på tjenesten. Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (6) og rapporten til Aagaard (36) er eksempler på forskningsbasert kunnskap som aktuelt prosjekt støttet seg på. Nettverksmedlemmene var imidlertid opptatt av at kjennskap til relevante forskningsresultater alene ikke gir svar på hva som er god sykepleie. Yrkesutøverens erfaring og faglige skjønn (erfaringskunnskap), og pasientens ønske (brukerkunnskap/brukermedvirkning) er like viktige kilder for god fagutøvelse (se figur 1). Brukerperspektivet kom til uttrykk gjennom sykepleierstudentenes praksisoppgaver og studien til Aagaard (36). Ernæringsfysiologen formidlet både forsknings- og erfaringsbasert kunnskap ved de lokale fagdagene. Erfaringer ble også utvekslet i sykepleienettverket. Kunnskapsdialoger fører ofte til at deltakerne inntar en spørrende og kritisk holdning til sin egen praksis (55), og kan dermed bidra til kvalitetsutvikling. For å lykkes med kvalitetsarbeid er det viktig å sette av tid og muligheter for

refleksjon over praksis (56). I aktuelt prosjekt ble nettverksmedlemmenes rolle som endringsagenter, og at hjelpepleiere kom inn i nettverksgruppene pekt på som suksesskriterier.

METODOLOGISKE BETRAKTNINGER

Et bærende prinsipp i aksjonsforskningen er at den skal skape bevisstgjøring eller lokal kunnskap og endring for menneskene som deltar. I dette prosjektet valgte personalet ved sykehjemmene selv utviklingsområdene. Når en skal gjennomføre evaluering av komplekse tiltak er det nødvendig å kombinere data og metoder (28). Det ble gjennomført både prosess- og summativ evaluering med datatilfang fra både kvalitative og kvantitative data, som kan styrke etterprøvbareheten (57). Triangulering betraktes som en styrke for troverdigheten da det bidrar til mer helhetlig fortolkning og en bredere forståelse av det samme. Prosjektet benyttet både metodetriangulering i datasamlingen og forskertriangulering i den summative dataanalysen. Gjennom dokumentasjon av aksjonsforskningsprosessen presenteres ulike aspekter av den lokalt forankrede kunnskapen, som kan komme til nytte og bidra til en viss overførbarhet. Det ville vært en styrke med erfaringer fra pasientene, ledelsen og det øvrige sykepleierpersonalet for å bedre bekreftbarheten og troverdigheten (58).

KONKLUSJON

I løpet av prosjektperioden ble det oppnådd kvalitetsforbedringer i sykepleien innenfor følgende områder: økt bevissthet på personalets rolle og egen adferd for å skape ro og trivsel under måltidene, på betydningen av tilrettelegging av spisesituasjonen, på mellommåltider, energiberiket kost, og på kartlegging og oppfølging av den enkelte beboers ernærings situasjon.

Sykepleierpersonalet utviklet sin kompetanse i kritisk å granske egen virksomhet, og ble gradvis mer orientert mot forskningsbasert kunnskap. Gjennom prosjektet fikk personalet erfaring med den kunnskapsbaserte arbeidsprosessen via to faser, og ved prosjektslutt oppsummerte en at KBP egner seg som metode for fagutvikling på sykehjem.

Et sykepleienettverk og sykepleierstudentenes positive bidrag ansees som ressurskilder. Betydningen av «ildsjelers» engasjement blir trukket fram. Ledelsesforankring, og personalets positive holdning blir vektlagt som forutsetning for å lykkes. Andre suksesskriterier er å engasjere helsefagarbeidere som ressurspersoner, lokale fagdager og refleksjon i det daglige arbeidet.

Innføring av KBP må starte med refleksjon over egen praksis, og krever systematisk arbeid over tid. Prosjektet medførte verdifulle erfaringer og endringer innen området mat, måltider og ernæring på sykehjem. Spørsmålet er om endringene vedvarer når prosjektet er over.

STØTTE

FoU-prosjektet er støttet gjennom praksisprosjektmidler fra Høgskolen i Hedmark, og av Undervisningssykehjemmet i Hedmark.

