

[Kandidatnummer: 5210 og 5239]

BSYBAC_5

Bacheloroppgave i Sykepleie

Sykepleiers funksjon ved tidlig identifisering av risiko for underernæring hos eldre pasienter
som mottar hjemmesykepleie



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

Stavanger, 06.05.2022

Vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet.

SAMMENDRAG

Bakgrunn

Så mange som én av tre eldre som mottar hjemmesykepleie er i risiko for underernæring. Sykepleier har en viktig rolle i å ivareta disse pasientenes grunnleggende behov. Dersom pasienter i risiko for underernæring ikke blir identifisert tidlig nok, kan det øke risikoen for at nødvendige forebyggende tiltak ikke iverksettes, og videre føre til ytterligere forverret tilstand.

Hensikt

Hensikten med oppgaven er å undersøke hvilke forhold som kan ha betydning for sykepleierens funksjon ved tidlig identifisering av risiko for underernæring hos eldre pasienter som mottar hjemmesykepleie.

Metode

I denne oppgaven har vi benyttet oss av metoden *integrativ litteraturoversikt*. Tre forskningsartikler ble analysert. En kombinasjon av resultatene fra forskningsartiklene, passende bakgrunns litteratur og selvstendige refleksjoner formet besvarelsen vår.

Hovedkonklusjoner

Sykepleierens funksjon i tidlig identifisering av risiko for underernæring kan bli påvirket av mangel på kunnskap, mangel på rutiner og de utfordringene som kommer av å gi helsehjelp i pasientens eget hjem.

Nøkkelord: sykepleie, hjemmesykepleie, risiko for underernæring, underernæring, tidlig identifisering, eldre, rutiner, kunnskap, forsvarlighetskrav, faglig forsvarlighet, grunnleggende behov, integritet, samtidighetskonflikt.

INNHOOLD

| | |
|--|----|
| 1. INNLEDNING | 4 |
| 1.1 Bakgrunn for valg av tema | 4 |
| 1.2 Problemformulering | 4 |
| 1.3 Hensikt | 5 |
| 2. TEORI | 6 |
| 2.1 Underernæring | 6 |
| 2.1.1 Underernæring blant eldre | 7 |
| 2.2 Sykepleierens faglige, yrkesetiske og juridiske ansvar | 8 |
| 2.3 Virginia Henderson sykepleieteori om grunnleggende behov | 9 |
| 3. METODE | 11 |
| 3.1 Hva er metode? | 11 |
| 3.2 Litteratursøk | 11 |
| 3.2.1 Valg av databaser | 11 |
| 3.2.2 Valg av søkestrategi | 12 |
| 3.2.3 Valg av søkeord | 12 |
| 3.2.4 Valg av artikler | 12 |
| 3.3 Analyse av artikler | 15 |
| 4. RESULTATER | 17 |
| 4.1 Kunnskaper | 17 |
| 4.1.1 Manglende kunnskap om ernæring | 17 |
| 4.1.2 Manglende kunnskap om retningslinjer | 18 |
| 4.2 Rutiner | 18 |
| 4.2.1 Mangel på faste rutiner | 18 |
| 4.2.2 Samtidighetskonflikter | 20 |
| 4.3 Hjemmet som arena | 21 |
| 5. DISKUSJON | 22 |
| 5.1 Metodediskusjon | 22 |
| 5.2 Resultatdiskusjon | 24 |
| 5.2.1 Kunnskap | 24 |
| 5.2.2 Rutiner | 26 |
| 5.2.3 Hjemmet som arena | 28 |

| | |
|--|----|
| 6. KONKLUSJON OG IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS | 30 |
| LITTERATUR | 31 |

Vedlegg 1: Søkelogg

Vedlegg 2: Litteraturmatriser

Ord: 7907

1. INNLEDNING

Allerede på 1860-tallet fremhevet Florence Nightingale, en pioner innen moderne sykepleie, viktigheten av god ernæringspraksis; “Enhver observant iaktaker av syke mennesker vil være enig i at tusenvis av pasienter sulter hvert år, midt i overfloden, på grunn av manglende oppmerksomhet på hvordan de best kan ta til seg mat” (Aagaard, 2021, s. 257). Ernæring er ansett som et av menneskenes grunnleggende behov. Det å hjelpe eller å legge forholdene til rette for at pasienter skal få dekket dette behovet, har alltid vært - og vil alltid være - et sentralt ansvarsområde for sykepleieren (Aagaard, 2021, s.257). Til tross for at viktigheten av å ivareta behovet har vært omtalt lenge, er det tilsynelatende fortsatt mange eldre i Norge som er underernært eller i risiko for å bli det.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Ernæring har vært et gjennomgående tema under sykepleierutdanningen. I alle våre praksisperioder har vi har møtt pasienter med ernæringsproblematikk, ofte relatert til redusert næringsinntak. Vi opplevde at det var ulik praksis på tvers av praksisstedene. Fokuset var vanligvis rettet mot allerede underernærte pasienter, og i mindre grad mot pasienter i risiko for underernæring. Rutinemessig kartlegging og forebyggende tiltak relatert til ernæringsstatus virket til å være underprioritert, spesielt i hjemmesykepleien. Samtidig vet vi at tidlig identifisering av risiko for underernæring hos pasienter, kan ha positiv betydning for utfallet. På bakgrunn av dette har vi valgt å fordype oss mer i temaet om underernæring og sykepleierens funksjon i ernæringsarbeidet. Økt kunnskap og kompetanse i dette feltet vil kunne bidra til å gjøre oss bedre rustet til å handle forsvarlig og ivareta grunnleggende behov i møte med eldre som mottar hjemmesykepleie. I tillegg vil det gi oss en bredere forståelse for hvordan det er mulig å skape en forbedring i praksis.

1.2 Problemformulering

Ifølge de nasjonale kvalitetsindikatorene er så mange som én av tre eldre som mottar hjemmesykepleie i risiko for underernæring (Helsedirektoratet, 2021). Dersom pasienter i risiko for underernæring ikke blir identifisert tidlig nok, kan det øke risikoen for at nødvendige forebyggende tiltak ikke iverksatt, og videre føre til ytterligere forverret tilstand (Helsedirektoratet, 2022a). Underernæring kan ha store konsekvenser for den eldre pasient,

slik som økt forekomst av alvorlig sykdom og forkortet levetid, samt nedsatt livskvalitet. Underernæring kan også ha store økonomiske konsekvenser for samfunnet (Helsedirektoratet, 2022b). Ved økt kunnskap om mulige barrierer sykepleieren kan oppleve i møte med eldre i risiko for underernæring, vil man kunne øke sannsynligheten for tidlig identifisering, og følgelig forhindre de negative konsekvensene.

1.3 Hensikt

Hensikten med oppgaven er å undersøke hvilke forhold som kan ha betydning for sykepleierens funksjon ved tidlig identifisering av risiko for underernæring hos eldre pasienter som mottar hjemmesykepleie.

2. TEORI

2.1 Underernæring

“Ernæringsstatus er resultatet av tilførselen, forbruket og tapet av næringsstoffer” (Brodtkorb, 2020, s. 304). Næringsstoffer grupperes i energigivende næringsstoffer; karbohydrater, fett, proteiner, og ikke-energivende næringsstoffer; vitaminer, mineraler og vann (Helsedirektoratet, 2016, s. 30). Alle næringsstoffene er livsnødvendige, og tilførselen avhenger av et tilstrekkelig og variert kosthold. Mangel på ett eller flere av disse, vil resultere i feilernæring (Brodtkorb, 2020, s.303). Det er mangelen på de energigivende næringsstoffene som kan forårsake underernæring. Underernæring kan oppstå i forkant av, under og som en følge av sykdom (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021, 2.1). Helsedirektoratet definerer underernæring som “en tilstand der mangel på energi eller protein gir vekttap og redusert muskelmasse som fører til forverret fysisk eller mental funksjon og til dårligere utfall ved sykdom” (Helsedirektoratet, 2022b).

Ifølge de nasjonale kvalitetsindikatorene innenfor ernæring, er 18,0 prosent av eldre pasienter som mottar hjemmesykepleie blitt vurdert for ernæringsmessig risiko (Helsedirektoratet, 2021). Begrepet ernæringsmessig risiko inkluderer både pasienter som er underernærte og pasienter som er i risiko for å bli underernærte (Nasjonalt råd for ernæring, 2017). Av disse 18,0 prosentene, vises det at 36,3 prosent enten var underernært eller i risiko for å bli det (Helsedirektoratet, 2021).

Helsedirektoratet (2022a) har utarbeidet nasjonale faglige retningslinjer som omhandler forebygging og behandling av underernæring. Retningslinjene er faglig normerende ved at de beskriver anbefalte handlingsvalg ved de avveiningene som må gjøres innad i helsevesenet. Målet er å oppnå forsvarlig kvalitet og god praksis i tjenesten. De faglige retningslinjene er ikke rettslig bindende, men når det står “skal” eller “må”, betyr det at noe er lov- eller regelfestet eller så tydelig faglig forankret at det sjeldent vil være forsvarlig å ikke gjøre som anbefalt (Helsedirektoratet, 2022a). For nye pasienter i hjemmesykepleien er det anbefalt å gjøre en risikovurdering innen to uker etter oppstart av helsetjenestene og deretter månedlig for pasientene som ikke var i risiko ved første vurdering (Helsedirektoratet, 2022a).

2.1.1 Underernæring blant eldre

Eldre er en spesielt utsatt pasientgruppe når det gjelder underernæring, ettersom normale aldersforandringer gir betydelig økt risiko. Det er mange faktorer som kan ha betydning for matinntak og ernæringsstatus. For det første kan fysiske og biologiske forhold, deriblant lavere energibehov (Brodtkorb, 2020, s.302), tygge-, svelge-, smaksforandringer-, og fordøyelsesvansker ha en direkte innvirkning på matinntaket. For det andre kan symptomer og bivirkninger knyttet til sykdom og behandling, henholdsvis smerter og kvalme, ha påvirkning. For det tredje kan faktorer som psykososiale og psykologiske forhold, for eksempel fenomener som ensomhet, sosial isolasjon og depresjon, være av betydning. Til slutt kan også personlige forhold, blant annet kunnskap om ernæring, personlig økonomi og personlig støtte, være utslagsgivende for ernæringsstatusen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021, 2.1).

Underernæring kan medføre en rekke fysiologiske konsekvenser for den eldre pasienten. Kroppen må blant annet kompensere for redusert tilførsel av energigivende næringsstoffer ved å bruke av sine små glykogenlagre, proteinreserver og større fettlagre (Aagaard, 2021, s.281). Det kan blant annet føre til sarkopeni, en tilstand kjennetegnet av tap av muskelmasse, etterfulgt av muskelstyrke. Tilstanden er ofte tydelig hos eldre (Aagaard, 2021, s. 280). Organer som hjerte og lever kan eksempelvis atrofiere. Redusert muskelmasse og muskelkraft kan føre til redusert bevegelighet og dermed økt fallrisiko. Det kan videre resultere i at pasienten blir immobilisert, samt økt trykksårrisikoen (Aagaard, 2021, s.281). Andre fysiologiske konsekvenser kan være redusert immunforsvar, nedsatt ventilasjon, nedsatt hostekraft og forsinket sårtilheling. Underernæring kan også medføre psykososiale konsekvenser som depresjon, apati og konsentrasjonsvansker (Aagaard, 2021, s.281).

Samtidig kan underernæring true den eldre sin integritet. Å ha integritet innebærer at noe er ukrenkelig, selvstendig eller bevart i sin helhet (Nordbø, 2021). Ved negativ innvirkning på den eldre kroppslige prosesser, blir den eldre sin kroppslige integritet truet. I tillegg vil underernæring kunne virke negativt inn på kroppens energibalanse, og følgelig evnen til utfoldelse og livskvalitet. Videre kan det ha negativ innvirkning på den sosiale integriteten, og føre til at pasienten unngår å delta i sosiale sammenhenger (Brodtkorb, 2020, s.302).

I tillegg til å ha konsekvenser for den enkelte pasient, har underernæring også store økonomiske konsekvenser for samfunnet. Helsedirektoratet påpeker at underernærte pasienter

oftere har lengre sykehusopphold, flere reinnleggelser, hyppigere komplikasjoner, samt økt behov for behandling i intensivavdeling, enn ikke underernærte pasienter. Dette fører til vesentlig økte kostnader (Helsedirektoratet, 2022b).

2.2 Sykepleierens faglige, yrkesetiske og juridiske ansvar

Etter helsepersonelloven (1999, §4) har helsepersonell et individuelt ansvar for å utføre sitt arbeid “forsvarlig i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig”.

Kravet om forsvarlighet er en rettslig minstestandard regulert av loven, men skal også fungere som en rettesnor for hva som er god praksis (NSF, 2018, s.3). Begrepet rettslig standard innebærer at innholdet i rettsregelen kan variere over tid, avhengig av hvilke normer som gjelder i samfunnet på det aktuelle tidspunkt (Gisle, 2019). Begrepet forsvarlighet er ifølge Norsk Sykepleierforbund (NSF) en faglig, rettslig og etisk norm for hvordan den enkelte bør praktisere sitt arbeid (NSF, u.å.). Kvalitetsnivået på utøvende sykepleie skal være planlagt slik at den ligger høyere enn denne minstestandarden, for å minimere risikoen for å opptre uforsvarlig (NSF, 2018, s.3).

I rettsregelen kommer også plikten til å utøve omsorgsfull hjelp frem. Det betyr at helsehjelpen man utøver skal være basert på omtanke og respekt, og ikke skal krenke pasientens personlige integritet (Helsedirektoratet, 2018). Plikten til omsorgsfull hjelp og faglig forsvarlighet overlapper til en viss grad, da begge deler må være til stede for at sykepleien skal betegnes som forsvarlig (Helsedirektoratet, 2018).

NSF sine yrkesetiske retningslinjer klargjør at sykepleieren har et “personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig” (2019, 1.3). De faglige, etiske og juridiske faktorene henger sammen og er alle må være til stede for å oppnå forsvarlig sykepleie (NSF, 2018, s. 6). Etisk forsvarlig sykepleie innebærer å følge etiske prinsipper, som å vise respekt for pasientens autonomi. (NSF, 2018, s. 10). Faglig forsvarlig sykepleie innebærer at klinisk praksis skal baseres på relevant kunnskap og faglige normer (NSF, 2018, s. 5). I NSF sine yrkesetiske retningslinjer fremkommer det at sykepleieren har et personlig ansvar for å holde seg “oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde” og bidra “til at ny kunnskap anvendes i praksis” (2019, 1.4). Juridisk forsvarlig sykepleie

innebærer å handle i tråd med gjeldende myndighetskrav. Her inngår også nasjonale retningslinjer (NSF, 2018, s. 7).

NSF påpeker at ved siden av helsepersonellens individuelle ansvar, har også ledere av virksomheten et ansvar for at tjenestene er forsvarlig (NSF, 2018, s. 5). I helsepersonelloven fremkommer det at “virksomheten som yter helsehjelp, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter” (1999, §16, første ledd). Kommunen pålegges også å sikre tilstrekkelig fagkompetanse i tjenestene (helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §4-1d). Øverste leder skal, etter forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, sørge for at helsepersonellet har “nødvendig kunnskap og kompetanse i det aktuelle fagfeltet [...] [og] retningslinjer [...]” (2016, §7b). Videre har øverste leder plikt til å “utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert brudd på krav til faglig forsvarlighet [...]” (2016, §7c).

Dersom pasienter ikke får ivaretatt sine grunnleggende behov på en tilfredsstillende måte, eller blir utsatt for unødvendige plager eller lidelse, mener NSF at tjenesten er uforsvarlig. Forhold som kan gjøre at pasienten blir utsatt for uforsvarlig tjeneste er blant annet lav bemanning, uklar ansvarsfordeling, manglende kompetanse blant personalet eller mangler knyttet til rutiner og retningslinjer (NSF, 2018, s. 21). Dersom slike sviktende forhold vedvarer, skal sykepleieren melde dette gjennom tilgjengelige avvikssystem eller på annet vis til nærmeste leder (NSF, 2018, s. 22). Det fremkommer i NSF sine yrkesetiske retningslinjer at sykepleieren skal bidra “til utforming og gjennomføring av faglig forsvarlig, god og omsorgsfull praksis” (2019, 5.2).

2.3 Virginia Henderson sykepleieteori om grunnleggende behov

Virginia Hendersons har utformet en teori med fokus på sykepleierens ansvar når det gjelder å identifisere og avhjelpe pasientens grunnleggende behov; de fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle behovene (Kirkevold, 2020). Hun formulerer sykepleiens grunnprinsipper i 14 punkter, der behovet for ernæring er punkt to (Henderson, 1993, s. 27).

Henderson beskriver at sykepleierens funksjon i møte med pasientens grunnleggende behov er å kompensere for en eventuell ressursvikt, enten helt eller delvis. Ressursvikten kan være i form av kunnskap, krefter eller vilje. Å kompensere for det kan innebære å hjelpe pasienten

med et gjøremål, eller å tilrettelegge for at vedkommende kan klare det selv. Slik kan pasienten, enten vedkommende er frisk eller syk, oppnå god helse eller helbredelse (1993, s. 9).

Henderson fremhever at det er sykepleierens ansvar å rette på appetittmangel og sørge for at pasienten får i seg tilstrekkelig næring (1993, s. 33). Hun påpeker at sykepleieren er den yrkesgruppen som er tettest på pasienten, og tilbringer mest tid med pasienten - spesielt i hjemmesykepleien. Sykepleieren vil av den grunn ha en større innflytelse på pasientens ernæringsbehov, og vil ha best mulighet til å gjøre verdifulle observasjoner (1993, s. 30).

Det er ifølge Henderson trolig ikke noe fag som er så viktig som ernæringslære (1993, s. 30). Hun legger frem at kvaliteten på pleien avhenger av hvor kvalifisert og dyktig sykepleieren er (1993, s. 21). Videre formidler hun at sykepleieren bør ha kunnskap om forhold som kan påvirke apetitten, eksempelvis psykiske forhold, samt hvilken betydning de kan ha over tid. Dessuten understreker hun at det å ha et tilstrekkelig antall kompetente sykepleiere til å hjelpe pasienten, vil kunne forebygge forverring av ernæringstilstanden (1993, s. 31)

3. METODE

3.1 Hva er metode?

Metode er en fremgangsmåte som anvendes for å fremskaffe kunnskap og etterprøve sannheten, gyldigheten og holdbarheten til aktuelle påstander (Dalland, 2017, s. 51). I empiriske forskningsartikler blir det vanligvis brukt enten kvalitativ eller kvantitativ metode, eventuelt en kombinasjon. Dalland påpeker at en vesentlig forskjell mellom metoderetningene, er måten dataene innhentes på. Kvantitativ metode går i bredden på et utvalg av representative data, i form av målbare enheter. Fjernhet til feltet under datainnsamlingen gjør at formidlingen baserer seg på forklaringer. Kvalitativ metode går i dybden på særegne meninger og opplevelser, og lar seg derimot ikke måle. Nærhet til feltet under datainnsamlingen gjør at formidlingen heller baserer seg på forståelse (Dalland, 2017, s. 52-54).

Ifølge Friberg handler en litteraturoversikt om å skape en oversikt over aktuell kunnskap innenfor et omsorgsområde, eller et problem innenfor sykepleierens praksisområde (Friberg, 2017, s. 141). Det er to ulike varianter av litteraturoversikter: allmenn og integrativ. I denne bacheloroppgaven skal vi utføre en integrativ litteraturoversikt. I en allmenn litteraturoversikt er formålet å gi beskrivende oversikt. I en integrativ litteraturoversikt blir analysearbeidet tatt et steg videre. I tillegg til å gjøre en datareduksjon, lage oversiktsplaner og gjøre sammenligninger, skal det også trekkes konklusjoner for at det kan dannes en ny helhet (Friberg, 2017, s. 150-151).

3.2 Litteratursøk

3.2.1 Valg av databaser

Vi har utført et strukturert litteratursøk ved hjelp av følgende databaser som er relevant for helsefag, derunder sykepleie: Cinahl, Medline, British nursing index og Swemed+. Under søkeprosessen fant vi få eller ingen empiriske studier i databasene SveMed+ eller British nursing index, som passet med vår hensikt. Av de tre artiklene vi har valgt, hentet vi to fra Cinahl og én fra Medline. De to artiklene vi hentet fra Cinahl, har vi samtidig funnet publisert i tidsskriftet *Sykepleien Forskning* på norsk. Vi har valgt å anvende de norske versjonene av artiklene for å forenkle analysearbeidet.

3.2.2 Valg av søkestrategi

Vi har benyttet oss av strukturert litteratursøking som søkestrategi. Strategien innebærer at vi benytter inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier for å begrense søkeresultatet (Dalland, 2017, s. 156-157). Vi avgrenset søket til å inkludere vitenskapelig forskning som var utført i nordiske land, publisert etter 2012 og fagfellevurdert. For å være hensiktsmessig for problemstillingen vår, måtte artiklene omhandle hjemmesykepleien sett ut i fra et sykepleieperspektiv. Vi ekskluderte også artikler som ikke var skrevet på engelsk eller skandinavisk språk.

3.2.3 Valg av søkeord

Hensikten med oppgaven vår er å belyse hvordan sykepleiere i hjemmesykepleien kan bidra til å tidlig identifisere underernæring hos hjemmeboende eldre. Vi tenkte i første omgang å lete etter artikler som omhandlet underernæring hos hjemmeboende eldre. I en database som Cinahl ble det naturlig å anvende engelske søkeord for å utvide søket. Dermed ble «undernutrition», «home-dwelling» og «elderly» vurdert som relevante søkeord. Vi fikk en rekke treff, men ingen som vi følte traff problemstillingen vår. Etter noen runder med lignende søkeord, bestemte vi oss for å spisse søket ytterligere. Vi valgte å fokusere på at artiklene måtte omhandle hjemmesykepleien, og risiko for underernæring fremfor underernæring. Da vi for eksempel søkte med ordene «community nursing» og «nutritional risk» fikk vi færre treff, men flere vi følte passet med problemstillingen. Vi ønsket videre et bredere grunnlag for å belyse sykepleiers kompetanse i ernæringsproblematikk, da det antakelig kan ha betydning for det forebyggende arbeidet. Vi inkluderte da søkeord som “competency” og “knowledge”, og fant én artikkel som passet med problemstillingen.

3.2.4 Valg av artikler

Utvalget av våre artikler er basert på de eksklusjons- og inklusjonskriteriene som ble nevnt under søkestrategi. Vi vurderte i tillegg hva de ulike artiklene undersøkte, og i hvilken grad de sammenfalt med vår hensikt. Vi mener at de tre artiklene vi har valgt belyser vår problemstilling.

For å vurdere artiklenes kvalitet undersøkte vi artiklenes pålitelighet og gyldighet. Vi sjekket om artiklens form og innhold fulgte IMRaD-strukturen, slik forskningsartikler vanligvis gjør (Dalland, 2017, s. 163). Vi valgte bevisst artikler som samsvarer med denne strukturen. I tillegg undersøkte vi også om artiklene kom fra en troverdig kilde, ved å sjekke hvilke tidsskrifter artiklene var publisert i, og undersøkte hvem forskerne var.

Vi undersøkte også hvilken metode artiklene anvendte. To av artiklene er kvalitative, og baserer seg på gruppeintervju for å undersøke helsearbeidernes erfaringer relatert til ernæringsarbeidet. I den tredje artikkelen, som har en kvantitativ tilnærming, er det benyttet spørreskjema. I utgangspunktet tenkte vi å velge kvalitative artikler, men resultatene til de to kvalitative artiklene er basert på et begrenset antall deltakere. Derfor vurderte vi at det kunne være en fordel å inkludere en kvantitativ undersøkelse som inkluderte en større gruppe deltakere.

To av studiene ble gjennomført i Norge, mens den siste ble gjennomført i Danmark. Det kan antas at Danmarks organisering av helsevesenet er såpass lik Norges organisering, at resultatene av studien er overførbare. De tre valgte studiene har hjemmesykepleien som arena. Flere artikler ble ekskludert som følge av at de tok sted på feil arena. De utvalgte artiklene er presentert i tabell 1.

Tabell 1: oversikt over analyserte artikler

| Forfattere, årstall, tittel | Tema | Hensikt | Perspektiv | Metode |
|---|---|---|--------------------------------|--|
| Aagaard, H. & Grøndahl, V. A., (2017), Rutiner for å vurdere ernæringsstatus i hjemmesykepleien. | Rutiner for vurdering av ernæringsstatus. | Å beskrive hvilke rutiner ledere og helsepersonell i hjemmesykepleien benytter for å vurdere pasientenes ernæringsstatus. | -Helsepersonell -Ledere | -Kvantitativ tilnærming. -Spørreskjema. -To delstudier, der til sammen 273 faglige ledere og 212 |

| | | | | |
|--|---|--|---|--|
| | | | | helsepersonell deltok. |
| Meyer, S. E., Velken, R. & Jensen, L. H., (2017), Vurdering av ernæringsstatus – et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykeplei en. | Ivaretagelse av faglig forsvarlig ernæringspraksi s. | Å utforske hvordan hjemmesykeplei erne fortolker og ivaretar faglig forsvarlig ernæringspraksi s sett i lys av kravene i Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. | -Sykepleiere -Ledere (to deltakere) | -Kvalitativ tilnærming. -Tolv gruppesamtaler, fordelt på tre grupper. Til sammen 19 sykepleiere deltok, fra to ulike kommuner. |
| -Håkonsen S. J., Pedersen P. U., Bygholm A., Thisted C.N., Bjerrum M., (2019), Lack of focus on nutrition and documentation in nursing homes, home care- and home nursing: the | Helsepersonells kompetanse, og organisasjonsstr ukturens påvirkning på ernæringspraksi s. | Undersøke hvordan en varierte gruppe helsepersonell oppfatter sin egen kompetanse innenfor ernæring og dokumentasjon, og hvordan organisasjonsstr ukturer påvirker | -Helsepersonell | -Kvalitativ tilnærming. - Fokusgruppeint ervjuer med 14 deltakere til sammen, hvorav fire var sykepleiere. |

| | | | | |
|---|--|---|--|--|
| self-perceived views of the primary care workforce. | | deres arbeid og kvaliteten på omsorgen som gis. | | |
|---|--|---|--|--|

3.3 Analyse av artikler

Friberg beskriver analysearbeidet av artiklene som en bevegelse fra en helhet til deler, og derfra til en ny helhet. Den førstnevnte helheten beskriver de valgte artiklene. Da vi delte opp artiklenes resultater for å finne de elementene som er av betydning for vår problemstilling, ble dette delene. Våre resultater ble basert på den sammenfatningen og tolkningen vi gjorde av delene. Dette blir den nye helheten (2017, s. 135). Vi har fulgt Friberg sin modell for analysearbeid. Trinn én i analysearbeidet var å lese gjennom artiklene flere ganger, for å få en grundig forståelse for hva de formidler, med hovedfokus resultatene. Trinn to var å identifisere nøkkelfunn i resultatene som samsvarte med vår hensikt. I trinn tre satt vi artiklenes resultater opp mot hverandre for å skape en oversikt. I trinn fire gjennomførte vi en sammenligning av de aktuelle resultatene, med mål om å identifisere likheter og ulikheter. I det siste trinnet organiserte vi resultatene i hoved- og underkategorier (2017, s. 135-137). Kategoriene blir presentert i tabell 2.

Tabell 2: Oversikt over hovedkategorier og underkategorier

| Hovedkategorier | Underkategorier |
|-----------------|--|
| Kunnskap | Manglende kunnskap om ernæring. Manglende kunnskap om retningslinjer. |

| | |
|-------------------|---|
| Rutiner | Mangel på skriftlige rutiner. Samtidigskonflikter. |
| Hjemmet som arena | |

4. RESULTATER

I det følgende kapittelet vil de ovennevnte kategoriene bli videre utdypet.

4.1 Kunnskaper

Alle de tre analyserte studiene avdekket manglende kunnskaper rundt ernæring, samt manglende kjennskap til eksisterende retningslinjer (Aagaard & Grøndahl, 2017; Håkonsen et al., 2019; Meyer et al., 2017).

4.1.1 Manglende kunnskap om ernæring

Av studien til Aagaard og Grøndahl fremkommer det at hele 80,2 prosent av helsepersonellet ønsker seg mer kunnskap i ernæringsarbeid (2017, s. 6). Det blir synliggjort at flertallet av deltakerne ønsket å vite mer om temaet *ernæringskunnskap* tilknyttet hvordan man vurderer brukernes ernæringstilstand. Manglende kunnskap var én av barrierene som både helsepersonell og faglige ledere bemerket som viktigst å bli kvitt, for at vurderingen og oppfølgingen av pasientenes ernæringsstatus i hjemmesykepleien kan bli optimalisert (Aagaard og Grøndahl, 2017, s. 8).

I studien til Meyer et al. (2017) oppgir sykepleierne at de har god kunnskap om pasientene, og setter inn tiltak når de mener at det er nødvendig. En av sykepleierne kom med følgende utsagn: “Vi er så kjent at vi går inn med én gang hjemmet blir kaotisk” (Meyer et al., 2017, s. 6). I gruppeintervjuet presiserte flere av sykepleierne at de daglig snakket om matinntaket til pasientene, samt hvilke matvarer som var i kjøleskapet deres (2017, s. 6).

I studien til Håkonsen et al. blir det belyst at helsepersonell har en ensidig oppfatning av hva begrepet *ernæring* innebærer (2019, s. 8). Det blir hovedsakelig sett på som matservering. Dessuten blir det synliggjort at kunnskapen til helsepersonellet angående ernæringsprinsipper er mangelfull. Studien viste også at det var utfordrende for helsepersonellet å forklare sammenhengen mellom observasjoner og intervensjoner, og følgelig foreslå hensiktsmessige intervensjoner i diverse situasjoner (Håkonsen et al., 2019, s. 8).

4.1.2 Manglende kunnskap om retningslinjer

Ved spørsmål om deltakerne kjente til nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring i studien til Aagaard og Grøndahl, svarte 67,3 prosent av lederne bekreftende. Når det gjaldt helsepersonellet, så svarte derimot 36,8 prosent bekreftende på spørsmålet (2017, s. 6).

I studien til Meyer et al. (2017) ble det reflektert rundt definisjonen av *underernæring*. Under studien hadde deltakerne felles lesing av de nasjonale faglige retningslinjene. I forkant av den felles lesingen omtalte sykepleierne ernæringsproblematikk ved å snakke om at pasientene spiste lite, i stedet for å bruke begrepet *underernæring*. I etterkant av den felles lesingen oppga sykepleierne å ha ny forståelse for hva underernæring er (2017, s. 6). Etter å ha tilegnet seg ny kunnskap uttrykte sykepleierne: “Vi visste at ernæring var viktig, men nå tenker vi bredere” (Meyer et al., 2017, s. 6). Gruppediskusjonene i studien stimulerte til faglig engasjement og økt kunnskap blant sykepleierne (Meyer et al., 2017, s. 6).

I studien til Håkonsen et al. blir det påpekt at det å benytte evidensbasert kunnskap innenfor området *ernæring*, var mer eller mindre fraværende blant helsepersonellet. Det ble presisert at helsepersonellet foretrakk å bruke sin egen og kollegaers erfaring fremfor evidensbasert kunnskap, som for eksempel eksisterende retningslinjer (2019, s. 8). I fokusgruppeintervjuet ble det fremstilt på følgende måte av to deltakere: “...we do not have a forum where we share knowledge or anything else. It is up to ourselves to know who may know something about particular topics..”, og “... yeah, it’s learning by doing..” (Håkonsen et al., 2019, s. 8).

4.2 Rutiner

Alle de tre analyserte studiene avslørte en mangel på rutiner i ernæringspraksisen (Aagaard & Grøndahl, 2017; Håkonsen et al., 2019; Meyer et al., 2017).

4.2.1 Mangel på faste rutiner

I spørreundersøkelsen til Aagaard og Grøndahl vises det at i underkant av halvparten av de deltagende kommunene hadde rutiner for å kartlegge og vurdere ernæringstilstanden til

pasientene (2017, s. 6). Færre enn dette igjen, bare én av tre, svarte at de hadde rutinene nedfelt i skriftlige prosedyrer (2017, s. 7).

80,1 prosent av lederne og 69,2 prosent av helsepersonellet svarte at det ikke var rutine å veie nye pasienter ved innskrivning. 12,5 prosent av helsepersonellet svarte også at de ikke visste om det var rutine, noe Aagaard og Grøndahl mener kan indikere at pasienten ikke blir veid av disse deltakerne (Aagaard og Grøndahl, 2017, s. 6-7).

Ved spørsmål om det er tydeliggjort hvem som er ansvarlig for at pasienten får ivaretatt sitt ernæringsbehov, svarte kun 30,0 prosent av helsepersonellet, og 45,6 prosent av lederne, bekreftende (Aagaard & Grøndahl, 2017, s. 6).

Sykepleierne i studien til Meyer et al. (2017) la frem i gruppeintervjuene at ernæringskartleggingen må integreres i organisasjonen. «Det sklir fort ut, vi må få rutine», blir det uttrykt av en sykepleier (Meyer et al., 2017, s. 6). Studien legger også frem at sykepleierne tar opp problemet når de ser det. «Når vi kommer til en pasient vi ser har problemer med vekt, så tar vi det opp» (Meyer et al., 2017, s. 5). I tillegg blir det tydeliggjort at sykepleierne anså det som viktigst å prioritere vurdering av ernæringsmessig risiko hos de aller sykeste pasientene, og hos de som var preget av betydelig vektnedgang (Meyer et al., 2017, s. 6).

Helsepersonellet som deltok i gruppeintervjuene i studien til Håkonsen et al. (2019), formidlet at de mente ernæringspraksis var viktig, men at det ikke blir prioritert likt med andre arbeidsoppgaver. Studien formidler at kvaliteten på ernæringspraksis er person- og interesseavhengig. Studien forklarer dette med at det individuelle helsepersonellets verdier, og hva personen vurderer som viktig, har stor påvirkning på den pleien som gis (Håkonsen et al., 2019, s. 8).

Håkonsen et al. avslører at det er mangel på systematisk opplæring av nyansatte og ansatte ellers, når det gjelder retningslinjer om ernæring (2019, s. 10). Videre belyser forskerne at opplæringen av nyansatte blir personavhengig, og at det kan føre til at helsepersonellet har varierte og inkonsekvente rutiner og praksis. Det blir oppgitt at det heller ikke er tydeliggjort hvilke verktøy eller retningslinjer som de ansatte skal følge (Håkonsen et al., 2019, s. 10). Det påpekes at mangel på faste rutiner kan ha negativ effekt på helsepersonells evne til å handle rettidig og presist, og for å iverksette relevante tiltak (Håkonsen et al., 2019, s. 7).

Håkonsen et al. (2019) avslører videre i sin studie at ansvarsfordelingen mellom de ulike gruppene helsepersonell som deltok i studien, er uklar. Alle anså seg selv som ansvarlig for å ivareta pasientens ernæringsbehov, men det var usikkerhet rundt hvem som skulle gjøre hvilke oppgaver, og når og hvor oppgavene skulle utføres (Håkonsen et al, 2019, s. 10). Ifølge forskerne kan dette medføre at oppgaver blir gjort to ganger, eller ikke bli gjort i det hele tatt (Håkonsen et al, 2019, s. 11).

4.2.2 Samtidighetskonflikter

I studien til Aagaard og Grøndahl er det nevnt at både ledere og helsepersonell anser tid og ressurser som to av de tre største hindringene knyttet til identifisering og oppfølging av ernæringsstatus (2017, s. 7) .

Deltakerne i Håkonsen et al. (2019) sin studie formidler også at de opplever at kommunehelsetjenesten prioriterer ernæring i liten grad. De presiserte at det er satt av for lite tid, og tildelt for få ressurser, og at dette kan ha stor innvirkning på deres daglige arbeid (Håkonsen et al., 2019, s. 10). Håkonsen et al. fremhever at en synlig organisasjon som prioriterer og ser behov for ernæringspleie er en forutsetning for god kvalitet på ernæringspraksis (2019, s. 12).

I studien til Meyer et al. formidler sykepleierne at lav bemanning er en begrensende faktor når det gjelder gjennomføring av ernæringskartlegging (2017, s. 8). Sykepleierne sin kritiske holdning til tidsbestemte vedtak, oppgitt i nøyaktig antall minutter, blir løftet frem. En sykepleier uttalte seg på følgende måte: "Hvis oppdraget er dusj x1, spør vi ikke om mat før vi ser at det er et problem" (Meyer et al., 2017, s. 8). I gruppediskusjonene blir det også reflektert rundt tilrettelegging av måltider for pasienter med dårlig appetitt. Sykepleierne vektlegger den sosiale betydningen av måltidene, og mener at medspising er et verdifullt tiltak . Til tross for det, synliggjør studien at et slikt tiltak heller ikke er praktisk mulig innenfor tidsrammene i hjemmesykepleien (Meyer et al., 2017, s. 8). Dessuten la studien fokus på utfordringene ved systematiske registreringer i hjemmet. En kommentar som fikk frem poenget, var: "Drikkelister bruker vi ikke, de kan jo drikke når vi ikke er der. De bor jo hjemme, så det har ikke noe for seg" (Meyer et al., 2017, s. 7).

4.3 Hjemmet som arena

To av de tre studiene trekker frem utfordringer ved hjemmet som arena (Meyer et al., 2017; Håkonsen et al., 2019).

Av studien til Meyer et al. fremkommer det at respekten for pasientens autonomi blir særlig vektlagt av sykepleierne (2017, s. 7). Den hjemlige arenaen er omtalt som et "privat rom". Studien avslørte at sykepleiernes antakelser om passende atferd i pasientens hjem, påvirket ernæringskartleggingen og oppfølgingen av ernæringstilstanden. Det blir opplyst om at enkelte sykepleiere betegnet det som upassende å veie pasienten, på bakgrunn av at det krenket verdigheten og autonomien (Meyer et al., 2017, s. 7). Under gruppeintervjuet kom en av sykepleierne med uttalelsen: "Det (veiing) er veldig inngripende, mange har et veldig anstrengt forhold til det med vekt" (Meyer et al., 2017, s. 5). I tillegg ble det stilt undrende spørsmål: "Er det naturlig at de ikke vil spise så mye lenger?" og "Skal de få velge det?" (Meyer et al., 2017, s. 7). Til tross for sykepleiernes antakelser, avdekket studien at forslag om vektkontroll og gjennomføring av det, ble møtt med positive tilbakemeldinger av både pasienter og pårørende (Meyer et al., 2017, s. 7).

Håkonsen et al. fremhever utfordringer som kommer av å jobbe i pasientens eget hjem (2019, s. 9). Helsepersonellet opplyser om at de kan ha en tendens til å trekke seg tilbake, og unnlate å stille spørsmål ved pasientenes preferanser, selv om de vet at dette kan ha negativt utfall for pasienten. Helsepersonellet formidler videre at det kan være vanskelig å bestemme hvordan pasientene skal opptre og handle i sitt eget hjem. Rollen som helsepersonell, med den kompetansen det innebærer, blir underlagt rollen som gjest i pasientens hjem. Det blir belyst at helsepersonellet avstår fra å gjøre det de har blitt opplært til i sin utdanning når det gjelder å gi veiledning og råd om ernæring for å unngå å krenke pasientens autonomi (Håkonsen et al., 2019, s. 9). Deltakerne forteller: "...so right now, we are actually heading away from what we have learned.." og "..and do the opposite of what we think should be done.." (Håkonsen et al., 2019, s. 9).

5. DISKUSJON

5.1 Metodediskusjon

Undersøkelser skal alltid forsøke å begrense problemer knyttet til gyldighet og pålitelighet (Jacobsen, 2010 s. 143). Gyldighet, også kalt validitet, innebærer at det som måles må ha relevans og være gyldig for det problemet som undersøkes. Pålitelighet, også kalt reliabilitet, innebærer at studienes målinger må utføres korrekt, og at eventuelle feilmarginer angis (Dalland, 2017, s. 40). Det er nødvendig med kritisk refleksjon rundt gyldigheten og påliteligheten for å klare å vurdere kvaliteten på resultatene (Jacobsen, 2010, s. 143). Alle artiklene har belyst mulige styrker og svakheter, og eventuelle andre forhold, som kan ha påvirket studienes gyldighet eller pålitelighet (Aagaard & Grøndahl, 2017; Meyer et al., 2017; Håkonsen et al., 2019).

Vi utførte en bakgrunnssjekk av forskernes faglige bakgrunn for å kunne vurdere artiklenes gyldighet. Flertallet av forskerne i artiklene har en sykepleiefaglig bakgrunn. I tillegg er mange av dem videreutdannet, og har forskerkompetanse på master- og doktorgradsnivå.

Vår problemstilling sikter mot sykepleieperspektivet. I studien til Meyer et al. (2017) er alle deltakerne sykepleiere. I studiene til Aagaard og Grøndahl (2017) og Håkonsen et al. (2019) er flere av deltakerne sykepleiere, men det er også deltakere med andre helsefaglige utdanninger, samt ledere. Det varierende utvalget kan tenkes å være en svakhet i forhold til vår hensikt, da det er usikkert i hvor stor grad resultatene er gyldige for akkurat sykepleierne. I studiene kommer det heller ikke alltid klart frem hvilke resultater som stammer fra hvilke yrkesgrupper. Det at utdanningsløpene har ulik struktur, kan gi helsepersonellet ulike forutsetninger i utøvelsen av ernæringspraksis. Samtidig kan et variert utvalg være en styrke i den forstand at det kan representere en realistisk sammensetning av personalgruppen i hjemmesykepleien. Andre yrkesgrupper ivaretar ernæringspraksisen på lik linje med sykepleiere i mange situasjoner. Dersom enkelte yrkesgrupper hadde blitt utelatt i studiene, kunne resultatene ha gitt en ensidig fremstilling av det som kan antas å være en mer kompleks realitet.

I Meyer et al. (2017) og Håkonsen et al. (2019) er det henholdsvis 14 deltakere fra to kommuner, og 19 deltakere fra én kommune. Jacobsen (2010, s. 153) uttrykker at for å kunne gå i dybden på et tema, vil et lite antall deltakere ofte være en forutsetning, da man sjeldent

vil ha tid eller kapasitet til å studere mange samtidig. Videre påpeker han at dette kan gjøre det utfordrende å påstå at utvalget er representativt for en større andel av populasjonen. Likevel, hvis et synspunkt går igjen blant flere av deltakere, kan det argumenteres for at dette er et generelt trekk hos deltakerne (Jacobsen, 2010, s. 153). Dersom flere studier fra ulike kontekster, påviser det samme, vil dette også kunne understøtte argumentet for at fenomenet kan generaliseres til en større andel av populasjonen (Jacobsen, 2010, s. 154). Da vi opplever at flere av resultatene går igjen i de tre studiene, mener vi at dette øker sannsynligheten for at funnene kan generaliseres, til tross for et mindre antall deltakere.

Studien til Aagaard og Grøndahl (2017) var publisert i 2017, men datainnsamlingen ble gjennomført i 2011. Informasjonen er altså hentet før samhandlingsreformen ble innført. Dette kan være av betydning ettersom at reformen tilsynelatende har hatt stor innvirkning på arbeidsmåten i hjemmesykepleien. Aagaard og Grøndahl har selv gjennomført en vurdering av litteraturen, og mener at det ikke har skjedd store endringer i rutiner knyttet til ernæring mellom tidspunktet for datainnsamling og publisering. Resultatene bør likevel tolkes med forsiktighet.

Som nevnt i metodekapittel 3.2.4, mener vi at den danske studien er relevant for norske forhold ettersom at velferdsmodellene har en del likhetstrekk. Den “sosialdemokratiske velferdsmodellen” er en benevnelse som kan brukes om alle de skandinaviske velferdsmodellene (Christensen & Berg, 2021). På bakgrunn av dette kan det tenkes at landene har en nokså lik organisering av helsevesenet, der hjemmesykepleien har lik funksjon, og at utdanningsløpene til helsepersonellet har en tilnærmet lik struktur.

I alle studiene blir det presentert at etiske forhold er ivaretatt ved å ha fokus på blant annet anonymitet, konfidensialitet, frivillighet, informert samtykke og muligheten til å trekke seg (Aagaard & Grøndahl, 2017; Meyer et al., 2017; Håkonsen et al., 2019).

Vi har valgt å ta i bruk tre forskningsartikler i vår analyse, og mener at disse artiklene har vært tilstrekkelige for å besvare vår problemstilling. Vi opplevde at analysen av artiklene var tidkrevende, og relaterer det til at vi har lite erfaring med analysearbeid fra tidligere. Vi opplevde at enkelte av temaene i artiklene var lettere å sammenligne enn andre. Som følge av at vi hadde begrenset tid til rådighet, tenker vi at analyse av flere artikler ville blitt

utfordrende å gjennomføre. Det kan likevel tenkes at å ta i bruk flere artikler kunne gitt et mer helhetlig og kvalitetssikkert resultat.

Studien til Håkonsen et al. (2019) var publisert på engelsk. Vi mener at det ble tatt i bruk en del avanserte begreper og setningsoppbygginger. Det kan ha hatt betydning for vår tolkning, da man i en oversettelsesprosess kan overse nyanser i det som formidles, og meningsbærende enheter kan gå tapt. Til tross for det har vi prøvd å tolke studiene på best mulig måte, ut ifra våre faglige forutsetninger. Det var enklere å gjøre en tolkning av de meningsbærende enhetene i studiene til Aagaard og Grøndahl (2017) og Meyer et al. (2017), ettersom de, i tillegg til å være publisert på engelsk, også var publisert på norsk.

Etter å ha reflektert kritisk rundt svake og sterke sider ved de tre artiklene, mener vi at vi har valgt pålitelige og gyldige studier for å besvare vår problemstilling.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Kunnskap

Som beskrevet i teorikapittel 2.2 har sykepleieren et faglig, etisk og juridisk ansvar for å yte forsvarlig sykepleie, der det faglige ansvaret innebærer å holde seg faglig oppdatert og bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis (Norsk sykepleierforbund, 2019, 1.3 og 1.4). Til tross for dette, fremkommer det av alle studiene at helsepersonellet mangler kunnskap om ernæring og de nasjonale faglige retningslinjene for forebygging og behandling av underernæring (Aagaard & Grøndahl, 2017; Håkonsen et al., 2019; Meyer et al., 2017).

Sykepleierne i studien til Meyer et al. gir uttrykk for at de har så god kunnskap om pasientene, at de vil kunne vite når hjemmet blir "kaotisk" (2017, s. 6). Hva legger de i begrepet *kaotisk*? Kan det bety at de iverksetter tiltak først etter at tilstanden har forverret seg, og når konsekvensene har blitt altfor fremtredende. Vår oppfatning er at det kan være en utfordring å tidlig observere risiko for underernæring med det blotte øye. Som nevnt i teorikapittel 2.1.1, kan underernæring ha store negative konsekvenser for den enkelte pasient, i den forstand at tilstanden kan utvikle seg, og bli vanskeligere å reversere. Av den grunn kan det tenkes at det vil være fordelaktig for sykepleierne å snu på tankegangen, og heller tenke forebyggende, slik det også anbefales i de nasjonale faglige retningslinjene (jf. 2.1). Det kan

tolkes at Henderson også har ment dette, da hun presiserer i sin teori at sykepleierne ikke bare skal ta ansvar for de som er syke, men også de som er friske (1993, s. 9).

I studien til Meyer et al. formidler sykepleierne at de vet når det er nødvendig å iverksette tiltak (2017, s. 6). Videre fremkommer det at sykepleierne, ved felles lesing av retningslinjer, tilegner seg ny og bredere kunnskap om underernæring. Kan dette tilsi at de egentlig ikke hadde tilstrekkelig kjennskap til retningslinjene, eller nok kunnskap om ernæring i forkant av studien, til å faktisk vite når det var nødvendig å iverksette tiltak? I tråd med dette blir det påpekt i studien til Håkonsen et al. at helsepersonellet opplever det som utfordrende å se sammenheng mellom observasjoner og hvilke tiltak som deretter er hensiktsmessig (2019, s. 8). Vi tolker det slik at sykepleiere i for liten grad har holdt seg faglig oppdatert, og at de dermed har sviktet i sitt individuelle ansvar, nærmere omtalt i NSF's yrkesetiske retningslinjer (2019, 1.4). Dette kan muligens ha bidratt til kvalitetsforringelse av ernæringspraksisen. Videre kan det tenkes at dette kan ha medført økt risiko for faglig uforsvarlig praksis.

Samtidig har lederne en plikt til å organisere virksomheten slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sin plikt til å yte forsvarlig helsehjelp (Helsepersonelloven, 1999, §16 og §4). Sett i lys av studienes resultater, kan det tolkes at denne plikten ikke er blitt overholdt. Det kommer frem i studien til Håkonsen et al., at helsepersonellet foretrekker å ta i bruk erfaringsbasert kunnskap fremfor evidensbasert kunnskap, som for eksempel eksisterende retningslinjer, og begrunner dette med manglende oppmerksomhet i virksomheten (2019, s. 8). Med bakgrunn i ledernes ansvar for å sikre at helsepersonell har nødvendig kunnskap og kompetanse (forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring, 2016, §7b), burde vel ledelsen ha sørget for at helsepersonellet kjente til retningslinjene? Det kan altså tenkes at svikten kan være forårsaket av begge sider; at sykepleieren ikke har holdt seg faglig oppdatert, men også at ledelsen ikke har tilrettelagt for dette i stor nok grad.

Sykepleierens funksjon relatert til pasientenes grunnleggende behov er, ifølge Henderson (1993), å kompensere for det pasienten selv ikke klarer. Det innebærer blant annet at sykepleieren er ansvarlig for at pasienten får i seg nok næring. Hun fremhever også hvor betydningsfullt riktig kompetanse blant sykepleierne kan være for å forebygge forverring av pasienters ernæringstilstand (jf. 2.3). Uten kunnskap vil sykepleieren gjerne ikke klare å oppfylle sin funksjon. Sett i lys av dette, er det bemerkelsesverdig at studiens resultater tilsier at helsepersonellet ikke har tilstrekkelig kunnskap om underernæring. Dersom sykepleieren mangler essensielle kunnskaper, vil det sannsynligvis kunne medføre forsinkelser i

identifisering av pasienter i risiko for underernæring. Dermed er manglende kunnskap, etter alt å dømme, et forhold som vil kunne påvirke sykepleierens funksjon i ernæringsarbeidet.

5.2.2 Rutiner

I de tre studiene blir det synliggjort at det mangler rutiner i ernæringspraksisen (Aagaard & Grøndahl, 2017; Håkonsen et al., 2019; Meyer et al., 2017). De nasjonale faglige retningslinjene anbefaler at alle nye pasienter i hjemmesykepleien skal vurderes for risiko for underernæring ved oppstart av helsetjenestene, og deretter månedlig (Helsedirektoratet, 2022a). De tre studiene viser at disse anbefalingene ikke er blitt gjort til en del av rutinene i praksis. Helsedirektoratet påpeker, som nevnt i teorikapittel 2.1, at selv om retningslinjene ikke er rettslig bindende, er de ofte så klart faglig forankret at det sjeldent vil være forsvarlig å ikke følge dem. Ifølge forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, er det øverste leder sitt ansvar å utvikle og iverksette nødvendige rutiner for å sikre faglig forsvarlig praksis (2016, §7c). Det kan dermed tolkes slik at ledelsen har sviktet å overholde sitt ansvar på dette området.

I Håkonsen et al. sin studie kommer det frem at det å ikke ha rutiner for å kartlegge og vurdere ernæringstilstand, medfører en personavhengig praksis, der kvaliteten på pleien blir avhengig av hva det enkelte helsepersonells vurderer som viktig (2019, s. 8). Dette kan til en viss grad tolkes ut fra Meyer et al. sin studie også, da sykepleierne forteller at de tar opp problemet når de ser det (2017, s. 5). Hvordan observasjoner blir tolket og vurdert, og hvilke tiltak knyttet til tidlig identifisering av pasienter i risiko for underernæring som følgelig blir iverksatt, vil sannsynligvis være avhengig av observatøren. Håkonsen et al. spesifiserer at manglende rutiner kan ha negativ påvirkning på helsepersonellens evne til å handle rettidig og presist, og derav hindre iverksetting av relevante tiltak (2019, s. 7).

Henderson fremhever sykepleierens funksjon i møte med pasientenes grunnleggende behov, ved å understreke at sykepleieren er ansvarlig for at pasienten får i seg tilstrekkelig næring (1993, s. 33). Videre presiserer hun at sykepleieren må kompensere for pasientens eventuelle ressursvikler (1993, s. 9). Med utgangspunkt i dette, mener vi at det er en forutsetning at sykepleieren iverksetter verdifulle tiltak. Dersom personavhengig praksis medfører at tiltak ikke har blitt iverksatt, vil det kunne innebære at de manglende rutinene har hindret

ivaretagelsen av sykepleierens funksjon? Videre fremkommer det av studiene til Aagaard og Grøndahl (2017, s. 6) og Håkonsen et al. (2019, s. 10), at mangel på rutiner kan føre til en uklar ansvarsfordeling. Håkonsen et al. påpeker at dette kan medføre at oppgaver blir utelatt. Uklar ansvarsfordeling kan med andre ord påvirke sykepleierens funksjon i den forstand at det kan hindre ivaretagelse av pasientenes grunnleggende behov for ernæring. Det kan tenkes at med faste rutiner for hvilke retningslinjer som skal følges, og hvem som skal følge dem og utføre oppgavene, vil flere pasienter få ivaretatt sitt grunnleggende behov for ernæring, som innebærer at risiko for underernæring kan bli tidligere identifisert.

Videre viser de tre studiene at sykepleierne opplever oppfølgingen av pasientens ernæringsstatus som utfordrende, og relaterer det til samtidighetskonflikter (Aagaard & Grøndahl, 2017; Håkonsen et al., 2019; Meyer et al., 2017). Sykepleierne i studien til Meyer et al. formidler at verdifulle tiltak som medspising, og å snakke med pasienten om ernæring, uteblir fordi det tildeles for lite tid og ressurser til dette (2017, s. 8). Av den grunn kan det tenkes at viktige observasjoner og registreringer av pasientens ernæringsbehov ikke blir gjennomført, og at sykepleierne ikke klarer å ivareta sin funksjon slik Henderson (1993) formidler at de skal. Etter helsepersonelloven (1999, §16), skal ledelsen organisere virksomheten slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine plikter. Det kan tolkes slik at ledelsen ikke har prioritert å inkludere ernæringstiltak i stor nok grad i de gjeldende rutinene, da det tilsynelatende er avsatt for lite tid og ressurser til dette arbeidet. I så fall kan det argumenteres for at ledelsen ikke har overholdt sin plikt.

Samtidig har sykepleieren, som nevnt i teorikapittel 2.2, et personlig ansvar for at praksis er forsvarlig. I NSF's yrkesetiske retningslinjer kommer det frem at sykepleieren skal, i tillegg til gjennomføringen, også bidra til utformingen av faglig forsvarlig praksis, god og omsorgsfull praksis (2019, 5.2). Dette kan tolkes til å innebære at sykepleieren også står ansvarlig i utforming av rutiner, gjerne i den forstand at sykepleieren skal melde fra om forhold som truer forsvarligheten i praksis. Med bakgrunn i funnene våre, har vi inntrykk av at dette ikke er blitt gjort av deltakerne i studiene.

Det kan altså tenkes at en mangel på rutiner er en følge av svikt fra både ledernes og sykepleierens side. Vi tenker at svikt fra begge sider vil påvirke sykepleierens funksjon i tidlig identifisering av risiko for underernæring. Dersom det hadde vært faste rutiner i praksis, hevder vi at flere pasienter i risiko for underernæring ville ha blitt identifisert på et

tidligere stadium, og dermed minimert de negative konsekvensene som ellers kunne ha rammet dem.

5.2.3 Hjemmet som arena

Helsepersonelloven (1999, §4) tilsier at i tillegg til å utøve faglig forsvarlig helsehjelp, har sykepleieren også plikt til å utøve omsorgsfull hjelp. Dette innebærer som nevnt i teorikapittel 2.1.1 at man ikke skal krenke pasientens integritet. Både Meyer et al. (2017) og Håkonsen et al. (2019) trekker frem utfordringer som kommer av å jobbe i pasientens eget hjem, og relaterer dette til at de ønsket å unngå å krenke pasientens autonomi. Meyer et al. beskriver at ivaretagelsen av ernæringsbehovet ble påvirket av sykepleiernes antakelser av hva pasienten opplever som passende atferd i deres eget hjem. Sykepleierne ga uttrykk for en motvilje mot å krenke pasientens autonomi, og valgte heller å trekke seg tilbake. Deltakerne i Håkonsen et al. (2019) sin studie trekker frem lignende synspunkter. De oppgir at det kan være vanskelig å bestemme hva en person skal gjøre i sitt eget hjem, og at de tidvis unnlater å bruke de kunnskapene og ferdighetene de innehar, for å unngå å krenke pasientens autonomi. Det kan tenkes at dette er et utfall av helsepersonellens forsøk på å sikre at helsehjelpen er omsorgsfull, og ikke krenker integriteten til pasienten.

Samtidig kan, som nevnt i teorikapittel 2.1.1, underernæring true den eldre pasientens integritet, da det blant annet kan ha negativ innvirkning på livskvalitet, samt medføre at vedkommende i mindre grad deltar i sosiale sammenhenger. Vi mener at dersom sykepleieren trekker seg tilbake, og unnlater å bruke sin kunnskap og kompetanse, vil sannsynligheten for utvikling av underernæring øke. Som konsekvens av sykepleierens forsøk på å *selv* unngå å true pasientens integritet, den istedenfor bli truet av underernæringen. Plikten til faglig forsvarlighet kan ikke bli byttet bort til fordel for å gi omsorgsfull helsehjelp, slik det tilsynelatende er gjort i studiene til Meyer et al. (2017) og Håkonsen et al (2019). De to pliktene overlapper, og begge deler må være tilstede for å sikre forsvarlig sykepleie (jf. 2.2).

Av studien til Meyer et al. (2017) fremkommer det at sykepleiernes antakelser kan ha vært styrende i for stor grad, og ikke hatt rot i virkeligheten. Antakelsene medførte at flere av sykepleierne unnlot å gjennomføre tiltak som å veie pasienten. På bakgrunn av dette tenker vi at sykepleierens funksjon, slik den blir beskrevet av Henderson (1993), muligens ikke ble ivare tatt i tilstrekkelig grad, da tidlig identifisering av risiko for underernæring kan være del

av å ivareta ernæringsbehovet. Studien til Meyer et al. (2017) viste videre at pasientene ikke nødvendigvis opplevde sin integritet truet av de tiltakene sykepleierne fryktet at de ville. Tvert imot, oppga pasienter at de følte seg bedre ivaretatt da sykepleierne tok initiativ til å veie dem (Meyer et al., 2017, s. 7). Det er gjerne en fordel at sykepleierne i større grad vektlegger kommunikasjon med pasientene, for å klargjøre hva de tenker. Vi mener at ved å utfordre sykepleiernes antakelser, vil sykepleierne kunne oppfylle sin funksjon i større grad.

6. KONKLUSJON OG IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS

Funnene våre i denne bacheloroppgaven viser at forhold som påvirker sykepleierens funksjon kan være kunnskapen og kompetansen sykepleieren innehar, hvilke rutiner som er implementert på den enkelte arbeidsplass, og hvilken arena sykepleien skal utføres i.

Mangelen på kunnskap blant sykepleierne, kan tilsynelatende ha fungert som en barriere for ivaretagelsen av sykepleiefunksjonen. Med utgangspunkt i dette tenker vi at det vil være fordelaktig å øke fokus på kompetanseheving blant sykepleierne. Et forslag til hvordan dette kan gjennomføres i praksis er for eksempel å ha undervisning om underernæring og de nasjonale faglige retningslinjene på arbeidsplassen.

Det er tydelig at en mangel på rutiner kan påvirke sykepleiefunksjonen negativt. Et forslag til forbedring er at ledelsen må ha et større fokus på å utarbeide rutiner, eksempelvis med utgangspunkt i de nasjonale faglige retningslinjene. Dessuten må ledelsen sørge for at sykepleierne er kjent med rutineene, og forsøke å forebygge at samtidighetskonflikter oppstår. Ved siden av ledelsens ansvar, har også sykepleierne et ansvar for å melde fra dersom det foreligger uforsvarlige forhold, i denne sammenheng mangel på rutiner. I slike tilfeller må også sykepleiernes tilbakemeldinger tas på alvor av ledelsen. I lys av dette vil et forslag til forbedring være å øke bevisstheten rundt sykepleierens ansvar blant både helsepersonell og ledelsen, for eksempel ved å distribuere informasjonsskriv.

Når det gjelder betydningen av arena for utøvelse av sykepleie, oppfatter vi at hjemmesykepleien bringer med seg en rekke utfordringer for ivaretagelsen av sykepleiefunksjonen. Et forslag til hvordan dette kan forbedres er å øke bevisstheten rundt utfordringene, samt vektlegge viktigheten av å ivareta den faglige forsvarligheten samtidig som man gir omsorgsfull helsehjelp. Konkret kan dette for eksempel gjøres gjennom undervisning om tema, eller ved å arrangere refleksjonsgrupper med helsepersonellet.

Avslutningsvis mener vi at disse tiltakene vil kunne gi sykepleierne i hjemmesykepleien bedre forutsetninger for å ivareta sin funksjon ved tidlig identifisering av risiko for underernæring.

LITTERATUR

- Aagaard, H. (2021). Væske og ernæring. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Grunnleggende behov og helse* (4. utg., bind 2, s. 255-301). Gyldendal Akademisk.
- Aagaard, H. & Grøndahl, V. A. (2017). Rutiner for å vurdere ernæringsstatus i hjemmesykepleien. *Sykepleien Forskning*, 12(61219), 1-12, Artikkel e-61219.
[10.4220/Sykepleienf.2017.61219\(link is external\)](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.61219)
- Brodtkorb, K. (2020). Ernæring, mat og måltider. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 301-315). Gyldendal Akademisk.
- Christensen, J. & Berg, O. T. (2021, 30. desember). *Velferdsstat*. Store norske leksikon. Hentet 4. mai 2022 fra <https://snl.no/velferdsstat>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten. (2016). *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. (FOR-2016-10-28-1250). Lovdata.
<https://lovdata.no/forskrift/2016-10-28-1250>
- Friberg, F. (2017). *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3. utg.). Studentlitteratur AB.
- Gisle, J. (2019, 6. juli). *Rettslig standard*. Store norske leksikon. Hentet 27. april 2022 fra https://snl.no/rettslig_standard
- Jacobsen, D. (2010). *Forståelse, beskrivelse og forklaring: innføring i metode for helse- og sosialfagene* (2. utg.). Høyskoleforlaget.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2021). *God og riktig mat hele livet: nasjonal strategi for godt kosthold og ernæring hos eldre i sykehjem og som mottar hjemmetjenester*. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/god-og-riktig-mat-hele-livet/id2849251/?ch=1>

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>

Helsedirektoratet. (2016, september). *Kostholdshåndboken - Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten* (IS-1972). https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kosthandboken/Kosth%C3%A5ndboken%20%E2%80%93%20Veileder%20i%20ern%C3%A6ringsarbeid%20i%20helse-%20og%20omsorgstjenesten.pdf/_attachment/inline/afa62b36-b684-43a8-8c80-c534466da4a7:52844b0c770996b97f2bf3a3946ac3a10166ec28/Kosth%C3%A5ndboken%20%E2%80%93%20Veileder%20i%20ern%C3%A6ringsarbeid%20i%20helse-%20og%20omsorgstjenesten.pdf

Helsedirektoratet (2018). § 4. *Forsvarlighet*. [Rundskriv]. <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer/krav-til-helsepersonells-yrkesutovelse/-4.forsvarlighet>

Helsedirektoratet (2021b, 24. juni). *Ernæringsoppfølging hos hjemmeboende*. Hentet 28. april 2022 fra <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/oppf%C3%B8lging-av-ern%C3%A6ring-hos-hjemmeboende>

Helsedirektoratet (2022a, 14. mars). *Nasjonal faglig retningslinje for forebygging og behandling av underernæring*. Hentet 28. april fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-og-behandling-av-underernaering>

Helsedirektoratet (2022b, 14. mars). *Om underernæring*. Hentet 28. april fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/underernaering/om-underernaering>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

Henderson, V. (1993). ICN: sykepleiens grunnprinsipper. (I. Mørland, Overs.). Norsk sykepleierforbund.

<https://www.nb.no/nbsok/nb/1150919fd82ea2cef27a9726ffdbf081?index=4#0>

Håkonsen S. J., Pedersen P. U., Byholm A., Thisted C.N., Bjerrum M. (2019). Lack of focus on nutrition and documentation in nursing homes, home care- and home nursing: the self-perceived views of the primary care workforce. *BMC Health Services Research*, 19(642).

<https://doi.org/10.1186/s12913-019-4450-1>

Kirkevold, M. (2020, 30. mars). *Sykepleieteori*. Store medisinske leksikon. Hentet 04. mai 2022 fra

<https://sml.snl.no/sykepleieteori>

Meyer, S. E., Velken, R. & Jensen, L. H. (2017). Vurdering av ernæringsstatus - et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien. *Sykepleien Forskning*, 12(61797), 1-15, Artikkel e-61797.

[10.4220/Sykepleienf.2017.61797\(link is external\)](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.61797(link%20is%20external))

Nasjonalt råd for ernæring. (2017). *Sykdomsrelatert underernæring: utfordringer, muligheter og anbefalinger* (IS-0611). Helsedirektoratet.

https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/sykdomsrelatert-underernaering/Sykdomsrelatert%20underern%C3%A6ring.pdf/_attachment/inline/f9c7442d-2c5c-46b1-9a81-70b487278d5b:d679eaf00223e27618b8ac4ab62f9f1fed2875f/Sykdomsrelatert%20underern%C3%A6ring.pdf

Nordbø, B. (2021, 7. november). *Integritet*. Store norske leksikon. Hentet 04. mai 2022 fra

<https://snl.no/integritet>

Norsk sykepleierforbund. (2018). *Forsvarlighet - om faglig kompetent og omsorgsfull sykepleie* (978-82-7269-132-4).

https://www.nsf.no/sites/default/files/inline-images/nsf-forsvarlighetshefte-april_2018.pdf

Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

Kandidatnummer: 5210 og 5239

Norsk Sykepleierforbund. (u.å). *Faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp*. Hentet 04. mai 2022 fra

<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/faglig-forsvarlighet-og-omsorgsfull-hjelp>

Vedlegg 1: Søkelogg

| Søkedato | Database | Søkeord og ordkombinasjoner | Avgrensninger | Antall treff | Leste abstrakt | Leste artikler | Antall valgte artikler |
|----------|----------|--|---|--------------|----------------|----------------|------------------------|
| 16/03 | Cinahl | Nutritional risk AND Community nursing. | Årstall: 2012-2022 Fagfellesvurdert. | 21 | 8 | 4 | 2 |
| 16/03 | Cinahl | Undernutrition AND community nursing | Årstall: 2012-2022 Fagfellesvurdert. | 11 | 3 | 2 | 1 |
| 16/03 | Cinahl | Malnutrition OR undernutrition OR undernourishment AND elderly AND living at home OR living independently AND prevention OR intervention | Årstall: 2012-2022 Fagfellesvurdert. | 24 | 3 | 1 | 0 |

| | | | | | | | |
|-------|---------|--|---|----|---|---|---|
| | | AND risk factors OR contributing factors OR predisposing factors. | | | | | |
| 16/03 | Cinahl | Malnourishment OR malnutrition OR undernourishment AND elderly AND home-dwelling OR live at home. | Årstall: 2012-2022 Fagfellesvurdert. | 41 | 2 | 1 | 0 |
| 16/03 | Medline | Malnutrition AND home nursing AND competence OR competency OR competencies OR skills OR knowledge. | Årstall: 2012-2022 Fagfellesvurdert. | 47 | 1 | 1 | 1 |
| 16/03 | Cinahl | Undernutrition OR malnutrition AND nurse | Årstall: 2012-2022 | 8 | 1 | 1 | 0 |

| | | | | | | | |
|--|--|--|-----------------------|--|--|--|--|
| | | OR nurses OR nursing AND competence OR competency OR competencies OR skills AND elderly | Fagfellesv urdert. | | | | |
|--|--|--|-----------------------|--|--|--|--|

Vedlegg 2: Litteraturmatriser

| Artikkel 1 | |
|--------------------|---|
| Tittel | Rutiner for å vurdere ernæringsstatus i hjemmesykepleien. |
| Forfatter(e) | Aagaard, H. & Grøndahl, V. A. |
| Tidsskrift/årstall | Sykepleien forskning / 2017 |
| Land | Norge. |
| Hensikt | Hensikten med denne undersøkelsen var å beskrive og sammenlikne hvilke rutiner faglige ledere og helsepersonell i hjemmesykepleien benytter for å kvalitetssikre ernæringsarbeidet. |
| Perspektiv | Sykepleiere og ledere. |

| | |
|--------------------------|---|
| <p>Metode og analyse</p> | <p>Kvantitativ tilnærming. Studien hadde et deskriptivt tverrsnittdesign, og besto av to delstudier: én studie blant faglige ledere i hjemmesykepleien og én studie blant helsepersonell i hjemmesykepleien.</p> <p>Dataene ble samlet inn ved bruk av et strukturert spørreskjema.</p> <p>Deskriptiv statistikk ved frekvens og prosent ble brukt for å beskrive utvalget.</p> |
| <p>Utvalg</p> | <p>Helsepersonell som arbeidet i hjemmesykepleien i 13 kommuner fordelt på fem helseregioner.</p> <p>273 faglige ledere, og 212 helsepersonell svarte på undersøkelsen.</p> |
| <p>Hovedfunn</p> | <p>Det oppgis en mangel på faste rutiner for å vurdere ernæringsstatus i kommunene.</p> <p>Helsepersonellet uttrykket et behov for å få økt egen kunnskap om ernæring.</p> <p>Det kom frem at et mindretall av helsepersonellet som deltok kjente til de nasjonale retningslinjene.</p> |

| | |
|--------------------|--|
| Artikkel 2 | |
| Tittel | Vurdering av ernæringsstatus – et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien. |
| Forfatter(e) | Meyer, S. E., Velken, R. & Jensen, L. H. |
| Tidsskrift/årstall | Sykepleien forskning / 2017. |
| Land | Norge. |
| Hensikt | Å utforske hvordan hjemmesykepleierne fortolker og ivaretar faglig forsvarlig ernæringspraksis sett i lys av kravene i Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. |
| Perspektiv | Sykepleiere og ledere |
| Metode og analyse | En kvalitativ studie med analyse av data fra to praksisutviklingsprosjekter. Analysen ble gjort trinnvis med identifisering av meningsbærende enheter, undertemaer og temaer. Fire temaer ble identifisert og kategorisert på tvers. Datamaterialet omfatter tolv gruppesamtaler med nitten sykepleiere fra to kommuner. |

| | |
|--------|--|
| | |
| Utvalg | 19 sykepleiere (75-prosentstilling eller mer) totalt. 5 sykepleiere i studie A og 14 sykepleier (inkludert 2 faglige ledere) i studie B. |

| | |
|-----------|---|
| Hovedfunn | <p>Sykepleierne var enig i at det må innarbeides rutiner for personalet i hjemmesykepleietjenestene, og at den systemisk ernæringskartlegging må forankres i hjemmesykepleiens ledelse og kommunen.</p> <p>Det kommer frem at ernæringskartleggingen og iverksetting av tiltak er personavhengig. De tar opp problemet når de ser det.</p> <p>Felles lesing av de nasjonale faglige retningslinjene ga sykepleierne ny forståelse for hva underernæring var.</p> <p>Hjemmesykepleien har spesielle utfordringer relatert til den hjemlige arenaen. Frykt for å krenke pasientens autonomi og verdighet hindrer god ernæringspraksis.</p> <p>Det kom også frem at praktiske utfordringer, som for lite tid eller mangel på vekt, var et hinder for god ernæringspraksis.</p> |
|-----------|---|

| | |
|--------------------|---|
| Tittel | Lack of focus on nutrition and documentation in nursing homes, home care- and home nursing: the self-perceived views of the primary care workforce. |
| Forfatter(e) | Håkonsen S. J., Pedersen P. U., Bygholm A., Thisted C.N., Bjerrum M. |
| Tidsskrift/årstall | BMC Health Services Research / 2019 |
| Land | Danmark. |
| Hensikt | Hensikten med denne studien er å undersøke hvordan helsepersonell opplevde at deres egen kompetanse innen ernæring og dokumentasjon, i tillegg til organisasjonsstrukturer, påvirker deres daglige arbeid og kvaliteten på omsorgen som gis innenfor sykehjem og hjemmesykepleie. |
| Perspektiv | Helsepersonell. |

| | |
|--------------------------|---|
| <p>Metode og analyse</p> | <p>Studien ble utført ved hjelp av to fokusgruppeintervjuer.</p> <p>Intervjuene ble analysert ved bruk av en kvalitativ induktiv innholdsanalysemetodikk.</p> |
| <p>Utvalg</p> | <p>To fokusgrupper bestående av 7 deltakere, bestående av sykepleiere og andre helsearbeidere, i hver gruppe, til sammen 14 deltakere.</p> |

Hovedfunn

Et av funnene er mangel på enhetlig og systematisk kommunikasjon som påvirker ernæringspraksis negativt.

Det kom frem at erfaringsbasert kunnskap ofte ble brukt fremfor evidensbasert kunnskap, og at dette kan ha påvirkning på daglige kliniske beslutninger tatt av helsepersonell i kommunen.

Det ble vist at ulike holdninger til ernæringspraksis kan medføre ulik kvalitet på pleien og omsorgen.

Det ble synliggjort at forskjeller i organisasjonskulturen i kommunen påvirker kvaliteten på omsorgen. Flere utfordringer ved hjemmesykepleien som arena ble trukket frem.

Utydelig ansvarsfordeling innad i arbeidsgruppen påvirket tilsynelatende utøvelsen av den daglige ernæringspleien negativt.

Det ble vist at mangel på prioritering av ernæringspleie, og mangel på tydelige og konsekvente retningslinje fra ledelsen. Dette kan medføre tilfeldige rutiner og ulik kvalitet på pleien.

Kandidatnummer: 5210 og 5239