



Underernæring hos eldre

Hvordan kan sykepleier forebygge underernæring hos eldre hjemmeboende med demens?

HØYSKOLEN DIAKONOVA

Utdanning: Bachelor i sykepleie

Kull: BIS 2014

Modul og emne: Modul 11. Bachelor

Kandidatnummer: 217

Antall ord: 9983

Dato: 26.05.17

Tillater du at artikkelen blir publisert i Brage?

<http://www.diaconova.no/ny-forside/hoyskolen/for-studenter/skjemaer>

JA, jeg tillater (sett kryss)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	BEGRUNNELSE FOR VALG AV TEMA	1
1.2	PROBLEMSTILLING	2
1.3	FAGLIG RELEVANS	2
1.4	OPPGAVENS AVGRENSNINGER.....	2
1.5	BEGREPSAVKLARINGER	3
1.6	OPPGAVENS VIDERE OPPBYGGING	4
2	METODE.....	5
2.1	BESKRIVELSE AV METODEN	5
2.2	BESKRIVELSE AV FREMGANGSMÅTE;.....	5
2.2.1	Utvalgsriterier	7
2.3	KORT PRESENTASJON AV FORSKNINGSARTIKLENE	7
2.4	KILDEKRITIKK	9
3	TEORI	13
3.1	SYKEPLEIE.....	13
3.1.1	Pasient- og sykepleieutfordringer	14
3.2	UNDERERNÆRING; KARTLEGGING OG OBSERVASJON	16
3.2.1	Underernæring	16
3.2.2	Kartleggingsverktøy	16
3.2.3	Observasjoner	17
3.3	FORSKNINGSARTIKLER	17
3.3.1	"Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens"	17
3.3.2	"Ernæringsstatus blant pasienter i sykehjem og hjemmesykepleien kartlagt ved hjelp av Ernæringsjournalen"	18
3.3.3	"Screening of nutritional risk among older persons"	18
3.3.4	"Sykepleiekompetanse i hjemmesykepleien- på rett sted til rett tid?"	19
3.3.5	"Rutiner for å vurdere ernæringsstatus i hjemmesykepleien"	19
3.3.6	"Hva er faglig forsvarlig hjemmesykepleie?"	20
3.4	LOVVERKET, FORSKRIFTER OG ETIKK	20
3.5	ORGANISERING AV KOMMUNEHELSETJENESTEN	22
3.5.1	Utfordringer for kommunen	23
3.5.2	KUNNSKAP OG TID	23
3.6	HELSEPOLITIKK	24
4	DRØFTING	26
4.1	DISKUSJON AV PROBLEMSTILLING	26
4.2	TILTAK	26
4.2.1	Observasjoner	29
4.2.2	Kartleggingsverktøy	29
4.3	ARBEIDSFORHOLD: KOMPETANSE, TID OG RESSURSER	30
4.4	ORGANISERING AV KOMMUNEHELSETJENESTEN OG UTFORDRINGER FOR KOMMUNEN	32

4.6	LOVVERKET, FORSKRIFTER OG ETIKK	33
4.7	HELSEPOLITIKK.....	34
4.8	KONKLUSJON/AVSLUTNING	34

1 Innledning

I dette kapitlet vil jeg presentere begrunnelse for valg av tema og problemstilling. Videre vil jeg beskrive oppgavens faglige relevans og oppgavens avgrensninger. Til slutt vil jeg ta med noen begrepsavklaringer og oppgavens videre oppbygging.

1.1 Begrunnelse for valg av tema

At mange eldre hjemmeboende med behov for hjemmesykepleie er underernærte i dagens Norge er et paradoks. Norge er et av verdens rikeste land, det er ikke mangel på mat, men heller andre forhold som forårsaker underernæring hos eldre. Funnene fra forskningsrapportene var overraskende da de viste at så mange som opp mot 50% av gruppen enten var i faresonen for å bli underernærte eller faktisk underernærte (Landmark, Gran & Grov, 2014). Jeg valgte problemstillingen fordi jeg synes den er interessant, i tillegg til at jeg var så heldig å få praksis i hjemmesykepleien hvor jeg fikk være en del av et demensteam i en stor kommune. Demensteamet hadde stort fokus på eldres ernæring og hadde satt mål for å tilføre de eldre tilstrekkelig med god ernæring til at de ville gå opp i vekt. Under praksis så jeg at spisesituasjon hos de eldre med demens kunne være utfordrende. De eldre spiste ofte lite eller ingenting dersom de ble sittende alene ved bordet til tross for at sykepleierne hadde laget mat. Det er vanskelig å få oversikt over hva de eldre demente inntar av fast og flytende føde. Dette fordi det kan være en utfordring for de eldre å huske hva de har spist og drukket og hvilken mengde. Hensikten med denne oppgaven er å få mer kunnskap om temaet underernæring hos eldre hjemmeboende med demens for å kunne identifisere problemet og se på mulige løsninger. Informasjonen jeg får igjennom oppgaven vil være relevant for meg som sykepleier når jeg skal ut i jobb i hjemmetjenesten. Da vil jeg ha bredere kunnskap og forståelse slik at jeg kan komme med innspill og kompetanse som kan bidra til å få et bedre ernæringsmessig resultat for de eldre.

1.2 Problemstilling

Hvordan kan sykepleier forebygge underernæring hos hjemmeboende pasienter med demens?

1.3 Faglig relevans

Problemstillingen er sykepleiefaglig relevant ved at sykepleierne skal ha et helhetlig perspektiv på pasienten, slik det fremgår i Kvalitetsforskriften (2003) og Sykepleiernes Yrkesetiske Retningslinjer. Det at pasienter ikke får dekket grunnleggende behov fastslås i flere forskningsrapporter (Tønnesen & Nortvedt, 2012; Landmark et al., 2014; Gjerlaug, Harviken, Uppsata & Bye, 2016). Studiene viser at det er eldre med hukommelsessvikt som er spesielt utsatt for underernæring, og at dette er et framtrødende problem hos denne gruppen. En av studiene viser at det hyppigere rammer kvinner (Rognstad, Brekke, Holm, Lindberg & Lühr, 2014). I følge Fermann og Næss (2014) står over halvparten av de eldre som mottar hjemmebaserte tjenester i fare for å bli feil- eller underernært. For de eldre innebærer dette redusert livskvalitet, livslengde og økt sykkelighet. Det å få eldre til å spise er viktig for å forebygge og unngå sykehusinnleggelser, bruk av sykehjems plasser og for å ivareta livskvaliteten til pasientene. Om pleierne oppnår en god oversikt over matinntaket til pasientene, kan det være med på å oppnå tilstrekkelig ernæring og dermed forebygge underernæring. Dette kan gi de eldre bedre livskvalitet ved at de kan være mer psykisk tilstede, at de har energi til å delta på dagsenter eller i andre sosiale sammenhenger. At de eldre holder seg friske og er mer delaktig vil kunne bidra til å belaste helsetjenestene i mindre grad. Samfunnsmessig vil dette kunne gi en økonomisk gevinst ved at det brukes færre ressurser på å behandle, men snarere benytte ressursene forebyggende. Det kan være billigere og komme flere eldre til gode.

1.4 Oppgavens avgrensninger

I denne oppgaven har jeg valgt å avgrense aldersgruppen til eldre, 65 år og oppover (Myrstad, 2015). Pasientgruppen omfatter de som bor alene i eget hjem uten ektefelle eller andre pårørende. Dette har jeg valgt fordi det kan være en utfordring for hjemmesykepleien å ha oversikt over matinntaket til pasienten som ikke har noen rundt seg. Jeg vil derfor kun

trekke inn pårørende de stedene i oppgaven der det er nødvendig. Pasientgruppen jeg har valgt er i et tidlig stadium i demensutviklingen, og kan derfor klare seg alene med bistand fra kommunehelsetjenesten og eventuelt pårørende. For å begrense omfanget av oppgaven har jeg valgt å utelukke pasienter med langtkommen demens, da denne pasientgruppen sannsynligvis vil være innlagt i en institusjon. Når det gjelder omfang av sykepleien har jeg valgt å ta for meg demente som har behov for oppfølging flere ganger daglig. Disse pasientene kan ha behov for hjelp ved tilberedning av mat, spisehjelp, hjelp til stell, dusjing og påkledning. Utdeling av medikamenter og å påse at pasientene tar disse er også oppgaver for hjemmesykepleien. Bruken av medikamenter kan påvirke matlyst og forårsake fysiologiske utfordringer og ubehag. Dette kan bidra til at de eldre ikke vil eller kan spise. Eldre har ofte ikke egne tenner, noe som kan være utfordrende for pasienten, og som også kan påvirke både matinntak og fordøyelse (Rognstad et al., 2014). Jeg vil i begrenset grad ta for meg det som gjelder medikamenter og tannstatus. Underernæring kan være en konsekvens av feilernæring, men feilernæring er ikke en del av problemstillingen og jeg har valgt å ikke berøre dette ytterligere.

1.5 Begrepsavklaringer

Forebygge: Forebyggende arbeid handler om å forebygge at sykdom, skade og tidlig død oppstår, og også å bevare og bedre pasientens helse, funksjonsnivå og livskvalitet (Fermann & Næss, 2014).

Underernæring: En ubalanse mellom inntaket, forbruket og tapet av næringsstoffer. Underernæring kan ofte være et resultat av manglende inntak av energi og protein (Sjøen & Thoresen, 2012).

Hjemmeboende: Pasienter som bor hjemme som mottar helsehjelp fra hjemmesykepleien fordi de er blitt syke, helsen er svekket eller at livssituasjon er blitt slik at de trenger hjelp for en kortere eller lenger periode (Fjørtoft, 2016).

