



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGÅVE

Underernæring og utfordringar i heimesjukepleien

Bertine Melheim

Bachelorutdanning i sjukepleie
Fakultet for helse- og sosialvitenskap/Institutt for helse- og
omsorgsvitenskap/Sjukepleie Førde

Rettleiar: Terese Bjordal

Innleveringsdato: 01.06.2018

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, *jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10*

Samandrag

Tittel

Underernæring og utfordringar i heimesjukepleien.

Bakgrunn for val av tema

Opp mot halvparten av pasientane i heimesjukepleien er enten underernært eller i ein ernæringsmessig risikogruppe. Føremålet med denne litteraturstudien er å få innblikk i utfordringar heimesjukepleien møte med tanke på risiko for underernæring hos dei eldre som bur heime.

Problemstilling

Kva utfordringar møte heimesjukepleien for å fange opp eldre som er utsett for underernæring?

Metode

Dette er ein litteraturstudie. I oppgåva har eg nytta forskning og faglitteratur for å finne svar på problemstillinga. Gjennom søk på forskingsartiklar har eg nytta Academic Search Elite og Svemed+, der eg har funne både kvalitative og kvantitative artiklar. Studiane har fokus på dagens sjukepleie i helsevesenet, korleis heimesjukepleien fortolkar og tek vare på dagleg forsvarleg ernæringspraksis, korleis vurdere pasienten sin ernæringsstaus og kontinuiteten hos helsepersonell.

Konklusjon

Studien syner at utfordringar som tilgjengelegheita av verktøy, kunnskap og kontinuitet i arbeid møter ein i heimesjukepleien som kan gjere det utfordrande å fange opp eldre som er utsett for underernæring. Utifrå studien kan ein konkludere med at sjukepleiar har for lite kunnskap om ernæring hos eldre heimebuande og at kontinuitet i arbeidet er for låg.

Nøkkelord

Eldre, underernæring, heimesjukepleien, utfordringar

Innholdsfortegnelse

1. Innleiing.....	1
1.1 Bakgrunn for val av tema	1
1.2 Problemstilling.....	2
1.3 Avgrensing.....	2
1.4 Omgrepsavklaring	2
1.4.1 Underernæring.....	2
1.4.2 Eldre.....	2
1.4.3 Få hjelp i heimen.....	2
1.5 Korleis oppgåva er løyst.....	3
2 Metode	4
2.1 Søkeprosessen etter forskingsartiklar	4
2.2 Val av forskingslitteratur	5
2.3 Anna relevant litteratur.....	6
2.4 Kjeldekritikk og kvalitetsvurdering	6
3 Teoridel	8
3.1 Eldre- ein ernæringsmessig risikogruppe	8
3.2 Sjukepleiefagets eldste klassikarar	9
3.3 Heimesjukepleie som fagområde	9
3.4 Kunnskap og kompetanse	10
3.5 Tid og kontinuitet	11
3.6 Forskingsartiklar	11
4 Kva utfordringar møter heimesjukepleien for å fange opp eldre som er utsett for underernæring?.....	13
4.1 Utfordrande å fange opp underernæring i heimen.....	13
4.2 Tilgjengelegheit av verktøy	14
4.3 Kompetanse innanfor ernæring	16
4.4 Kontinuitet i arbeidet	17
5 Konklusjon.....	19
Referansar	20
Vedlegg 1: Søk etter artiklar	23
Vedlegg 2: Innhald i artiklar	25

1. Innleiing

Frå 1992 til i dag er antall pasientar i heimesjukepleien meir enn femdobla, og utviklinga dei siste åra har gjort til at andelen som mottok heimesjukepleie aukar (Birkeland & Flovik, 2014, s. 17). I følge Statistisk sentralbyrå nytta 278 017 brukarar omsorgstenester, der 87 199 av brukarane har helseteneste i heimen (Statistisk sentralbyrå, 2017). Enkelte undersøkingar viser at opp mot halvparten av pasientane i heimesjukepleien er enten underernært eller i ein ernæringsmessig risikogruppe (Birkeland & Flovik, 2014, s. 64). Dette viser også nasjonale retningslinjer (Helsedirektoratet, 2010, s. 10). Ettersom det er så mange som enten er underernærte eller i ein ernæringsmessig risiko har ein nokre utfordringar i å oppdage dette. Samhandlingsreforma seier at pasientar skal få bu så lenge som mogleg i heimen, og kunne få hjelp der. Det vil seie at det blir buande fleire sjuke pasientar heime som fører til større utfordringar for heimesjukepleien, som for eksempel utfordring innanfor ernæring (Helsedirektoratet, 2013). I heimen har ein ikkje den same kontrollen over inntaket av mat og drikke hos pasienten som i ein institusjon, og det krev spesiell oppfølging av heimesjukepleien (Birkeland & Flovik, 2014, s. 63). Helsedirektoratet sine retningslinjer frå "Nasjonal faglig retningslinje for forebygging og behandling av underernæring", omfattar anbefalingar om identifisering og behandling av underernærte samt pasientar i ernæringsmessig risiko (Helsedirektoratet, 2010).

