

KANDIDAT

**135**

PRØVE

# BISB 3050 1 Bacheloroppgave og forberedelse til yrkesaktivt liv

Emnekode	BISB 3050
Vurderingsform	Hjemmeeksamen
Starttid	19.03.2021 09:00
Sluttid	08.04.2021 12:00
Sensurfrist	29.04.2021 23:59
PDF opprettet	21.06.2021 12:32
Opprettet av	Heidi Henriksen Herseth

**Obligatorisk erklæring - bacheloroppgave**

Vennligst fyll ut skjemaet før du leverer oppgaven din.

**Eksempler på fusk i forbindelse med oppgaver og hjemmeeksamener:**

- gjengivelse av stoff/materiale hentet fra lærebøker, andre fagbøker, tidsskrifter, egne eller andres oppgaver osv. som er framstilt uten kildehenvisning og klar markering av at det er sitater
- besvarelse eller tekst som er hentet fra internett og utgitt som egen besvarelse
- besvarelse som i sin helhet er brukt av studenten ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er brukt av en annen person ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er utarbeidet av en annen person for studenten
- innlevert arbeid av praktisk eller kunstnerisk art som er laget av andre enn studenten selv
- samarbeid som fører til at en besvarelse i det alt vesentlige er lik en annen besvarelse til samme eksamen der det kreves individuelle besvarelser

**Regelverk om fusk og forsøk på fusk finner du her:**

- [lov 1. april 2005 nr. 15 om universiteter og høyskoler § 4-7 og § 4-8](#)
- [forskrift 12. desember 2016 nr. 1595 om opptak, studier, eksamen og grader ved VID vitenskapelige høgskole § 30](#)
- [retningslinjer for behandling av fusk eller forsøk på fusk ved VID vitenskapelig høgskole fastsatt 18. desember 2015.](#)

Jeg erklærer å være kjent med ovennevnte regelverk om fusk og forsøk på fusk, og erklærer at min oppgave er i samsvar med dette regelverket:

 JA

Ved karakteren A samtykker jeg i at oppgaven publiseres i høgskolens åpne elektroniske arkiv (VID:Open) under mitt navn.

Velg ett alternativ

 JA, jeg samtykker NEI, jeg samtykker ikke

---

Besvart.

# 1 Lever inn pdf fil av bacheloroppgaven

Pdf fil av bacheloroppgaven lastes opp her. Ved gruppeinnlevering skal kun en av kandidatene levere (husk begge kandidatnumre på oppgaven).

På studentweb skal du skrive inn norsk og engelsk tittel på oppgaven din - slik at dette kommer med på karakterutskriften som følger vitnemålet. (Se info om hvordan det gjøres her: <https://www.vid.no/student/eksamen/tittel-bachelor-masteroppgave-vitnemal/> )

Bruk standard forside.

PS: På forsidemalen står det ikke engelsk tittel, denne må dere legge inn selv, under norsk tittel (eventuell egen forside skal komme etter standard forside).

<http://www.vid.no/filer/obligatorisk-forside-til-bacheloroppgave/>

Opggaven skal leveres som pdf-fil her på Inspira. Du må også fylle ut obligatorisk erklæring på Inspira. Husk å svare på om du samtykker eller ikke i at bacheloroppgaven kan publiseres i VID sitt åpne elektroniske arkiv. Oppgaven blir bare publisert hvis du får karakteren A.

Alle oppgaver blir plagiattrollert.

Sensur på oppgaven ved ordinær innleveringsfrist kommer på studentweb 29.04.2021

Administrativ ansvarlig for eksamen:

heidi.henriksen@vid.no (eller gry.juliussen@vid.no)



Din fil ble lastet opp og lagret i besvarelsen din.

↓ Last ned

× Fjern

↻ Erstatt

Filnavn:

Ernæring i hjemmesykepleien.pdf

Filtype:

application/pdf

Filstørrelse:

352.2 KB

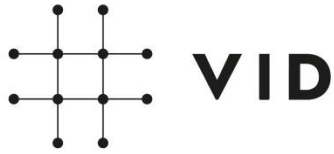
Opplastingstidspunkt:

08.04.2021 10:27

**Status:**

**Lagret**

Besvart.



Ernæring i hjemmesykepleien:

Hvordan forebygge underernæring hos eldre hjemmeboende pasienter?

Nutrition and Home health nursing:

How to prevent malnutrition amongst community dwelling elderly?

Kandidatnummer: 135

VID vitenskapelige høyskole

Betanien

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: BISB 2018

Antall ord: 8926

08.04.2021

**Opphavsrettigheter**

Forfatteren har opphavsrettighetene til oppgaven.  
Nedlasting for privat bruk er tillatt.

## **Sammendrag**

### **Bakgrunn:**

Underernæring er et kjent problem i hjemmesykepleien, som kan medføre alvorlige helsemessige konsekvenser for den eldre pasienten. Likevel er ernæring ofte et neglisjert område i den daglige praksisen. Manglende rutiner, oppmerksomhet og kunnskap blant helsepersonell kan bidra til at denne tilstanden får utvikle seg.

### **Hensikt:**

Hensikten med denne oppgaven er å belyse hvordan sykepleier kan bidra til å forebygge underernæring hos eldre hjemmeboende pasienter.

### **Metode:**

Denne oppgaven er en litteraturstudie som sammenfatter kunnskap og funn fra forskning, lovverk, retningslinjer og faglitteratur.

### **Resultat:**

Funnene tyder på at det er dårlige rutiner for å identifisere pasienter i ernæringsmessig risiko, samt manglende kunnskap om hvordan man skal håndtere pasienters ernæringsproblem. Både brukermedvirkning, veiledning og samhandling på tvers av yrkesgrupper virker fraværende i dette arbeidet.

### **Konklusjon:**

Sykepleier bør vie mer oppmerksomhet til ernæringskartlegging og støtte pasientens deltakelse når tiltak skal iverksettes. God samhandling med andre yrkesgrupper kan bidra til å møte pasientens ernæringsproblem mer helhetlig. Veiledning av pasient og pårørende er også viktig for å korrigere misoppfatninger.

## **Abstract**

### **Background:**

Malnutrition is a familiar problem amongst community dwelling elderly, receiving home health nursing. Malnutrition can cause severe illness to the older patient. Still, nutrition is a neglected area in the daily practice. Lack of routines, attention and knowledge may contribute to the development of malnutrition.

### **Aim:**

The aim of this study is to illuminate how nurses can contribute to prevent malnutrition amongst this group of patients.

### **Method:**

This is a literature study which combines knowledge and results from research, laws, guidelines, and theoretical knowledge.

### **Results:**

Findings shows lack of routines and knowledge in how to identify patients at risk of malnutrition, and how to approach nutritional deficiencies. Patient participation, guidance and interdisciplinary collaboration seems absent in nutrition care.

### **Conclusion:**

Nurses should pay more attention to nutrition assessment and support patient participation in which measures should be taken. Interdisciplinary collaboration could help to approach patients' nutritional deficiencies more holistically. Dietary guidance for both patient and his relatives, is important to correct any misinformation.

# Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	7
1.1	Problemstilling.....	8
1.2	Begrepsavklaring .....	8
1.3	Avgrensning .....	8
2	Metode.....	9
2.1	Vitenskapsteori.....	9
2.2	Metode .....	9
2.3	Litteratursøk .....	10
2.4	Kildekritikk .....	11
2.5	Etiske overveielser .....	12
3	Teori.....	13
3.1	Ernæringsbehov hos eldre.....	13
3.2	Underernæring .....	13
3.2.1	Årsaker til underernæring.....	14
3.3	Sykepleiers ansvar .....	14
3.4	Vurdering av ernæringsstatus .....	15
3.4.1	Kartleggingsverktøy.....	16
3.5	Ernæringsplan.....	16
3.6	Hjemmesykepleiens rammer.....	16
3.7	Tverrfaglig samarbeid .....	17
3.8	Tiltak for å bedre ernæringsstatus .....	17
3.9	Brukermedvirkning .....	18
3.10	Samarbeid med pårørende .....	18
3.11	Dorothea Orems egenomsorgsteori .....	19
4	Resultat.....	20
4.1	Artikkel 1.....	20
4.2	Artikkel 2.....	21
4.3	Artikkel 3.....	22
4.4	Artikkel 4.....	23
4.5	Artikkel 5.....	24



5	Drøfting .....	25
5.1	Fokus på systematisk ernæringsvurdering.....	25
5.2	Tverrfaglig samarbeid .....	28
5.2.1	Sykepleiers kompetanse og funksjon.....	28
5.2.2	Involvering av andre fagpersoner .....	30
5.3	Samarbeid med pasient og pårørende .....	31
5.3.1	Brukermedvirkning.....	31
5.3.2	Involvering av pårørende .....	32
5.4	Undervisning og veiledning .....	33
6	Konklusjon .....	35
	Litteraturliste.....	37

# 1 Innledning

Ernæringsstatus og helse henger tett sammen. Optimal ernæringsstatus beskytter kroppen mot sykdom og skader, fremmer vekst og utvikling, og bidrar til å opprettholde helse og funksjon (Brodtkorb, 2016, s. 301). Underernæring medfører en del uheldige konsekvenser, som blant annet økt sykkelighet, redusert livskvalitet og høyere mortalitet (Devik & Olsen, 2018, s. 24). En oppfølgingsstudie av underernærte pasienter anslo en dødelighetsrate på hele 50 prosent hos pasienter med KMI under 20 og 40 prosent hos pasienter i ernæringsmessig risiko (Saletti et al., 2005, sitert i Devik & Olsen, 2018, s. 23).

Underernæring forårsaker også en del økonomiske konsekvenser da den medfører økt hjelpebehov og dermed større belastning på sykehusene og hjemmesykepleien (Helsedirektoratet, 2013, s. 11).

Forskning viser at eldre hjemmeboende pasienter er i risiko for underernæring og at dette problemet derfor bør vies mer oppmerksomhet (Tomstad et al., 2012, s. 238-239).

Forekomsten av pasienter i ernæringsmessig risiko varierer fra 20 til hele 59 prosent i hjemmesykepleien (Devik & Olsen, 2018, s. 24). Ifølge Sortland. (2016, s. 140) har eldre vanskeligheter med å legge på seg igjen dersom de først har gått ned i vekt. Dette fremhever betydningen av godt forebyggende ernæringsarbeid, da tilstanden kan være lettere å forebygge enn å behandle.

Jeg har møtt en del skrøpelige, svake, og underernærte eldre pasienter gjennom jobberfaring og praksis. Jeg har også sett hvordan ernæring ofte overses eller nedprioriteres i en ellers hektisk hverdag, hvor andre mer pressende oppgaver får mer oppmerksomhet. Dette var spesielt tydelig i min praksis i hjemmesykepleien, hvor pasientenes ernæringsproblem ofte ble omtalt som «en tapt sak» grunnet mangel på ressurser, kunnskap eller virksomme tiltak. Det er stor enighet om betydningen av god ernæring i helsevesenet og samfunnet for øvrig. Til tross for dette er min erfaring at ernæring ofte er et neglisjert område. Selv har jeg alltid vært opptatt av dette temaet og tror at mye sykdom og lidelse kan forebygges og lindres gjennom god ernæring. Jeg tror også at god ernæring kan bidra til økt livskvalitet, som for meg er et sentralt moment innen sykepleie.

Hensikten med denne oppgaven er å belyse aktuelle problemområder ved ernæringspraksisen i hjemmesykepleien, samt drøfte hvordan sykepleier kan bidra til å forebygge underernæring gjennom å kartlegge og iverksette individrettede tiltak for å bedre pasientens ernæringsstatus. Oppgaven har fokus på sykepleiers rolle når det gjelder ernæringsvurdering, tverrfaglig samarbeid, samt involvering og veiledning av pasient og pårørende.

## **1.1 Problemstilling**

«Hvordan forebygge underernæring hos eldre hjemmeboende pasienter?»

## **1.2 Begrepsavklaring**

### Ernæringsarbeid:

Omhandler både forebyggende ernæringsarbeid rettet mot den generelle befolkningen, men også ernæringsarbeid som retter seg mot sykdomstilstander hvor målet er å dekke pasientens næringsbehov (Helsedirektoratet, 2012, s 12). I denne oppgaven vil ernæringsarbeid omhandle forebygging av underernæring og tiltak for å bedre ernæringsstatus.

### Ernæringsmessig risiko:

Ernæringsmessig risiko omfatter både underernærte pasienter og pasienter som står i fare for å utvikle underernæring (Helsedirektoratet, 2017, s. 10). I denne oppgaven vil ernæringsmessig risiko kun omtales om pasienter som er i risiko for å utvikle underernæring.

## **1.3 Avgrensning**

Denne oppgaven er avgrenset til å omhandle eldre hjemmeboende pasienter som mottar hjemmesykepleie. Med eldre menes da pasienter over 65 år. Oppgaven tar ikke for seg forebygging av underernæring hos pasienter med spesifikke sykdomstilstander eller mangelsykdommer. Den vil heller ikke omfatte parenteral ernæringsbehandling eller behandling med sondemat.

## **2 Metode**

I denne delen skal jeg beskrive hvilken metodisk tilnærming jeg har brukt, hva vitenskapsteori er, hvordan jeg har innhentet relevant kunnskap, hvordan jeg forholder meg kritisk til denne kunnskapen, samt hvilke etiske overveielser som er gjort.

### **2.1 Vitenskapsteori**

Vitenskapsteori bygger på forskning som er kritisk, systematisk og metodisk, og som innfrir spesifikke krav («Vitenskap», 2020). I hovedsak skiller vi mellom to ulike tradisjoner innen vitenskapsteori, nemlig naturvitenskap og humanvitenskap. Som navnet har det, tar naturvitenskapen for seg studier av den fysiske naturen, mens humanvitenskapen fokuserer på menneskelige fenomen (Dalland, 2019, s. 39). Denne oppgavens problemstilling og metode baserer seg på den humanvitenskapelige kunnskapstradisjonen. I denne oppgaven har jeg brukt kunnskap om ernæring, underernæring og geriatri. Dette for å få en dypere forståelse for hva underernæring er, hvilke spesielle behov eldre har, og hvordan forebygge og behandle tilstanden. Jeg har også benyttet meg av kunnskap innen etikk, lovgivning, sykepleieteori, kommunikasjon og samhandling. Slik kunnskap har jeg brukt for å belyse hvordan menneskelig forhold innvirker på ernæringsarbeidet.

### **2.2 Metode**

Metode er den fremgangsmåten man bruker for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Det finnes flere ulike metoder å benytte seg av. Metoden som best egner seg til å besvare problemstillingen, avgjør valget for hvilken metode en skal bruke (Dalland, 2019, s. 51). Denne oppgaven er en litteraturstudie, som vil si at den bruker data fra allerede eksisterende forskning, fagkunnskap og teori (Dalland, 2019, s. 207). I denne oppgaven har jeg brukt faglitteratur fra pensum og supplert med annen litteratur som jeg har funnet gjennom søk i VID sitt eget bibliotek, Google Scholar, Helsebiblioteket og Lovdata. Slik har jeg funnet frem til relevante rapporter, retningslinjer, kunnskapsoversikter og lovverk.

## 2.3 Litteratursøk

For å finne frem til relevante forskningsartikler har jeg foretatt meg søk i både Cinahl og Svemed. Inklusjonskriteriene mine var at artiklene skulle være fagfellevurdert, utgitt etter 2011, skrevet på norsk eller engelsk, og omhandle eldre over 65 år. Artikler ble ekskludert dersom de omhandlet pasienter på sykehus, eller pasienter med spesifikke sykdomstilstander som blant annet diabetes og kreft.

I Cinahl brukte jeg søkeordene «primary care», «older people» og «independent living», samt emneordet «primary health care». Alle disse kombinerte jeg ved bruk av OR. Videre la jeg til emneordet «malnutrition» med undertitlene «prevention and control», «psychosocial factors», «diet therapy» og «therapy». Dette emneordet kombinerte jeg ved bruk av AND. For å begrense søket la jeg til inklusjonskriteriene mine og fikk da 93 treff for engelskspråklige artikler og ett treff for norske artikler.

Den første artikkelen jeg fant frem til var «Barriers and facilitators to screening and treating malnutrition in older adults living in the community: A mixed-methods synthesis» (Harris et al., 2019). Jeg synes denne artikkelen var aktuell for min problemstilling da den sammenfatter flere studier som omhandler kartlegging og behandling av underernæring blant eldre pasienter som bor hjemme.

Den andre artikkelen jeg bestemte meg for var «Supporting nutrition in frail older people: A qualitative study exploring views of primary care and community health professionals» (Avgerinou et al., 2020). Denne artikkelen var også relevant da den belyser problemer med ernæringspraksisen fra et bredt perspektiv, gjennom intervju av ulike yrkesgrupper i primærhelsetjenesten. I tillegg omhandler den også eldre som bor hjemme.

Den tredje artikkelen jeg fant fra dette søket var «Registered nurses' and older people's experiences of participation in nutritional care in nursing homes: A descriptive qualitative study» (Sjögren Forss et al., 2018). Denne artikkelen omhandler sykepleiere på sykehjem. Likevel synes jeg den var svært interessant for min problemstilling da den belyser både sykepleiernes og pasientenes perspektiv på hvordan ernæringsproblemer møtes i praksis.

Jeg gjorde så et nytt søk i Svemed hvor jeg brukte akkurat samme kombinasjon av søkeord og emneord som i det forrige søket, med unntak av undertitler for «malnutrition». Dette ga totalt 19 treff.

Her fant jeg artikkelen «Verktøy ved screening av risiko for underernæring hos eldre» (Gjerlaug et al., 2016). Denne artikkelen var også svært aktuell da den omhandler hvilke kartleggingsverktøy som er best egnet til bruk i hjemmesykepleien og på sykehjem. Den siste artikkelen jeg valgte ut var «Vurdering av ernæringsstatus – et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien» (Meyer et al., 2017). Jeg synes denne artikkelen var interessant da den omhandler ernæringskartlegging i hjemmesykepleien. I tillegg er den svært relevant da den er gjennomført her i Norge.

## **2.4 Kildekritikk**

De artiklene jeg har inkludert, har jeg vurdert i henhold til pålitelighet, validitet og relevans. Til dette har jeg brukt Helsebibliotekets sjekklister for kritisk vurdering av både kvalitative studier og systematiske oversikter (Helsebiblioteket, 2016). Jeg har kontrollert at studiene har hatt en klar problemstilling som tydelig besvares, et passende design, og at metoden og utvalget er gjort rede for. I tillegg har jeg vurdert om funnene er tydelig formulert og om artiklene vurderer resultatet opp mot annen eksisterende forskning eller kunnskap, da dette underbygger mer troverdighet. Til slutt har jeg også sjekket at artiklene belyser eventuelle styrker og svakheter, og andre forhold som kan ha påvirket resultatets relevans eller pålitelighet. Når det gjelder de to systematiske oversiktene, så har jeg kontrollert at disse har brukt gode verktøy eller sjekklister for å vurdere kvaliteten på de inkluderte studiene. Jeg har brukt mye tid på å søke etter mest mulig relevante artikler i forhold til min problemstilling, men det viser seg at det er gjort lite forskning på forebygging av underernæring i hjemmesykepleien. Dette fremheves også i mange av de inkluderte studiene. Derfor har jeg måttet bruke noen artikler som ikke spesifikt omhandler hjemmesykepleien, eller hvor sykepleiers perspektiv ikke har stått i hovedfokus. Likevel har disse artiklene inneholdt en del relevante synspunkter og funn som har gitt dem overføringsverdi til min problemstilling. Jeg har brukt Cinahl og Svemed da disse er pålitelige databaser. I tillegg er Cinahl spesifikt egnet for sykepleiefaget. Det er mulig at oppgaven inneholder tolkningsfeil da tre av de inkluderte artiklene er skrevet på engelsk. Jeg har

benyttet meg av både primære og sekundære kilder, som også muliggjør fortolkningsfeil og mangler da sekundære kilder er oversatt eller avledet av andre kilder (Dalland, 2019, s. 162). I den grad det har vært mulig, har jeg prøvd å innhente primærkilden for å etterstrebe mest mulig nøyaktighet.

## **2.5 Ethiske overveielser**

I henhold til etiske overveielser har jeg prøvd å være bevisst i bruk av sitering, slik at det er tydelig hvilke påstander som bygger på mine egne erfaringer og hvilke som bygger på andres arbeid. Når det gjelder bruk av egne erfaringer har jeg anonymisert disse slik at personer og hendelser ikke er gjenkjennbare. I forhold til de inkluderte studiene har jeg forsikret meg om at deltakelse var frivillig og at studiene har anonymisert personinformasjon.

## **3 Teori**

I denne delen presenteres relevant kunnskap som blant annet omhandler underernæring, sykepleiers ansvarsområder, tverrfaglig samarbeid og brukermedvirkning. Lover, yrkesetiske retningslinjer og de nasjonale anbefalingene for forebygging av underernæring vil også presenteres her.

### **3.1 Ernæringsbehov hos eldre**

Ernæring er et begrep som omfatter både matinntak, drikkeinntak, og behov for næringsstoffer og energi (Sortland, 2016, s. 17). Ved å forbrenne næringsstoffer som proteiner, karbohydrater og fett, får kroppen tilført energi. Vi kaller gjerne denne prosessen for stoffskiftet (Aagaard, 2017, s. 193). Energien brukes til å bevege muskulatur, opprettholde kroppstemperatur, og vedlikeholde celler og vev. De indre organene er også avhengig av energi for å opprettholde sine funksjoner (Sortland, 2016, s. 30-31). Eldre har et lavere gjennomsnittlig matinntak enn yngre mennesker (Helsedirektoratet, 2012, s. 44). Med økende alder avtar både basalstoffskifte og aktivitetsnivået, som gjør at kaloribehovet avtar i samme grad. Da først og fremst behovet for karbohydrater og fett, mens proteinbehovet synker i mindre grad (Brodtkorb, 2016, s. 302). Selv om eldre også bør tilstrebe et sunt kosthold, skal de ikke ha dårlig samvittighet for at de må bruke mer mettet fett eller sukker, da det hos denne pasientgruppen ikke er så viktig å forebygge sykdom langt frem i tid. (Sortland, 2016, s. 139).

### **3.2 Underernæring**

Underernæring er en tilstand som oppstår når næringsbehovet er større enn næringsinntaket (Brodtkorb, 2016, s. 306). Underernæring kan medføre generell svekkelse, redusert muskelmasse og nedsatt immunforsvar (Brodtkorb, 2016, s. 308). I tillegg er underernæring en sterk risikofaktor for utvikling av skrøpelighet (Ranhoff, 2016, s. 81). Dette gir igjen økt risiko for fall, brudd, funksjonstap og død (Clegg et al., sitert i Ranhoff, 2016, s. 81). Underernæring er dessverre en vanlig tilstand og et utbredt problem blant eldre (Brodtkorb, 2016, s. 301).



Underernæring kan føre til kardial kakeksi som igjen gir utvikling av hjertesvikt. Proteinmangel fører til at respirasjonsmuskulatur svekkes med påfølgende redusert hostekraft og ventilasjon. Næringsstoffer absorberes dårligere fordi den motoriske kapasiteten i tarmen avtar. Vitamin D-statusen kan også svekkes og beintetthet reduseres. Varmereguleringen blir også dårligere, og dermed reduseres kroppstemperaturen. Alle disse forandringene påvirker pasienten slik at han blir svakere, trette og mer immobil, samtidig som søvnbehovet øker. Underernæring vil også påvirke pasientens livskvalitet og allmenntilstand i stor grad (Sortland, 2016, s. 166-167).

### **3.2.1 Årsaker til underernæring**

Årsakene til underernæring er ofte sammensatte og kan blant annet skyldes somatisk sykdom, svelgeproblemer, dårlig munnhelse, medisinbruk, psykiske lidelser som depresjon og ensomhet og fordøyelsesproblemer (Brodtkorb, 2016, s. 308). Miljøet og atmosfæren rundt måltidet påvirker også næringsinntaket, spesielt blant eldre. Et hyggelig og sosialt miljø rundt måltider bedrer ofte næringsinntaket, mens isolasjon og ensomhet kan redusere det (Brodtkorb, 2016, s. 309). Både smerter, kvalme, obstipasjon og redusert aktivitet kan påvirke appetitten (Sortland, 2016, s. 168-169).

Appetitten svekkes ofte når eldre blir syke, samtidig som energi- og proteinbehovet øker. Eldre med kroniske eller alvorlige somatiske lidelser, som blant annet lungesykdom, hjertesykdom og kreft, er derfor svært utsatt for underernæring (Brodtkorb, 2016, s. 311). Enslige eldre som bor hjemme har også økt risiko for å utvikle underernæring (Devik & Olsen, 2018, s. 27). Ifølge Helsedirektoratet kan manglende ressurser, oppmerksomhet, og kunnskap blant helsepersonell bidra til at underernæring får utvikle seg (Helsedirektoratet, 2013, s. 12-13).

### **3.3 Sykepleiers ansvar**

Sykepleier har et ansvar for å sikre at den hjemmeboende eldre får dekket sitt behov for mat og drikke (Aagaard, 2017, s. 221). Sykepleier har ansvar for å kartlegge ernæringsstatus, dokumentere denne og samarbeide med andre yrkesgrupper når det er nødvendig (Sortland, 2016, s. 16). Det er også sykepleiers oppgave å sørge for at pasienten er tilstrekkelig

informert om sin egen situasjon og om eventuelle tiltak for å bedre ernæringsstatus. Sykepleier har også ansvar for å utarbeide en ernæringsplan og følge opp de aktuelle tiltakene (Helsedirektoratet, 2012, s. 25). Denne planen skal utarbeides i samarbeid med lege og eventuelt ernæringsfysiolog (Sortland, 2016, s. 178). For å kunne utøve forsvarlig helsehjelp til pasienter i ernæringsmessig risiko, er det viktig med tilstrekkelig kunnskap om ernæring, og hvordan man skal imøtekomme de ulike ernæringsmessige behovene (Helsedirektoratet, 2013, s. 26). Sykepleier har også et viktig ansvar når det gjelder å undervise og veilede pasient og pårørende (Kunnskapsdepartementet, 2008, s. 6). Slik veiledning må ta utgangspunkt i pasientens egne ressurser (Sortland, 2016, s. 17).

Ifølge de yrkesetiske retningslinjene punkt 2.1 og 2.3 har sykepleier ansvar for å ivareta behovet for helhetlig omsorg, samt fremme helse og forebygge sykdom. Ifølge punkt 1.4 har sykepleier også ansvar for å holde seg oppdatert på forskning og utvikling innenfor sitt eget fagområdet, og for at ny kunnskap brukes i praksis (NSF, 2019).

### **3.4 Vurdering av ernæringsstatus**

Hensikten med å vurdere ernæringsstatus er å identifisere pasienter i ernæringsmessig risiko på et tidlig stadium, slik at en kan iverksette tiltak før pasienten rekker å utvikle underernæring (Helsedirektoratet, 2012, s. 80). Alle pasienter som er innskrevet i hjemmesykepleien skal vurderes for ernæringsmessig risiko når vedtak er innvilget, og deretter hver måned, eller etter annet faglig begrunnet individuelt opplegg (Helsedirektoratet, 2013, s. 8).

Kartleggingen krever en gjennomgang av pasientens livssituasjon, sykehistorie, kliniske observasjoner og undersøkelser. En slik kartlegging gir grunnlag for å vurdere om pasienten får dekket sine ernæringsmessige behov eller ikke (Aagaard, 2017, s. 206).

Dokumentasjon av kartleggingen og ernæringsstatusen er viktig både i forbindelse med utredning og behandling (Sortland, 2016, s. 169). Kroppsmasseindeks (KMI) er forholdet mellom vekt og høyde og det enkleste målet for å vurdere ernæringsstatus. I tillegg kan det være nyttig å supplere med andre målinger som blant annet overarmens omkrets, hudfoldmålinger, eller midje- og hoftemål (Sortland, 2016, s. 171-172). Helsedirektoratet anbefaler bruk av kartleggingsverktøy for å vurdere ernæringsstatus (Helsedirektoratet,

2013, s. 16). Kartleggingen bør ses i et helhetsperspektiv, hvor man også tar hensyn til sivilstatus, hjelpebehov, opplevelse av hjelpeløshet og aktivitetsnivå, da slike faktorer også kan påvirke risikoen for å utvikle underernæring (Devik & Olsen, 2018, s. 29).

### **3.4.1 Kartleggingsverktøy**

Kartlegging av ernæringsstatus krever bruk av gyldige og pålitelige kartleggingsverktøy (Devik & Olsen, 2018, s. 27). Det finnes flere alternative kartleggingsverktøy, men det er forholdsvis Mini Nutritional Assessment (MNA) som anbefales i primærhelsetjenesten blant pasienter over 65 år. MNA vurderer både KMI, vektutvikling, matinntak og fysisk funksjon (Helsedirektoratet, 2013, s. 14). Det er viktig med standardiserte rutiner for slike målinger når man skal følge med på endringer over tid. Derfor bør vekten måles til samme tid på døgnet, helst om morgenen. Målingen må gjøres med samme vekt, og helst i undertøy (Helsedirektoratet, 2012, s. 78).

## **3.5 Ernæringsplan**

Dersom man etter en vurdering finner at pasienten er i ernæringsmessig risiko, bør det utarbeides en ernæringsplan. Denne planen skal inneholde både inntak og behov av energi og væske, samt tiltak og oppfølging (Helsedirektoratet, 2013, s. 17). Tiltakene må tilpasses individuelt og basere seg på pasientens sykehistorie, diagnoser og kliniske funn. En må også vurdere pasientens evne til å følge råd og veiledning om ernæring (Helsedirektoratet, 2013, s. 26). For å utarbeide en individuell tilpasset ernæringsplan er det viktig å ta hensyn til ulike faktorer hos pasienten som kan påvirke matinntaket, som blant annet appetitt, tyggeeve, tannstatus og evnen til å spise selv (Helsedirektoratet, 2013, s. 17).

Man skal tilstrebe å utarbeide planen i samarbeid med pasienten, slik at hans ønsker og kostvaner blir tatt hensyn til (Aagaard, 2017, s. 222).

## **3.6 Hjemmesykepleiens rammer**

I hjemmesykepleien stilles det ulike krav til kvaliteten på helsehjelpen. Pasienten har blant annet rett på tilstrekkelig næring, helsefremmende og variert kosthold, og valgfrihet mellom ulike matvarer (Fjørtoft, 2019, s. 129-130).

Det har vist seg at det kan være vanskelig å sikre god kvalitet i hjemmesykepleien grunnet tidspress. Dermed blir ofte de grunnleggende behovene til pasienten prioritert, mens vurderinger, forebygging og helsefremmende arbeid blir nedprioritert. Dette tidspresset påvirker også sykepleiernes mulighet til å vurdere pasientens behovsutvikling og dermed også muligheten til å iverksette tidlige tiltak (Fjørtoft, 2019, s. 130). Mangel på tilstrekkelig utstyr og hjelpemidler i pasientens hjem kan også sette grenser for hva hjemmesykepleien kan gjøre (Fjørtoft, 2019, s. 163)

### **3.7 Tverrfaglig samarbeid**

God samhandling er en forutsetning for å kunne yte helhetlig helsehjelp til pasienten, da sykepleier ikke kan dekke alle behov alene. God samhandling kan være en utfordring, ofte grunnet uklar oppgave- og ansvarsfordeling (Fjørtoft, 2019, s. 193-194). Noen forutsetninger for godt tverrfaglig samarbeid er at alle yrkesgrupper er trygg sin egen kunnskap og funksjon, har respekt for andre yrkesgruppers kompetanse, har en felles forståelse og målsetting, og en god dialog hvor man kan utveksle kunnskap og erfaring (Fjørtoft, 2019, s. 202). I følge Helsepersonelloven skal helsepersonell innhente bistand fra annet nødvendige helsepersonell dersom pasientens tilstand krever det (Helsepersonelloven, 1999, § 4). Det må vurderes hvilke fagpersoner som er nødvendige å involvere for å tilnærme seg pasientens problemer (Fjørtoft, 2019, s. 202). Legen har ansvaret for å utrede medisinske årsaker og konsekvenser til underernæring, samt ordinere nødvendig behandling (Helsedirektoratet, 2012, s. 25). Klinisk ernæringsfysiolog kan også være en god samarbeidspartner, da de har særlig kompetanse innen utredning, behandling og forebygging av ernæringsrelaterte tilstander og sykdommer (Helsedirektoratet, 2012, s. 25). Både tannlege, ergoterapeut og logoped kan også være aktuelle samarbeidspartnere (Brodtkorb, 2016, s. 306)

### **3.8 Tiltak for å bedre ernæringsstatus**

Når man skal iverksette ernæringstiltak, bør de prioriteres ut ifra rekkefølge. Å behandle underliggende årsaker og tilby energiberiket kost regnes som tidlige og enkle tiltak. I mange tilfeller kan man oppnå tilstrekkelig matinntak og bedre ernæringsstatus bare ved å

behandle de underliggende årsakene til pasientens spiseproblemer (Helsedirektoratet, 2012, s. 98-99). Pasienter i ernæringsmessig risiko bør ha et energi- og næringstett kosthold, som eventuelt suppleres med næringsdrikker og mellommåltider dersom de også spiser lite til måltidene (Helsedirektoratet, 2013, s. 20). Slik energiberiket kost skal bestå av et høyere innhold av fett og protein (Sortland, 2016, s. 179). For å gjøre maten mer næringstett kan man tilsette olje, smør, fløte eller andre former for fett. Lettprodukter bør unngås da de inneholder mindre energi (Helsedirektoratet, 2012, s. 101).

### **3.9 Brukermedvirkning**

Ifølge Pasient- og brukerrettighetsloven, har pasienten et rettslig krav til å medvirke ved valg av mulige behandlingsmetoder (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). Pasientens ernæringsplan skal utarbeides i samarbeid med pasienten, så langt det er mulig (Aagaard, 2017, s. 222). Ifølge punkt 2.6 av de yrkesetiske retningslinjene skal sykepleier respektere pasientens autonomi (NSF, 2019). Sykepleier må yte omsorg som tar utgangspunkt i pasientens egne ønsker, behov og verdier. Dette krever en anerkjennende relasjon mellom sykepleier og pasient, som kjennetegnes av god kommunikasjon og respekt (Schoot et al., 2006, sitert i Kirkevold, 2016, s. 108). Gjennom god kommunikasjon kan man dekke behovene for tilknytning, kompetanse og selvbestemmelse, som skaper indre motivasjon (Eide & Eide, 2019, s. 19). At sykepleier er empatisk, varm og respektfull overfor pasienten er viktig for å utvikle en god relasjon (Eide & Eide, 2019, s. 375).

### **3.10 Samarbeid med pårørende**

Pårørende er både en ressurs for pasienten, en samarbeidspartner for hjemmesykepleien, og en målgruppe i seg selv som har behov for hjelp og omsorg (Fjørtoft, 2019, s. 101). Pårørende er viktige ytere av uformell omsorg som ofte er preget av mer kontinuitet og fleksibilitet enn den formelle omsorgen som hjemmesykepleien tilbyr. I likhet med pasienten har pårørende også rett til informasjon, veiledning og mulighet til å medvirke (Fjørtoft, 2019, s. 103-104). Ifølge Pasient- og brukerrettighetsloven har pårørende rett til informasjon dersom pasientens samtykker til det (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-3).

Pårørende kan være en ressurs i ernæringsarbeidet, hvor de bidrar i kartleggingen og utarbeiding av ernæringsbehandling (Helsedirektoratet, 2012, s. 25).

### **3.11 Dorothea Orem's egenomsorgsteori**

Dorothea Orem's egenomsorgsteori belyser sykepleiers ansvar og funksjon overfor pasienter som ikke er i stand til å ta vare på egenomsorgen selv. Orem anser sykepleie som en erstatning for pasientens egenomsorg i situasjoner hvor han selv ikke er i stand til å ivareta denne. Sykepleie dreier seg blant annet om å sikre at pasienten får dekket grunnleggende fysiologiske behov som inntak av mat og drikke. (Kirkevold, 2014, s. 128-129).

Dorothea Orem definerer egenomsorg som:

«utførelsen av aktiviteter som individer tar initiativ til og utfører på egne vegne for å opprettholde liv, helse og velvære» (Kirkevold, 2014, s. 129).

Egenomsorg er rettet mot egenomsorgskravene våre, som ifølge Orem er handlinger eller mål som tar sikte på å ivareta helse og velvære. Disse kravene kan blant annet dreie seg om å opprettholde tilstrekkelig inntak av luft, vann og mat, eller forebygge fare for menneskelig liv, velvære og funksjon (Kirkevold, 2014, s. 130).

Egenomsorgskapasitet er pasientens mentale og praktiske evne til å ta vare på egenomsorgen. I følge Orem oppstår egenomsorgssvikt når pasientens egenomsorgskapasitet blir mindre enn summen av egenomsorgskravene (Kirkevold, 2014, s. 132). Orem hevder at sykepleiers mål er å identifisere egenomsorgssvikt, styrke pasientens evne til å selv ivareta egenomsorgen, eller kompensere for denne svikten dersom det er nødvendig. Sykepleier har også et ansvar for å støtte pårørende slik at de også kan ivareta pasientens behov (Kirkevold, 2014, s. 137).

Ifølge Orem er det i hovedsak fem ulike metoder for sykepleier å yte omsorg. Sykepleier kan handle for pasienten, rettlede, støtte (både fysisk og psykisk), undervise, eller legge til rette for et utviklende miljø (Kirkevold, 2014, s. 133-134).

## 4 Resultat

I dette kapittelet vil jeg presentere hvilke forskningsartikler jeg har brukt for å belyse problemstillingen min.

### 4.1 Artikkel 1

**Tittel:** «Barriers and facilitators to screening and treating malnutrition in older adults living in the community: a mixed-methods synthesis» (Harris et al., 2019)

**Hensikt og metode:**

Dette er en systematisk oversikt som tar for seg resultater fra både kvalitative og kvantitative studier. Hensikten med studien er å belyse faktorer som hemmer og fremmer arbeidet med å identifisere og behandle underernæring. Artikkelen sammenfatter resultater fra totalt 21 studier.

**Resultat og konklusjon:**

Studien identifiserer flere faktorer som hemmer godt ernæringsarbeid, samt mulige løsningsforslag på en del av disse problemene. Det blir blant annet trukket frem en del eldre ikke anerkjenner sine egne ernæringsproblemer og at tidspress påvirker muligheten til å kartlegge ernæringsstatus.

**Styrker og svakheter:**

Designet på denne studiene gir den høy troverdighet da den sammenligner resultater fra flere studier. De kvalitative studiene kan også gi en dypere forklaring på resultatene av de kvantitative studiene. Studien er også utført på eldre pasienter som bor hjemme og helsepersonell som ivaretar disse pasienten. En svakhet med denne studien er at den inkluderer noen studier som vurderes å være av lav kvalitet, og resultatene fra de aktuelle studiene bør derfor vurderes med varsomhet.

## 4.2 Artikkel 2

**Tittel:** «Supporting nutrition in frail older people: a qualitative study exploring views of primary care and community health professionals» (Avgerinou et al., 2020).

### **Hensikt og metode:**

Denne studien er en kvalitativ studie med hensikt å utforske synspunktet til ulike yrkesgrupper i primærhelsetjenesten når det gjelder forebygging og behandling av underernæring blant eldre, skrøpelige pasienter. Målet var å belyse eventuelle mangler og tiltak for å bedre denne praksisen i primærhelsetjenesten. Totalt 60 personer, fordelt på 7 fokusgrupper, ble intervjuet. Utvalget besto av yrkesgrupper fra allmennpraksis (både fastlege, sykepleier, og annet helsepersonell), spesialiserte tverrfaglig team, og ernæringsfysiologer som arbeider med eldre hjemmeboende pasienter.

### **Resultat og konklusjon:**

Gjennom intervjuene kom det frem at det var vanskelig å identifisere pasienter i risiko for underernæring, dersom det ikke var klinisk tydelig. Et annet problem som ble identifisert var mangel på ernæringskunnskap blant helsepersonell i primærhelsetjenesten. Det kom også frem at ansvaret for ernæringsarbeidet pulveriseres ettersom at det ikke er klart definert hvem som skal ta tak i disse problemene. De ulike yrkesgruppene mener at de selv ikke har mulighet og kapasitet til å ta på seg denne oppgaven, og at ansvaret derfor bør ilegges andre yrkesgrupper. Videre kom det frem at involvering av pårørende og kostholdsveiledning var viktig for at ernæringsarbeidet skulle lykkes.

### **Styrker og svakheter:**

Studien får tydelig frem problemene med dagens ernæringspraksis i primærhelsetjenesten. En av styrkene med denne studien er at den får frem synspunktet til flere yrkesgrupper når det gjelder strategi for å forebygge og behandle underernæring. For min oppgave kan dette også virke som en svakhet, ettersom at det ikke er sykepleiers perspektiv som står i hovedfokus, men primærhelsetjenesten som helhet. En annen svakhet er det at intervjuene ble utført i fokusgrupper, som kan ha påvirket yttringsmuligheten til enkeltindivider. Dersom intervjuene hadde blitt utført enkeltvis, ville kanskje deltakerne uttalt seg annerledes fordi de ellers gir etter for majoritetens meninger.



### 4.3 Artikkel 3

**Tittel:** «Registered nurses' and older people's experiences of participation in nutritional care in nursing homes: a descriptive qualitative study» (Sjögren Forss et al., 2018)

#### **Hensikt og metode:**

Denne studien er en kvalitativ studie med et beskrivende design, som ønsker å belyse både sykepleiere og pasienters perspektiv på brukermedvirkning og deltakelse i ernæringsarbeidet. Studien ble gjennomført på et sykehjem i Sverige hvor åtte sykepleiere og fire pasienter ble intervjuet. Studien fokuserer på hvordan sykepleierne driver sin ernæringspraksis og hvordan pasientene opplever denne praksisen.

#### **Resultat og konklusjon:**

Studien viste at sykepleierne hadde en paternalistisk holdning til pasienten i ernæringsarbeidet. Sykepleierne ga lite informasjon og tok ofte valg for pasientene på bakgrunn av hva de antok var best for dem. Noen av pasientene uttalte at de følte seg lite involvert i beslutninger om hvilke tiltak som skulle iverksettes for å bedre matinntaket, og ga uttrykk for at de ville involveres mer. Sykepleierne uttrykte også at ernæring var et nedprioritert område grunnet tidspress og at det var dårlig samarbeid med både lege og ernæringsfysiolog. Studien konkluderer med at sykepleierne burde fokusere mer på kommunikasjon og en personsentrert tilnærming for å fremme pasientdeltakelse i ernæringsarbeidet.

#### **Styrker og svakheter:**

En potensiell svakhet med denne studien er at den intervjuer en liten gruppe med sykepleiere og pasienter. Funnene fra denne studien er nødvendigvis ikke gjeldende for alle andre helseinstitusjoner. En annen svakhet med studien er at den er gjennomført på sykehjem og ikke i hjemmesykepleien. Likevel har den overføringsverdi til min problemstilling, ettersom at det kan være stor likhet mellom disse pasientgruppene. En styrke med denne studien er at den også tar for seg eldre pasienters perspektiv på ernæringsbehandling, da det finnes få studier som gjør dette. Sykepleiers perspektiv er også tydelig i fokus. Studien gir også en dypere innsikt og forståelse for betydningen av en god relasjon, kommunikasjon og brukermedvirkning for at ernæringsbehandling skal være vellykket.

## 4.4 Artikkel 4

**Tittel:** «Verktøy ved screening av risiko for underernæring hos eldre» (Gjerlaug et al., 2016)

### **Hensikt og metode:**

Dette er en systematisk oversikt med hensikt å oppsummere forskning på validitet, reliabilitet og anvendbarhet av ulike screeningsverktøy. Studien ønsket å finne ut av hvilket screeningverktøy som egnet seg best for å avdekke risiko for underernæring i hjemmesykepleien og på sykehjem.

### **Resultat og konklusjon:**

Studien kom frem til fire validerte screeningverktøy, men konkluderte med at MNA-SF var best egnet både i hjemmesykepleien og på sykehjem ettersom at den var validert i flest studier.

### **Styrker og svakheter:**

Denne studien gir høy troverdighet ettersom det er en systematisk oversikt som har strenge inklusjons- og eksklusjonskriterier og sammenfatter resultater fra ni forskjellige studier. Resultatene er også ganske entydige, hvor det viser seg at MNA-SF er et kartleggingsverktøy med høy validitet. Siden studien også er relatert til hjemmesykepleien, er den svært relevant for min problemstilling. En potensiell svakhet med denne studien er at den kun gir kvantitative data på hvilket verktøy som egner seg best for kartlegging, men sier lite om sykepleiernes eller pasientenes opplevelse av å bruke dem.

## 4.5 Artikkel 5

**Tittel:** «Vurdering av ernæringsstatus – et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien»

(Meyer et al., 2017)

### **Hensikt og metode:**

Dette er en kvalitativ studie med data fra to utviklingsprosjekter med hensikt å utforske hvordan sykepleiere i hjemmesykepleien drev sin ernæringspraksis. Studien er utført i to norske kommuner. Intervjuene ble gjort i grupper hvor sykepleierne delte erfaringer og reflekterte sammen over ulike synspunkter og problemer med ernæringsarbeidet. Det var totalt nitten sykepleiere med i studien.

### **Resultat og konklusjon:**

Studien fant at sykepleierne hadde liten erfaring med å bruke kartleggingsverktøy og at det bør rettes med fokus på systematisk ernæringskartlegging. Det kom også frem at praktiske utfordringer i pasientens hjem, som mangel på nødvendig utstyr, vanskeliggjorde kartleggingen. Sykepleierne hadde også liten kjennskap til de nasjonale retningslinjene for forebygging og behandling av underernæring. Studien konkluderer med at det er behov for mer kunnskap om ernæringsarbeid, og at ledelsesforankring og integrering av gode rutiner er viktige fokusområder for å forbedre denne praksisen. Studien konkluderer også med at tett samarbeid mellom sykepleier, pasient, pårørende og personalet er essensielt for å kunne drive systematisk ernæringskartlegging innenfor de rammene og ressursene hjemmesykepleien har.

### **Styrker og svakheter:**

Det kvalitative designet på denne studien er en styrke for min problemstilling ettersom den gir god innsikt og dybdeforståelse for hvordan sykepleiere opplever og gjennomfører ernæringsarbeid i hjemmetjenesten. Samtidig kan det også være en svakhet da man skal være forsiktig med å generalisere funn fra kun 19 deltakere. Når intervjuene blir gjennomført i grupper er det også mulig at den enkelte ikke uttrykker sin egentlig mening, men lar seg heller påvirke av andres synspunkter og ytringer.

## 5 Drøfting

I denne delen skal jeg drøfte hvordan sykepleier kan forebygge underernæring hos eldre hjemmeboende pasienter, gjennom fokus på systematisk ernæringsvurdering, tverrfaglig samarbeid, samarbeid med pasient og pårørende, og kostveiledning.

### 5.1 Fokus på systematisk ernæringsvurdering

I denne delen vil jeg ta for meg årsaker til at ernæringsvurderingen ofte svikter, og drøfte hvordan man kan forebygge underernæring gjennom økt fokus på systematisk ernæringskartlegging og innarbeiding av rutiner. I lys av forskning ser man at det er flere problemer knyttet til kartlegging av ernæringsstatus i hjemmesykepleien, både når det gjelder manglende fokus blant sykepleiere, praktiske utfordringer i pasientens hjem, mangelfulle rutiner og tidspress.

Tidlig identifisering av risiko gjør det mulig å iverksette tiltak før pasienten rekker å utvikle underernæring (Helsedirektoratet, 2013, s. 14). Slik kartlegging krever bruk av gyldige og pålitelige kartleggingsverktøy (Devik & Olsen, 2018, s. 27). At helsepersonell ikke identifiserer risikofaktorer, kan være en av årsakene til at underernæring får utvikle seg (Helsedirektoratet, 2013, s. 12-13). Ifølge de nasjonale retningslinjene har helsepersonell ansvar for rutinemessig vurdering av ernæringsstatus, som i hjemmesykepleien skal foretas ved innskrivning og deretter hver måned (Helsedirektoratet, 2013, s. 8). Studier viser at mangelfulle rutiner og prosedyrer for å vurdere ernæringstilstand er et gjennomgående problem i flere helseinstitusjoner (Aagaard, 2010, sitert i Gjerlaug et al., 2016). Dette problemet går igjen også i hjemmesykepleien, som bekreftes av studien til Meyer et al. (2017). Her viser det seg at sykepleierne ikke har erfaring i å bruke kartleggingsverktøy, og at retningslinjene virker fjerne fra den daglige praksisen. I studien til Avgerinou et al. (2020, s. 140) kommer det frem at helsepersonell synes det er vanskelig å identifisere underernæring hos pasienter hvor det ikke er klinisk tydelig. En sykepleier her mener at det i praksis er gode rutiner for å fange opp pasienter som står i alvorlig ernæringsmessig risiko, mens andre litt lavere risikopasienter ikke blir oppdaget. I studien til Meyer et al. (2017) forteller sykepleierne at de synes det er viktigst å kartlegge ernæringsstatus hos pasienter som allerede har hatt en betydelig vektreduksjon. Ved en slik praksis mener jeg at hele poenget

med kartleggingen faller bort, da hensikten med denne nettopp er å identifisere pasienter i risiko før underernæring får utvikle seg. I tillegg har det seg slik at eldre har vanskeligheter med å legge på seg igjen dersom de allerede har gått ned i vekt (Sortland, 2016, s. 140). På bakgrunn av disse funnene er det tydelig at sykepleiere bør rette mer fokus på kartlegging og at det bør innarbeides gode rutiner for systematisk ernæringsvurdering i hjemmesykepleien, slik at man klarer å fange opp alle som står i ernæringsmessig risiko.

Helsedirektoratet anbefaler å bruke MNA for å vurdere ernæringsmessig risiko i primærhelsetjenesten, og peker på at denne er spesielt egnet for pasienter over 65 år. Retningslinjene nevner også andre alternative kartleggingsverktøy som Ernæringsjournalen, Nutrition Risk Screening 2002 (NRS 2002) og Mini Underernæring Screeningverktøy (MUST) (Helsedirektoratet, 2013, s. 14-15). Helsedirektoratet nevner ingenting om kortversjonen Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA-SF), mens studien til Gjerlaug et al. (2016) konkluderer med at dette verktøyet egner seg best til å avdekke ernæringsmessig risiko blant eldre hjemmeboende pasienter.

I studien til Meyer et al. (2017). blir det trukket frem at ernæringskartlegging i hjemmet kan være vanskelig grunnet praktiske forhold, som blant annet mangel på vekt, eller ved at pasientene ikke klarer å stå når de blir målt. MNA-SF har en løsning på disse praktiske problemene, da den tillater å bruke leggomkrets i stedet for KMI (Gjerlaug et al., 2016).

Tidspress er et kjent fenomen i hjemmesykepleien. Dette medfører ofte at kliniske vurderinger og forebyggende arbeid blir nedprioritert (Fjørtoft, 2019, s. 130). Ifølge Harris et al. (2019, s. 5) påvirker dette tidspresset også muligheten til å kartlegge pasientens ernæringsstatus. Som en potensiell løsning på tidsklemmen fant sykepleierne i Meyer et al. (2017) sin studie ut at det var mulig å gjennomføre ernæringskartleggingen i forbindelse med andre oppgaver. I studien til Harris et al. (2019, s. 5) kommer det frem at tidsbruken kan reduseres ved å bruke mindre omfattende kartleggings skjema, og ved at pasientene fyller ut deler av skjemaet selv. Denne løsningen var akseptabel både for helsepersonell og for pasientene, og gjennomføringen ble stort sett nøyaktig utført.

MNA-SF har til dette en selvadministrert versjon (MNA-SF-Self) som pasientene kan fylle ut på egenhånd. Studien til Gjerlaug et al. (2016) konkluderer med at denne versjonen har høy reliabilitet og er også godt egnet til bruk i hjemmesykepleien. På bakgrunn av disse funnene

ser man at det er mulig å gjennomføre kartleggingen på en mindre tidkrevende måte dersom man bruker riktig kartleggingsverktøy.

Anbefalingene fra Helsedirektoratet er ment som et hjelpemiddel og en veileder for hvordan man kan drive god og forsvarlig praksis (Helsedirektoratet, 2013, s. 3), men i studien til Meyer et al. (2017) trekkes det frem at ledelsen og sykepleierne i kommunehelsetjenesten sammen må bli enige om hvordan disse retningslinjene skal anvendes i praksis.

På bakgrunn av dette tenker jeg at sykepleierne, ledelsen og andre ansatte innad i hjemmesykepleien bør diskutere hvilket kartleggingsverktøy som skal benyttes og hvordan man kan løse praktiske problemer som hindrer kartleggingen. Slik kan man komme til enighet om hvilke rutiner og rammer som skal gjelde, slik at målinger blir gjort på samme måte og til samme tid blant alle ansatte.

Ledelsen har ansvar for å utarbeide en overordnet ernæringsstrategi og for å integrere rutiner i hjemmesykepleien (Helsedirektoratet, 2012, s. 24). Likevel skal sykepleier medvirke til at retningslinjene implementeres i den daglige praksisen (Sortland et al., 2013, sitert i Sortland, 2016, s. 14). Sykepleier har også et selvstendig ansvar når det gjelder å kartlegge ernæringsstatus (Brodtkorb, 2016, s. 304). Dette understøttes også av Dorothe Orem, som fremhever at sykepleier har et ansvar for å identifisere typer av egenomsorgssvikt (Kirkevold, 2014, s. 136). Dette innebærer også å vurdere i hvilken grad pasienten får dekket sitt ernæringsbehov, ettersom at tilstrekkelig inntak av mat og vann er nødvendig for å ivareta egenomsorgen og sikre helse og velvære (Kirkevold, 2014, s. 130).

Slik jeg tolker det må sykepleier tilse at kartleggingen gjennomføres innenfor de gitte rammene, og at denne oppgaven ikke overses eller nedprioriteres på grunn av tidspress og stor arbeidsmengde.

Det er viktig at sykepleier ikke stoler blindt på resultatet av kartleggingsverktøyet, men også ser disse i sammenheng med pasientens helhetlige livssituasjon. Dette krever at man også vurderer pasientens aktivitetsnivå, hjelpebehov og sivilstatus (Devik & Olsen, 2018, s. 29), samt sykehistorie og livssituasjon for øvrig (Aagaard, 2017, s. 206). En pasient med god uttelling på kartleggingen, kan fortsatt være i risiko for underernæring dersom han for eksempel har vanskeligheter for å skaffe seg mat og har et snevert sosialt nettverk som kan hjelpe han.

Ifølge Helsedirektoratets retningslinjer er ikke ernæringskartlegging i seg selv tilstrekkelig for å forebygge underernæring. Pasienter som blir vurdert til å være i ernæringsmessig risiko har behov for at det utarbeides en ernæringsplan med aktuelle tiltak (Helsedirektoratet, 2013, s. 17). På bakgrunn av dette bør sykepleier tilse at pasienten følges opp og at det iverksettes tiltak som tar sikte på å bedre matinntaket og hindre vekttap. Videre skal jeg drøfte hvordan man kan få til dette gjennom tverrfaglig samarbeid, brukermedvirkning og involvering av pårørende.

## **5.2 Tverrfaglig samarbeid**

I denne delen skal jeg drøfte hvordan man kan forebygge underernæring hos eldre hjemmeboende pasienter gjennom en tverrfaglig tilnærming.

Det viser seg at god samhandling er en utfordring i hjemmesykepleien, ofte grunnet uklar oppgave- og ansvarsfordeling (Fjørtoft, 2019, s. 193-194). Uklare ansvarsforhold forekommer også i ernæringsarbeidet. Dette bekreftes av studien til Avgerinou et al. (2020, s. 142) hvor det kommer frem at de ulike gruppene av helsepersonell mener at ansvaret for å adressere ernæringsproblemer ligger hos andre fagpersoner. Slikt pulverisert ansvar hindrer god kvalitet og kontinuitet i ernæringsarbeidet (Helsedirektoratet, 2012, s. 24). En forutsetning for godt tverrfaglig samarbeid er at alle yrkesgrupper er trygg sin egen kunnskap og funksjon (Fjørtoft, 2019, s. 202).

### **5.2.1 Sykepleiers kompetanse og funksjon**

For at sykepleier skal kunne bidra til et godt tverrfaglig samarbeid bør han/hun derfor være bevisst sin egen funksjon og kompetanse i henhold til ernæringsarbeidet. Så hva er da sykepleiers rolle? Ifølge punkt 2.1 og 2.3 av de yrkesetiske retningslinjene har sykepleier ansvar for å ivareta behovet for helhetlig omsorg, samt fremme helse og forebygge sykdom (NSF, 2019). Vi vet at optimal ernæringsstatus er nødvendig for å opprettholde helse og funksjon (Brodtkorb, 2016, s. 301), og at underernæring medfører økt sykkelighet, dødelighet og redusert livskvalitet (Devik & Olsen, 2018, s. 24). På bakgrunn av dette tolker jeg at det å forebygge underernæring bør inngå som en av sykepleiers mange roller.

For å kunne dekke pasientens ernæringsbehov er det nødvendig at sykepleier har tilstrekkelig kunnskap om ernæring (Sortland, 2016, s. 16). Dette er også forankret i Helsepersonelloven. Ifølge denne skal helsepersonell utøve faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, som er tilpasset den aktuelle situasjonen (Helsepersonelloven, 1999, § 4). I forhold til ernæring betyr dette at helsepersonell må ha tilstrekkelig kunnskap om hvordan en skal møte ulike ernæringsmessige behov, da dette har stor betydning for om resultatet av helsehjelpen blir vellykket (Helsedirektoratet, 2013, s. 26). Manglende kompetanse om forebygging og behandling av underernæring blant sykepleiere er et utbredt problem, både i sykehjem og i hjemmesykepleien. Dette bekreftes av studien til Meyer et al. (2017), hvor det trekkes frem at det trengs mer kunnskap om ernæringsarbeid i hjemmesykepleien. I studien til Sjøgren Forss et al. (2018, s. 7) blir det trukket frem at sykepleierne føler seg usikre på hvordan de skal møte pasientens ernæringsproblemer, og at de derfor tyr til enkle tiltak som å tilby næringsdrikker. Dette ble ofte det eneste iverksatte tiltaket.

Disse funnene samsvarer med min egen opplevelse fra hjemmesykepleien. Slik jeg erfarte det var sykepleierne rause med å tilby næringsdrikker til pasienter selv om det var tydelig at noen pasienter ikke hadde nytte av dem da de bare ble stående urørt i kjøleskapet. Dette ble ofte begrunnet med at det dessverre ikke var så mye annet å gjøre. Slik jeg tolker det, kan dette tyde på manglende kunnskap om hvilke andre tiltak som kan være aktuelle. Ifølge Helsedirektoratet kan man ofte oppnå tilstrekkelig matinntak og bedre ernæringsstatus bare ved å behandle de underliggende årsakene til pasientens spiseproblemer (Helsedirektoratet, 2012, s. 98-99). Dette viser at sykepleier bør iverksette tiltak som retter seg mot den underliggende årsaken. For å få til dette kan det være nyttig med litt kunnskap om hvordan man møte ulike ernæringsproblemer og ernæringsmessige behov.

Det er tydelig at ledelsesforankring er viktig for å sikre tilfredsstillende opplæring og kompetanse (Helsedirektoratet, 2012, s. 24), men som det fremgår av punkt 1.4 i de yrkesetiske retningslinjene, har sykepleier selv et ansvar for å holde seg oppdatert på forskning og utvikling innenfor sitt eget fagområdet (NSF, 2019). På bakgrunn av dette tolker jeg at sykepleier selv bør være en aktiv deltaker i å innhente seg tilstrekkelige fagkunnskaper om underernæring. Dette kan være særlig viktig i tilfeller hvor det ikke tilbys internundervisning eller annen opplæring i hvordan man skal håndtere og forebygge tilstanden.



God samhandling er en forutsetning for å kunne yte helhetlig helsehjelp til pasienten, da sykepleier ikke kan dekke alle behov alene (Fjørtoft, 2019, s. 193). Dette betyr at sykepleier ikke sitter med eneansvar for det forebyggende arbeidet, men at denne oppgaven hviler på flere yrkesgrupper. Likevel er det sykepleierne i hjemmesykepleien som ofte har den daglige kontakten med pasienten. Slik jeg tolker det, kan det derfor være nødvendig at dette arbeidet starter nettopp her.

### **5.2.2 Involvering av andre fagpersoner**

Som sagt kan ikke sykepleier dekke alle av pasientens behov alene, og det vil da være nødvendig å innhente bistand fra andre fagpersoner. Både lege og ernæringsfysiolog er gode samarbeidspartnere i dette arbeidet, men det kan også være aktuelt å involvere andre yrkesgrupper som blant annet logoped ved svelgevansker, eller ergoterapeut ved funksjonstap (Brodtkorb, 2016, s. 306). I følge Helsepersonelloven skal helsepersonell innhente bistand fra andre nødvendige fagpersoner dersom pasientens tilstand krever det (Helsepersonelloven, 1999, § 4). Det må vurderes hvilke fagpersoner som er nødvendige å involvere for å tilnærme seg pasientens problemer (Fjørtoft, 2019, s. 202). Dette betyr at sykepleier bør vurdere behovet for assistanse ut ifra årsakene til pasientens ernæringsproblem, da underernæring kan skyldes så mangt.

I studien til Sjögren Forss et al. (2018, s. 7) kommer det frem at sykepleierne har et distansert forhold til både fastlege og ernæringsfysiolog og at det sjeldent samarbeides om pasientens ernæringsproblemer. Samtidig anerkjenner sykepleierne at ernæringsfysiologer kan bidra med gode tips og råd. Disse funnene samsvarer med min egen opplevelse av ernæringsarbeidet i hjemmesykepleien. Her var det liten kontakt mellom sykepleier og fastlege om forhold som angår ernæring, mens samarbeid med ernæringsfysiolog var fullstendig fraværende. En forutsetning for godt tverrfaglig samarbeid, er god dialog mellom partene, hvor man kan utveksle kunnskap og erfaring (Fjørtoft, 2019, s. 202). På bakgrunn av disse funnene kan det derfor tenkes at sykepleier bør ha mer fokus på å involvere både fastlege, ernæringsfysiolog og eventuelt andre fagpersoner i arbeidet. Slik kan sykepleier søke råd og veiledning, samt bidra med sin egen kunnskap om pasienten. Erfaringsmessig opplevde jeg nemlig at sykepleierne i hjemmesykepleien hadde mye bedre kjennskap til pasienten og hans problemer enn det fastlegen hadde. Sykepleier sitter derfor på mye

informasjon som kan være nyttig å få frem i samarbeidet, slik at en kan iverksette tiltak som er mest mulig individuelt tilpasset den enkelte pasient og som retter seg mot årsaken til problemet.

### **5.3 Samarbeid med pasient og pårørende**

I denne delen skal jeg drøfte hvordan sykepleier kan forebygge underernæring gjennom brukermedvirkning og involvering av pårørende i ernæringsarbeidet. Pasient og pårørende er de viktigste samarbeidspartnere vi har. God samhandling med disse partene er derfor en grunnleggende verdi innen hjemmesykepleien (Fjørtoft, 2019, s. 195-197).

#### **5.3.1 Brukermedvirkning**

Ernæringsplanen skal utarbeides i samarbeid med pasienten slik at den tar hensyn til hans egne ønsker og kostvaner (Aagaard, 2017, s. 222). Ifølge Pasient- og brukerrettighetsloven har pasienten et krav til å medvirke ved valg av mulige behandlingsmetoder (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1). Likevel viser det seg i studien til Sjögren Forss et al. (2018, s. 5) at brukermedvirkning er mer eller mindre fraværende i ernæringsarbeidet. Her kommer det frem at sykepleierne hadde en paternalistisk fremgangsmåte hvor de iverksatte tiltak de selv mente var best for pasienten, i stedet for å drøfte mulige alternativer i fellesskap og støtte pasientens deltakelse. Dette resulterte i frustrasjon hos noen av pasientene, som gjerne ønsket å ta mer del i beslutningsprosessen (Sjögren Forss et al., 2018, s. 8). En av sykepleierne mente at pasientene ikke fikk nok informasjon til å kunne delta i arbeidet (Sjögren Forss et al., 2018, s. 6). Et av sykepleiers ansvar i ernæringsarbeidet er nettopp det å informere pasienten om sin egen situasjon og om aktuelle tiltak for å bedre næringsinntaket (Sortland, 2016, s. 16). Dette understøttes også av de yrkesetiske retningslinjene punkt 2.5 og 2.6, som sier at sykepleier skal gi tilstrekkelig og tilpasset informasjon slik at pasienten er i stand til å ta egne beslutninger, samt respekterer hans rett til selvbestemmelse (NSF, 2019).

En annen sykepleier i studien til Sjögren Forss et al. (2018, s. 6) mente at noen pasienter ikke ønsket å involveres og virket uinteresserte i hele ernæringsarbeidet. Slik jeg tolker det, kan dette tyde på manglende motivasjon hos pasienten. Man vet at indre motivasjon kan styrkes ved å dekke pasientens behov for kompetanse, selvbestemmelse og tilknytning. For å dekke behovet for tilknytning er det viktig å skape en god relasjon (Eide & Eide, 2019, s. 19) Dette forutsetter at sykepleier er empatisk, varm og respektfull overfor pasienten (Eide & Eide, 2019, s. 375). Studien til Meyer et al. (2017) viser at brukermedvirkning kan skape engasjement. Her kommer det nemlig frem at pasientene reagerte svært positivt da de fikk være med å avtale et passende tidspunkt for kartlegging av ernæringsstatus sammen med sykepleier. En sykepleier beskrev det som at pasienten nærmest sto og ventet med vekten. På bakgrunn av dette kan det tenkes at sykepleier kan fremme brukermedvirkning ved å gi pasienten tilstrekkelig informasjon om hans ernæringsstatus, drøfte aktuelle tiltak sammen med han, og lytte empatisk og respektfullt til hans ønsker og valg. Pasienten kjenner også seg selv best. Ved at sykepleier utforsker pasientens perspektiv kan det derfor være lettere å kartlegge den direkte årsaken til det reduserte næringsinntaket.

### **5.3.2 Involvering av pårørende**

Som sagt er også pårørende en viktig samarbeidspartner. Pårørende er både en ressurs for pasienten, en samarbeidspartner for hjemmesykepleien, og en målgruppe i seg selv som har behov for støtte (Fjørtoft, 2019, s. 101). I likhet med pasienten har pårørende også rett til informasjon, veiledning og mulighet til å medvirke (Fjørtoft, 2019, s. 103-104).

Viktigheten av å inkludere pårørende i ernæringsarbeidet blir trukket frem i studien til Avgerinou et al. (2020, s. 142). Her forteller en av ernæringsfysiologene om en episode hvor en pasient fikk veiledning og hjelp til å kjøpe inn næringstett og nødvendig mat, men til ingen nytte da et familiemedlem senere kastet all denne «usunne» maten og kjøpte inn lettere varianter i stedet. Dette eksempelet belyser betydningen av at pårørende også bør informeres om pasientens ernæringstilstand og veiledes i hvordan de kan bidra til at nødvendige tiltak følges opp. Dette forutsetter selvfølgelig at pasienten samtykker til at pårørende skal informeres (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-3). Pårørende er viktige ytere av uformell omsorg som ofte er preget av mer kontinuitet og fleksibilitet enn

den formelle omsorgen som hjemmesykepleien tilbyr (Fjørtoft, 2019, s. 104). Dette understøttes også av Dorothea Orem, som vektlegger at pårørende har en særstilling når det gjelder å supplere eller overta pasientens egenomsorg i de tilfeller hvor han ikke evner å ta vare på denne selv. Ifølge Orem har sykepleier et ansvar for å støtte pårørende i hvordan de kan bidra til å ivareta pasientens behov (Kirkevold, 2014, s. 136-137).

I min praksisperiode i hjemmesykepleien opplevde jeg at mange pårørende hadde et sterkt ønske om å hjelpe til slik at pasienten skulle få det best mulig. Pårørende etterspurte ofte mer informasjon og ble veldig takknemlig da de følte seg involvert i beslutningsprosesser. Ved at sykepleier inkluderer pårørende i ernæringsarbeidet, kan man komme frem til gode løsninger som gagnar alle parter. Det kan for eksempel være at pårørende hjelper pasienten å handle inn riktig mat, eller at de tilbereder og spiser måltider i fellesskap med pasienten.

Det er viktig å huske på at den hjelpen som pårørende yter kun skal være et supplement til hjemmesykepleien, og ikke en erstatning (Fjørtoft, 2019, s. 105). Pårørende sitter også på mye kunnskap om pasienten, som kan være av stor betydning når man skal iverksette nødvendige tiltak (Fjørtoft, 2019, s. 103). De kan for eksempel ha nyttig informasjon om faktorer som hemmer og fremmer pasientens matinntak. Det kan derfor være lurt at sykepleier er lydhør for pårørendes synspunkter og ønsker.

## **5.4 Undervisning og veiledning**

Sykepleier har også et viktig ansvar når det gjelder å undervise og veilede pasient og pårørende (Kunnskapsdepartementet, 2008, s. 6). Dette støttes også av Dorothea Orem som fremhever undervisning og rettleiing som relevante hjelpemetoder for å støtte pasientens evne til å ivareta egenomsorgen (Kirkevold, 2014, s. 136). Veiledningen må ta utgangspunkt i pasientens egne ressurser (Sortland, 2016, s. 17). Dette betyr at pasienter som står i fare for underernæring, bør få informasjon om kosthold som hindrer vekttap og bedrer ernæringsstatusen. Ifølge Helsedirektoratet bør pasienter i ernæringsmessig risiko ha et energi- og næringstett kosthold, som eventuelt suppleres med næringsdrikker og mellommåltider dersom de også spiser lite til måltidene (Helsedirektoratet, 2013, s. 20). Slik energiberiket kost skal bestå av et høyere innhold av fett og protein (Sortland, 2016, s. 179). Det er viktig at sykepleier informerer pasienten om at et slikt kosthold er nødvendig for han, og at han ikke skal bekymre seg over høyt kolesterol eller andre negative helseeffekter som

følge av en slik diett (Sortland, 2016, s. 139). Det viser seg nemlig i studien til Avgerinou et al. (2020, s. 142) at en del eldre lar seg mislede av generelle og helsefremmende kostråd, som ikke lenger er relevante for dem og deres helsetilstand. Dette resulterte i at slanke eldre drakk skummet melk når de egentlig burde prioritert fete meieriprodukter for å opprettholde og bedre ernæringsstatusen. Ifølge Harris et al. (2019, s. 5) er manglende informasjon en av faktorene som hindrer godt ernæringsarbeid. Her kommer det frem at en del eldre ikke anerkjenner ernæring som et viktig område, og mange innser heller ikke at de er i ernæringsmessig risiko. Ifølge denne studien var også mange av de eldre mer opptatt av å spise sunt og holde seg unna energitett mat.

Selv opplevde jeg at det var lite fokus på kostveiledning i hjemmesykepleien. Næringsdrikker ble ofte tilbudt uten en videre forklaring på hvordan og når de skulle tas. Pasientene fikk heller ikke informasjon om hvilke mat som var nyttig for dem og hvilke matvarer de burde unngå. En av sykepleierne mente at slik kostveiledning ikke hadde så stor nytteverdi da informasjonen ikke alltid nådde inn til pasienten uansett. Her tenker jeg at betydningen av tilpasset informasjon kommer tydelig frem. Kanskje burde man prøvd å legge frem informasjonen på litt andre måter, eller benytte seg av pårørendes hjelp til å forklare.

## 6 Konklusjon

Målet med denne oppgaven var å belyse mangler ved det forebyggende ernæringsarbeidet i hjemmesykepleien, samt drøfte hvordan sykepleier selv kan bidra til å forebygge underernæring hos eldre hjemmeboende pasienter. For å besvare problemstillingen har jeg vurdert eksisterende kunnskap, retningslinjer, lovverk, egne erfaringer og forskningsresultater opp mot hverandre. Jeg har blant annet sett på hvordan retningslinjer og kunnskap om ernæring kan anvendes i praksis for å heve standarden på ernæringsarbeidet, og hvordan forskning bekrefter at det er stort sprik mellom anbefalinger og den daglige praksisen. Forskning viser at for lite fokus, kunnskap og ressurser er faktorer som hemmer ernæringsarbeidet i hjemmesykepleien. Disse funnene kjenner jeg igjen fra egen praksiserfaring. Forskning viser også at brukermedvirkning, tverrfaglig tilnærming, veiledning og samarbeid med pårørende er viktige faktorer for å lykkes med dette arbeidet.

Slik jeg har tolket denne kunnskapen bør sykepleier bli mer oppmerksom på å kartlegge ernæringsstatus for å kunne identifisere alle pasienter i ernæringsmessig risiko. Dette krever innsats både fra ledelsen, men også fra sykepleier selv. Sykepleier bør også gjøre seg godt kjent med pasienten og hans ernæringsproblem, slik at det er mulig å iverksette hensiktsmessige tiltak som retter seg mot den underliggende årsaken til problemet. Her kommer betydningen av brukermedvirkning og involvering av pårørende inn i bildet, samt kunnskap om hvordan man skal møte ernæringsmessige behov. Funnene tyder på at paternalistiske holdninger er ugunstig, mens informasjon, veiledning og pasientdeltakelse kan bidra til vellykket resultat. Sykepleier bør også være bevisst sin egen kompetanse og vurdere om pasientens ernæringsproblem er av en slik karakter som krever hjelp fra andre fagpersoner. Ernæringsproblemer er ofte komplekse og krever derfor en tverrfaglig tilnærming. Ansvar for å forebygge underernæring er derfor fordelt på flere yrkesgrupper, men det er ofte sykepleierne i hjemmesykepleien som ser pasientene mest, da de er ansvarlig for den daglig omsorgen. Det kan derfor være nødvendig at det forebyggende arbeidet starter her.

Gjennom dette arbeidet har jeg erfart at det er gjort lite forskning på forebygging av underernæring i hjemmesykepleien. Derfor er det kanskje ikke så rart at det er vanskelig å få til godt forebyggende arbeid i praksis. Forebygging av underernæring blant denne

pasientgruppen bør derfor være et fokusområdet for videre forskning. Dette kan kanskje belyse ny kunnskap om faktorer som kan bidra til et mer effektivt ernæringsarbeid i hjemmesykepleien.

## Litteraturliste

- Aagaard, H. (2017). Væske og ernæring. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Grunnleggende behov*. (3. utg., bind 2, s. 191-237). Gyldendal Akademisk
- Avgerinou, C., Bhanu, C., Walters, K., Croker, H., Tuijt, R., Rea, J., Hopkins, J., Kirby-Barr, M. & Kharicha, K. (2020). Supporting nutrition in frail older people: A qualitative study exploring views of primary care and community health professionals. *British Journal of General Practice*, 70(691), e138–e145. <https://doi.org/10.3399/bjgp20X707861>
- Brodtkorb, K. (2016). Ernæring, mat og måltider. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 301-314). Gyldendal Akademisk
- Dalland, O. (2019). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal Akademisk
- Devik, S. A. & Olsen, R. M. (2018). *Underernæring og pasientsikkerhet blant eldre i kommunene – En oppsummering av kunnskap*. Senter for omsorgsforskning. <http://hdl.handle.net/11250/2583947>
- Eide, H. & Eide, T. (2019). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Gyldendal Akademisk
- Fermann, T. & Næss, G. (2016). Sykepleie til eldre i hjemmesykepleien. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 238-261). Gyldendal Akademisk
- Fjørtoft, A.-K. (2019). *Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordringer og muligheter* (3. utg.). Fagbokforlaget
- Gjerlaug, A. K., Harviken, G., Uppsata, S. & Bye, A. (2016). Verktøy ved screening av risiko for underernæring hos eldre. *Sykepleien Forskning*, 2, 148–156. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2016.57692>



Harris, P. S., Payne, L., Morrison, L., Green, S. M., Ghio, D., Hallett, C., Parsons, E. L., Aveyard, P., Roberts, H. C., Sutcliffe, M., Robinson, S., Slodkowska-Barabasz, J., Little, P. S., Stroud, M. A. & Yardley, L. (2019). Barriers and facilitators to screening and treating malnutrition in older adults living in the community: A mixed-methods synthesis. *BMC Family Practice*, 20(1), 100. <https://doi.org/10.1186/s12875-019-0983-y>

Helsebiblioteket. (2016, 3. juni). *Sjekklister*.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister>

Helsedirektoratet. (2012). *Kosthåndboken - Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten* (IS-1972). <https://www.helsedirektoratet.no/>

Helsedirektoratet. (2013). *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring* (IS-1580). <https://www.helsedirektoratet.no/>

Helsedirektoratet. (2017). *Sykdomsrelatert underernæring – utfordringer, muligheter og anbefalinger* (IS-0611). <https://www.helsedirektoratet.no/>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>

Kirkevold, M. (2014). *Sykepleieteorier – Analyse og evaluering* (2. utg.). Gyldendal Akademisk

Kirkevold, M. (2016). Personsentrert og individualisert sykepleie. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 106-119). Gyldendal Akademisk

Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Regjeringen. [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan\\_sykepleierutdanning\\_08.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf)

Meyer, S. E., Velken, R. & Jensen, L. H. (2017). Vurdering av ernæringsstatus – et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien. *Sykepleien Forskning*, 61797, e-61797. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.61797>

NSF. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet 17. mars 2021 fra <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

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

Ranhoff, A. H. (2016). Den gamle pasienten. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 79-90). Gyldendal Akademisk

Sjögren Forss, K., Nilsson, J. & Borglin, G. (2018). Registered nurses' and older people's experiences of participation in nutritional care in nursing homes: A descriptive qualitative study. *BMC Nursing*, 17(1), 19. <https://doi.org/10.1186/s12912-018-0289-8>

Sortland, K. (2016). *Ernæring – Mer enn mat og drikke* (5.utg.). Fagbokforlaget

Tomstad, S. T., Söderhamn, U., Espnes, G. A. & Söderhamn, O. (2012). Living alone, receiving help, helplessness, and inactivity are strongly related to risk of undernutrition among older home-dwelling people. *International Journal of General Medicine*, 5: 231-240  
<https://dx.doi.org/10.2147%2FIJGM.S28507>

Vitenskap. (2020, 16. juli). I *Store norske leksikon*. <https://snl.no/vitenskap>