Demens: Demens er en fellesbetegnelse på ulike sykdommer som rammer flere av hjernens funksjoner. Den som rammes av demens vil bli tiltagende dårligere da dette er en progredierende sykdom. Personen vil etter hvert fungere dårligere og vil til slutt være avhengig av hjelp fra andre (Fermann & Næss, 2014).

Eldre: Eldre defineres som personer mellom 60-74 år og personer over 75 år er definert som gamle, men i Norge omtaler man også ofte personer over 75 år som eldre. Begrepene eldre og gamle brukes om hverandre i medisinsk faglitteratur (Myrstad, 2015).

1.6 Oppgavens videre oppbygging

I kapittel to beskriver jeg metoden som er anvendt og fremgangsmåten for hvordan jeg har funnet forskningsartikler. I tillegg er det en kort presentasjon av artiklene og utvalgsriterier, samt kildekritikk.

I kapittel tre presenterer jeg valgt teori i tillegg til funnene i forskningsartiklene som legger grunnlaget for drøftingene som er beskrevet i kapittel fire, sammen med en konklusjon.

2 Metode

I dette kapitlet vil jeg beskrive metoden som er brukt i oppgaven og fremgangsmåten jeg har brukt for å finne forskningsartikler. Det blir også kort presentert forskningslitteraturen jeg har valgt, og kildekritikk.

2.1 Beskrivelse av metoden

Metode kan beskrives som en måte man kan innhente, etterprøve eller utvikle ny kunnskap på et fagfelt (Dalland, 2014). Å velge én bestemt metode er viktig for å få riktige data og at spørsmålet blir belyst på en faglig forankret måte. Ved bruk av litteraturstudie som metode går man systematisk igjennom litteraturen som omhandler valgt tema. Litteraturen skal være relevant, brukbar, pålitelig, gyldig og overførbar (Støren, 2013). I min oppgave har jeg valgt å bruke litteraturstudie som metode for å kunne belyse problemstillingen. Dette kan bidra til at jeg blir kjent med fagområdet, og til å identifisere mulige kunnskapshull. I tillegg vil jeg bruke mine erfaringer fra praksis i sykehjem og hjemmesykepleien under utdanningsløpet hvor jeg fikk interesse for problemstillingen.

2.2 Beskrivelse av fremgangsmåte;

Jeg startet med å søke for å finne et bredt utvalg av relevant forskning. Jeg valgte jeg å søke på ulike sider; SweMed+, Sykepleien Forskning, PubMed og Cinahl. Jeg har søkt med forskjellige søkeord og ulike kombinasjoner. Jeg har gått igjennom mellom 30-40 artikler totalt på PubMed og Cinahl, som viste seg å ikke ha relevans for oppgaven til tross for at de inneholdt søkeordene. Derfor har jeg valgt å vise fremgangsmåten på de artiklene jeg har valgt å bruke i min oppgave. Artiklene jeg har valgt er hentet fra SweMed+ og Sykepleien Forskning med bakgrunn i at disse kom opp med relevante artikler.

Jeg startet med å søke i SweMed+. Her bruke jeg søkeordene: ”underernæring”, ”eldre” og ”demens”, og kombinerte disse tre søkeordene med ”AND”. Jeg huket også av for ”les online” for å forsikre meg tilgang til hele artikkelen og ”Peer reviewed tidsskrifter” for å

være sikker på at de var fagfellevurderte. Da fikk jeg 5 treff. Jeg valgte artikkel nr. 3, av Rognstad, Brekke, Holm, Lindberg, & Lühr (2014). Dette valgte jeg fordi den omhandler temaet underernæring hos eldre med demens. Jeg så også på oppbygging av artikkelen, (IMRaD) slik at jeg kunne vurdere forskningens kvalitet. Artikkelen heter ”Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens”. De øvrige fire artiklene ble valgt bort da de ikke oppfylte inklusjonskriteriene.

Fordi jeg fikk et så lite utvalg av artikler i mitt første søk, valgte jeg å utvide søket til et mer generelt søk på eldre og underernæring. Jeg søkte derfor igjen i SweMed+ hvor jeg kombinerte søkeordene ”eldre” og ”underernæring” og huket av for ”AND”. Jeg valgte igjen å huke av for fagfellevurdert og muligheten til å kunne lese artikkelen online og satt da igjen med 58 treff. Jeg valgte artikkel nr. 9, skrevet av Landmark, Gran & Grov (2014). Den heter ”Ernæringsstatus blant pasienter i sykehjem og i hjemmesykepleien kartlagt ved hjelp av Ernæringsjournalen.” Jeg valgte denne artikkelen fordi jeg ønsket å se hvilke forskjeller og likheter det er mellom underernæring hos eldre i institusjon og eldre hjemmeboende.

I Sykepleien Forskning brukte jeg søkeordene ”underernæring eldre”, da fikk jeg 48 treff. Jeg utelukket kategoriene; fag, nyheter og meninger slik at søket kun skulle gjelde forskning og utelukket artikler som var eldre enn 10 år. Da satt jeg igjen med 14 treff. Jeg valgte artikkelen til Gjerlaug, Harviken, Uppsata & Bye (2016), ”Screening of nutritional risk among older persons” fordi den så på ulike verktøy som kan være til hjelp når man skal kartlegge om pasienten er i risiko for å bli underernært.

Jeg søkte i SweMed+ for å finne en artikkel om hjemmesykepleien og tid. Jeg brukte søkeordene ”hjemmesykepleien” AND ”tid”, og huket av for fagfellevurdert og les online. Da fikk jeg 15 treff. Jeg valgte artikkel nr. 2, en studie utført av Norheim & Thoresen (2015). Jeg valgte denne fordi den handlet om sykepleiekompetanse og mengden med arbeidsoppgaver man får tildelt i forhold til hvor mye/lite tid man har disponibelt. Det kan være interessant å se om tid og kompetanse kan være en medvirkende årsak til underernæring hos de eldre.

Jeg brukte Sykepleien Forskning for å finne en artikkel om ernæringsstatus og hjemmesykepleien. Jeg søkte derfor med ”ernæringsstatus” og ”hjemmesykepleien”, og huket av for kun forskning. Jeg søkte kun etter artikler fra de siste ti årene og fikk ti treff. Jeg valgte Aagaard & Grøndahls (2017) artikkel fordi den undersøker hvilke rutiner som finnes i hjemmesykepleien for å vurdere pasienters ernæringsstatus.

På nytt søk i Sykepleien Forskning for å se etter mer relevant stoff fant jeg Tønnesen & Nortvedt (2012) sin forskningsartikkel. Studien handler om faglig forsvarlighet i hjemmesykepleien. Denne valgte jeg å bruke i min oppgave fordi jeg synes det ville være interessant å se hva de definerer som faglig forsvarlig i hjemmesykepleien. Artikkelen tar videre for seg Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, som jeg også har benyttet i min oppgave.

2.2.1 Utvalgskriterier

Jeg benyttet meg av disse kriteriene da jeg valgte ut forskningsartikler:

- De skal være fagfellevurdert.
- Følge IMRAD-struktur.
- Artiklene skal være utgitt på norsk, svensk, dansk eller engelsk.
- Utgivelsene skal ikke være eldre enn 10 år.
- Underernæring hos eldre.

2.3 Kort presentasjon av forskningsartiklene

I dette kapittelet vil jeg kort presentere forskningsartiklene jeg har inkludert i min oppgave. Hensikten med studiene og funn i artiklene utdyper jeg i teorikapittelet.

1. "Underernæring hos eldre hjemmeboende med demens"

Rognstad, Brekke, Holm, Lindberg & Lühr (2014) sin artikkel handler om underernæring hos eldre med demens som bor hjemme. Dette er en tverrsnittstudie som er en form for en kvantitativ studie. Artikkelen peker på at personer med kognitiv svikt eller hukommelsessvikt er mer utsatt for underernæring. Den viser også at å være kvinne er en risikofaktor for å bli underernært.

2. "Ernæringsstatus blant pasienter i sykehjem og i hjemmesykepleien kartlagt ved hjelp av Ernæringsjournalen"

Landmark, Gran og Grov (2014) ser på hvordan bruk av Ernæringsjournalen, et kartleggingsverktøy, kan hjelpe med å få mer kunnskap om risiko for å bli underernært. De har utført en studie med et ønske om å få til en systematisk oppfølging av ernærings situasjonen hos de syke og sårbare pasientene som er inkludert i studien.

3. "Screening of nutritional risk among older persons"

Denne artikkelen handler om bruk av screeningverktøy og hvordan man kan bruke dette for å avdekke risiko for underernæring i en tidlig fase og på den måten forebygge underernæring ved å igangsette ernæringsbehandling. Gjerlaug, Harviken, Uppsata & Bye, (2016) ser på hvilket verktøy som passer best for å avdekke underernæring hos eldre i institusjon og hos eldre som bor hjemme.

4. "Sykepleiekompetanse i hjemmesykepleien – på rett sted til rett tid?"

I denne artikkelen har Norheim & Thoresen (2015) undersøkt om kompetansen i hjemmesykepleien er tilstrekkelig i forhold til utviklingen av flere kompetansekrevende oppgaver, som hjemmesykepleien står ovenfor. Samhandlingsreformen har ført til at kommunehelsetjenesten mottar pasienter som har større behov for behandling og trenger videre behandling hjemme.

5. "Rutiner for å vurdere ernæringsstatus i hjemmesykepleien"

Artikkelen handler om hvilke rutiner og prosedyrer som finnes for å enkelt kartlegge ernæringsstatusen til pasienter som mottar hjemmesykepleie. Aagaard & Grøndahl (2017) peker på at det allerede finnes retningslinjer for kartlegging av pasienter, men at disse bør gjøres mer kjent. At opplæring av helsepersonell prioriteres er også noe de peker på som viktig.