1.1 Bakgrunn for val av tema

Før og gjennom studie har eg jobba med eldre, både i sommarjobb og praksis, og lært at riktig ernæring er eit grunnleggjande behov som alle treng. Etter praksis i heimesjukepleien har eg forstått kor viktig det er med riktig ernæring til heimebuande. Eg har også erfart at det er vanskeleg å observere kostholdet når ein er på heimebesøk av forskjellige grunnar, som til dømes hjelp til å ta på strømpar eller utlevering av medisindosett. I løpet av dagen skal ein innom mange ulike pasientar, og tida hos kvar brukar er ofte kort. Erfaringsmessig har eg sett at det lett å gløyme å ta vekt av pasientane, ettersom sjølve vekta ofte vert gløymt igjen på kontoret. Dette resulterer i at det kan bli lenge til neste gang det blir tatt vekt av pasienten. Dette er grunnen til at eg ynskjer at personale i heimesjukepleien skal bli meir bevisst på viktigheita og kva ansvar ein har i forhold til ernæring hos heimebuande. I mi oppgåve vil eg gjennom teori, forskning og erfaring fokusere på utfordringar i heimesjukepleien med tanke på å fange opp underernæring.

1.2 Problemstilling

Kva utfordringar møter heimesjukepleien for å fange opp eldre som er utsett for underernæring?

1.3 Avgrensing

Eg har valt å avgrense oppgåva mi til å omhandla eldre som bur heime, får tilsyn av heimesjukepleie og er utsett for underernæring. Med eldre meiner eg pasientar over 67 år. Eg vil vidare avgrense oppgåva til å sjå på korleis ein kan førebyggje underernæring og kva utfordringar som tilgjengelegheit av verktøy, kunnskap og kontinuitet heimesjukepleien møter for å fange opp underernæring.

1.4 Omgrepsavklaring

Definisjon av dei viktigaste omgrepa i problemstillinga blir presentert her.

1.4.1 Underernæring

I heimen har ein ikkje same kontrollen med pasientane med tanke på inntak av mat og drikke som i ein institusjon, derfor krev det spesiell oppfølging av heimesjukepleien (Birkeland & Flovik, 2014, s. 63). Når næringsinntaket er mindre enn behovet, fordi inntaket blir redusert kan underernæring oppstå. Hos eldre skyldast det gjerne ein kombinasjon av for lågt kalori og proteininntak, og det blir tap av både feitt og muskelvev (Brodtkorb, 2008, s. 259).

1.4.2 Eldre

Heimesjukepleie kan ein nytta, om ein er ung eller gammal. I mi oppgåve ynskjer eg å fokusera på dei eldre. Med eldre meiner eg personar over 67år (Romøren, 2008, s. 29).

1.4.3 Få hjelp i heimen

Det daglege livet lever me i stor grad i heimen vår, her kan me gjere det me ynskjer og har lyst til. Målet med heimesjukepleien er at ein skal kunne meistre kvardagen i sin eigen heim, så lenge det er forsvarleg og ynskjeleg. Ein som er heimebuande kan trenge hjelp til riktig ernæring, som er ein av dei grunnleggjande behova våre (Birkeland & Flovik, 2014, s. 21) .

1.5 Korleis oppgåva er løyst

Oppgåva starta med innleiing der eg presenterer tema og gjer greie for problemstilling samt omgrepsforklaring. Etterpå kjem metodekapittelet med framgangsmåte for forskning, metoden til forskingsartiklane eg har med, anna litteratur som er nytta i oppgåva og kjeldekritikk. I kjeldekritikk har eg også med styrke og svakheita med litteraturen. Vidare kjem teoridel der eg presenterer teori knytt til tema og funn/resultat i forskning. I drøftinga tek eg utgangspunkt i tre punkt som eg skal drøfte. Dei tre punkta er tilgjengelegheita av verktøy, kunnskap og kompetanse og kontinuitet i arbeidet. Her drøftar eg teori og forskning opp mot mi problemstilling, samt erfaring. Til slutt kjem konklusjon med kva eg har kome fram til og om det kan ha implikasjonar for sjukepleiepraksis. Det ligg med to vedlegg om søkeprosessen og innhald i forskingsartiklane.

2 Metode

For å få fram kunnskap og til å etterprøve i korleis grad påstandane er sanne, gyldige og haldbare treng ein ulike metodar (Dalland, 2017, s. 51). Metode er reiskapen vårt i møte med noko vi vil undersøke. Dalland (2017, s. 52) seier at metoden hjelper oss til å samle inn den informasjonen me treng til undersøkinga vår, altså å samle inn data. Det valet me gjer for ein metode, er at me meiner den eignar seg best til det spørsmålet eller den problemstillinga me har på ein best mogleg måte (Dalland, 2017, s. 51). Den kvantitative metoden har den fordelen at de gir data i form av målbare einingar. Tala gir oss moglegheit til å foreta rekneoperasjon. I følgje Dalland (2017, s. 52) tek de kvalitative metoden sikte på å fange opp meining og oppleving som ikkje let seg talfesta eller måle. I forskingsartiklane eg har med i oppgåva mi, har eg valt å ta med begge deler, da de bidreg på kvar sin måte til ein betre forståing av det samfunnet me lever i, og av korleis enkeltmenneske, grupper og institusjonar handlar og samhandlar. I bacheloroppgåva mi tek eg utgangspunkt i litteraturstudie. Der hentar ein data frå eksisterande fagkunnskap, forskning og teori (Dalland, 2017, s. 207). Litteraturen eg har valt er henta frå pensum på sjukepleiestudie, den er relevant for oppgåva då den omhandlar eldre, ernæring, heimesjukepleie og ansvar.

2.1 Søkeprosessen etter forskingsartiklar

Under mine søk etter forskingsartiklar har eg nytta databasane Academic Search Elite, der eg har haka av for Cinahl og Medline. I ein av artiklane er det ikkje haka av for Medline, da søket blei gjort heime og det ikkje kom opp som eit alternativ. Før søket nytta eg meg av Svemed+ for å kunne finne synonymord og engelske søkeord eg kunne bruke. Søkeorda nytta eg åleine eller samen med andre. Eg avgrensa søket mitt frå Januar 2010 til April 2018, engelsk språk, alder 65+ og fagfelleverderte. Eg nytta også Svemed+ for å finne artiklar, der eg haka av på norsk språk. Etter å ha funne den første artikkelen, nytta eg Oria for å kunne opne den. Sjå vedlegg 1 for søkeord og kor mange treff eg fekk.

Søkeord: *Eldre, elderly, ernæring, hjemmesykepleie, continuity of care, home care, home care service, nursing, malnutrition, undernutrition.*

2.2 Val av forskingslitteratur

I litteratursøket fant eg fire forskingsartiklar eg har valt å nytte, her presentere eg metodane deira. Sjå vedlegg 2.

Prevalence of 'being at risk of malnutrition' and associated factors in adult patients receiving nursing care at home in Belgium (Geurden, Franck, Hartmann, Weyler, & Ysebaert, 2014).

Dette er ein tverrsnittstudie der det er gjort to studiar, ein for heimesjukepleiepasientar og ein for sjukepleiarar. Studien er gjennomført i Belgia. I løpet av ein tre- månaders periode. Føremålet med studien var å evaluere omfanget av pasientar som var i fare for underernæring, samt dagens sjukepleie i helsevesenet.

Vurdering av ernæringsstatus- et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien (Meyer, Velken, & Jensen, 2017).

Denne kvalitative norske studie hadde til hensikt å sjå på korleis heimesjukepleien fortolkar og tar vare på fagleg forsvarleg ernæringspraksis sett i lys av krava til Nasjonal fagleg retningslinjer for førebygging og behandling av underernæring.

Rutiner for å vurdere ernæringsstatus i hjemmesykepleien (Aagaard & Grøndahl, 2017).

Dette er ein norsk kvantitativ tverrsnittstudie med to delstudie, ein blant leiarar og ein blant helsepersonell. Det blei samla inn data ved hjelp av spørjeskjema der 273 leiarar og 213 helsepersonell i helsesektor deltok. Føremålet var å sjå på kva rutine leiarar og helsepersonell i heimesjukepleien nyttar for å vurdere pasientens ernæringsstatus.

Measuring interpersonal continuity in high- frequency home healthcare service (Gjevjon, Eika, Romøren, & Landmark, 2013).

I denne norske tverrsnittstudie vart 79 pasientar som fekk dagleg heimesjukepleie følgt opp i fire veker. Det vart mellom anna målt kor mange besøk pasienten hadde og kor mange forskjellige personell som var innom. Hensikten er å gi ein metode for å vurdere graden av kontinuitet i helsetenesta.

2.3 Anna relevant litteratur

I metodedelen nytta eg "Metode og oppgåveskriving" (Dalland, 2017) og "Jobb kunnskapsbasert" (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim, & Reinart, 2012). Gjennom manuelt søk ved å sjå på litteraturliste frå forelesning om heimesjukepleie nytta eg bøker som me har hatt gjennom studieåra. "Sykepleie i hjemmet" (Birkeland & Flovik, 2014) og "Geriatrisk sykepleie- god omsorg til den gamle pasienten" (Kirkevold, Brodtkorb, & Ranhoff, 2008). I desse bøkene finn eg nyttig stoff om både eldre, ernæring og heimesjukepleie. Vidare nytta eg meg av "Grunnleggande sykepleie Bind 1- Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar" (Kristoffersen, 2011) der eg har brukt kapittelet "kunnskap og kompetanse". Boka "Grunnleggande sykepleie Bind 3- pasientfenomener og livsutfordringer" (Thorsen, 2011) med kapittelet "trygghet" og "Grunnleggande kunnskap i klinisk sykepleie" der eg brukte kapittelet om "kva er sykepleie" (Mathisen, 2015). Desse er også bøker som har vore nytta gjennom studie. "Helsepersonellova" (1999), "Kommunehelsetjenestelova" (1982) og "Pasient og brukerrettighetslova" (1999) for å gjere greie for ansvar. Eg vil også bruke "Nasjonale Faglig retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring" (Helsedirektoratet, 2010) og "Kosthåndboka" (Helsedirektoratet, 2012) for å nytte i drøftinga.

2.4 Kjeldekritikk og kvalitetsvurdering

Kjeldekritikk vil seie å vurdere og karakterisere den litteraturen ein har funne. Hensikten er at du som les mi oppgåve skal få ta del i dei refleksjonane eg har gjort, med kor relevant litteraturen er når det gjelder å belyse problemstillinga (Dalland, 2017, s. 158). Når kjelda og informasjon er funnen, må den vurderast både med tanke på kvalitet og om den er relevant for mitt arbeid (Dalland, 2017, s. 150). I følge Dalland (2017, s. 152) er det to sider ved kjeldekritikk. Det første omhandlar å finne fram den litteraturen som best belyser problemstillinga og den andre dreiar seg om å gjere greie for den litteraturen ein har anvendt i oppgåva si.

Eg har i mi oppgåva søkt på databasar gjennom skulen si side og brukt ord som er relevant for mi oppgåve. Når det har komme fram artiklar, har eg lese samandraget for å sjå kor relevant det er. For kritisk vurdering av forskingslitteratur, har eg nytta sjekklister som hjelpemiddel, som også er ein styrke. Her har eg nytta sjekklister for kvalitativ metode (Nortvedt et al., 2012, s. 90-91) og tverrsnittstudie (Nortvedt et al., 2012, s. 107-108) for å sjå om eg kan stole på innhaldet, kva som er resultatet i dei og om dei er relevante for mi oppgåve. Dei fleste vitenskaplege artiklane er bygd opp etter IMRAD- prinsippet som er ein forkorting for kvifor studien er gjort, korleis de gjennomførte studien og analyserte resultatene, kva ein fant og kva forfattarane meiner at resultatene betyr (Nortvedt et

al., 2012, s 69). Etter eg nytta sjekklisene kom eg fram til at eg kan stole på innhaldet da det går klart fram korleis analysen er blitt gjennomført. Det kjem fram kva som er hovudfunna og som eg kan bruke i mi oppgåve.

To av dei fire artiklane eg har er på engelsk, ei feilkjelde og ein svakheit som kan oppstå her er å feiltolke innhaldet i dei på grunn av språket. Ei anna feilkjelde og svakheit kan vere at i første artikkel er det eit kriterium at alle pasientane er over 18 år, og det kjem fram at dei er mellom 20-98 år der 81 prosent er over 65. Dette kan bli ei feilkjelde da mi oppgåve dreiar seg om personar som er 67 år og oppover. Eg ser på det som positivt at forkinga er søkt frå 2010 for at det er nyare forking. Når eg har nytta "Nasjonale faglig retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring" og "Kosthåndboka" har eg nytta sekundærkjelda, fordi eg stolar på innhaldet og ser på den som sikker. Eg har også nytta Mathiasen (2015) når eg har skreve om Virginia Henderson. Svakheit her kan være at dette er Mathiasen (2015) sin forståelse av Virginia Henderson. Dette kan vere ein svakheit fordi sekundærkjelda kan vere ein oversett utgåve av den primære kjelda, den primære kjelda er den opphavlege utgåva (Dalland, 2017, s. 162).

3 Teoridel

Her ynskjer eg å nytte faglitteratur og forskning til å gjere greie for problemstillinga.

3.1 Eldre- ein ernæringsmessig risikogruppe

Inne på ein institusjon kan personalet sjå kva næring pasientane tek inn, og kva dei hentar uttatt av mat til pasienten, det krev derfor ein spesiell oppfølging av pasientar i heimesjukepleien. I heimen kan det for eksempel vere pasienten sjølv, pårørande eller heimesjukepleien som lagar maten.

Nokre gonger kan ein lage til og sette fram mat, og ved neste besøk kan maten vere vekke. Det kan da vere vanskeleg å vite sikkert om det er pasienten som har ete, eller om den er blitt kasta.

Pårørande kan også setje tillaga mat i kjøleskåpet som heimesjukepleien skal sette fram, dette kan også bli ein utfordring om det kjem ulike personale innom som ikkje har detaljkunnskap om pasienten (Birkeland & Flovik, 2014, s. 63).

Ca 10% av dei sjuke eldre som bur heime, blir vurdert til å vere underernært, men enkelte undersøkingar viser at opp mot 46% av pasientane i heimesjukepleien er enten underernært eller i ein ernæringsmessig risikogruppe. Pasientgrupper som eldre, demente, einslege og funksjonshemma har særleg stor risiko for feil- eller under-ernæring. Fordi eldre er mindre fysisk aktive, har dei meir feittvæv og mindre musklar enn yngre. De har behov for mindre mat, men same behov for vitamina og minerala, og for god og næringsrik mat. I tillegg er eldre ei gruppe som er utsett for dehydrering fordi de har nedsett evne til å føle tørste (Birkeland & Flovik, 2014, s. 64).

Vurdering eller datasamling, enten det er ein førstegangsvurdering eller ein kontinuerleg vurdering av pasienten, bør inkludere ein grundig undersøking av ernæringsstatusen. Ei undersøking av ernæringsstatusen omfattar å finne ut og stadfeste om pasienten får i seg riktig mengde mat, og om maten har eit tilfredsstillande næringsinnhold. Ei vurdering vil ta føre seg måling av vekt og høgde, eventuelle vekttap siste månad, problem med tenner, munn og svelg, evne til å ete og eventuelt kvalme, oppkast, forstopping og diare. Det er anbefalt at pasienten følges opp med vektkontroll kvar månad. Mykje tyder på at vektkontroll er lite brukt i heimesjukepleien, og at det kan mangle prosedyrar som sikrar ernæringsoppfølging. Tiltak blir ofte satt i gang når personalet observerer at pasientens klede har blitt for store, fordi buksene siger ned. Andre symptom kan være at dei er trøtte, slappe, bleike, forvirra eller tiltakslause (Birkeland & Flovik, 2014, s. 66). Underernæring utviklar seg over tid og kan være vanskeleg å oppdage. Ernæringsstatus er resultatet av tilførselen,

forbruket og tapet av næringsstoffa. Ved å kartlegge ernæringsstatus får ein bekrefte eller avkrefta om pasienten har utvikla eller er i ferd med å utvikle eit ernæringsproblem (Brodtkorb, 2008, s. 256).

Med skalaen "Mini Nutritional Assessment" kan ein identifisere eldre som er i fare for underernæring (Brodtkorb, 2008, s. 257). Sjølv om kroppsmasseindeks (KMI) er lite nyansert mål, er det likevel den viktigaste metoden for vurdering av pasientens ernæringsstatus. KMI er forholdet mellom høgde og vekt (Brodtkorb, 2008, s. 256). Opplysingar om ernæringsstatus kan ein få gjennom kliniske undersøkingar, og ein samtale med pasienten i kartlegging av matlyst og matvanar. Når ein skal vege bør det skje på same tidspunkt på dagen, før frukost og med same vekt (Helsedirektoratet, 2012, s. 78).

3.2 Sjukepleiefagets eldste klassikarar

Innanfor mange fagområde finst det personar som har formidla tankar, sjølv om faga er i stadig forandring, er dei framleis relevante. Den teorien dei presenterte har framleis betydning for sjukepleieprofesjonen den dag i dag. Ein av desse personane er Virginia Henderson (Mathisen, 2015, s. 119). Virginia Henderson fylgde opp Florence Nightingale sin argumentasjon for nødvendighet av kompetent sjukepleie. For ho var det å ivareta pasientens grunnleggjande behov som då for eksempel mat og drikke, under sjukdom på same måte som pasienten sjølv ville ha gjort det (Mathisen, 2015, s. 120). Henderson meinte god sjukepleie er å hjelpe pasienten der han er, som ein ikkje klarar å meistre sjølv, og oppfatte pasienten som eit menneske som har fysisk, psykisk, sosial og åndeleg dimensjon (Mathisen, 2015, s. 127). Mykje av det som Henderson skriv om, dreiar seg om sjukepleiaren. Ein som alltid vil bli godt kjent med pasienten for å skjønne kva behov vedkomande har, er ein god sjukepleiar. Då må ein lytte, observere og ha evne til å tolke det som ikkje blir sagt med ord, og dette krev kunnskap (Mathisen, 2015, s. 135).

3.3 Heimesjukepleie som fagområde

For over hundre år sida begynte ein å pleie dei hjelpetrengande i heimen, og seinare blei dette sett på som så viktig at heimesjukepleien frå og med januar 1973 blei etablert som ein del av den offentlege helsetenestene (Birkeland & Flovik, 2014, s. 15). Lov om kommunale helse og omsorgsteneste kapittel 4 §4-1 har som formål å sikre tenestetilbodets kvalitet og eit likeverdig tenestetilbod (1982). I og med at heimesjukepleien utøvast i pasienten sin heim, kan me seie at heimesjukepleien som fagområde vert utøvd i skjeringspunkt mellom det daglege livet i heimen og offentleg tenesteyting. Dette medfører at heimesjukepleien kjem inn på det private området

(Birkeland & Flovik, 2014, s. 13).

Når ein arbeidar i pasientens heim, har pasienten retten til å bestemme sjølv. Som personell kjem ein inn i heimen som profesjonell yrkesutøvar, men samtidig ein besøkande. Derfor må ein vise respekt og forståing for pasienten sine val og ynskjer (Birkeland & Flovik, 2014, s. 43). Heimesjukepleien utløyser rettigheter for pasienten, som lov om pasient og brukarrettigheter (1999), på same måte har helsepersonell plikter dei skal utøve, som lov om helsepersonell (1999). Personellet må sjå og høyre pasienten, være pasientfokusert, involverande og open gjennom arbeidet (Birkeland & Flovik, 2014, s. 26).

Om personale ikkje har grunnleggjande sjukepleiekunnskap eller erfaring i møte hos pasienten i eige heim, vil dei ikkje ha tilstrekkeleg kompetanse til å observere situasjonen og dermed ikkje forstå kva som er pasientens behov. Kunnskap og erfaring gjer til at ein kan sjå problemet, til dømes underernæring, før de oppstår eller utviklar seg til å bli meir alvorlege (Birkeland & Flovik, 2014, s. 28).

3.4 Kunnskap og kompetanse

Kunnskap om eldre heimebuande og ernæring er viktig og er eit stort ansvar. Som sjukepleiar må ein vite kva og kvifor ein skal handle som ein gjer, ved å tileigne seg kunnskap og ferdigheit som er nødvendig som for eksempel om ernæringsrisiko (Thorsen, 2011, s. 120). Sjukepleie består av ulike former for kunnskap, både teori, ferdigheit og verdiar (Kristoffersen, 2011, s. 164). Erfaringsbasert kunnskap er knytt til konkrete situasjonar, denne kunnskapen blir utvikla gjennom systematisk og kritisk refleksjon over eigne erfaringar som sjukepleiar, det kan vere det ein ser når ein er heime hos pasienten. Ved brukarkunnskap omfattar omsyn til pasientens eige ynskje og behov, og da spesielt i heimen (Kristoffersen, 2011, s. 167). Teoretisk kunnskap har stor betydning for utøving av sjukepleie, men som åleine er utilstrekkeleg som grunnlag for kompetent utøving (Kristoffersen, 2011, s. 169). I profesjonsteoretisk litteratur skil det ofte mellom teoretisk og praktisk kunnskap. Praktisk kunnskap inngår i sjukepleiarens kliniske kompetanse. Sjukepleiarens observasjon knytes til pasientens tilstand og endringar, og hensikta er å oppretthalde liv og velvære, og då ernæring i heimen (Kristoffersen, 2011, s. 176).

Det er viktig at ein kvar enkelt sjukepleiar har vilje og evne til observasjon i kliniske situasjonar. Det dreiar seg både om sjukepleiarens bevisstheit og om verdsetting av slik kompetanse, men også om

den enkelte sin personlegdom og veremåte. Ein må også tolke og forstå informasjonen som blir gitt når ein reiser ut i heimesjukepleien. Utan evne til å tolke og forstå vil vurderinga av pasienten bli vanskeleg. Det som gir mening og innhald til observasjonane, er den teoretiske kunnskapen og den erfaringa ein har (Kristoffersen, 2011, s. 178). Omfattande og variert erfaring frå sjukepleiesituasjon er heilt avgjerande, i tillegg er det vesentleg at sjukepleiarar tileignar seg relevant kunnskap, og i dette tilfelle ernæring til eldre, samt at erfarne kollegar kan fungere som rollemodellar. Utvikling av kompetanse er også avhengig av at den enkelte sjukepleiar har evne og vilje til å reflektere over sin eigen prestasjon, det vil bidra til utvikling av yrkeskompetansen (Kristoffersen, 2011, ss. 192-193).

3.5 Tid og kontinuitet

Ein utfordring i heimesjukepleien er at pasientane må forholde seg til mange tilsette. Når heimesjukepleien er på besøk, er det ofte av kort varigheit. Ein kan seie at den sosiale kontakten og omsorga vil lide om det stadig kjem nye personar inn. Frå pasienten sin synsvinkel er det ikkje nødvendigvis, sosialt sett, berre ynskje om ein eller eventuelt to-tre personar å forholde seg til. Når ein snakkar om gruppepersonale kan det dreie seg om 10 og 20 personar. Om ein då ikkje er merksam på korleis ein organiserer besøka, kan nokon pasientar få altfor mange å forholde seg til (Birkeland & Flovik, 2014, s. 75). Der det er samansette problem som for eksempel hos eldre og med tanke på ernæring, er det større behov for rutinerte, kvalifiserte og stabile besøk (Birkeland & Flovik, 2014, s. 76). Pasientens behov for kontinuitet i tenestetilbodet kan sjåast i samanheng med betydninga av at pleiepersonalet kjenner pasienten. Å kjenne pasientens vaner, rutinar, historie og verdiar i forhold til ernæring er viktig for å kunne støtte opp i dagleglivet på tross av helsesvikt (Næss & Fergmann, 2008, s. 205). Det spesielle i heimesjukepleien er at ein jobbar hovudsakeleg åleine hos pasienten. Derfor er det nødvendig å utvikle evne til å stole på egne observasjonar og vurderingar i forhold til ernæring og til å ta sjølvstendige val der og då. Tidspresset er reelt, og evne til å prioritere og rasjonalisere med tida er påkravd. (Næss & Fergmann, 2008, s. 216).

3.6 Forskingsartiklar

Her blir funna og resultatane i forskingartiklane presentert. Artiklane er presentert kvar for seg med ein eigen tittel. Sjå vedlegg 2.

Risiko for underernæring

I denne studien kjem det fram at i gruppa for 65 år og eldre, var 29 prosent i kategorien moderert til høg risiko for underernæring. Dei som var i ernæringsmessig risiko var også meir sjuke enn andre, og

matinntaket hadde innverknad. Pasientane i faresona hadde betydeleg meir tyggje og svelgvanskar som gjorde det utfordrande å ete. Det kom fram at 16 prosent burde ha hatt ernæringsmessig behandling. Sjukepleiarane som var med i studie hadde 10 års jobberfaring. 54 prosent av sjukepleiarane meinte at underernæring ikkje var eit problem hos dei eldre som budde heime, og 57 prosent meinte at ernæringsmessig omsorg ikkje er prioritert i heimesjukepleien. Anbefalte screeningsverktøy for underernæring som "Mini underernæring screening verktøy" (MUST) og "Mini Nutritional Assessment" (MNA) var ikkje kjent. Berre 44 prosent av sjukepleiarane informerte legen om pasientanes etevanskar (Geurden et al., 2014).

Kjennskap til pasienten og ernæringsbehovet

Det kjem fram i artikkelen at heimesjukepleien skildra det som verdifullt med praktisk tilrettelegging av måltidet i ulike pasientsituasjonar. Fleire gav uttrykk for at dei diskuterte kva pasienten hadde i kjøleskapet. Nokre meinte også at det var upassande å vege pasienten på grunn av verdigheit og retten til å bestemme sjølv. Dei meinte også at det var vanskeleg å følge med på kva dei heimebuande faktisk et. Ved stressfulle dagar eller ved låg bemanningssituasjon blei det avgrensa tid til å fullføre kartlegging (Meyer et al., 2017).

Kunnskap hos helsepersonell

I artikkelen kom det fram at det alltid, eller ofte var brukarar med dårleg ernæringstilstand hos dei heimebuande, som både leiarar og helsepersonell meinte. Rundt 80 prosent ønska meir kunnskap om ernæringsarbeid hos begge. Mange helsepersonell ynskjer meir kunnskap i ernæringsarbeid, men fåtal av leiarane ynskjer seg det. Det kjem fram at kunnskap, tid og deretter ressursar som dei tre største hindringane knytt til vurdering og oppfølging av ernæringsstatus (Aagaard & Grøndahl, 2017).

Den låge kontinuiteten

I løpet av dei fire vekene studien varte, var det alt frå 5-35 ulike personale som besøkte pasienten. I artikkelen kom det fram at pasientane hadde hatt heimesjukepleie frå 3 månadar til 20 år. Den totale omsorgsbesøket varierte frå 11-190 besøk på dei fire vekene. Dagleg besøk varierte frå 1-7. I gjennomsnitt møtte ein same omsorgsperson tre gantar i løpet av dei fire vekene. Det kjem fram i studien at om ein hadde følgd planen, kunne pasienten ha møtt same personale 16 gantar i løpet av dei vekene, men på grunn av at spesiell kompetanse må nyttast andre plassar, redd for å bli utbrend og nokon pasientar ynskja å sjå ulike personale blei ikkje dette oppnådd (Gjevjon et al., 2013).

4 Kva utfordringar møter heimesjukepleien for å fange opp eldre som er utsett for underernæring?

I denne delen vil eg bruke nemnt teori, forskning og erfaring for å drøfte problemstillinga: Kva utfordringar møte heimesjukepleien for å fange opp eldre som er utsett for underernæring?.

4.1 Utfordrande å fange opp underernæring i heimen

Erfaring frå heimesjukepleien er at det er utfordrande å oppdage vanskar som tyggje, svelge og tap av appetitt da ein ikkje er heime hos pasienten til kvart måltid. I heimen kan pasienten laga mat sjølv, pårørande kan lage mat, ein kan få mat ein gong i veka som varer, eller heimesjukepleien kan sette fram for eksempel frukost. Ved neste besøk er maten vekke og ein tenkjer at pasienten har ete opp. Det kan og bli laga avtale der for eksempel pårørande lagar til mat i kjøleskåpet og heimesjukepleien skal sette fram. Det kan da blir ein utfordring om det er mange ulike som er innom på jobb som da ikkje har detaljekunnskap om pasienten (Birkeland & Flovik, 2014, s. 63). Dette er i tråd med Virginia Henderson (Mathiasen, 2015, s. 120), som står for at ein skal ivareta dei grunnleggande behova til pasienten, som her blir ernæring. Når ein ikkje følgjer opp ernæring, blir det eit svikt i dei grunnleggand behova.

Det skal ytes forsvarleg slik at pasienten får eit verdig tenestetilbod (Helse og omsorgstjenestelova, 1982, §4-1). Ein kjem inn i heimen som profesjonell yrkesutøvar, men samtidig besøkande, og i heimen har pasienten sjølbestemmelse (Birkeland & Flovik, 2014, s. 43). På den andre sida har eg lært gjennom praksis at ein ikkje er besøkande når ein går inn i heimen til brukaren, fordi ein besøkande ville ikkje gått inn på badet og inn i skåpet å henta det ein treng, sjølv om ein vise respekt for pasienten. Når ein går inn i ein heim vil ein alltid ha ulik kjemi med brukaren, men kunnskap og erfaring gjer slik at ein kan sjå problemet før det oppstår eller utviklar seg. Om ein går inn i heimen utan grunnleggande kunnskap eller erfaring vil ein ikkje ha tilstrekkeleg kompetanse til å observera situasjonen og da kan ein ikkje vete kva som er pasientens behov (Birkeland & Flovik, 2014, s. 28).

Sjukepleiarane understreka respekten for den heimebuande skulle få bestemme sjølv (Meyer et al., 2017, s. 8). Dei la vekt på den heimelege arena som eit privat rom, og enkelte sjukepleiarar meinte at det var upassande å vege pasienten og begrunna dette med pasienten sin verdigheit og sjølvbestemmelse. Det same seier Virginia Henderson (mathiasen, 2015, s. 120), at ein alltid må bli kjent med pasienten for å forstå kva behov den vedkommande har, at ein då er ein god sjukepleiar. Andre ønska å ikkje krenka de eldre kvinnene sine husmorsstoltheit, at ein ikkje skal fortelje ei eldre

husmor at ho ikkje kan ivareta matinntaket. Ein må også hugse på at mange pasientar vil sjølv kunne vere i stand til å ta hand om tilføringa av ernæring, men ein skal alltid være oppmerksom på at forhold kan endra seg (Helsedirektoratet, 2010, s. 27). Sjukepleiarane i undersøkinga til Meyer et al., (2017, s. 9) diskuterte korleis dei kunne forberede pasienten før ernæringskartlegginga, og meinte det var best å informere om veking kvelden før. At ein da kunne avtale eit passende tidspunkt saman med pasienten. På den andre sida kan dette vere utfordrande da eg erfara at ein ikkje alltid er innom pasienten kvar dag, men berre på dusjedag og veking. Ein anna utfordring gjennom erfaring er at ein klara ikkje alltid å hugse på kva som skal gjerast dagen etter før ein kjem på jobb og har arbeidslista. I studien til Meyer et al., (2017, s. 9) kom det fram at dei opplevde positiv tilbakemelding når dei informerte pasienten dagen før om veking.

4.2 Tilgjengelegheit av verktøy

Min erfaring frå heimesjukepleien var at ein veg pasienten som regel ein gong i månaden, men at dette ikkje alltid blei gjort fordi det vart gløymt. Erfaringsmessig var det utfordrande å vege pasient før måltid da pasienten ofte har ete frukost før heimesjukepleien var innom. Eg opplevde at nokre hadde vekt heime og nokre gongar måtte ein ta med frå vaktrom. Dette blir ein utfordring da ein bør vege pasienten med same vekt sidan vektene kan være ulike, som også er i tråd med retningslinjene (Helsedirektoratet, 2010). Eg opplevde at ein nokre gongar gløymde att vekta, og at det da kunne bli lenge til neste gang pasienten blei vegd, enten fordi det var lenge til neste besøk eller det rett og slett blei gløymt. Det vises at 29 prosent er i moderat til høg risiko for underernæring (Geurden et al., 2014, s. 639). Pasientar med risiko for underernæring var meir sjuke enn andre, og ein veit at eldre, pasientar med demens og einslege er pasientgrupper som er i stor risiko for underernæring (Geurden et al., 2014, s. 639). Dette i tråd med Birkeland & Flovik (2014, s. 64) at ein kan sjå tydelege forskjellar mellom dei som er i fare og dei som ikkje er i fare. Dei som er i fare hadde meir tyggje og svelgvanskar og tap av appetitt (Geurden et al., 2014, s. 639).

Over halvparten av sjukepleiarane meina at underernæring ikkje er eit problem og over halvparten kunne ikkje regne ut KMI. Sjukepleiarane kjente ikkje til screeningsverktøy som MUST eller MNA (Geurden et al., 2014, s. 639-640). Min erfaring er av at dette er verktøy som dei fleste har høyrte om, men som tenkjer er tidskrevjande og avansert. Eg tenkjer at dette er viktig å legge merke til, at i Belgia kjenner få til kartleggingsverktøy, medan eg opplev at i Norge har fleire erfaring med det. Ein datasamling av pasienten bør inkludera ei undersøking av ernæringsstatusen for å sjå om pasienten får i seg riktig mengde mat. Ei slik vurdering er måling av vekt, høgde og problem som med tenner, munn eller svelg. Det er også anbefalt å følgje opp med vekt kvar månad (Birkeland & Flovik, 2014, s.

66). Med skalen MNA kan ein identifisera om dei eldre er i fare for underernæring (Brodtkorb, 2008, s. 256). Det kjem fram at 13 prosent meiner at pasientane er underernærte og 57 prosent at underernæring ikkje er prioritert sjukepleie i heimen (Guerden et al., 2014, s. 639). Eg tenkjer at det er viktig at så mange meiner at underernæring ikkje er prioritert sjukepleie i heimen, da dette er eit så stort problem når ein ser på tala, og eit viktig grunnleggande behov ein skal dekke.

Erfaringsmessig tenkjer eg at det å vite om ein har vekt tilgjengeleg for å halde kontroll på pasienten sin ernæringsstatus er eit viktig hjelpemiddel som alle på ein arbeidsplass under opplæring må få vite kor ein kan finne. