



Eldre og ernæring

Hvordan kan sykepleier bidra til å forebygge underernæring hos eldre som mottar hjemmesykepleie?

Kandidatnummer: 132

VID vitenskapelige høyskole

Campus Diakonova

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: 186 / BIS 2015

Antall ord: 9407

09.03.2018

Bacheloroppgaver med karakteren A:

Jeg samtykker i at min bacheloroppgave publiseres med navn i VID vitenskapelig høyskole åpne elektroniske arkiv (VID OPEN):

Sett kryss

Ja:

Nei:

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2	Problemstilling.....	2
1.3	Oppgavens hensikt og sykepleiefaglig relevans	2
1.4	Oppgavens avgrensninger	3
1.5	Begrepsavklaringer	3
1.6	Oppgavens videre oppbygning	3
2	Metode.....	4
2.1	Beskrivelse av metode	4
2.2	Databaser og litteratursøk	4
2.3	Kildekritikk.....	5
2.3.1	Artikkel 1	6
2.3.2	Artikkel 2.....	6
2.3.3	Artikkel 3.....	6
2.3.4	Artikkel 4.....	7
3	Teori	8
3.1	Virginia Hendersons sykepleieteori.....	8
3.2	Presentasjon av forskningsartiklene.....	9
3.3	Ernæring.....	11
3.3.1	Ernæring hos eldre.....	11
3.4	Underernæring	12
3.4.1	Årsaker til underernæring.....	13
3.4.2	Konsekvenser av underernæring	14
3.5	Forebyggende helsearbeid	14
3.5.1	Kommunikasjon og relasjon.....	15

3.5.2	Kartlegging av ernæringsstatus	15
3.5.3	Tverrfaglig samarbeid.....	16
3.6	Utfordringer i hjemmesykepleien	17
3.6.1	Arbeidsarena.....	17
3.6.2	Kunnskap og kompetanse.....	17
3.6.3	Tid.....	17
3.6.4	Kontinuitet.....	18
3.6.5	Rutiner	18
3.6.6	Dokumentasjon.....	18
3.7	Lover og forskrifter.....	19
3.8	Etikk.....	20
3.9	Diakoni.....	20
4	Drøfting	21
4.1	Forebygging av underernæring	21
4.1.1	Bygge en relasjon	22
4.1.2	Kartlegging av ernæringsstatus	23
4.1.3	Tverrfaglig samarbeid.....	25
4.2	Utfordringer i hjemmesykepleien	26
4.2.1	Sykepleierens kunnskap og kompetanse	27
4.2.2	Rutiner, ressurser og tid.....	27
5	Konklusjon	30
	Litteraturliste	31

1 Innledning

I dette kapittelet vil jeg først presentere bakgrunnen for valg av tema. Deretter vil jeg presentere problemstillingen og oppgavens hensikt og sykepleiefaglige relevans. Videre kommer oppgavens avgrensinger og begrepsavklaringen. Tilslutt kommer oppgaven sin videre oppbygning.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Temaet for oppgaven er eldre og ernæring med spesielt fokus på underernæring. I følge en studie er forekomsten av underernæring 30% hos eldre som bor på sykehjem eller har hjemmesykepleie daglig (Landmark, Gran & Grov, 2014). Forskning viser at underernæring forverrer fysisk og mental funksjon. Det kan redusere motstand mot infeksjoner og øke risikoen for komplikasjoner. Underernæring kan forsinke rekonvalesensen, gi økt dødelighet og redusert livskvalitet (Guttormsen et al., 2010, s. 11). I Norge mottar 223 780 mennesker helsetjenester i hjemmet. Cirka 61% er 67 år og eldre, og 56% bor alene (Mørk et al., 2017, s. 14, 37). Aleneboende eldre er en risikogruppe for å bli underernært (Sortland, 2015, s. 166). Forebygging av underernæring hos eldre i hjemmesykepleien er viktig, da eldre særlig er utsatt for helsesvikt.

I 2017 startet regjeringen arbeidet med ny reform: «Leve hele livet». Målet med reformen er at eldre skal få bedre støtte og hjelp til å mestre livet. Reformen legger spesielt vekt på ernæring. Stortingsmelding legges frem våren 2018 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017).

I min praksisperiode i hjemmesykepleien var forebygging av underernæring et sentralt tema. Målet var at alle brukerne skulle få kartlagt sin ernæringsstatus, og iverksette tiltak ved risiko for underernæring eller når bruker allerede var underernært. De ansatte fikk undervisning om ernæring og opplæring i kartleggingsskjemaet. På tross av virksomhetens fokus på forebygging og behandling av underernæring, erfarte jeg at dette ikke ble fulgt opp av de ansatte. I følge nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring, plikter hjemmesykepleien å følge opp dette (Guttormsen et al., 2010, s. 8). Mine observasjoner viste et alvorlig avvik i virksomheten.

I løpet av min praksis i hjemmesykepleien hospiterte jeg en dag på søknadskontoret, hvor jeg deltok på et vedtaksmøte. Søknadskontoret behandlet en søknad fra bruker som allerede hadde vedtak på hjelp til tilbereding av måltider. Vedkommende bruker søkte om medspising, noe saksbehandlerne avsto da de ikke så grunnlaget for å støtte dette. Jeg har forståelse for hjemmesykepleiens begrensede ressurser, men jeg vil allikevel hevde at andre aktuelle tiltak burde vært vurdert som for eksempel dagaktivitetssenter.

Væske og ernæring er et grunnleggende behov hos alle mennesker. For å kunne ivareta helse og velvære må dette behovet være dekket (Aagaard & Bjerkreim, 2012, s. 161). Når et ernæringsbehov ikke blir identifisert, kan det utvikle underernæring. Det kan være utfordrende å oppdage hvem som er i risikozonen. En standardisert risikovurdering kan være til hjelp for å forebygge underernæring (Helsedirektoratet, 2017, s. 4). I følge forskning kan underernæring føre til økt hjelpebehov og redusert livskvalitet, samt at det kan øke arbeidsbelastningen for helsepersonellet (Landmark et al., 2014). Forebygging av underernæring gir gevinster for den enkeltes helse og samfunnsøkonomisk (Helsedirektoratet, 2017, s. 4). På bakgrunn av dette ønsker jeg å øke min kunnskap og forståelse om hvordan jeg som sykepleier kan bidra til å forebygge underernæring hos eldre som mottar hjemmesykepleie. Underernæring forekommer både i primær- og spesialisthelsetjenesten, noe som pasientsikkerhetsprogrammet har satt fokus på (Helsedirektoratet, 2017).

1.2 Problemstilling

Hvordan kan sykepleier bidra til å forebygge underernæring hos eldre som mottar hjemmesykepleie?

1.3 Oppgavens hensikt og sykepleiefaglig relevans

Hensikten med oppgaven er:

- Å få mer kunnskap om forebygging av underernæring
- Å få mer kunnskap om årsaker og konsekvenser av underernæring
- Å forstå viktigheten av å forebygge underernæring

1.4 Oppgavens avgrensninger

Oppgaven er avgrenset til hjemmeboende, enslige eldre av begge kjønn som mottar hjemmesykepleie fra 67 år og oppover. Jeg har valgt å fordype meg i begrepet underernæring, og jeg har valgt bruke begrepet bruker. Birkeland og Flovik definerer en bruker som en aktiv mottaker som har rett til medvirkning, medbestemmelse, informasjon og valgmuligheter. Begrepene pasient og bruker benyttes ofte om hverandre (Birkeland & Flovik, 2014, s. 20).

1.5 Begrepsavklaringer

Eldre: I følge World Health Organization (WHO) defineres eldre som personer over 60 år (WHO, 2015). Statistisk sentralbyrå (SSB) definerer derimot eldre som personer fra 67 år og oppover (SSB, 1999).

Forebygge: Innen helsearbeid dreier forebygging seg om å redusere risikoen for skade og sykdom og om å fremme livskvalitet og helse. Det forebyggende arbeidet kan være rettet mot enkeltpersoner eller grupper (Mæland, 2016, s. 11).

Hjemmesykepleien: Hjemmesykepleien tilbyr helsehjelp til hjemmeboende når svekket helse, alderdom, sykdom eller livssituasjon gjør at det er behov for hjelp i kortere eller lengre tid. Tilbudet skal ikke begrenses til sykdom eller alder, men være et tilbud til alle som har behov for helsehjelp hjemme (Fjørtoft, 2016, s. 17).

Underernæring: «En tilstand hvor kroppen får for lite energi og essensielle næringsstoffer i forhold til behovet» (Stubberud, Kondrup & Almås, 2016, s. 24).

1.6 Oppgavens videre oppbygning

I kapittel to blir oppgavens metode beskrevet. Kapitlet vil også gi en beskrivelse av databaser, litteratursøk og kildekritikk. I kapittel tre blir sykepleieteoretikeren, forskningsartiklene og annen valgt teori presentert. Videre skal problemstillingen drøftes i kapittel fire i forhold til forskning, teori og egne erfaringer. Oppgaven avsluttes med en konklusjon.

2 Metode

I dette kapitlet presenteres beskrivelse av metode, databaser, litteratursøk og kildekritikk.

2.1 Beskrivelse av metode

I følge Dalland er en metode en framgangsmåte som blir brukt for å løse problemer og for å komme fram til kunnskap (Dalland, 2014, s. 111). Metoden som blir brukt i oppgaven er litteraturstudie. I en litteraturstudie blir det presentert kunnskap som allerede eksisterer. Kunnskap blir systematisert ved først å søke etter den, så samle inn, deretter vurdere og tilslutt sammenfatte kunnskapen. Det skapes ingen ny kunnskap, men nye oppdagelser kan likevel komme fram (Støren, 2013, s. 16-17).

2.2 Databaser og litteratursøk

I denne oppgaven er det tatt i bruk kunnskap fra pensumbøker, annen relevant litteratur, forskningsartikler og egen praksis. Jeg har søkt på skolens bibliotek for å finne litteraturen. Datasøkene har foregått via søkemotorene til helsebiblioteket. Databasene som har blitt brukt er først og fremst SveMed+, PubMed og Cinahl.

Artikkel 1

I SveMed+ brukte jeg søkeordene «underernæring» og «hjemmesykepleie». «Underernæring» ga 773 treff og «hjemmesykepleie» ga 47 treff. Jeg kombinerte søket «underernæring» AND «hjemmesykepleie» og fikk to treff. Jeg valgte den første artikkelen. Den heter «Vurdering av ernæringsstatus – et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien» og er skrevet av Meyer, Velken og Jensen i 2017. Denne artikkelen er relevant for oppgaven, da den utforsker hvordan sykepleiere ivaretar ernæringsarbeidet i hjemmesykepleien i forhold til de nasjonale retningslinjene for forebygging og behandling av underernæring (Meyer, Velken & Jensen, 2017).

Artikkel 2

Etter å ha valgt den første artikkelen, gikk jeg tilbake og så på treff nummer to. Jeg valgte også denne artikkelen. Artikkel to heter «Rutiner for å vurdere ernæringsstatus i hjemmesykepleien» og er skrevet av Aagaard og Grøndahl i 2017. Denne artikkelen er

relevant for problemstillingen da de undersøker sykepleiernes rutiner for å vurdere pasientenes ernæringsstatus i hjemmesykepleien (Aagaard & Grøndahl, 2017).

Artikkel 3

Jeg foretok enda et søk i SweMed+. Denne gangen brukte jeg søkeordene «underernæring», «ernæringsstatus» og «eldre», og kombinerte dem med «AND». Da fikk jeg 54 treff. Jeg kombinerte også søkeordet «hjemmesykepleien» med «AND». Antall treff var sju. Av de sju artiklene valgte jeg den fjerde. Den omhandler kartlegging av ernæringsstatus ved hjelp av ernæringsjournalen til pasienter i sykehjem og i hjemmesykepleien. Den heter «Ernæringsstatus blant pasienter i sykehjem og i hjemmesykepleien kartlagt ved hjelp av Ernæringsjournalen» og er skrevet av Landmark, Gran og Grov i 2014 (Landmark et al., 2014).

Artikkel 4

I PubMed brukte jeg først søkeordene «malnutrition» og «elderly» kombinert med «AND». Det resulterte i 31 964 treff. Deretter kombinerte jeg søkeordene «elderly», «malnutrition» og «home-living elderly» med «AND». Da fikk jeg opp 18 treff. Jeg leste overskriftene og artikkel nummer 12 var relevant fordi den handlet om ernæringsstatusen til eldre som mottar hjemmesykepleie. Artikkelen heter «Nutritional status and a 3-year follow-up in elderly receiving support at home» og er skrevet av Saletti, Johansson, Yifter-Lindgren, Wissing, Österberg og Cederholm i 2005 (Saletti et al., 2005).

2.3 Kildekritikk

Kildekritikk blir brukt for å undersøke om en kilde er troverdig. Det er et samlebegrep for metoder som brukes for å skille troverdig og sann kunnskap fra spekulasjon og løgn (Dalland, 2014, s. 67). I denne oppgaven blir det brukt mange kilder. Det stilles krav til hvordan jeg søker, vurderer, gjør rede for og bruker kildene. Derfor må kilden bli undersøkt og vurdert slik at jeg finner ut om den er brukbar i forhold til kvalitet og relevans for oppgaven (Dalland, 2014, s. 63). Kildekritikken skal vise at jeg er i stand til å forholde meg kritisk til kildene jeg har valgt å bruke.

I oppgaven er det brukt bøker fra pensum, annen relevant litteratur og forskning som er relatert til oppgaven. Det er benyttet både primær- og sekundærkilder. Sekundærkilden er

skrevet på grunnlag av primærkilden og inneholder tolkninger av andres arbeid. Dermed kan det opprinnelige perspektivet ha blitt endret og være en risiko for feiltolkning (Dalland, 2014, s. 73). Likevel er det blitt brukt noen sekundærkilder, da de er relevante for oppgaven. I hovedsak har jeg tatt utgangspunkt i litteratur og forskning som er under ti år gamle, men noe litteratur og forskning er av eldre dato.

Jeg har tatt med fire forskningsartikler som jeg har funnet i databasene SweMed+ og PubMed. Disse databasene er anbefalt av høyskolen, og anses dermed som troverdige. En av forskningsartiklene er på engelsk.

2.3.1 Artikkel 1

«Vurdering av ernæringsstatus – et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien»

Dette er en kvalitativ studie hvor forskerne har tatt utgangspunkt i to ulike utviklingsprosjekter i to forskjellige kommuner. Jeg mener det er en styrke at forskerne har vurdert sykepleiernes praksis fra ulike virksomheter, fordi det gir et bredere datagrunnlag og samt at deltagerne i de ulike virksomhetene sto uten mulighet til å påvirke hverandre. 19 sykepleiere deltok i studien, noe som gir et lite grunnlag for å generalisere sykepleierens holdninger til oppfølging av de nasjonale faglige retningslinjene. Studien ekskluderer sykepleiere i lavere stillingsprosent, noe som begrense studien (Meyer et al., 2017).

2.3.2 Artikkel 2

«Rutiner for å vurdere ernæringsstatus i hjemmesykepleien»

Artikkelen presenterer en svarprosent på 59% fra de faglige lederne, som jeg anser som en svakhet ved studien. En høyere svarprosent kunne gitt studien større gyldighet. Samtidig omfatter studien faglige ledere og helsepersonell fra hele landet, noe som gir større mulighet for generalisering av funnene (Aagaard & Grøndahl, 2017).

2.3.3 Artikkel 3

«Ernæringsstatus blant pasienter i sykehjem og i hjemmesykepleien kartlagt ved hjelp av Ernæringsjournalen»

I denne studien deltok 532 pasienter fra sykehjem og hjemmeboende eldre med daglig hjemmesykepleien i en bykommune. Deltakerprosenten var 67%, noe som er en styrke.

Det er en styrke at forskerne har benyttet Ernæringsjournalen som er et kartleggingsverktøy anbefalt av Helsedirektoratet. Ernæringsjournalen kan brukes for å kartlegge ernæringsstatus i hjemmesykepleien og på sykehjem. Målingen av vekt og høyde kan ha vært en utfordring, spesielt hos hjemmeboende. Flere pasienter kan derfor ha blitt ekskludert fra studien (Landmark et al., 2014).

2.3.4 Artikkel 4

«Nutritional status and a 3-year follow-up in elderly receiving support at home»

Det deltok 353 brukere fra fem kommuner i Sverige med en deltakerprosent på 70%. Det gir studien høy validitet. Mini Nutritional Assessment (MNA) ble brukt som kartleggingsverktøy. Det er en styrke, da det er anbefalt av Helsedirektoratet og er spesielt anbefalt til eldre. Etter tre år ble dødeligheten evaluert hos 224 brukere, men det blir ikke sagt noe om andre årsaker til dødeligheten. Forskningsartikkelen ble skrevet i 2005. Det kan være en svakhet, da fokuset på ernæring kan ha endret seg siden det (Saletti et al., 2005).

3 Teori

I dette kapitlet vil jeg først presentere Virginia Hendersons sykepleieteori og forskningsartiklene. Deretter vil jeg presentere annen valgt teori om ernæring, underernæring, forebyggende helsearbeid, utfordringer i hjemmesykepleien, lover og forskrifter, etikk og diakoni.

3.1 Virginia Hendersons sykepleieteori

I denne oppgaven har jeg valgt å bruke Virginia Henderson sin sykepleieteori. Hensikten med å ta i bruk sykepleieteori er å gjøre sykepleierens funksjonsområde tydeligere.

Virginia Henderson ble født i 1897 i USA, og ble ferdig utdannet sykepleier i 1921. Hun var en av de første som beskrev sykepleierens særegne fagområde. Hendersons definisjoner og prinsipper har hatt stor innflytelse på flere sykepleieteorier (Kristoffersen, 2012b, s. 223).

Virginia A. Hendersons definisjon på sykepleie:

«Sykepleierens enestående funksjon er å hjelpe mennesket, enten det er sykt eller friskt, til å utføre de handlinger som bidrar til helse eller gjenvinning av helse (eller til en fredfull død) som han ville ha utført uten hjelp hvis han hadde hatt den nødvendige styrke, vilje eller kunnskap til dette. Og det er å gjøre dette på en måte som hjelper ham til å bli selvstendig så raskt som mulig» (Henderson, 1998, s. 10).

I følge Henderson er målet for sykepleie å fremme helse og helbredelse, eller en død som er fredfull når døden er uunngåelig (Kirkevold, 1998, s. 102). Alle mennesker har grunnleggende behov. Disse behovene er ifølge Henderson «mat, hus, klær, kjærlighet, anerkjennelse, følelsen av å være til nytte og av gjensidig samhørighet og avhengighet av andre i den menneskelige sammenheng» (Kirkevold, 1998, s. 101-102). Henderson nevner også 14 grunnleggende behov som må ivaretas. De åtte første punktene handler om fysiologiske behov og de seks siste omhandler psykososiale behov. Punkt nummer to er «å spise og drikke tilstrekkelig» (Kristoffersen, 2012b, s. 226). Behovene er aktuelle for alle

mennesker. Likevel blir de tolket forskjellig fra person til person på bakgrunn av sosial og kulturell forutsetning og individuelle faktorer. Sykepleieren må ta utgangspunkt i hver enkelt pasient sitt syn og oppfatning av de grunnleggende behovene (Kirkevold, 1998, s. 102).

Sykepleierens rolle er å hjelpe enkeltmennesket til selv å ivareta de grunnleggende behovene. Mangel på kunnskap, vilje eller krefter kan være grunnen til ressursvikten hos pasienten. Når selvstendighet ikke er et realistisk mål, skal sykepleieren hjelpe til med å dekke de grunnleggende behovene for å få optimal helse (Kristoffersen, 2012b, s. 225).

Henderson var opptatt av at hver enkelt pasient hadde rett på individualisert pleie og omsorg. Hun mente at sykepleieren måtte bli kjent med hver enkelt pasient og kartlegge deres behov. Det var helt avgjørende at sykepleieren skaffet seg en slik forståelse. I følge Henderson er det pasienten som kjenner sine egne behov best, og pasienten må ha en aktiv og ansvarlig rolle i prosessen (Kristoffersen, 2012b, s. 225-226).

Hendersons teori er relevant for min oppgave, da hun sier at et mål for sykepleie er å fremme helse. Hun trekker fram en liste med grunnleggende behov der spise og drikke tilstrekkelig er av stor betydning for pasientens helse, og hun mener at sykepleier skal hjelpe pasienten med å få dekket dette behovet.

3.2 Presentasjon av forskningsartiklene

Artikkel 1: «Vurdering av ernæringsstatus – et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien»

Artikkelen til Meyer et al. handler om utfordringene sykepleierne møter når de skal vurdere og kartlegge ernæringsmessig risiko. Hensikten med artikkelen er å utforske hvordan sykepleierne i hjemmesykepleien utfører forsvarlig ernæringspraksis i forhold til kravene i Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. Artikkelen er en kvalitativ studie. Studien omfatter data fra to praksisutviklingsprosjekter i to norske kommuner over et halvt år. Det var fem og fjorten sykepleiere i de to utviklingsprosjektene. Gruppen på fjorten ble delt i to. Kriteriet for å være med var minimum 75% stilling som sykepleier. Til sammen hadde hver gruppe fire møter.

Forskerne stilte åpne spørsmål, og spørsmålene skulle føre til refleksjon, erfaringsdeling og praktisk problemløsning. Sykepleierne mente at kravet om systematisk kartlegging av ernæringsstatus var utfordrende, da det er vanskeligere å observere og kartlegge hos hjemmeboende enn på institusjon. Samtidig mente de at de nasjonale faglige retningslinjene ga et godt kunnskapsgrunnlag. Studien kom fram til at det er viktig å stille spørsmål om hjemmesykepleien som arena blir tatt godt nok hensyn til i de nasjonale faglige retningslinjene (Meyer et al., 2017).

Artikkel 2: «Rutiner for å vurdere ernæringsstatus i hjemmesykepleien»

Hensikten med artikkelen til Aagaard og Grøndahl er å beskrive ledere og helsepersonells rutiner for å vurdere ernæringsstatus i hjemmesykepleien. Studien er kvantitativ, og består av to delstudier. Den ene er av faglige ledere, mens den andre er blant helsepersonell i hjemmesykepleien. Data ble samlet inn ved bruk av spørreskjemaer. Lederne kom fra samtlige kommuner i Norge, og helsepersonellet var fra 13 kommuner fordelt på fem helseregioner. Antallet som svarte per kommune ble kontrollert, slik at det ikke ble skjevfordelt. Til sammen svarte 273 ledere og 212 helsepersonell på spørreskjemaet med en svarprosent på 59% og 74%. Både lederne og helsepersonellet kom fram til at kunnskap, tid og ressurser var de største hindringene i ernæringsarbeidet. Studien konkluderer med at det er viktig med skriftlige prosedyrer for å vurdere ernæringsstatusen. I tillegg må helsepersonell få en opplæring i prosedyrene og innarbeide gode rutiner (Aagaard & Grøndahl, 2017).

Artikkel 3: «Ernæringsstatus blant pasienter i sykehjem og i hjemmesykepleien kartlagt ved hjelp av Ernæringsjournalen»

Artikkelen handler om kartlegging av ernæringsstatus i sykehjem og hjemmesykepleien ved hjelp av Ernæringsjournalen. Hensikten med studien er å få kunnskap om risikoen for underernæring. Studien ble gjennomført i en norsk storby. Til sammen deltok 532 pasienter i undersøkelsen, og deltagelsesprosenten var 67%. Kartleggingen ble gjennomført tre ganger med en måned i mellom, og helsepersonellet fikk opplæring i kartleggingen. I følge studien var 30% av pasientene underernærte. Studien viser at det er en sammenheng mellom kroppsmasseindeks (KMI) og fysiologiske utfordringer som nedsatt matlyst, tygge- og svelgeproblemer og behov for hjelp i matsituasjonen. Det anbefales å anvende kartlegging systematisk og regelmessig og heve kompetansen på ernæringsarbeidet hos

helsepersonellet. I tillegg til kartlegging må sykepleierne bruke sin vurderingskompetanse for å bedømme pasientens helhetlige situasjon (Landmark et al., 2014).

Artikkel 4: «Nutritional status and a 3-year follow-up in elderly receiving support at home»

Hensikten med artikkelen til Saletti et al. er å måle ernæringsstatusen hos eldre som bor hjemme og mottar hjemmesykepleie, samt registrere dødeligheten etter tre år. I studien deltok det 353 brukere fra fem svenske kommuner. Brukerne ble intervjuet og MNA ble brukt for å vurdere ernæringsstatusen. Av brukerne i studien var 8% underernærte og 41% sto i fare for å bli underernært. Etter tre år ble dødeligheten evaluert hos 224 av brukerne. Resultatet viste dødelighet hos 50% av de som var underernært og 40% av de som sto i fare for å bli underernært. Studien konkluderer med at gode ernæringsrutiner er avgjørende for å opprettholde en god livskvalitet hos eldre (Saletti et al., 2005).

3.3 Ernæring

Væske og ernæring er et grunnleggende behov. Dette behovet må dekkes for at helse og velvære skal bli ivaretatt. Mat gir energi til kroppen. I tillegg er mat knyttet til trygghet, identitet, tilhørighet og fellesskap. Kroppen må produsere energi for å opprettholde de basale funksjonene. Ved å forbrenne næringsstoffer som karbohydrater, fett og proteiner får kroppen tilført energi (Aagaard & Bjerkreim, 2012, s. 161-162).

Ernæringsstatus og helse henger sammen. God ernæringsstatus bidrar til god helse og beskytter mot skader og sykdom. Derfor er det viktig å drive med forebyggende arbeid for å opprettholde god ernæringsstatus. Matinntaket styres av sult- og metthetsfølelsen og av psykologiske og sosiale faktorer. Ernæringstilstanden og matinntaket kan bli påvirket av sykdom, medisinsk behandling, funksjonssvikt og alderdom (Brodtkorb, 2014, s. 301-302). Det er en viktig sykepleieoppgave å hjelpe pasienter med å få dekket sitt behov for væske og ernæring (Aagaard & Bjerkreim, 2012, s. 162).

3.3.1 Ernæring hos eldre

Aldringsprosessen, som er en normal og naturlig prosess, forårsaker både biologiske, sosiale og psykologiske forandringer. Disse forandringene får betydning for kostholdet og

ernæringsstatusen. Forandringene er imidlertid individuelle fra person til person (Sortland, 2012, s. 157).

Kroppens energibehov avtar med alderen, da aktivitetsnivået blir lavere og muskelmassen reduseres. Hos eldre er kaloribehovet 20-30% mindre enn hos unge voksne. Det er i hovedsak behovet for karbohydrater og fett som blir mindre, mens behovet for proteiner synker lite og vitaminer og mineraler er stabilt. Det kan derfor være vanskelig å dekke næringsbehovet til eldre som spiser lite. Det daglige energibehovet til eldre er 25 kcal/kg, og inntaket bør ikke ligge under 24 kcal/kg (Brodtkorb, 2014, s. 302).

Smak- og luktesansen blir dårligere med alderen. Smaksløkene reduseres og smakssansen endres. Endringene er individuelle, men ofte endres evnen til å smake søtt først. Bitter og sur er smaker som derimot ofte blir forsterket. Det skjer også endringer i fordøyelsessystemet. Det kan oppstå problemer med tyggingen ved tap av tenner, dårlig tilpasset tannprotese, svelgeproblemer eller munntørrehet. Andre problemer kan være betennelser, soppinfeksjon og karies. Appetitten kan bli nedsatt dersom munnhygien er dårlig. Med alderen reduseres også magesekkenes innhold av fordøyelsesenzymer og saltsyre. Det forandrer pH-verdien i magesekken, og absorpsjonen av vitaminer og mineraler blir dårligere. Med alderen reduseres også tarmperistaltikken, aktiviteten til enzymet lipase og produksjonen av gallesaft (Sortland, 2015, s. 141-142).

3.4 Underernæring

Helsedirektoratets definisjon av underernæring er: «Ernærings situasjon der mangel på energi, protein og/eller andre næringsstoffer forårsaker en målbar ugunstig effekt på kroppssammensetning og kroppsfunksjon samt klinisk resultat» (Guttormsen et al., 2010, s. 39).

I følge Brodtkorb forekommer underernæring når inntaket av næring er mindre enn behovet. Det kan enten være fordi inntaket er redusert eller at behovet har økt. Hos eldre skyldes underernæring ofte en kombinasjon av for lavt inntak av kalorier og proteiner. Det resulterer i tap av fett og muskelvev (Brodtkorb, 2014, s. 306-308). Underernæring klassifiseres som en diagnose og har egen ICD-kode (Evju & Lindgren, 2017). ICD-kode er en internasjonal klassifisering av diagnoser (Guttormsen et al., 2010, s. 38).

Referanseverdien for KMI hos eldre er på 24-29 kg/m². KMI mellom 22 og 24 kg/m² er et tegn på at brukeren er i risiko for underernæring (Sortland, 2012, s. 174). Risiko for underernæring kan også oppdages ved bruk av kartleggingsverktøy (Guttormsen et al., 2010, s. 15).

I følge Helsedirektoratets rapport har det oppstått moderat underernæring hvis et av disse kriteriene er oppfylt ved > 70 år:

- Ufrivillig vekttap > 10% siste 3-6 måneder eller < 5% siste 2 måneder
- KMI < 20
- KMI < 22 og samtidig ufrivillig vekttap > 5% siste 6 måneder
- Matinntak < halvparten av beregnet behov siste uke (Guttormsen et al., 2010, s. 15).

I følge Helsedirektoratets rapport har det oppstått alvorlig underernæring hvis et av disse kriteriene er oppfylt ved > 70 år:

- 15% ufrivillig vekttap siste 3-6 måneder eller mer enn 5% ufrivillig vekttap siste måned
- KMI < 18,5
- KMI < 20 og samtidig ufrivillig vekttap > 5% siste 3 måneder
- Matinntak < en fjerdedel av beregnet behov siste uke (Guttormsen et al., 2010, s. 15).

3.4.1 Årsaker til underernæring

Det er som regel flere årsaker til at underernæring utvikles (Aagaard & Grøndahl, 2017). Den viktigste årsaken til underernæring og vekttap er sykdom (Guttormsen et al., 2010, s. 12; Sortland, 2015, s. 165). Eldre, enslige og aleneboende, demente, eldre med obstipasjonsproblemer, rusmisbrukere, psykiske langtidspasienter, funksjonshemmede og pasienter med kroniske lidelser som hjerte- og lungesykdommer, kreft, osteoporose og leddgikt er i risikogruppe for å utvikle underernæring (Sortland, 2015, s. 165). Underernæring kan utvikles på grunn av sykdom, depresjon, dårlig appetitt, dårlig tannstatus, bivirkninger av legemidler, økonomi, glemsel og problemer med å tilberede maten (Evju & Lindgren, 2017).

3.4.2 Konsekvenser av underernæring

Underernæring kan gi alvorlige konsekvenser for personens allmenntilstand og livskvalitet. Nedsatt immunforsvar, økt falltendens, forsinket sårheling, redusert bevegelighet, apati og depresjon kan være følger av underernæring (Sortland, 2015, s. 166). Det kan også føre til en generell svekkelse, redusert muskelmasse og økt infeksjonsfare (Brodtkorb, 2014, s. 308). Når kroppen mangler næringsstoffer kan det oppstå svakhet, tretthet, sløvhet og anemi. Det kan også lettere oppstå trykksår, svekket varmeregulering og nedsatt kroppstemperatur, spesielt hos eldre (Sortland, 2015, s. 166). Ved sykehusinnleggelse kan underernæring medføre økt liggetid, større komplikasjonsfare, tregere mobilisering, dårligere sårheling og økt bruk av ressurser (Brodtkorb, 2014, s. 308; Sortland, 2015, s. 166). I Storbritannia brukes 10% av helsekostnadene på behandling av ernæringssvikt (Guttormsen et al., 2010, s. 12). Underernæring fører også til økt dødelighet (Guttormsen et al., 2010, s. 11; Landmark et al., 2014; Saletti et al., 2005). I følge forskning er dødeligheten 50% hos de som er underernærte og 40% hos de som står i risiko for underernæring etter tre år (Saletti et al., 2005).

3.5 Forebyggende helsearbeid

I hjemmesykepleien er forebygging en integrert og viktig del av arbeidet. Arbeidet veksler mellom forebygging, behandling og hjelp til å dekke grunnleggende behov (Birkeland & Flovik, 2014, s. 38). Forebyggende helsearbeid er viktig både for å fremme helse og livskvalitet og for å forebygge sykdom og skade (Mæland, 2016, s. 11). Ofte kan risikoen for helseskader og sykdommer reduseres. Helseforebyggende arbeid har som mål å forhindre eller utsette sykdom. Det kalles primær sykdomsforebygging. Målet kan også være å hindre at sykdom utvikler seg eller kommer tilbake, da kalt sekundær sykdomsforebygging. Tertiær sykdomsforebygging kan også være aktuelt. Da er målet å redusere sykdommen for å få tilbake livskvalitet og funksjon. Forebyggingen kan være individuell eller på gruppenivå (Mæland, 2016, s. 16). Helsedirektoratet kom i 2010 med «Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring». Retningslinjene skal «bidra til å sikre god kvalitet ved forebygging og behandling av underernæring» (Guttormsen et al., 2010, s. 3).

3.5.1 Kommunikasjon og relasjon

En grunnleggende faktor i helsearbeidet er å bli kjent med brukeren. Sykepleieren må forstå brukerens perspektiv, opplevelser, ønsker, verdier og behov, og møte brukeren der han er. For å kunne forstå brukeren må det ligge en god relasjon til grunn (Fjørtoft, 2016, s. 177). En god relasjon er bygget på god og åpen kommunikasjon og gjensidig respekt (Kirkevold, 2014, s. 108).

I rollen som sykepleier brukes en profesjonell, hjelpende kommunikasjon. Denne kommunikasjonsformen skal være brukerrettet og har som formål å fremme helse, forebygge sykdom, gjenopprette helse og lindre lidelse (Eide & Eide, 2010, s. 18). Gode kommunikasjonsferdigheter hjelper sykepleieren til å forstå brukeren bedre, bygge en relasjon, gi bedre støtte og hjelp, stimulere brukeren til utvikling og få til et godt samarbeid.

Møtene i hjemmesykepleien er ofte av kort varighet. Det er dermed liten tid til å skape en relasjon og få et helhetlig bilde av situasjonen. Likevel er det viktig å skape tillit og kontakt (Fjørtoft, 2016, s. 177). Tydelig kommunikasjon og aktiv lytting er viktig for å identifisere brukerens behov (Eide & Eide, 2010, s. 21). I følge Fjørtoft handler det om å se personen og ha en helhetlig tilnærming. Dette er avgjørende for å kunne observere og vurdere brukerens behov (Fjørtoft, 2016, s. 177-179).

3.5.2 Kartlegging av ernæringsstatus

Eldre hjemmeboende har behov for en systematisk, jevnlig og individuell kartlegging og vurdering (Fermann & Næss, 2014, s. 238). Kartleggingen og vurderingen skal inkludere en undersøkelse av ernæringsstatusen (Birkeland & Flovik, 2014, s. 66). Det er viktig å identifisere den ernæringsmessige risikoen tidlig. Underernæring får utvikle seg når problemet ikke blir oppdaget. En tidlig identifisering gjør det mulig å sette i gang tiltak før underernæring oppstår (Guttormsen et al., 2010, s. 14). I følge Helsedirektoratet skal alle nye brukere i hjemmesykepleien vurderes for ernæringsmessig risiko. Deretter skal den vurderes månedlig med mindre brukeren får et annet individuelt opplegg. Helsedirektoratet anbefaler å bruke kartleggingsverktøyene MNA eller Malnutrition Universal Screening Tool (MUST). Ernæringsjournalen er også et anbefalt alternativ (Guttormsen et al., 2010, s. 8).

En vurdering av ernæringsstatus må inneholde vekt, høyde og utregning av KMI, en beskrivelse av matlyst, matinntak og evnen til å spise, munn-, svelg- og tannstatus og eventuelle problemer med forstoppelse, diaré, kvalme og oppkast (Birkeland & Flovik, 2014, s. 66). KMI og vektendring over tid er de enkleste metodene for å vurdere ernæringsstatusen (Helsedirektoratet, 2012, s. 78).

KMI er et mål på ernæringstilstanden, og sier noe om forholdet mellom høyde og vekt. $KMI = \text{vekt (kg)} / \text{høyde}^2 \text{ (m}^2\text{)}$ (Brodtkorb, 2014, s. 303). Dersom det er problemer med å måle høyden finnes det andre metoder, for eksempel armspenn. Da måler man fra tuppen av langfingeren til halsgropen og ganger målet med to. Dette tilsvarer høyden (Sortland, 2015, s. 172). Eldre bør ha høyere KMI enn yngre, da de har større andel fett på kroppen. Normalverdien på KMI hos voksne er mellom 20 og 24,9, men hos eldre utenfor institusjon anbefales en verdi mellom 24 og 27 (Brodtkorb, 2014, s. 304).

3.5.3 Tverrfaglig samarbeid

Hjemmesykepleien har som mål å tilby brukerne et helhetlig, fleksibelt og samordnet tilbud. For å kunne oppnå dette må samarbeidet mellom de ulike tjenestene og yrkesgruppene være god (Fjørtoft, 2016, s. 201). Tverrfaglig samarbeid oppstår når personer med ulik fag- og yrkesbakgrunn samarbeider, ved å bruke sine kunnskaper, ferdigheter og erfaringer, til å løse en felles oppgave (Næss & Helbostad, 2012, s. 68). I følge Wyller vil eldre ofte ha behov for helsepersonell fra ulike grupper. Det kan for eksempel være sykepleiere, leger, ergoterapeuter, fysioterapeuter, hjelpepleiere og ernæringsfysiologer. Det er viktig med en god koordinering når mange yrkesgrupper samarbeider. Yrkesgruppens kompetanse kommer best til nytte når de samarbeider i et koordinert tverrfaglig team (Wyller, 2012, s. 116).

I følge Næss og Helbostad vil en sammensatt, tverrfaglig tjeneste bidra til å gi brukerne bedre helsehjelp. Et tverrfaglig team kan kartlegge og behandle forskjellige årsaker til brukernes problem, for eksempel ved underernæring eller falltendens. Når faggruppene samarbeider om et felles mål, kan det bidra til god helsehjelp, og brukerne vil kunne få en tryggere og mer stabil hverdag (Næss og Helbostad, 2012, s. 70).

En annen viktig samarbeidspartner for hjemmesykepleien er pårørende (Fjørtoft, 2016, s. 101). Pasient- og brukerrettighetsloven definerer pårørende som den brukeren oppgir som nærmeste pårørende (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1-3). I følge Fjørtoft må pårørende bli inkludert for at helsepersonellet skal kunne utøve helhetlig omsorg (Fjørtoft, 2016, s. 102). Pårørende er betydningsfulle for brukeren og hjemmesykepleien. De kan blant annet gi brukeren emosjonell støtte, omsorg, nærvær, forståelse og praktisk hjelp (Birkeland & Flovik, 2014, s. 140).

3.6 Utfordringer i hjemmesykepleien

3.6.1 Arbeidsarena

Arbeidsarenaen i hjemmesykepleien er brukernes hjem. Det kan gi både muligheter og begrensninger. Hjemmet er et symbol på individualitet, trygghet og selvstendighet. Det er viktig å ha kjennskap til brukerens forståelse av hjemmets betydning og hvordan det påvirker relasjonen. Respekt og ydmykhet er avgjørende faktorer når arbeidsplassen er i hjemmet til brukeren (Fjørtoft, 2016, s. 27, 163).

3.6.2 Kunnskap og kompetanse

Kunnskap og kompetanse er den viktigste ressursen til de ansatte i hjemmesykepleien (Fjørtoft, 2016, s. 162). I følge forskning er kunnskapsmangel en årsak til at sykepleiere ikke oppdager underernæring (Aagaard & Grøndahl, 2017; Landmark et al., 2014; Meyer et al., 2017). I hjemmesykepleien jobber sykepleierne kunnskapsbasert. Kunnskapsbasert praksis baserer seg på at fagutøvelsen skal være forskningsbasert, erfaringsbasert og basert på brukerkunnskap (Kristoffersen, 2012a, s. 166).

3.6.3 Tid

En styrende faktor i hjemmesykepleien er tid. Hverdagen er hektisk, og ifølge Fjørtoft kan mangel på tid være en utfordring for å dekke brukernes behov. Tid er en vesentlig faktor for å kunne gi god, tilpasset omsorg til den enkelte. Mangel på tid fører til at sykepleierne må være spesielt bevisst på hvordan de prioriterer og disponerer sin tid hos brukerne. Dette fordi feil bruk av tid kan få konsekvenser for andre brukere (Fjørtoft, 2016, s. 164). I følge

forskning er tidspress en av årsakene til et mangelfullt ernæringsarbeid (Meyer et al., 2017; Aagaard & Grøndahl, 2017).

3.6.4 Kontinuitet

I hjemmesykepleien er det en utfordring at brukerne må forholde seg til mange ansatte. Hvem som besøker brukeren er uforutsigbart, og det kan dermed bli mangel på kontinuitet (Fermann & Næss, 2014, s. 255). Uklare ansvarsforhold gjør det vanskeligere å vurdere og kartlegge ernæringsstatusen (Landmark et al., 2014; Meyer et al., 2017). Sykepleierne kan ha primæransvar for noen brukere. Det kan gi mer kontinuerlig og individuell helsehjelp (Birkeland & Flovik, 2014, s. 158).

3.6.5 Rutiner

På en arbeidsplass med mange ansatte er det viktig med rutiner. I hjemmesykepleien må det innarbeides gode rutiner for at alle brukerne skal få vurdert ernæringsstatusen sin jevnlig. Det må være utarbeidet skriftlige prosedyrer og et kartleggingsverktøy må være valgt. Helsepersonellet må få opplæring i prosedyrene og kartleggingsverktøyet. Aagaard & Grøndahl hevder at tid er et stort hinder for å oppnå gode rutiner for ernæringskartleggingen (Aagaard & Grøndahl, 2017; Meyer et al., 2017). I følge Landmark et al. nedprioriteres ofte ernæring på grunn av manglende retningslinjer og valg av kartleggingsverktøy (Landmark et al., 2014).

3.6.6 Dokumentasjon

Dokumentasjon er et viktig verktøy for å sikre kontinuiteten og kvaliteten i hjemmesykepleien. God og oppdatert dokumentasjon skal gi bedre oversikt og nøyaktighet, og det fremmer individuell sykepleie (Fjørtoft, 2016, s. 184). Sykepleiernes handlinger og vurderinger skal tydeliggjøres i dokumentasjonen enten det handler om å forebygge, fremme helse, behandle, rehabiliterer eller lindre (Dahl & Skaug, 2012, s. 20). I Helsepersonelloven står det at den som yter helsehjelp har plikt til å føre journal. Journalen skal inneholde nødvendige og relevante opplysninger om helsehjelpen og brukeren (Helsepersonelloven, 1999, § 39, 40).

Brukerrelatert kommunikasjon mellom helsepersonell foregår hovedsakelig via dokumentasjon i pasientjournalen. En del av dokumentasjonen står i vedtaket til brukeren. I tillegg til vedtaket må brukeren ha en tiltaksplan. Tiltaksplanen skal utdype den hjelpen brukeren får (Birkeland & Flovik, 2014, s. 170). Omfanget av dokumentasjonen er ulik fra bruker til bruker. Det som er nødvendig for å sikre forsvarlig oppfølging må dokumenteres. Endringer i brukerens behov og situasjon må tydeliggjøres i pasientjournalen. Brukere som får hjelp over lang tid kan ofte bli glemt på dette området, da det er vanskeligere å oppdage endringer fra dag til dag. Derfor er det viktig med gode rutiner for å kunne fange opp gradvise endringer og for å sikre at det blir dokumentert (Fjørtoft, 2016, s. 184-185). Det kan oppstå kontinuitets- og koordineringsproblemer ved manglende dokumentasjon. I verste fall kan det være en trussel mot pasientens helse og dermed alvorlige avvik (Hauge, 2014, s. 273).

3.7 Lover og forskrifter

Hjemmesykepleien omfattes av helse- og omsorgstjenesteloven. Loven ble innført i 2012 og erstattet dermed kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven (Fjørtoft, 2016, s. 154). Et av formålene til helse- og omsorgstjenesteloven er å «forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne» (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 1-1).

Pasient- og brukerrettighetsloven trådte i kraft i 2001. Den gir den enkelte rett til å stille krav til helsetjenesten. Loven sier at man har rett på nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen, og gir blant annet rett til medvirkning, informasjon, innsyn i journalen og selvbestemmelse (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1, 2, 3, 5). I følge Pasient- og brukerrettighetsloven skal helsehjelp ha som formål å være forebyggende, diagnostisk, behandlende, rehabiliterende, helsebevarende eller gi pleie og omsorg, og utføres av helsepersonell. Alle disse funksjonene er å finne i hjemmesykepleien (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1-3).

Helsepersonelloven skal bidra til kvalitet i hjemmesykepleien, sikkerhet for brukerne og tillit til helsepersonellet (Helsepersonelloven, 1999, § 1). Loven stiller krav til helsepersonellens yrkesutøvelse og til organiseringen av virksomheten (Helsepersonelloven, 1999, § 4, 16). Den som yter helsehjelp har dokumentasjonsplikt, og

det stilles krav til innholdet i journalen (Helsepersonelloven, 1999, § 39, 40). Helsehjelpen skal være omsorgsfull og faglig forsvarlig (Fjørtoft, 2016, s. 156).

3.8 Etikk

De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere handler om sykepleierens forhold til pasient, profesjon, pårørende, medarbeidere, samfunn og arbeidssted. Relevante punkter i de yrkesetiske retningslinjene for oppgaven er:

- «2.1 Sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom» (Norsk sykepleierforbund, 2011, s. 8)
- «2.3 Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg» (Norsk sykepleierforbund, 2011, s. 8)
- «5.2 Sykepleieren bidrar til utforming og gjennomføring av faglige normer for god praksis på arbeidsstedet» (Norsk sykepleierforbund, 2011, s. 10)

Amerikanerne Beauchamp og Childress utviklet et etisk rammeverk som de kalte «de fire prinsippers etikk». Prinsippene mente de var viktige når helseutfordringer skulle løses (Brinchmann, 2012, s. 81, 84). Prinsippene defineres som plikter:

- «Velgjørenhet – plikten til å gjøre godt mot andre
- Ikke skade – plikten til ikke å skade andre
- Autonomi – plikten til å respektere autonome personers beslutninger
- Rettferdighet – plikten til å behandle like tilfeller likt og til å fordele ressurser rettferdig» (Brinchmann, 2012, s. 85)

3.9 Diakoni

Diakoni er omsorgstjenesten til kirken. Omsorgen skal være forebyggende eller helende. Den bygger på nestekjærlighet og har fokus på menneskelige behov (Det norske diakonforbund, u.å.). Studieplanen for bachelor i sykepleie ved Høyskolen Diakonova, nå VID vitenskapelige høyskole, har nedfelt kjerneverdiene et helhetlig menneskesyn, solidaritet, menneskets iboende verdighet og barmhjertighet. Kjerneverdiene bygger på det diakonale verdigrunnlaget som vektlegger kjærlighet som en viktig drivkraft. Kjærligheten er et grunnlag for all sykepleie og diakoni, og kommer til uttrykk gjennom konkrete handlinger i møte med brukerne (Høyskolen Diakonova, 2017, s. 4-5).

4 Drøfting

I dette kapittelet skal problemstillingen drøftes opp mot teorien, forskningsartiklene og egne erfaringer. Problemstillingen er:

«Hvordan kan sykepleier bidra til å forebygge underernæring hos eldre som mottar hjemmesykepleie?»

4.1 Forebygging av underernæring

Studien til Landmark et al. viser at 30% av eldre over 67 år, som har daglig hjemmesykepleie eller bor på sykehjem, er underernærte. I tillegg er 20% i risikozonen for å bli underernært (Landmark et al., 2014). I yrkesetiske retningslinjer punkt 2.1 og 2.3 står det at sykepleieren har ansvar for å fremme helse og forebygge sykdommer, og ivareta den helhetlige omsorgen (Norsk sykepleierforbund, 2011, s. 8). Dette understøttes av Henderson sin sykepleieteori der hun sier at et av målene for sykepleie er å fremme helse (Kirkevold, 1998, s. 102). Likevel viser studien til Landmark et al. at sykepleierne ikke er gode nok til å forebygge underernæring (Landmark et al., 2014).

I følge Aagaard og Grøndahl er det flere årsaker til at underernæring utvikles (Aagaard & Grøndahl, 2017). Eldre og aleneboende er blant annet risikogrupper for å utvikle underernæring (Sortland, 2015, s. 165). I hjemmesykepleien er 61% av brukerne 67 år eller eldre, og 56% bor alene (Mørk et al., 2017, s. 37). Denne brukergruppen er dermed i en risikogruppe for underernæring. I min praksisperiode opplevde jeg at forebygging av underernæring ofte ikke ble prioritert. Sykepleierne jeg snakket med begrunnet det med dårlig tid, få ressurser og mangel på rutiner. I studien til Aagaard og Grøndahl ble også tid, ressurser og rutiner sett på som hindringer i arbeidet med vurdering og oppfølging av ernæringsstatusen (Aagaard & Grøndahl, 2017). Dette kan bety at det er for lite fokus på brukernes ernæringsstatus i hjemmesykepleien. Underernæring kan blant annet føre til dårligere fysisk og mental funksjon, redusert motstand mot infeksjoner, økt liggetid på sykehus, økt risiko for komplikasjoner, forsinket rekonvalesens, økt dødelighet og redusert livskvalitet (Guttormsen et al., 2010, s. 11). Forskning viser at ved hjelp av ernæringstiltak er det mulig å snu vektnedgang og gjenopprette god ernæringsstatus til tross for at det er

tid og ressurskrevende (Saletti et al., 2005). Dette understreker betydningen av å fokusere på forebygging før problemet har oppstått fremfor å behandle underernæring.

4.1.1 Bygge en relasjon

En grunnleggende faktor i hjemmesykepleien er å bli kjent med brukeren. Sykepleieren må sette seg inn i brukernes perspektiv, behov, ønsker, verdier og opplevelser, og møte brukerne der de er. I følge Fjørtoft må det ligge en god relasjon til grunn for at sykepleieren skal kunne forstå brukeren (Fjørtoft, 2016, s. 177). Henderson var også opptatt av å bli kjent med hver enkelt pasient for å kunne gi individualisert pleie og omsorg. Videre sa hun at å få en relasjon til pasienten var helt avgjørende i arbeidet for sykepleieren (Kristoffersen, 2012b, s. 225). I følge Landmark et al. er det ikke tilstrekkelig å ha kunnskap om underernæring og hvordan det skal forebygges. Like viktig er det å ha kjennskap og respekt til brukerens behov og ønsker (Landmark et al., 2014). Dette peker i retning av at man må bruke tid på å bli kjent med brukeren, og brukeren må bli sett og hørt. I min praksis hadde jeg som student muligheten til å bruke mer tid hos noen av brukerne. Denne tiden benyttet jeg til samtaler, og av og til var jeg tilstede under måltidene. Dette førte til at vi ble bedre kjent, og jeg opplevde at brukerne var mer åpne om sine helseutfordringer. Flere av brukerne uttrykte at de satte stor pris på samtalene. I følge Kirkevold er en god relasjon bygget på en god og åpen kommunikasjon og gjensidig respekt (Kirkevold, 2014, s. 108).

Det tar tid å skape en relasjon og å få et helhetlig bilde av brukeren (Fjørtoft, 2016, s. 177). Møtene i hjemmesykepleien er ofte korte. Det kan bety at det kan være utfordrende å få en relasjon til brukeren og å se helheten i løpet av de korte møtene. Ut ifra et diakonalt perspektiv er et helhetlig menneskesyn en sentral verdi. Ved å ta seg tid til å bli kjent med brukeren, uavhengig av bakgrunn, ressurser, status, kultur, religion og verdier, kan det være lettere å respektere og se hele mennesket. Nestekjærlighet, som diakoni bygger på, kommer her til uttrykk ved at helsepersonellet ser og lytter til brukeren (Høyskolen Diakonova, 2017). En vesentlig faktor for å kunne gi god, tilpasset omsorg til den enkelte er tid. I følge Meyer et al. er det viktig at sykepleierne er løsningsorienterte og klarer å prioritere hva tiden skal brukes til. Studien viste at de sykeste og brukere med tydeligst behov ble prioritert (Meyer et al., 2017). Det kan være utfordrende å se hvem som er i risikozonen for underernæring. Underernæring kan utvikles når ernæringsbehovet ikke blir

identifisert (Helsedirektoratet, 2017, s. 4). Eide & Eide sier at tydelig kommunikasjon og aktiv lytting er viktig for å identifisere brukerens behov og dermed få større mulighet til å oppdage endringer i ernæringsstatusen (Eide & Eide, 2010, s. 21).

I følge Henderson kjenner brukeren best sine egne behov, og vedkommende må derfor ha en aktiv rolle i prosessen (Kristoffersen, 2012b, s. 226). For å kunne tilrettelegge individuelt må sykepleieren ha kjennskap og respekt til brukeren. Brukeren må oppleve seg sett, hørt og ivaretatt (Meyer et al., 2017). Sykepleieren må derfor respektere brukerens beslutninger. Autonomi er en av «de fire prinsippers etikk» som sykepleiere bør følge (Brinchmann, 2012, s. 85). I følge Sørbye har ofte brukerne selv en oppfatning om de er i risikozonen for å bli underernært. Det kan ta tid før de våger å dele sin bekymring med hjemmesykepleien (Sørbye, 2013, s. 179). Derfor er det viktig å prioritere og skape en god relasjon, slik at brukerne tør å dele sine tanker.

4.1.2 Kartlegging av ernæringsstatus

Alle brukere i hjemmesykepleien skal jevnlig kartlegges og vurderes (Fermann & Næss, 2014, s. 238). Denne kartleggingen skal inneholde en vurdering av ernæringsstatusen (Birkeland & Flovik, 2014, s. 66). Henderson var også opptatt av at brukernes behov måtte kartlegges (Kristoffersen, 2012b, s. 225). I følge Helsedirektoratet skal alle nye brukere i hjemmesykepleien vurderes for ernæringsmessig risiko. Deretter skal den ernæringsmessige risikoen vurderes månedlig med mindre brukeren får et annet individuelt opplegg (Guttormsen et al., 2010, s. 8).

I følge Meyer et al. synes sykepleierne i studien at det var utfordrende med systematisk kartlegging av ernæringsstatus i hjemmesykepleien. De mente det var vanskeligere å observere og kartlegge i hjemmet sammenlignet med en institusjon (Meyer et al., 2017). Systematisk kartlegging krever oppfølging over tid. Det kan være vanskelig å få oversikt over brukeren den tiden hjemmesykepleien ikke er tilstede. På en institusjon kan helsepersonellet få en bedre oversikt da de lettere kan følge med på matinntak, legge merke til endringer og raskt sette i gang tiltak. I hjemmesykepleien er det utfordrende med kostregistrering og observasjoner utover den perioden helsepersonellet er tilstede. Alt må foregå innen det tidsrommet de er på besøk. Pårørende kan være en ressurs i det tidsrommet hjemmesykepleien ikke er tilstede.

Helsedirektoratet anbefaler å bruke kartleggingsverktøyene MNA, MUST eller Ernæringsjournalen for å forebygge underernæring (Guttormsen et al., 2010, s. 8). Forskning viser at hjemmesykepleien må velge et kartleggingsverktøy, hvor helsepersonellet må få opplæring, samt innarbeide felles rutiner for oppfølging av brukerne (Meyer et al., 2017). I min praksis erfarte jeg at det var utfordrende å kartlegge ernæringsstatusen. Den systematiske kartleggingen besto i å bruke kartleggingsskjemaet MNA. Jeg fikk ikke opplæring i å bruke verktøyet og det var ikke satt av ekstra tid til kartlegging. Jeg erfarte at ansatte i hjemmesykepleien manglet opplæring i bruk av MNA og var ikke kjent med virksomhetens rutiner. I følge Aagaard og Grøndahl er det ikke tilstrekkelig å ha utarbeidet prosedyrer og ha valgt et kartleggingsverktøy. Helsepersonellet må også få opplæring i hvordan det skal anvendes (Aagaard & Grøndahl, 2017).

Helsedirektoratet hevder at KMI og vektendringer over tid er de enkleste metodene for å vurdere ernæringsstatusen (Helsedirektoratet, 2012, s. 78). Forskning på dette temaet er samstemt med Helsedirektoratet om betydningen av å beregne KMI og måle vektendringer over tid for å forebygge underernæring (Aagaard & Grøndahl, 2017; Landmark et al., 2017; Meyer et al., 2017; Saletti et al., 2005). For å kunne regne ut KMI trengs det både høyde og vekt. Forskning viser at det er noen praktiske utfordringer i hjemmesykepleien i henhold til å måle høyde og vekt. Det kan være mangel på vekt i hjemmet, ikke tilstrekkelig med vekter i virksomheten, bruk av forskjellige vekter ved veiing eller brukeren kan ha vanskeligheter med å stå på vekta. Høyden kan også være utfordrende å måle, da brukeren kan ha problemer med å rette seg ut eller stå oppreist (Meyer et al., 2017). For øvrig finnes det flere metoder for å måle høyden, for eksempel armspenn. Høyden kan også bli målt når brukeren ligger i senga (Sortland, 2015, s. 172).

Selv om KMI og vektendring er enkle og anbefalte metoder, viser forskningen til Aagaard og Grøndahl at kun 18,3% av helsepersonellet og 19,9% av de faglige lederne vet at det finnes rutiner for veiing av nye brukere. Kun 49,3% av helsepersonellet og 37,1% av de faglige lederne sier også at de vet det er rutiner for å veie brukerne ved faste intervaller (Aagaard & Grøndahl, 2017). I min praksis erfarte jeg at det sto i beskrivelsen av oppdraget når brukeren skulle veies. Vekten måtte tas med fra kontoret, og av og til var det mangel på vekter. Det hendte at jeg ikke var oppmerksom på at brukeren skulle veies før jeg var tilbake på kontoret på grunn av liten tid. Dette kan antyde at mange av brukerne

ikke blir veid, til tross for at det er et viktig verktøy for å forebygge og oppdage underernæring. Det kan være utfordrende å måle KMI og vektendringer over tid når det ikke er innarbeidet gode rutiner. Dermed kan det bli vanskeligere å vurdere den ernæringsmessige risikoen systematisk. Dokumentasjon er essensielt. Dersom vekten ikke har blitt målt, må dette gis tydelig beskjed om.

4.1.3 Tverrfaglig samarbeid

Fjørtoft hevder at målet til hjemmesykepleien er å tilby brukerne et helhetlig, fleksibelt og samordnet tilbud. Samarbeidet mellom de ulike yrkesgruppene og tjenestene må være god for å kunne oppnå dette (Fjørtoft, 2016, s. 201). Pasient- og brukerrettighetsloven gir brukerne rettigheter og gir den enkelte rett til å stille krav til helsetjenesten. Brukerne har blant annet rett på nødvendig, forebyggende helsehjelp fra kommunen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1, 2). I følge Wyller vil eldre ofte ha behov for helsepersonell fra ulike grupper. Yrkesgruppenes kompetanse kommer best til nytte dersom samarbeidet koordineres godt, og det vil dermed kunne bli enklere å forebygge underernæring (Wyller, 2012, s. 116).

I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere står det i punkt 2.3 at «Sykepleieren ivaretar den enkelte pasientens behov for helhetlig omsorg» (Norsk sykepleierforbund, 2011, s. 8). For å kunne ivareta den helhetlige omsorgen bør derfor sykepleieren samarbeide med flere yrkesgrupper, da de har ulike innfallsvinkler til å forebygge underernæring. I min praksis erfarte jeg at det var lite samarbeid mellom de ulike yrkesgruppene i hjemmesykepleien. Fysio- og ergoterapeutene, ernæringsfysiologen og legene hadde kontor et annet sted. Kontakten foregikk kun gjennom dokumentasjonssystemet. Dermed ble samarbeidet mellom oss lite samordnet og helhetlig. Jeg visste ikke hvordan de andre yrkesgruppene arbeidet og hva de gjorde for å løse den felles oppgaven. Det var dermed også lite rom for å lære av hverandre.

I tillegg til å samarbeide med andre yrkesgrupper, bør sykepleierne samarbeide med pårørende. Fjørtoft mener at pårørende må være inkludert for at sykepleieren skal kunne utøve helhetlig omsorg. Pårørende kan være betydningsfulle for brukeren og en viktig støttespiller for helsepersonellet (Fjørtoft, 2016, s. 102). Jeg erfarte i min praksisperiode at pårørende samarbeidet med hjemmesykepleien om innkjøp av næringsrik mat. Det var

varierende i hvilken grad det hadde betydning for brukerens ernæringsutfordringer. I følge forskning gjør et tett samarbeid med brukeren og pårørende det enklere å systematisk vurderer ernæringsstatusen i hjemmesykepleien (Landmark et al., 2014; Meyer et al., 2017).

Forskning viser at manglende samarbeid mellom ulike faggrupper fører til et mangelfullt, tilfeldig og ustrukturert ernæringsarbeid (Landmark et al., 2014). Det vil dermed bli vanskeligere å samarbeide mot å forebygge underernæring. Forskning viser at uklare ansvarsforhold fører til at ernæringsarbeidet blir ustrukturert og tilfeldig (Landmark et al., 2014). I tillegg vil uklare ansvarsforhold hindre utviklingen av kunnskapsbasert praksis (Meyer et al., 2017). Sykepleierne har ansvar for å oppsøke relevante yrkesgrupper for å ta dem med i vurderingen av brukeren. Det er ofte uklart hvem som har ansvar for hva, og dermed kan det bli vanskelig å ta initiativ i et tverrfaglig samarbeid. Det er utfordrende å opparbeide gode rutiner og et godt faglig samarbeid når ansvarsfordelingen mangler. En klar og skriftlig ansvarsfordeling vil sikre kvalitet og kontinuitet i ernæringsarbeidet (Melheim & Sandvoll, 2017). I følge forskning vil også refleksjon og deling av erfaringer mellom helsepersonellet gjøre at kunnskap deles og det vil føre til at samarbeidet fungerer bedre (Meyer et al., 2017). Dette peker i retning av at tverrfaglig samarbeid, samarbeid med pårørende, klare ansvarsforhold og refleksjon over egen og andres praksis vil kunne bidra til en mer strukturert forebygging av underernæring.

4.2 Utfordringer i hjemmesykepleien

Helse- og omsorgstjenesteloven skal sikre kvalitet, faglig forsvarlighet og brukersikkerhet i hjemmesykepleien (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 1, 4). Organiseringen av hjemmesykepleien bygger på nevnte lov. I følge de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere står det i punkt 5.2 at «Sykepleieren skal bidra til utforming og gjennomføring av faglige normer for god praksis på arbeidsstedet» (Norsk sykepleierforbund, 2011, s. 10). Sykepleierne har ansvar for være med på å etablere gode rutiner og opprettholde et høyt kunnskapsnivå. I følge forskning er det utfordrende å endre rutiner. Kunnskap, ressurser og vilje er sentrale verktøy i innføringen av de nye rutinene (Meyer et al., 2017).

4.2.1 Sykepleierens kunnskap og kompetanse

Kunnskap og kompetanse er den viktigste ressursen til de ansatte i hjemmesykepleien (Fjørtoft, 2016, s. 162). I studien til Aagaard og Grøndahl kommer det fram at sykepleiere har for lite kunnskap om ernæring, og spesielt ernæring knyttet til eldre. 80% av helsepersonellet og 88% av lederne ønsket seg mer kunnskap om ernæringsarbeidet (Aagaard og Grøndahl, 2017). Følgende kan bety at ernæringen ofte ikke er et prioritert felt på arbeidsplassen eller hos sykepleierne. I følge forskning er kunnskapsmangel en faktor til at sykepleiere ikke oppdager underernæring (Aagaard & Grøndahl, 2017; Landmark et al., 2014; Meyer et al., 2017).

Helsepersonelloven skal bidra til å sikre kvalitet i hjemmesykepleien. Loven stiller krav til helsepersonellet yrkesutøvelse, og til at helsehjelpen skal være faglig forsvarlig (Helsepersonelloven, 1999, § 1, 4). I følge Melheim og Sandvoll vil kunnskap om ernæring og underernæring gjøre det lettere for sykepleierne å gi brukerne ernæringsråd, sette i gang tiltak og vurdere ernæringsstatusen (Melheim & Sandvoll, 2017). Da jeg hadde praksis i hjemmesykepleien, hadde de undervisning om ernæring med fokus på forebygging av underernæring. Helsepersonellet fikk dermed mer kunnskap og en økt bevisstgjøring omkring nasjonale krav til oppfølging av ernæringsstatus. Denne undervisningen ble holdt kun en gang, og det bidro til at mange ansatte ikke fikk nødvendig opplæring. I følge Aagaard & Grøndahl er manglende kunnskap en barriere for å kunne vurdere og følge opp ernæringsstatusen (Aagaard & Grøndahl, 2017). Derfor er det viktig at sykepleierne holder seg faglig oppdaterte. Dette er både hjemmesykepleien og helsepersonellet selv sitt ansvar. Hjemmesykepleien kan tilby helsepersonellet opplæring, undervisning og kurs. Helsepersonellet må også oppdatere seg på kunnskap og forskning på egenhånd for å opprettholde den faglige kvaliteten. Sykepleiere jobber kunnskapsbasert. Dermed skal fagutøvelsen basere seg på forskning, erfaringer og brukeren selv (Kristoffersen, 2012a, s. 166). Dette tyder på at det er viktig at sykepleierne har god kunnskap og kompetanse om forebygging av underernæring, at de holder seg faglig oppdaterte og deler kunnskapen og erfaringene de har med hverandre.

4.2.2 Rutiner, ressurser og tid

Det kan være vanskelig å oppdage underernæring uten gode rutiner, tilstrekkelige ressurser og god nok tid. I følge Melheim og Sandvoll skal gode kartleggingsrutiner gjøre det lettere

å forebygge underernæring (Melheim & Sandvoll, 2017). For å etablere rutiner for vurdering av ernæringsstatusen må det utarbeides skriftlige prosedyrer og det må velges et kartleggingsverktøy. I studien til Aagaard og Grøndahl visste kun 33% av helsepersonellet og 33,2% av de faglige lederne at det fantes skriftlige prosedyrer for vurdering av ernæringsstatus (Aagaard & Grøndahl, 2017). Dette tyder på at det enten ikke fantes skriftlige prosedyrer eller at helsepersonellet ikke hadde fått opplæring i prosedyrene. Forskning viser at det ikke er tilstrekkelig å kun utarbeide prosedyrer og retningslinjer for forebygging av underernæring. Opplæring er vesentlig for at det skal innarbeides gode rutiner (Aagaard & Grøndahl, 2017). Dersom rutineene ikke er godt nok innarbeidet og implementert vil svikt i rutineene kunne oppstå. Tilgangen på ressurser og tid spiller også en sentral rolle i etableringen av nye rutiner (Meyer et al., 2017).

Dokumentasjon er et viktig verktøy for å sikre kontinuitet og kvalitet i hjemmesykepleien (Fjørtoft, 2016, s. 184). Sykepleierens handlinger og vurderinger skal dokumenteres (Dahl & Skaug, 2012, s. 20). Helsepersonellet har plikt til å føre journal ifølge Helsepersonelloven. Journalen skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om brukeren og helsehjelpen (Helsepersonelloven, 1999, § 39, 40). Det er en utfordring at brukerne må forholde seg til mange ansatte. Dette kan gi lite kontinuitet, og det kan være krevende å følge opp brukerne. Dette kan føre til et mangefult ernæringsarbeid. Desto viktigere er det med god dokumentasjon for å vite hva som har blitt gjort og hva som må følges opp. Sykepleierne kan å få primæransvar for noen brukere. Det kan gi mer kontinuerlig og individuell helsehjelp (Birkeland & Flovik, 2014, s. 158). I følge forskning er det viktig med gode dokumentasjonsrutiner når ernæringsstatusen skal kartlegges og tiltak iverksettes. I tillegg må det settes av tid til å dokumentasjon (Melheim & Sandvoll, 2017).

Tid er en styrende faktor i hjemmesykepleien. Hverdagen er hektisk, og det er et stort tidspress. For å kunne gi god, tilpasset omsorg til den enkelte er tid en vesentlig faktor (Fjørtoft, 2016, s. 164). Mangel på tid kan føre til at sykepleierne ikke klarer å imøtekomme alle behovene til brukerne. Viktige observasjoner og vurderinger kan bli glemt eller bort prioritert. I følge forskning er tidspress en av årsakene til et mangelfullt ernæringsarbeid (Aagaard & Grøndahl, 2017; Meyer et al., 2017). I min praksis i hjemmesykepleien, skulle alle brukerne kartlegges for underernæring. Dette ble tatt opp i

første praksisuke. Etter åtte uker i praksis var fortsatt mange ikke ernæringskartlagt. Sykepleierne begrunnet dette blant annet med dårlig tid. I studien til Aagaard og Grøndahl svarte helsepersonellet at tid var den største hindringen i ernæringsarbeidet etterfulgt av ressurser og kunnskap (Aagaard & Grøndahl, 2017). I hjemmesykepleien er besøkene kortere og sjeldnere enn på institusjon. Det kan være vanskelig å få tid og rom til å observere eller innhente informasjon om matinntaket, måle vekt eller kartlegge ernæringsstatusen. Manglende kartlegging innebærer at sykepleier ikke registrerer endringer tidsnok (Melheim & Sandvoll, 2017). Det er derfor viktig å prioritere tid til observasjon, kartlegging og vurdering av ernæringsstatusen slik at tiltak kan settes i gang før underernæringen har oppstått.

5 Konklusjon

I oppgaven har jeg sett på hvordan sykepleier kan bidra til å forebygge underernæring hos eldre som mottar hjemmesykepleie. Det kan være utfordrende å vurdere og følge opp brukernes ernæringsstatus i hjemmet. Derfor er det viktig at sykepleierne har kunnskap og kompetanse, og forstår viktigheten av å forebygge underernæring. For at sykepleiere skal kunne bidra med å forebygge underernæring, må de bygge en relasjon og få et helhetlig bilde av brukeren. Det er avgjørende at det er utarbeidet skriftlige prosedyrer og at de anvender et valgt kartleggingsverktøy. God opplæring i prosedyrene og kartleggingsverktøyet er av stor betydning. Andre viktige faktorer er å øke kunnskapsnivået til helsepersonellet, ha nok ressurser, innarbeide gode rutiner og få satt av tilstrekkelig tid til ernæringsoppfølging.

Det finnes mye forskning om underernæring og eldre, men mindre om hva sykepleier kan bidra med for å forebygge underernæring. Flere av forskningsartiklene jeg har brukt er skrevet i 2017. Dette kan tyde på at forebygging av underernæring i hjemmesykepleien er et dagsaktuelt tema. Når sykepleierne oppdaterer seg på forskning, kan de få mer forståelse av hvor betydningsfullt det er å forebygge underernæring og bli mer bevisst sin egen ernæringspraksis.

Å forebygge underernæring kan gi stor helsegevinst, da god ernæringsstatus vil bidra til bedre helse, bedre immunforsvar, bedre sårheling, økt bevegelighet, færre liggedøgn på sykehus, redusert dødelighet og økt livskvalitet (Guttormsen et al., 2010, s. 11).

I følge forskning er det lettere å forebygge enn å behandle underernæring (Saletti et al., 2005). Det er derfor svært viktig å øke fokuset på forebygging av underernæring, slik at problemet kan oppdages på et tidlig tidspunkt. På sikt kan et større fokus føre til økonomiske gevinster for samfunnet og ikke minst en bedre helse for brukerne.

Litteraturliste

- Aagaard, H. & Bjerkreim, T. (2012). Væske og ernæring. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. –A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 2. Grunnleggende behov* (s. 161-207). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Aagaard, H. & Grøndahl, V. A. (2017). Rutiner for å vurdere ernæringsstatus i hjemmesykepleien. *Norwegian Journal of Clinical Nursing/Sykepleien Forskning*, 12. doi: 10.4220/Sykepleienf.2017.61219
- Birkeland, A. & Flovik, A. M. (2014). *Sykepleie i hjemmet*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Brinchmann, B. S. (2012). De fire prinsippers etikk – velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (s. 81-96). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Brodtkorb, K. (2014). Ernæring, mat og måltider. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (s. 301-315). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dahl, K. & Skaug, E. –A. (2012). Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon i sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. –A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 2. Grunnleggende behov* (s. 15-60). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2014). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Det norske diakonforbund. (u.å.). *Hva er en diakon?* Hentet fra <http://www.diakonforbundet.no/hva-er-en-diakon>
- Eide, H. & Eide, T. (2010). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Evju, A. S. & Lindgren, S. (2017). Hvorfor svikter ernæringsoppfølgingen? *Geriatrisk sykepleie*, (1). Hentet fra https://sykepleien.no/sites/default/files/gs_2017-02-16_0.pdf#Page=26
- Fermann, T. & Næss, G. (2014). Sykepleie til eldre i hjemmesykepleien. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (s. 238-264). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Fjørtoft, A. –K. (2016). *Hjemmesykepleie. Ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Guttormsen, A. B., Hensrud, A., Irtun, Ø., Mowé, M., Sørbye, L. W., Thoresen, L., ... Smedshaug, G. B. (2010). *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/916/Nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-underernering-IS-1580.pdf>
- Hauge, S. (2014). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (s. 265-283). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helsedirektoratet. (2012). *Kosthåndboken - veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2017). *Tiltakspakke for forebygging og behandling av underernæring (hjemmetjeneste)*. Hentet fra <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomr%C3%A5der/attachment/4180?download=false&ts=15ad62c2afb>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Ny reform skal gi eldre bedre tjenester*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/ny-reform-skal-gi-eldre-bedre-tjenester/id2541470/>

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. av 24 juni 2011 nr. 30. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. av 2 juli 1999 nr. 64. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Henderson, V. A. (1998). *Sykepleiens natur. En definisjon og dens konsekvenser for praksis, forskning og utdanning. Refleksjoner etter 25 år*. Oslo: Universitetsforlaget.

Høgskolen Diakonova. (2017). *Studieplan. Bachelor i sykepleie*. Hentet fra <https://www.vid.no/planer/studieplan-sykepleie-vid-oslo-studiested-diakonova-2017-2018/>

Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Kirkevold, M. (2014). Personsentrert og individualisert sykepleie. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (s. 106-121). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2012a). Sykepleie – kunnskap og kompetanse. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. –A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1. Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (s. 161-206). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2012b). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. –A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1. Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (s. 207-280). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Landmark, B. T., Gran, S. V. & Grov, E. K. (2014). Ernæringsstatus blant pasienter i sykehjem og i hjemmesykepleien kartlagt ved hjelp av Ernæringsjournalen. *Klinisk Sykepleje*, 28(1), 4-14. Hentet fra https://www.idunn.no/klinisk_sykepleje/2014/01/ernaeringsstatus_blant_pasienter_i_sykehjem_og_i_hjemmesykep
- Melheim, B. G. & Sandvoll, A. M. (2017). Ernæringskartlegginga i heimesjukepleien kan betrast. *Norwegian Journal of Clinical Nursing/Sykepleien Forskning*. doi: 10.4220/Sykepleienf.2017.64708
- Meyer, S. E., Velken, R. & Jensen, L. H. (2017). Vurdering av ernæringsstatus – et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien. *Norwegian Journal of Clinical Nursing/Sykepleien Forskning*, 12. doi: 10.4220/Sykepleienf.2017.61797
- Mæland, J. G. (2016). *Forebyggende helsearbeid – folkehelsearbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mørk, E., Beyrer, S., Haugstveit, F. V., Sundby, B., Karlsen, H. & Wettergreen, J. (2017). *Kommunale helse- og omsorgstjenester 2016. Statistikk om tjenester og tjenestemottakere* (SSB rapport 2017/26). Hentet fra <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/attachment/318105?ts=15dcac9dff0>
- Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. ICNs etiske regler*. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Næss, G. & Helbostad, J. L. (2012). Geriatrisk vurdering og behandling – tverrfaglig samarbeid. I M. Bondevik & H. A. Nygaard (Red.), *Tverrfaglig geriatri. En innføring* (s. 63-78). Bergen: Fagbokforlaget.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettighetsloven av 2 juli 1999 nr. 63. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

- Saletti, A., Johansson, L., Yifter-Lindgren, E., Wissing, U., Österberg, K. & Cederholm, T. (2005). Nutritional status and a 3-year follow-up in elderly receiving support at home. *Gerontology*, 51(3), 192-198. doi: 10.1159/000083993
- Sortland, K. (2012). Eldre og ernæring. I M. Bondevik & H. A. Nygaard (Red.), *Tverrfaglig geriatri. En innføring* (s. 157-181). Bergen: Fagbokforlaget.
- Sortland, K. (2015). *Ernæring – mer enn mat og drikke*. Bergen: Fagbokforlaget.
- SSB. (1999). *Eldre i Norge*. Hentet fra <http://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/sa32/sa32.pdf>
- Stubberud, D. –G., Kondrup, J., & Almås, H. (2016). Ernæring ved sykdom. I D. –G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie bind 2* (s. 17-50). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Støren, I. (2013). *Bare søk! Praktisk veiledning i å gjennomføre en litteraturstudie*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Sørbye, L. W. (2013). Ernæringsstatus hos eldre i hjemmetjenesten. I Å. Bergland & I. Moser (Red.), *Kvalitetsarbeid i helsetjenester til eldre* (s. 169-185). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- WHO. (2015). *Ageing and health*. Hentet fra <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/en/>
- Wyller, T. B. (2012). Generelt om medisinsk behandling av gamle. I M. Bondevik & H. A. Nygaard (Red.), *Tverrfaglig geriatri. En innføring* (s. 109-129). Bergen: Fagbokforlaget.