REFERANSER

- Sortland K. Ernæring – mer enn mat og drikke. 3.utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2007.
- Aagaard H. Mat og måltider i sykehjem. En nasjonal kartleggingsundersøkelse. Sykepleien Forskning. 2010; 5(1):36–43. DOI:10.4220/sykepleienf.2010.0023
- Beck A, Damkjaer K, Beyer N. Multifaceted nutritional intervention among nursing-home residents has a positive influence on nutrition and function. *Nutrition*.2008;24:1073–80. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nut.2008.05.007>
- Kuosma K, Hjerrild J, Pedersen P, Hundrup Y. Assessment of the nutritional status among residents in a Danish nursing home – health effects of a formulated food and meal policy. *J Clin Nurs*. 2008; 17:2288–93.
- Sortland K, Skjegstad G, Jansen L, Berglund AL. Eldre personers ernæring og matinntak ved et sykehjem – en pilotstudie. *Vård i Norden* 4/2009. Publ. No 94 Vol 29 No 4 PP 25 – 29. Tilgjengelig fra: https://oda.hio.no/jspui/bitstream/10642/821/1/vaardinorden_4_2009_sortland.pdf
- Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. Helsedirektoratet 06/2009. Tilgjengelig fra: http://www.nske.no/Bilder/Endelig_utkast_retn.linjer.underernaering.pdf
- Fürst EL. Mat – et annet språk. Rasjonalitet, kropp og kvinnelighet. Oslo: Pax Forlag A/S; 1995.
- Neumann IB, Ugelvik T. Velkommen til bords. I: Ugelvik T, Neumann IB. MAT/ VITEN. Tekster fra kunnskapens kjøkken. Oslo: Universitetsforlaget; 2012.
- Sellevoid GS, Skulberg VB. Nok mat, rett mat og trivelige måltider for eldre sykehjemspasienter: et kvalitetssikringsprosjekt. Undervisningssykehjem Rapport nr. 1/05. Nasjonalt formidlingssenter i geriatri.
- Mowe M, Bosaeus I, Rasmussen HH, Kondrup J, Unosson M, Irtun O. Nutritional routines and attitudes among doctors and nurses in Scandinavia: A questionnaire based survey. *Clin Nutrition*. 2006; 25:524–32.
- Söderhamn U, Söderhamn O. A successful way for performing nutritional nursing assessment in older patients. *J Clin Nurs*. 2009 Feb;18(3):431–9. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02378.x.
- Ebrahimi Z, Wijk H. En hypotesgenererende studie av nattfastans lengd, underernæring och hälsorelaterad livskvalitet hos äldre. *Vård i Norden*. 2009;29:45–8.
- Aagaard, H. Mat og måltider i sykehjem: undersøkelse utført for Sosial- og helsedirektoratet; 2008. Tilgjengelig fra: <http://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/147858>
- Ernæringskompetanse i helse- og omsorgstjenesten. Oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet 2009–2012. Helsedirektoratet 12/2012. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/41/Erneringskompetanse-i-helse-og-omsorgstjenesten-oppdrag-fra-helse-og-omsorgsdepartementet-2009-2012-IS-2032.pdf>
- Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. Sosial – og helsedirektoratet 11/2004. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/122/IS-1201-Kvalitet-i-pleie-og-omsorgstjenesten.pdf>

16. Meld. St. 10 (2012–2013). God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/b9f8d14c14634c67a579a1c48a07c103/no/pdfs/stm201220130010000dddpdfs.pdf>
17. Bergland Å, Moser I. (red.) Kvalitetsarbeid i helsetjenester til eldre. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2013.
18. Meld. St. 13 (2011 – 2012). Utdanning for velferd; Samspill i praksis. Kunnskapsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/ac91ff2dedee43e1be825fb097d9aa22/no/pdfs/stm201120120013000dddpdfs.pdf>
19. Foss JE, Kvigne K, Larsson BW, Athlin E. A model (CMBP) for collaboration between university college and nursing practice to promote research utilization in students' clinical placements: A pilot study. *Nurse Educ Pract.* 2014 Aug;14(4):396–402. doi: 10.1016/j.nepr.2013.11.008.
20. Nortvedt MW, Jamtvedt G, Graverholt B, Nordheim LV, Reinart LM. *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok.* Oslo: Akribes; 2012.
21. Nortvedt MW, Jamtvedt G, Graverholt B, Reinart LM. *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere.* Oslo: Norsk Sykepleierforbund; 2008.
22. Senter for kunnskapsbasert praksis, Høgskolen i Bergen (HiB) og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. *Kunnskapsbasert praksis [Internetside].* Tilgjengelig fra: www.kunnskapsbasertpraksis.no
23. Holter IM. *Aksjonsforskning: En praksisnær forskning. I: Kirkevold M, Nortvedt F, Alvsvåg H, Red, Klokskap og kyndighet. Kari Martinsens innflytelse på norsk og dansk sykepleie.* Ad Notam Gyldendal; 1993.
24. Hummelvoll JK. *Kunnskapsdannelse i praksis. Handlingsorientert forskningssamarbeid i akuttpsykiatrien.* Oslo: Universitetsforlaget; 2003.
25. Anvik VH. *Aksjonsforskning. Et samarbeidsprosjekt. Å forbedre praksis gjennom praksis. Vård i Norden* 24(3):4–9. DOI: 10.1177/010740830402400302
26. Sjøvoll J. *Evaluering. I: Fuglseth K, Skogen K, Red, Masteroppgaven i pedagogikk og spesialpedagogikk. Design og metoder.* Oslo: Cappelen Akademisk Forlag; 2006.
27. Eriksson BG, Karlsson P-Å. *Att utvärdera välfärdsarbete.* Stockholm: Gothia Förlag; 2008.
28. Sverdrup S. *Evaluering. Faser, design og gjennomføring.* Bergen: Fagbokforlaget; 2002.
29. Eikeland O, Berg AM. *Medvirkningsbasert organisasjonslæring og utviklingsarbeid i kommunene.* Oslo: Kommuneforlaget; 1997.
30. Leirvik Å, Einarsrud M, Berg F, Kvigne K. *Mat, måltider og ernæring på sykehjem – til beboernes helse, glede, trivsel og livslyst. Midtveitsrapport. Notat nr. 1 – 2010.* Høgskolen i Hedmark. Tilgjengelig fra: http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/133500/1/not01_2010.pdf
31. Kvale S. *Det kvalitative forskningsintervju.* Oslo: Gyldendal Akademisk; 2005.
32. Malterud K. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring. 3. utg.* Oslo: Universitetsforlaget; 2011.
33. *Film avslørte uro. Fagbladet; 2008.* Tilgjengelig fra: http://www.fagbladet.no/helse_og_sosial/article3615381.ece
34. Sætherhaug G, Mikkelsen GE. *Måltidets betydning for helse og velvære i sykehjem. Søbstad helsehus. 3. utg. November 2008.*
35. Høyland K. *Ny sykehjemsmodell, et bedre tilbud. Erfaringer fra tre nye sykehjem. SINTEF Rapport, Desember 2001.* Tilgjengelig fra: <http://www.sintef.no/upload/A02500.pdf>
36. Aagaard H. «Ærlig talt». *Mat og måltider i sykehjem: En undersøkelse blant beboere i somatiske sykehjem i Østfold. Høgskolen i Østfold. Oppdragsrapport 2010:1.* Tilgjengelig fra: <http://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/148455>

37. Brodtkorb K. Ernæring, mat og måltider. I: Kirkevold M, Brodtkorb K, Ranhoff AH, Red. Geriatriisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2008.
38. Samson H. Oral health and institutionalised elderly. Dissertation for the degree philosophiae doctor (PhD) at the University of Bergen Norway 2009. Tilgjengelig fra: <http://www.utviklingssenter.no/munn-og-tannpleie-til-eldre-og-syke.4924469-179650.html>
39. Bergland Å. Trivsel i sykehjem. En kvalitativ studie med utgangspunkt i mentalt klare beboeres perspektiv. Avhandling for dr. polit. graden. Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo; 2006.
40. Rognstad MK, Brekke I, Holm E, Linberg C, Lühr N. Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens. Sykepleien Forskning 2013 8 (4):298–307. DOI:10.4220/sykepleienf.2013.0137
41. Aagaard H. Ernæring nedprioriteres ofte. Sykepleiestudenter har satt søkelys på pasientens ernæringstilstand. Sykepleien. 2005;17:68–9. DOI: 10.4220/sykepleiens.2005.0041
42. Juul H, Frich JC. Kartlegging av underernæring i sjukehus. Hva hemmer og fremmer sykepleieres bruk av screeningverktøy for identifisering av ernæringsmessig risiko? Nordisk sygeplejeforskning. 2013;3(2),
43. Sørbye LW. Ernæringsstatus hos eldre i hjemmetjenesten. I: Bergland Å, Moser I, redaktører. Kvalitetsarbeid i helsetjenester til eldre. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2013.
44. Persenius MW, Hall-Lord M, Baath C, Larsson BW. Assessment and documentation of patients' nutritional status: Perception of registered nurses and their chief nurses. J Clin Nurs, 2008;17,2125–2136. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2007.02202.x
45. Sæland M. Sykepleiere trenger mer utdanning for å servere mat. Innspill Tidsskriftet Sykepleien, 12.november 2014. Tilgjengelig fra: <http://sykepleien.no/meninger/innsspill/2014/11/servering-av-mat-er-sykepleierens-oppgave>
46. Persenius MW. Nutritional nursing care. Nurses' interactions with the patient, the team and the organization. Akademisk avhandling. Karlstad universitet, Fakulteten for samhalls- og livsvetenskaper; 2008.
47. Johansson H, Larsen EM. «Maten e god den, det e'kje da...» Underernæring i sykehjem og hjemmetjeneste – en praktisk veileder. Utviklingssenter for sykehjem i Nordland; 2011. Tilgjengelig fra: <http://www.utviklingssenter.no/maten-e-god-det-ekje-da-.4955606.html>
48. Hummelvoll JK, Severinsson E. Researchers' experience of co-operative inquiry in acute mental health care. J Adv Nurs, 2005;52(2), 180–188.
49. Leirvik Å. Fagutvikling på et sykehjem – et aksjonsforskningsprosjekt. Masteroppgave i Yrkespedagogikk, Høgskolen i Akershus, Avdeling for yrkeslærerutdanning; 2007.
50. Sellevold GS. Refleksjonsgruppe som verktøy i kvalitetsarbeid. I: Bergland Å, Moser I, redaktører. Kvalitetsarbeid i helsetjenester til eldre. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2013.
51. Hamran T. Pleiekulturen – en utfordring til den teknologiske tenkemåten. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag A/S; 1992.
52. Jakobsen R. Geriatriisk sykepleie. I: Gjengedal E, Jakobsen R. redaktører. Sykepleie – praksis og utvikling. 3. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag; 2001.
53. Flottorp S, Aakhus E. Implementation research: science for improving practice. *Norsk Epidemiologi* 2013;23(2):187–196. Tilgjengelig fra: <http://www.ntnu.no/ojs/index.php/norepid/article/view/1643/1531>
54. Francke AL, Smit MC, de Veer AJE, Mistiaen P. Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: A systematic meta-review. BMC Medical informatics and decision making 2008;8(38). doi:10.1186/1472-6947-8-38

55. Hummelvoll JK, Andvig E, Lyberg A. Etiske utfordringer i praksisnær forskning. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2010.
56. Sosial – og helsedirektoratet. Hvordan kommer vi fra visjoner til handling? ...og bedre skal det bli! Praksisfeltets anbefalinger for å oppnå god kvalitet på tjenestene i sosial- og helsetjenesten. Sosial – og helsedirektoratet; 2007. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/645/Hvordan-kommer-vi-fra-visjoner-til-handling-og-bedre-skal-det-bli-IS-1502.pdf>
57. Høye S, Severinsson, E. Methodological aspects of rigor in qualitative nursing research on families involved in intensive care units: A literature review. *Nurs Health Sci.* 2007 Mar;9(1):61–8. DOI: 10.1111/j.1442-2018.2007.00300.x
58. Denzin, NK, Lincoln YS. (Eds.). *Collecting and interpreting qualitative materials* (2nd ed.) Thousand Oaks, CA: Sage; 2003.