6. "Hva er faglig forsvarlig hjemmesykepleie?"

Tønnesen & Nortvedt (2012) hadde som hensikt å klargjøre hva sykepleiefaglige forsvarlige pleie- og omsorgstjenester innebærer. Det er uklareheter i minstekravet for hva nødvendige og forsvarlige sykepleietjenester er, og spesielt innen hjemmesykepleie ser man at det er en betydelig avstand mellom pasientens behov for tjenester og hvilke tjenester pasienten får.

2.4 Kildekritikk

Kildekritikk er en metode som brukes for å finne ut om en kilde er sann. Dette betyr at man er nødt til å vurdere og beskrive kildene som blir brukt. Ved kildekritikk ser man to sider; den ene handler om å få hjelp til å finne den litteraturen som kan belyse din problemstilling best mulig, dette kalles litteratursøking eller kildesøking. Den andre siden omhandler en redegjøring for litteraturen som er anvendt i oppgaven (Dalland, 2014). Litteraturen jeg har brukt i oppgaven er av nyere dato, og jeg har valgt å bruke litteratur som ikke er eldre enn fra 2007. Dette valgte jeg fordi sykepleiere er nødt til å holde seg oppdatert på det nyeste innen forskning.

Rognstad et al. (2014) har utført en studie om underernæring som omfatter eldre hjemmeboende med demens. Studien er gjennomført i fire bydeler i Oslo, med 445 pasienter. Det var 282 som deltok i studien, frafallet skyldtes sykdom eller at man ikke ønsket å delta i studien. Studien er utført av helsepersonell etter opplæring. I både

Landmark et al. (2014) og Rognstad et al. (2014) hadde de ansatte fått opplæring i hvordan verktøyene skulle benyttes, for å kunne gi høyere reliabilitet. Rognstad et al. (2014) har valgt å benytte MNA (Mini Nutritional Assessment) som kartleggingsverktøy. De slår fast at dette er et godt validert screeningverktøy, hvilket også underbygges i Gjerlaugs et al. (2016) sin artikkel om ulike kartleggingsverktøy.

I Landmarks et al. (2014) sin undersøkelse var utvalgskriteriene samtlige pasienter innlagt i institusjon eller med behov for hjemmesykepleie, foretatt i en stor bykommune i Norge. Med bakgrunn i at samtlige pasienter innenfor disse to kategoriene ble valgt så er studien statistisk representativ. Det innebærer at funnene i studien kan overføres til andre kommuner. Pasienter som var innlagt i spesialenheter, som demensavdeling eller palliativ enhet, ble ikke inkludert. Informasjon om årsaken til at disse gruppene er utelatt kommer ikke frem. Landmark et al. (2014) har i sin undersøkelse valgt å benytte Helsedirektoratet sin Ernæringsjournal. Landmark et al. (2014) oppgir i sin artikkel at de oppfatter ernæringsjournalen som et godt og hensiktsmessig verktøy til å identifisere risikofaktorer for underernæring, og innhente andre data om ernæring. Gjerlaug et al. (2016) slår derimot fast i sin artikkel at Helsedirektoratets ernæringsjournal ikke er validert. De fant ingen forskjell på kvinner og menn i undersøkelsen i motsetning til Rognstad et al. (2014) sin artikkel som viste at kvinner var i større fare for underernæring.

Gjerlaug et al. (2016) har gjennomført en systematisk litteraturstudie om ulike screeningverktøy. Hensikten med denne studien var å finne det screeningverktøyet som var best egnet til å identifisere underernæring hos pasienter som er innlagt i langtidsinstitusjoner, og hos eldre som bor i eget hjem som mottar hjemmesykepleie. De brukte en kvalitetsvurderingsmodell for å sikre kvaliteten på inkluderte artikler. Gjerlaug et al. (2016) fant at det var utført lite forskning hvor man har vurdert reliabilitet, anvendbarhet og validitet av screeningverktøyene for å avdekke risiko for underernæring hos pasientgruppen. I artiklene fant de imidlertid at for målgruppen egner MNA seg godt som screeningsverktøy.

Artikkelen om kompetanse i hjemmesykepleien som er utført av Norheim & Thoresen (2015) er basert på to fokusgrupper hvor det var sykepleieransatte som var invitert med. Fokusgrupper er ikke et representativt utvalg i statistisk forstand, slik at resultatene i undersøkelsen ikke kan generaliseres, og kan derfor ikke gjøres gjeldende eller gyldig for andre kommuner. Med fokusgrupper forsøker man å undersøke holdninger som er typiske for en gruppe. Metoden gir muligheter for å innhente data fra flere deltakere samtidig, og styre intervjuet inn på de temaer man ønsker å utdype (Tjora, 2012). Sykepleierne var ansatt i en mellomstor norsk kommune. De skulle i utgangspunktet innfri fire kriterier for å kunne delta. Det kommer frem at man ikke klarte å rekruttere tilstrekkelig med frivillige kandidater, og deler av gruppen ble derfor rekruttert etter samtale med avdelingsleder. Dette kan oppfattes som om deres deltakelse da ikke nødvendigvis var frivillig, som skulle være et av kriteriene. Å ikke delta på frivillig basis kan ha påvirket sykepleiernes svar, men dette kommer ikke frem som et tema i undersøkelsen. Deltakerne i undersøkelsen hadde ulik lengde på yrkeserfaringen. Hensikten var å avdekke hvordan deler av ledelsen samt sykepleierne opplevde egne arbeidsforhold og sin kompetanse. Artikkelen handler om kompetanse hos sykepleierne generelt, og ikke spesifikt om ernæringsproblematikk, men som likevel er en del av undersøkelsen. Undersøkelsen er interessant fordi den gir et godt innblikk i hvordan sykepleierne opplever egen arbeidssituasjon. Dette er relevant informasjon for min problemstilling fordi sykepleierne peker på forhold som tidsnød og behovet for økt kompetanse.

Aagaard og Grøndahl (2017) er basert på en omfattende spørreskjemaundersøkelse til to grupper; ledere i hjemmesykepleien og helsepersonell i hjemmesykepleien. 273 ledere og 212 personer blant helsepersonell besvarte spørreskjemaene som gir en svarprosent på henholdsvis 59% og 74%. Respondentene måtte besvare hele 61 og 67 spørsmål, dette kan ha medvirket til at svarprosenten har blitt noe lavere enn den ideelt sett kunne ha vært. En mulig begrensning kan være at materialet fra deres undersøkelse er fra 2011 og er derfor 6 år gammelt. Til gjengjeld hadde de både for ledere og helsepersonell svar fra fem helseregioner fra hele landet, noe som kan styrke muligheten for å generalisere.

Tønnessen & Nortvedt (2012) sin artikkel baserer seg på deres tidligere studie om sykepleiernes prioriteringer i hjemmesykepleien. De konkluderer med å beskrive tre krav

som de oppfatter som akseptable sykepleietjenester må tilfredsstillte. Det er tatt utgangspunkt i lov og offentlige utredelser samt forskningsartikler for hva som er forsvarlig og omsorgsfull sykepleiertjeneste i hjemmetjenesten.

3 Teori

I dette kapitlet vil jeg presentere Virginia Henderson sin definisjon på sykepleie og hennes grunnleggende sykepleieprinsipper. Jeg vil presentere forskningsartiklene jeg har brukt samt annen valgt teori.

3.1 Sykepleie

Jeg har valgt å bruke Virginia Henderson sin sykepleieteori i min oppgave. Å vise respekt, være forutsigbar og trygg er ønskelige egenskaper hos en sykepleier. Henderson sin definisjon på sykepleie og hennes grunnprinsipper, har hatt innflytelse på andre sykepleieteorier de senere årene.

Virginia Henderson definerte sykepleie slik:

Sykepleierens særegne funksjon er å hjelpe individet, sykt eller friskt, i utførelsen av de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse, eller til en fredfull død, noe han/hun ville ha gjort uten hjelp dersom han/hun hadde hatt tilstrekkelige krefter, vilje og kunnskaper. Og å gjøre dette på en slik måte at han/hun gjenvinner uavhengighet så fort som mulig (Kristoffersen, 2014a, s. 224).

Synet Henderson hadde på helse var nært knyttet til hvordan menneskets grunnleggende behov blir ivaretatt. Hun beskrev 14 punkter som hun selv betegnet som grunnleggende sykepleieprinsipper. De 8 første punktene omhandler fysiologiske behov, mens de resterende punktene omhandler det psykososiale. Punkt nr. to handler om å spise og drikke tilstrekkelig, som er et av menneskers grunnleggende behov. Hun beskriver at dette er noe sykepleier skal gjøre uavhengig av pasientens fysiske eller psykiske helse. Det er viktig at sykepleieren hjelper pasienten med å innta tilstrekkelig mat og drikke slik at pasienten lettere kan utføre daglige aktiviteter (Kristoffersen, 2014a; Kirkevold, 2009). Punktet om å spise og drikke tilstrekkelig har en klar sammenheng med min problemstilling fordi sykepleierens rolle er å hjelpe mennesker med å kunne utføre daglige aktiviteter og å dekke grunnleggende behov, slik som å spise tilstrekkelig, variert og helsefremmende næring (Tønnesen & Nortvedt, 2012). Jeg valgte Henderson fordi jeg oppfatter at hennes teori er

oversiktlig og anvendbar ved måten den balanserer fysiologiske og psykososiale behov. Teorien kan egne seg godt som et grunnlag for at sykepleiere lettere kan se de behovene pasienten har. Min sykepleiertilnærming samsvarer godt med Hendersons. Hennes fysiologiske og psykososiale behov går på mange måter igjen i flere av artiklene jeg har benyttet i min oppgave (Tønnessen & Nortvedt, 2012; Aagaard & Grøndahl, 2017). Det å forebygge underernæring eller fremme tilstrekkelig ernæring handler i bunn og grunn ikke om maten spesielt, men heller om den eldre hjemmeboendes helhetlige situasjon (Rognstad et al., 2014; Landmark et al., 2014; Aagaard & Grøndahl, 2017

3.1.1 Pasient- og sykepleieutfordringer

Demens er en overordnet betegnelse på sykdommer som kan ramme ulike funksjoner i hjernen. Alle de ulike demenssykdommene er tiltagende, og personen som rammes av demens vil med tiden fungere dårligere og dårligere. Til slutt vil man være helt avhengig av hjelp fra andre i hverdagen. Sykdomsforløpet kan variere fra å være kort og raskt progredierende til å strekke seg over flere år. Det finnes omtrent 71 000 mennesker registrert med demenssykdom i Norge i dag (Fermann & Næss 2014). For hjemmeboende pasienter med demens kan dette resultere i flere utfordringer, slik som å glemme å spise, liten mulighet for å planlegge matinnkjøp og måltidene selv og kanskje er det vanskelig for pasienten å tilberede maten på egenhånd. Videre kan pasienten bruke medikamenter som gir nedsatt matlyst, han kan mangle sultfølelse og ha dårlig tannstatus. Dette er årsaker som kan ha innvirkning på ernærings situasjonen (Rognstad et al., 2014; Fermann & Næss, 2014; Kristoffersen, 2014). Språkproblemer i forbindelse med demenssykdommen kan i tillegg gi seg utslag i at pasienten ikke klarer å formidle hvilke utfordringer han har i forbindelse med måltidet, og hvorfor han har nedsatt matlyst (Eide & Eide, 2014). Disse eksemplene er noen utfordringer jeg opplevde at pasientene hadde da jeg var i praksis i hjemmesykepleien. Disse utfordringene vil også ha betydning for hjemmesykepleien og hvordan den er organisert.

Sykepleierne kan få utfordringer ved at de har liten oversikt over matinntaket til pasienten, både på grunn av tidspress i arbeidshverdagen og at det kan være mange forskjellige

personer som er innom pasienten hver dag. Tid spiller en vesentlig stor rolle (Norheim & Thoresen, 2015). Pasienten kan også ha utfordringer med å huske om han har spist i det hele tatt og eventuelt hva han har spist. Medspising og å tilberede maten sammen med pasienten vil kanskje kreve mer tid enn hva sykepleierne har disponibelt hos hver pasient, men det vil være mulig om sykepleierne rapporterer forholdet om behov for mer tid til arbeidsgiver. En annen faktor som kan spille inn er kunnskap. I studien til Aagaard & Grøndahl (2017) oppga de ansatte i hjemmesykepleien at de hadde for liten kunnskap om ernæring knyttet til eldre, og følte derfor at å identifisere underernæring kunne være utfordrende. Hensikten og funnene i studiene vil jeg presentere i kapittel 3.4.

Mat er et av menneskers grunnleggende behov og inntak av tilstrekkelig og variert næring er en forutsetning for å kunne utføre dagligdagse aktiviteter. Å opprettholde en god ernæringsstatus og å unngå vekttap vil føre til mindre risiko for tidlig død. Noen viktige årsaker til vekttap kan være tap av muskelmasse (sarkopeni), dårlig absorpsjon av næringsstoffer i tarmen (malabsorpsjon), stigning i kroppens basalstoffskifte (hypermetabolisme), avmagring og dehydrering (Fermann & Næss, 2014). De som er hyppigst utsatt for feilernæring og/eller underernæring er eldre med nedsatt almenntilstand og appetitt, pasienter med tygge- og svelgeproblemer, pasienter med ulike former for demens og de som er avhengig av hjelp for å spise (Rognstad et al., 2014). Pasientenes behov for hjelp til ernæring kan variere fra å gjelde planlegging av innkjøp eller å utføre innkjøp, tilberedning av maten, tilrettelegging i spisesituasjon eller hjelp til å spise. For hjemmesykepleien kan utfordringene variere fra å passe på at kjøleskapet er fylt opp med holdbar mat, påse at maten pasienten får i seg er variert og at pasienten får mat som han/hun liker (Fermann & Næss, 2014). Redusert livskvalitet og almenntilstand, økt dødelighet og økte kostnader for kommunen er noen konsekvenser av underernæring (Landmark et al., 2014).

3.2 Underernæring; kartlegging og observasjon

3.2.1 Underernæring

Det er etablert et internasjonalt mål av World Health Organization (WHO) som benyttes for å bestemme kroppsmasseindeks (KMI) eller ernæringsstatus. Målet er etablert med utgangspunkt i voksne mennesker. KMI er en måte å måle om en person er under-, over- eller normalvektig. Formelen for beregning av kroppsmasseindeksen er:

$$\text{KMI} = \text{vekt(kg)} / \text{høyde(m)}^2$$

Kategoriene er inndelt med følgende grenser for voksne mennesker.

Under 18,5 = Undervekt

18,5-24,9 = Normalvekt

25,0-29,9 = Fedme

30,0-34,9 = Fedme klasse II

35,0-39,9 = Fedme klasse III

Helsedirektoratet anbefaler at eldre bør ha noe høyere KMI, definert som normalvekt enn for øvrige voksne.

3.2.2 Kartleggingsverktøy

Bruk av kartleggingsverktøy kan være et bra hjelpemiddel for å avdekke underernæring hos pasienter som tilsynelatende er friske. Det finnes flere ulike verktøy som kan benyttes. Som tidligere nevnt har Helsedirektoratet utviklet Ernæringsjournalen, og anbefaler også bruk av Mini Nutritional Assessment (MNA) og Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) som verktøy for å kartlegge ernæringsmessig risiko hos eldre pasienter (Gjerlaug et al., 2016). Det mangler forskning på hvorvidt kartleggingsverktøyene er anvendbare. Likevel trekkes MNA frem som et godt verktøy. Å benytte kartleggingsverktøy er relevant for min problemstilling fordi det kan avdekke om eldre er i risikogruppe for underernæring eller er underernærte (Gjerlaug et al., 2014).

3.2.3 Observasjoner

Ved å registrere matinntaket til pasienten i et kostregistreringsskjema kan man enklere se om pasienten spiser for lite, eventuelt om pasienten har for lite variert kosthold. Dette skjemaet kan legges igjen hos pasienten slik at den som gir pasienten mat kan registrere dette inn i kostregistreringsskjemaet. Ved å observere hår, negler og avføring kan man se om pasienten mangler ulike vitaminer, og om pasienten inntar for lite kostfiber. Dårlig ernæring kan få negler til å gro saktere, samt bli sprøere. Ved inntak av for lite kostfiber kan man se at avføringen blir hard og knollete (Kristoffersen, 2014b).

3.3 Forskningsartikler

I dette kapitlet vil jeg presentere en oversikt over hensikten og funnene i de valgte forskningsartiklene. Når det gjelder utvalgskriteriene er disse beskrevet i kapittel 2.2.1.

3.3.1 ”Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens”

Forfatter: Rognstad, Brekke, Holm, Lindberg og Lühr

Nasjonalitet: Norsk

Publisert: 2014

Hensikt: Å undersøke ernæringsstatusen til eldre hjemmeboende pasienter med demens og kognitiv svikt. Pasientinformasjonen er hentet fra fire bydeler i Oslo.

Funn: Studien viser at ca. 50% av hjemmeboende enten var underernærte eller stod i fare for å bli det. Det å være kvinne og ha problemer med matinntak var en viktig risikofaktor. Forfatterne understreker betydningen av at helsepersonell og pårørende må få kompetanse om underernæring og at tiltak må iverksettes tidlig for å forhindre utvikling av negativ ernæringsstatus.

3.3.2 ”Ernæringsstatus blant pasienter i sykehjem og hjemmesykepleien kartlagt ved hjelp av Ernæringsjournalen”

Forfatter: Landmark, Gran & Grov

Nasjonalitet: Norsk

Publisert: 2014

Hensikt: Å kartlegge underernæring hos eldre pasienter i sykehjem og eldre som mottar hjemmesykepleie.

Funn: Studien viste at 30% av de som deltok i undersøkelsen hadde en kroppsmasseindeks under 22kg/m². Om man tar hensyn til Helsedirektoratets definisjon, viste materialet at 50% var underernærte, altså med en KMI under 24. Videre oppga forfatterne at det var en klar sammenheng mellom fysiologiske utfordringer, som tygge- og svelgeproblemer og nedsatt matlyst, sammen med behov for bistand i matsituasjon. Det ble også pekt på psykososiale forhold. Kompetanseheving om ernæringsstatus og kartlegging av ernæringsstatus anbefales. I studien fant de at Helsedirektoratets Ernæringsjournal er et hensiktsmessig verktøy, men ikke tilstrekkelig. Pasientens helhetlige situasjon bør også vurderes.

3.3.3 ”Screening of nutritional risk among older persons”

Forfatter: Gjerlaug, Harviken, Uppsata & Bye

Nasjonalitet: Norsk

Publisert: 2016

Hensikt: Å evaluere screeningverktøy som er velegnet for å kartlegge underernæring hos eldre som bor i institusjon og eldre som mottar hjemmesykepleie.

Funn: Ut fra ni valideringsstudier identifiserte de i alt fire ulike screeningverktøy; MNA, SNAQ, MST og GNRI. De varierte noe med hensyn til sensitivitet og spesifisitet. Ingen studier analyserte verktøyets anvendbarhet. MNA ble vurdert til å være det verktøyet som

var best egnet til å avdekke ernæringsmessig risiko både for pasienter som mottar hjemmesykepleie og pasienter i institusjon. I studien ble det pekt på behov for mer forskning på feltet.

3.3.4 ”Sykepleiekompetanse i hjemmesykepleien- på rett sted til rett tid?”

Forfatter: Norheim & Thoresen

Nasjonalitet: Norsk

Publisert: 2015

Hensikt: Å se på kompetanse i hjemmesykepleien etter innføring av samhandlingsreformen.

Funn: Sykepleiernes kompetanse var tilfredsstillende, men ikke tilstrekkelig. Sykepleierne opplevde at de ikke alltid fikk brukt sin kompetanse, og at samarbeidet mellom de med ulik kompetanse kunne oppleves som utfordrende. Hovedkonklusjon var at kompetansen i hjemmesykepleien burde styrkes i alle ledd med bakgrunn i forventinger om flere kompetansekrevende oppgaver.

3.3.5 ”Rutiner for å vurdere ernæringsstatus i hjemmesykepleien”

Forfatter: Aagaard & Grøndahl

Nasjonalitet: Norsk

Publisert: 2017

Hensikt: Å beskrive hvilke rutiner ledere og ansatte i hjemmesykepleien bruker for å kunne vurdere pasientenes ernæringsstatus.

Funn: Helsedirektoratets retningslinjer var kjent av 67% av lederne og 37% av helsepersonellet. For å vurdere ernæringsstatus svarte omtrent 33% at hjemmesykepleien

hadde skriftlige prosedyrer. 69% av helsepersonellet i deres undersøkelse oppga at de ikke vanligvis veide pasienten når de ble skrevet inn i hjemmesykepleien. Det ble konkludert med at retningslinjer var etablert, men det er et behov for å gjøre disse bedre kjent og tilføre opplæring av helsepersonell.

3.3.6 ”Hva er faglig forsvarlig hjemmesykepleie?”

Forfatter: Tønnessen & Nortvedt

Nasjonalitet: Norsk

Publisert: 2012

Hensikt: De ønsket å klargjøre innholdet i begrepet som omhandler sykepleiefaglige forsvarlige pleie- og omsorgstjenester.

Funn: De slår fast at deres egen og andres forskning viser at tjenestene i hjemmesykepleien ikke ivaretar pasientens behov så godt som ønskelig. Ansatte i hjemmesykepleien har pekt på at pasientene opplever at behovene de har ikke blir dekket av de tjenestene de får.

3.4 Lovverket, forskrifter og etikk

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven, 2011) er loven som gjelder for hjemmesykepleien. Loven trådte i kraft i 2012 og målet var at den skulle bidra til å tilrettelegge for bedre samhandling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Lovens formål var at den skulle sikre et tilrettelagt tjenestetilbud med rom for respekt for den enkelte pasients verdighet og integritet. Loven har et minstemål for hvilke tjenester kommunen skal levere, som den hjelp og omsorg pasientene har krav på å få. Dette innebærer blant annet at kommunene og helseforetakene skal sikre at ernæring er en del av behandlingstilbudet (Fjørtoft, 2016; Rognstad et al. 2014; Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) gi pasienter rett til å stille krav til helsetjenestene. Fjørtoft (2016) har delt rettighetene i to grupper:

1. Rett til tilgang på helsehjelp: rett til nødvendig helsehjelp, skriftlig vedtak om innvilgning av hjelp eller ikke, fornyet vurdering, og rett til å velge tjenester hvis det finnes valgmuligheter.
2. Rettigheter som pasient/bruker: rett til medvirkning, informasjon, selvbestemmelse og innsyn i journalen (Fjørtoft, 2016 s. 156).

Disse rettighetene er viktige for pasienten, spesielt retten til å få informasjon. Informasjon er nødvendig for at pasienten skal ha medvirkning og kunne ta beslutninger i forbindelse med sykdom, ulike behandlingsalternativer og prognoser. Det betyr ikke at sykepleieren ikke lenger har sitt faglige ansvar, men at pasienten skal kunne ha innflytelse på egen behandling (Seljelid, 2016).

Både pasienten og sykepleieren er ”beskyttet” av Yrkesetiske Retningslinjer (YER) ved siden av lovverket. Punktene i YER, ”Sykepleieren og pasienten” legger en føring for ansvaret sykepleieren har ovenfor pasienten, ivaretagelse av pasienten og pasientens rett til både medbestemmelse og til å ikke bli krenket.

”2.1 Sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom.

2.3 Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg” (ICNs etiske retningslinjer, 2011).

Disse to retningslinjene kan ses i sammenheng med min oppgave. De handler om å fremme helsen hos pasienten og ivareta hans behov for en helhetlig omsorg. Å sørge for at pasienten spiser og drikker tilstrekkelig, ser jeg som en av hovedoppgavene til en sykepleier.

Kvalitetsforskriften for pleie- og omsorgstjenestene (2003) er utarbeidet for å sikre at mottakere av pleie- og omsorgstjenester får ivaretatt sine grunnleggende behov etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. Dette skal gjøres med respekt for individets selvbestemmelsesrett, livsførsel og egenverd. Kommunen er pålagt å utarbeide

prosedyrer som skal sikre at pasientene får de tjenestene de har behov for til riktig tid. Videre at det skal gis et helhetlig og fleksibelt tilbud til den enkelte pasient. Pasient eller pårørende skal kunne delta ved utforming og eventuelt endring av tilbudet til pasienten. De utarbeidede prosedyrene skal kunne forsikre at pasientens grunnleggende behov blir ivaretatt, slik som tilstrekkelig næring, et variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003).

3.5 Organisering av kommunehelsetjenesten

Det er laget retningslinjer for hvordan kommunale pleie- og omsorgstjenester kan være organisert, men det er opp til hver enkelt kommune å bestemme hvordan de ønsker å organisere sine tjenester (Aagaard & Grøndahl, 2017). Lovverket sier noe om hvilke oppgaver kommunen må foreta seg, og hvilke tjenester de er nødt til å yte. Det stilles krav til at kommunen organiseres slik at den sikrer befolkningen et helhetlig og samordnet tilbud. Det skal tilrettelegges for tverrprofesjonelt arbeid både mellom kommunen, primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Utvikling og økende spesialisering i hjemmetjenesten har gjort at flere kommuner har organisert ulike team for ulike pasientgrupper. Eksempler på dette kan være et demensteam som jeg fikk være en del av i min hjemmesykepleiepraksis. Demensteamet hadde som oppgave å ivareta pasienter med kognitiv svikt og demens. Dette innebar at demensteamet kun hadde oppgaver hos denne pasientgruppen, og sykepleierne var også hos faste pasienter når de var på jobb. Dette medførte mer oversikt og kontinuitet i arbeidet for sykepleierne, og mindre forvirring for pasientene som samtidig fikk mer forutsigbare og trygge dager. En slik ordning kan føre til at pasientene blir bedre ivaretatt ved at for eksempel de kliniske observasjoner blir mer presise fordi sykepleierne kjenner pasientene og kan se dem over tid. Denne nye organiseringen kan knyttes til at kommunene har fått nye og flere oppgaver, og pasienter med mer komplekse sykdomsbilder (Fjørtoft, 2016).

3.5.1 utfordringer for kommunen

At eldre ønsker å bo hjemme så lenge som mulig, og helst til de dør, kan gi kommunen utfordringer fordi andelen pasienter som trenger sykepleie vil kunne bli større enn ressursene kommunen har til disposisjon. På grunn av eldrebølgen vil det etter hvert bli flere og flere eldre som bor hjemme og man vil trenge enda flere ansatte i kommunehelsetjenesten. Ved å flytte de eldre på sykehjem vil man kunne ha større oversikt over både pasienten og inntaket deres av mat og drikke. Dette er en løsning som pasientene ofte ikke ønsker i tillegg til at det er en langt dyrere ordning for kommunene. Det er dokumentert at forekomsten av underernæring hos eldre hjemmeboende med behov for hjemmesykepleie er lavere sammenliknet med pasienter som bor i institusjon. Dette kan for øvrig ha sammenheng med at de som får plass på sykehjem er de sykeste eldre, og at beboerne i sykehjem i gjennomsnitt er 1,8 år eldre enn de hjemmeboende (Landmark et al., 2014).

3.5.2 Kunnskap og tid

Tid og kunnskap er viktige forutsetninger for at sykepleieren skal utføre god sykepleie, og at pasientene skal få tilstrekkelig hjelp med å få dekket sine grunnleggende behov. Mange pasienter som mottar hjemmesykepleie oppgir at de er svært fornøyd med tjenesten, og opplever å bli respektert, tatt hensyn til og at de får omsorg, men peker samtidig på forhold som kan forbedres (Tønnesen & Nortvedt, 2012). Tidligere studier har vist at kommunehelsetjenesten har strukturelle utfordringer ved at det er mangel på ansatte med fagkompetanse, mangel på kontinuitet i pasientarbeidet, manglende ressurser og tidspress (Norheim & Thoresen, 2014). Sykepleierne som deltok i Norheims & Thoresens (2015) studie oppga at sykepleiernes kompetanse er tilstrekkelig, men at de er for få ansatte til å kunne følge opp alle pasientenes behov hver dag. Sykepleierne ga uttrykk for at tiltakene de hadde igangsatt ikke alltid ble fulgt opp av assistenter og vikarer. Videre pekte de på at det kunne være mangel på observasjoner og manglende rapportering av sykdom eller endringer i pasientenes helsetilstand. Fokusgruppen opplevde at deres hovedoppgave var mer i retning av ”brannslukningsarbeid” istedenfor å kunne bruke tiden på kliniske vurderinger og å iverksette forebyggende tiltak. Dette var forhold sykepleierne opplevde som lite tilfredsstillende. De ønsket heller å benytte kompetansen sin på de områdene

sykepleierne har spesiell kompetanse, og at man kunne benytte assistenter og vikarer til enklere oppgaver slik som å varme mat (Norheim & Thoresen, 2015). Tid, kunnskap og ressurser har blitt vurdert til de tre største hindringene for å identifisere og følge opp ernæringsstatus (Aagaard & Grøndahl, 2017).

3.6 Helsepolitikk

I 2009 etablerte norske myndigheter Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (Guttormsen, Hensrud, Irtun, Mowé & Sørbye, 2013). Det viser at underernæring har vært et aktuelt tema over flere år. I retningslinjene fremkommer det at pasienter som mottar hjemmesykepleie eller eventuelt skal legges inn i institusjon skal vurderes for om de tilhører ernæringsmessig risikogruppe. Dersom de er det skal de få oppfølging månedlig. Videre står det i retningslinjene at fastlege regelmessig skal vurdere alle hjemmeboende pasienter som tilhører risikogruppen. Årsaken til at retningslinjene ble etablert var for å tidlig avdekke risiko for underernæring slik at man kan iverksette tiltak.

I forbindelse med samhandlingsreformen har kommunehelsetjenesten måttet påta seg et større ansvar for helsetjenesten de gir til befolkningen. Videre er det i artikkelen til Norheim & Thoresen (2015) pekt på at det har foregått en nedbygging av institusjoner over en tyveårsperiode. Dette sammen med at syke pasienter skrives ut av sykehus tidligere enn før, har resultert i større behov for og bruk av hjemmesykepleie. Dette har ført til et økt behov for sykepleiere med en bredere kompetanse i kommunehelsetjenesten, noe som igjen har ført til økt behov for ressurser innen den kommunale helsetjenesten.

Tønnesen & Nortvedt (2012) har gjort en studie og undersøkt hva faglig forsvarlig hjemmesykepleie er. De har tatt utgangspunkt i å se på hvordan man kan ivareta pasientens behov for pleie- og omsorgstjenester på en omsorgsfull og faglig forsvarlig måte. De har sett på problemstillingen opp mot forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene hvor de tar for seg alle de 14 punktene i forskriften. De har også inkludert Hendersons grunnprinsipper som også jeg har benyttet i denne oppgaven. Tønnesen og Nortvedt (2012)

konkluderer med både ut i fra egen artikkel og andres forskning at tjenestene i hjemmesykepleien ikke ivaretar pasientens behov godt nok. De peker særskilt på innsparing hvor de eldre har fått hurtigmiddag, noe som har medført for eksempel ensidig kosthold og faren for at eldre ikke får tilstrekkelig næringsstoffer. Dette er med på å underbygge min problemstilling som en veldig aktuell utfordring for de ansatte i hjemmesykepleien og deres arbeidsgivere.

4 Drøfting

I dette kapitlet vil jeg drøfte de ulike temaene fra teoridelen og tiltak med henblikk på og referanse til problemstillingen: ”hvordan kan sykepleier bidra til å forebygge underernæring hos eldre hjemmeboende med demens?”

4.1 Diskusjon av problemstilling

Underernæring blant eldre hjemmeboende med demens har vært en utfordring over flere år. På grunn av dette har nasjonale myndigheter sett behovet for å etablere retningslinjer for hvordan man skal forebygge problemet. Problemstillingen er relevant fordi den angår livskvaliteten til en stor og voksende gruppe av befolkningen.

4.2 Tiltak

I dette kapitlet vil jeg drøfte tiltak som sykepleier kan igangsette for å forebygge underernæring og eventuelt behandle underernæring. Årsaken til at pasienter kommer i risikogruppen for underernæring eller blir underernærte, kan forklares dels i omgivelsene, men også i pasienten selv. De kan ha flere utfordringer som kan gjøre det vanskelig å innta næring. Jeg tenker først og fremst på fysiologiske utfordringer; som dårlig tannstatus, kvalme på grunn av medikamentbruk, forandring i fordøyelsen eller sykdom. Alt dette kan medføre at pasienten får nedsatt matlyst eller har vanskeligheter med å spise. Uavhengig av hvilken faktor som gjør at pasienten har nedsatt matlyst, bør sykepleier prøve å finne den underliggende årsaken.

Ved dårlig tannstatus bør det iverksettes tiltak slik at pasienten får bedret og opprettholdt sin tannstatus, for eksempel ved å hjelpe pasienten med å pusse tennene daglig eller hjelp til å sette inn tannprotese (Sjøen & Thoresen, 2012).

Ved kvalme på grunn av medikamenter kan sykepleieren rådføre seg med fastlegen og foreslå bytte av medikament, eller muligheten til å tilby pasienten kvalmestillende.

For å iverksette tiltak i forbindelse med sykdom eller forandring i fordøyelsen hos pasienten er man nødt til å se på hver enkelt pasient og dennes behov. Pasienter som er mye aktive vil således trenge mer næring enn pasienter som sitter mye stille. Det er viktig at maten de inntar inneholder nok næringsstoffer, slik at de ikke utvikler mangelsykdommer. For enkelte pasienter kan det være lettere å spise små, men hyppigere måltider, dette vil også gjøre det enklere å tilføre nok mat til pasienten (Sjøen & Thoresen, 2012).

Avhengig av graden av kognitive utfordringer (demens), vil det kunne være fruktbart å snakke med pasienten om hvilke forandringer som kan gjøres for å gjenvinne matlysten. På den annen side forutsetter dette at pasienten er i stand til å fortelle om sine behov og ønsker angående mat. Jeg erfarte i praksis at en slik samtale kunne være utfordrende, både for sykepleieren og pasienten. Det kan være vanskelig å forstå hva demente mener og sier, noe som kan gjøre kommunikasjonen utfordrende. Hvis pasienten har utviklet afasi kan det bli utfordrende å finne de riktige ordene for hva han ønsker å spise eller eventuelt å beskrive hvilke utfordringer som gjør at han ikke spiser.

Riktig og god ernæring innebærer å spise tilstrekkelig med mat, men også å spise riktig mat. Hva som er riktig mat kan være forskjellig hos hver enkelt pasient. Her må sykepleieren bruke sine kunnskaper for å finne ut hvilke næringsstoffer pasienten eventuelt trenger mer av. Dette kan sykepleieren gjøre ved å observere hva pasienten faktisk spiser, og hvilke næringsstoffer maten inneholder. Hvis pasienten ikke spiser tilstrekkelig variert, så kan sykepleieren prøve å tilføre mat med de ulike næringsstoffene pasienten trenger. For eksempel kan lav tilførsel av jern kan over tid føre til slapphet, mistriivsel og dårlig appetitt. Ved dårlig appetitt som følge av jernmangel kan sykepleier tilføre matvarer som inneholder jern i kosten til pasienten. Eksempelvis inneholder rødt kjøtt, grove kornvarer og leverpostei tilstrekkelig med jern for folk flest (Sjøen & Thoresen, 2012).

Min erfaring fra praksis, var at sykepleierne ofte spurte pasientene om hva de hadde lyst på, men innholdet i deres kjøleskap kunne være en begrensning for det umiddelbare måltidet. Vi kunne sette opp en handleliste slik at praktisk bistand kunne foreta innkjøpene. Det at pasientene selv oppgir matønsker eller aller helst er med å handle selv, vil bidra til økt matlyst og matinntak. I rapporten oppgis det at det er hele 64% mindre mulighet for å bli underernært eller stå i fare for å bli det, dersom pasienten selv foretar matinnkjøp. (Rognstad et al., 2014). Dette kan ha sammenheng med at pasientene kan plukke de matvarene de har lyst på, som de gjenkjenner og som kan skjerpe appetitten. De pasientene som er friske nok til å handle selv, kan man også anta har bedre helse enn de som ikke klarer det. Sykepleierne som jeg jobbet sammen med hadde mulighet til å vurdere sortimentet i kjøleskapene og på den måten kunne vi påvirke kostholdsvariasjon.

Et inntrykk jeg fikk i hjemmesykepleiepraksisen var mange ensomme eldre. Mange bodde alene og hjemmesykepleien kunne ofte være de eneste besøkende over flere dager. Reduserte psykososiale forhold med utslag i mistriivsel, ensomhet og depresjon kan påvirke matlysten. Tegn på underernæring kan gi seg utslag i apati, konsentrasjonsvansker, irritabilitet og lite initiativ og depresjoner (Landmark et al., 2014). Disse tegnene kan bidra til at sykepleieren avdekker ernæringsstatus så tidlig som mulig for å kunne iverksette tiltak for å bedre pasientens situasjon. En mulighet kan være å søke om dagsentertilbud, hvor pasienten både får sosial omgang, aktivitetstilbud og mat som kan spises i selskap med andre. Et annet forhold kan være å få iverksatt en ordning med besøksvenn. Det kan også være muligheter for at sykepleier i større grad kan være med på å tilrettelegge ved tilberedning av måltider og bidra med selskap i spisesituasjon for å gjøre måltider triveligere for pasienten. Det vil imidlertid kunne ta tid for sykepleieren å gjennomføre slike tiltak (Tønnesen & Nortvedt, 2012; Kvalitetsforskriften for pleie- og omsorgstjenester, 2003).

Rognstad et al. (2014) sin studie viste at å være kvinne var en betydelig risikofaktor for å komme i faresonen for å bli underernært. Dette i motsetning til Landmark et al. (2014) som skriver at de ikke fant noen signifikant forskjell på kvinners og menns KMI. Artiklene viser i tillegg ulike faktorer som kan spille inn på ernærings situasjonen og føre til underernæring. Rognstad et al. (2014) poengterte tilrettelegging, trivsel og det sosiale rundt

måltidet som viktig, mens Landmark et al. (2013) trakk frem flere forhold, som mangelfulle ernæringskunnskaper, opplevelse av tap og sorg og sosial isolasjon, i tillegg til nedsatt matlyst og tann-/tygge-svelgeproblemer som viktige faktorer. Det er ikke én enkelt faktor som er årsaken til underernæring eller det å komme i faresonen for underernæring, men flere (Rognstad et al., 2014; Landmark et al., 2014). Det er viktig å vurdere pasientens helhetlige situasjon for å kunne iverksette hensiktsmessige tiltak tilpasset den enkelte.

4.2.1 Observasjoner

Gode observasjoner av pasientene er en viktig del av sykepleieryrket i å kartlegge forholdene, slik at de kan vurdere å iverksette hensiktsmessige tiltak. Det å observere om en pasient kan være i faresonen for underernæring, kan gjøres på flere måter. Det ene kan være ren observasjon av fysiologisk art, som at kjente symptomer på underernæring kan være hard og knollete avføring eller sprø negler som vokser langsomt. Disse symptomene kan si noe om man mangler kostfiber, ulike vitaminer og mineraler (Kristoffersen, 2014b). Dette kan på den annen side være vanskelig å følge med på hos pasienter som klarer å gå på toalettet uten hjelp fra hjemmesykepleien. En annen faktor kan være å observere hvorvidt pasienten er trøtt og slapp. I tillegg kan jevnlig veiing komme til å avdekke endringer i pasientens KMI over tid (Guttormsen et al., 2013). Regelmessig veiing er et av de viktigste tiltakene for å avdekke og vurdere en persons ernæringstilstand. Mer ekstrem grad av underernæring vil imidlertid kunne være synlig med det blotte øyet (Aagaard & Grøndahl 2017).

4.2.2 Kartleggingsverktøy

Bruk av kartleggingsverktøy kan være hensiktsmessige hjelpemidler for å tidlig kunne avdekke risiko for underernæring (Gjerlaug et al., 2016). Gjerlaugs arbeid konkluderer med at MNA var den beste til å avdekke risiko for underernæring fordi den framstår med høy validitet, som innebærer at kartleggingsverktøyet måler det det er ment til, nemlig ernæringsstatus. Et annet velegnet verktøy som kan være hensiktsmessig å benytte er Helsedirektoratets ernæringsjournal. Dette er et instrument som er velegnet for å avdekke

om pasienter er i risikozonen eller er underernærte. Videre er det enkelt å bruke i tillegg til at det ikke skaper plager for pasientene (Landmark et al., 2014).

Jeg har gått igjennom begge spørreskjemaene og oppfattet at de i store trekk spør om de samme forholdene rundt ernæring. En vesentlig forskjell er at Helsedirektoratets ernæringsjournal har definert spørsmålene som ja/nei-spørsmål, mens svarkategoriene på MNA-skjemaet er definert som en tredelt gradering. I løpet av min hjemmesykepleiepraksis opplevde jeg ikke at spørreskjemaene ble benyttet. Sykepleierne benyttet derimot løpende observasjoner som de rapporterte i pasientenes journaler. Ved bruk av enkelte verktøy bør man imidlertid ha kunnskap om pasientens tilstand de foregående månedene for å kunne avdekke om pasienten er i større fare for underernæring enn tidligere. Hvis arbeidsstedet utarbeider prosedyrer og rutiner på å screene pasientene jevnlig, kan dette bidra til å avdekke risiko for underernæring på et tidlig stadium. Dette er vesentlig for å kunne hindre underernæring og sykdommer som kan følge av dette (Rognstad et al., 2014). Et godt screeningverktøy bør være enkelt i bruk, og tilpasset den pasientgruppen man skal screene. Det er også viktig at verktøyet er i stand til å avdekke underernæring hos pasienten, eller om han er i faresonen for underernæring (Gjerlaug et al., 2016).

4.3 Arbeidsforhold: Kompetanse, tid og ressurser

Med tanke på at sykepleiernes hovedoppgave er å ivareta pasientene på en måte som bidrar til god helse og helbredelse, kan det være lett å peke på deres ansvar når det gjelder ernæring. I Norheims & Thoresens (2015) studie drøftes sykepleiernes kompetanse, både den individuelle og den kollektive, og hvorvidt den er tilstrekkelig. Det er avgjørende at sykepleierne har tilstrekkelig og bred kompetanse til å kunne ivareta pasientenes ve og vel. Arbeidsoppgavene er varierte og kan innebære alt fra å varme opp Fjordlands ferdigmat til stell av sår og sentralt venekateter. I fokusgruppene ble det oppfattet som en utfordring at de var mange ansatte på arbeidsplassen (kommunikasjon), eller at det ble satt inn vikarer eller assistenter som enten ikke hadde fått tilstrekkelig opplæring, ikke forstod viktigheten av, eller hadde kompetanse til å følge opp de tiltakene som var iverksatt av sykepleierne.

Under slike forhold kan det også oppstå utfordringer rundt det å gjøre regelmessige observasjoner av pasientenes helsetilstand og rapportering i journal. Dette fordi det kan bli lite kontinuitet på de ansatte og at de sjelden ser de samme pasientene. En mulig måte å imøtekomme noen av disse utfordringene, er å øke den kollektive kompetansen. Dette kan gjøres ved at arbeidsgiver igangsetter kurs og opplæring innenfor temaer det er behov for å lære mer om som for eksempel demens, ernæring/underernæring, fysiologiske og psykososiale behov blant eldre. I fokusgruppene ble det også pekt på at sykepleierne jobbet under tidspress, at de manglet ressurser og at de så at arbeidsoppgavene kunne fordeles på en mer hensiktsmessig måte. Et eksempel er at sykepleierne i større grad burde benyttes til sykepleiefaglige oppgaver. Dette høres riktig ut, men på den annen side ser jeg at dette kan føre til at sykepleiere utfører deler av de oppgavene pasienten har behov for, men at det må komme innen annen faggruppe for å løse de øvrige oppgavene som for eksempel å lage mat. Det å lage mat til en pasient som ikke er i stand til det, oppfatter imidlertid jeg som sykepleiefaglig fordi mitt utgangspunkt ligger i Hendersons grunnleggende sykepleieprinsipper.

Jeg synes det er urovekkende at både Norheim & Thoresen (2015) og Landmark et al. (2014) oppgir at deler av ansvaret ligger hos sykepleierne forklart ved at de mangler kompetanse, opplever at det er uklare retningslinjer, at de mangler prosedyrer og oppgir at de mangler hensiktsmessige instrumenter som kan benyttes for å avdekke underernæring. Landmark et al (2014) peker på sykepleiernes manglende interesse for feltet ernæring og at årsaken kan være at de mangler forståelse for hvor viktig ernæring er. Enkelte sykepleiere kan kanskje se sine oppgaver som mer tekniske prosedyrer og dermed ikke ha et helhetlig perspektiv på pasienten, slik som Henderson (Kristoffersen, 2014a) og Kvalitetsforskriften (2003) definerer sykepleiernes ansvarsområder. Landmark et al. (2014) henviser til en undersøkelse hvor sykepleierne hadde nylig mottatt opplæring samt skriftlig og muntlig informasjon om ernæring og bruk av Ernæringsjournal. Fremdeles oppga noen av de ansatte at de ikke hadde tilstrekkelig kompetanse på feltet. Dette til tross for at deres arbeidsgiver – kommunen- hadde hatt fokus på ernæring tilbake til 2003 og gjennomført flere undersøkelser. Det at arbeidsgiver har oppgitt at det er gitt opplæring og satt fokus på ernæring, samtidig som de ansatte oppgir at de føler seg usikre og ikke har tilstrekkelig kompetanse, kan ha sammenheng med at det er uklare retningslinjer og utydelig kommunikasjon. Landmark et al. (2014) peker på at det mangler engasjement blant

lederne, og manglende forståelse for hvor viktig temaet er. Da er det en fordel at lederne har fokus og forståelse for ernæring, og dermed kan iverksette tiltak som å lage klare prosedyrer for hvordan dette skal ivaretas. Dette kan også medvirke til at ansvarsforholdene oppfattes som klare og at ledelsen måler sykepleiernes innsats på områdene.

Jeg oppfatter det slik at det må være sykepleiernes ansvar å rapportere tegn på underernæring i pasientenes journal, og ut i fra dataene sykepleieren får dermed iverksette tiltak for at pasienten skal være tilstrekkelig ernært. Under utdanningen har vi lært at vi skal observere og at god ernæring er en forutsetning for et fullverdig liv. Jeg er oppmerksom på det etiske rundt enkelte eldre som ikke lenger vil leve, og derfor aktivt velger ikke å spise. I en slik situasjon er man nødt til å vurdere hvorvidt det er etisk forsvarlig å behandle pasienter som ikke ønsker det. Dette vil i så fall innebære å måtte ta fra pasientene deres samtykkekompetanse og således ikke respektere pasientens egne ønsker. En slik utfordring har jeg ikke et godt svar på.

4.4 Organisering av kommunehelsetjenesten og utfordringer for kommunen

I dette kapitlet vil jeg drøfte organiseringen av kommunehelsetjenesten og utfordringer det kan medføre dersom ledelsen ikke har tilstrekkelig innsikt og fokus på pasientenes helhetlige situasjon. Samhandlingsreformen har medført at flere oppgaver har blitt tillagt kommunene, ved at kommunene i dag mottar sykere pasienter med mer krevende omsorg. I tillegg har kommune drevet nedbygging av institusjoner, og dermed har bruken av hjemmetjenester økt. Dette har medført behov for flere ansatte med helse- og sykepleiefaglig bakgrunn (Norheim & Thoresen, 2015). Det vises til tidligere studier som har avdekket at slik kompetanse mangler. En annen studie viser til at det i kommunehelsetjenesten mangler forståelse for viktigheten av ernæring (Landmark et al., 2014). Med økende grad av oppgaver og begrensede ressurser og tid kan det være vanskelig å prioritere hvilke oppgaver som haster mest. Dette kan være en medvirkende årsak til at ernæring stadig ikke oppfattes som viktigst. Ernæring er ikke noe som haster

umiddelbart, men resultatet når det går dag etter dag og dette ikke ivaretas vil få konsekvenser for den enkelte pasient i form av å komme i risikogruppen for underernæring. Dette kan videre føre til fysiologiske og fysiske skader, og i verste fall død. Om Helsedirektoratets anbefalinger for KMI følges er det så mange som opp mot 50% av eldre hjemmeboende som mottar hjemmesykepleie som kommer i kategorien fare for underernæring og underernært (Landmark et al., 2014). Jeg oppfatter det ikke slik at det er ”vond vilje” bak dette, men snarere at det ikke er forståelse for viktigheten av ernæring. Videre at det er kamp om ressurser, slik at ulike faggrupper vil kunne ha forskjellig fokus og anbefale tiltak i forskjellige retninger. Det kan være vanskelig for de som skal fordele midler å kunne ta stilling til hvilke tiltak som er viktigst. Et eksempel kan være den dommen som falt mot Oslo kommune, hvor de ble idømt en bot på 1,5 millioner for manglende omsorg som medførte død for pasienten på grunn av avmagring (NTB, 2017). Den umiddelbare reaksjonen fra ansvarlig for helsetjenesten, var å iverksette klare prosedyrer og rutiner for å bedre kompetansen og kommunikasjonen for å sikre at slikt ikke oppstår igjen. Jeg mener derfor at et naturlig mål for kommunene er å etablere klare rutiner og prosedyrer for ernæring. Et av dem kan være å følge Helsedirektoratets anbefalinger om å veie, samt kartlegge nye pasienter som skrives inn i kommunehelsetjenesten og i tillegg pålegge ansatte å drive kartlegging og observasjon en gang pr måned. Regelmessig veiing og observasjon er også et viktig tiltak, noe som ikke fordrer at de samme sykepleierne besøker de samme pasientene (Aagaard & Grøndahl, 2017). Dersom ressursituasjonen er en hindring, bør sykepleier levere avvik til sin arbeidsgiver for å sørge for at hver enkelt pasient får dekket sine grunnleggende behov.

4.6 Lovverket, forskrifter og etikk

Kvalitetsforskriften (2003) skal sikre at pasienten mottar den helsehjelpen han har krav på, og får dekket sine grunnleggende behov. Kommunens oppgave er å utarbeide prosedyrer slik at sykepleieren kan ivareta pasientens behov. Når jeg ser nøyere på Kvalitetsforskriften, så er den formulert på en slik måte at den oppgir grunnleggende behov som pasientene skal få ivaretatt gjennom hjemmesykepleien. I forskriften kommer det ikke frem målbare størrelser, men mer som idealer å strekke seg mot. I punktet som omhandler næring, står det at pasienten skal få ivaretatt behov for tilstrekkelig næring, at den skal være variert og helsefremmende. En studie peker på at det er stor avstand mellom de

tjenestene pasientene har behov for og de tjenestene som pasienten faktisk får (Tønnesen & Nortvedt, 2012). Jeg mener på bakgrunn av dette at det er behov for at det etableres prosedyrer og retningslinjer for hvordan ernæring kan ivaretas på best mulig måte. For at alle faggrupper skal høres, kan det være hensiktsmessig å involvere Helsedirektoratet, kommunene og helsefaglig utdannede slik at alle forhold ivaretas. I siste instans kan myndigheter vurdere å pålegge kommunene hva som er minstemål for god og hensiktsmessig ernæring.

4.7 Helsepolitikk

Helsepolitikk dreier seg først og fremst om å fordele ressurser. Innenfor helsepolitikken er det mange som kjemper om knappe ressurser. Alle har en god sak som de kjemper for. De midler som blir bevilget til hjemmesykepleien er avhengig av nasjonale og lokale prioriteringer. Sykepleierforbundet utgjør en av flere høringsinstanser når politikk skal utformes. Som et eksempel på at underernæring kan være kostbart, vil jeg trekke frem det som stod i nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. Der vises det til en portugisisk undersøkelse gjort på to ulike sykehus. Undersøkelsen viste at pasienter som ble vurdert til å være i en ernæringsmessig risiko ved innkomst kunne koste sykehuset opp mot 1500 euro mer per pasient i behandlingsutgifter (Guttormsen et al., 2013). Dette viser at å ikke behandle underernæring, subsidiert å behandle risiko for underernæring sent i forløpet vil antakeligvis utgjøre en større kostnad enn hva det ville gjort om man arbeidet helsefremmende.

4.8 Konklusjon/avslutning

I denne oppgaven har jeg sett på hvordan sykepleiere kan forebygge underernæring hos eldre hjemmeboende med demens. For å kunne gjøre dette er det svært viktig at sykepleieren er oppmerksom på pasientens helhetlige situasjon. Underernæring er en følge av flere faktorer; fysiologiske så vel som psykososiale hos pasienten, kunnskap og riktig fokus hos ledelse og sykepleiere så vel som forståelse av hvor viktig ernæring er. En enkel prosedyre, eller å sette en minimumsnorm for å imøtekomme pasientenes behov, ser ut fra

forskningsstudiene ikke å være tilstrekkelig. Dette fordrer at sykepleierne tar hensyn til pasientenes totale situasjon. Ved å observere pasienten, kartlegge og eventuelt benytte kartleggingsverktøy og iverksette adekvate tiltak vil sykepleiere kunne forebygge underernæring.

Igjennom arbeidet med denne oppgaven opplever jeg at jeg har tilegnet meg et godt teoretisk grunnlag for å forstå hvor viktig ernæring er. Jeg mener at jeg har fått større forståelse for problemstillingen sammen med sykepleiernes daglige arbeidsmessige utfordringer. Videre oppfatter jeg at et av de viktigste tiltakene er å kontrollere pasientens vekt ved regelmessig veiing, samt å nedtegne verdiene og å gjøre observasjoner for å kunne forebygge risiko for underernæring. Med tanke på den kommende eldrebølgen ville det være interessant å forsøke å få dokumentert og evaluert effekten av slike tiltak fremover.

Litteraturliste

- Aagaard, H., & Grøndahl, V. A. (2017). *Rutiner for å vurdere ernæringsstatus i hjemmesykepleien*. Sykepleien Forskning. Doi: 10.4220/Sykepleienf.2017.61219
- Dalland, O. (2014). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, H & Eide, T. (2014). *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk*. (2. Utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Fermann, T. & Næss, G. Sykepleie til eldre i hjemmesykepleien. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten*. (S. 238-264.) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Fjørtoft, A.-K. (2016). *Hjemmesykepleie: ansvar, utfordringer og muligheter* (3. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Gjerlaug, A. K., Harviken, G., Uppsata, S. & Bye, A. (2016) *Screening of nutritional risk among older persons*. Sykepleien Forskning: <https://sykepleien.no/node/59180>
- Guttormsen, A. B., Hensrud, A., Irtun, Ø., Mowé, M., Sørbye, L. W., Thoresen, L., Smedshaug, G. B. (2013). *Nasjonale faglig retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*. Oslo: Nr. 1 Trykk Grefslie. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/916/Nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-underernering-IS-1580.pdf>
- Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse%20og%20omsorgstjenesteloven>
- Kirkevold, M. (2009). (2. Utg.). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- A) Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E.-A. (Red.). (2014). *Grunnleggende sykepleie - Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2 utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

B) Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F & Skaug, E.-A. (Red.). (2014). Grunnleggende sykepleie: *Grunnleggende behov* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene (2003). *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.* Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792?q=pleie%20og%20omsorgstjenester>

Landmark, B. T., Gran, S. V., & Grov, E. K. (2014). Ernæringsstatus blant pasienter i sykehjem og i hjemmesykepleien kartlagt ved hjelp av Ernæringsjournalen. *Klinisk Sygepleje*.
https://www.idunn.no/klinisk_sygepleje/2014/01/ernaeringsstatus_blant_pasienter_i_sykehjem_og_i_hjemmesykepleie

Myrstad, M. (2015) *De gamle er eldst – eller bare eldre?* DOI: 10.4045/tidsskr.14.1292.

Norheim, K. H., & Thoresen, L. (2015). Sykepleiekompetanse i hjemmesykepleien - på rett sted til rett tid? *Sykepleien Forskning*. 10.4220/Sykepleienf.2015.53343

NTB (2017). "Oslo kommune idømt bot etter at kvinne sultet i hjel" *Sykepleien*. Hentet 21.05.16 fra: <https://sykepleien.no/2017/05/oslo-kommune-idomt-bot-etter-kvinne-sultet-i-hjel>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven>

Rognstad, M.-K., Brekke, I., Holm, E., Lindberg, C., & Lühr, N. (2014). Underernæring hos eldre hjemmeboende med demens. *Sykepleien Forskning* (1), 10. doi: 10.4220/sykepleienf.2013.0137

Seljelid, B. (2016). Brukermedvirkning krever informasjon. *Sykepleien Forskning*. Hentet 7.5.17 fra: <https://sykepleien.no/forskning/2016/02/brukermedvirkning>

Sjøen, R. J., & Thoresen, L. (2012). *Sykepleierens ernæringsbok* (4. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Støren, I. (2013). *Bare søk!* (2. Utg.). Oslo: Cappelen Damm.

Tjora, A. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. (2. Utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

World Health Organization (WHO). Udatert. Hentet fra:

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011) ICNs etiske retningslinjer Hentet fra:

https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf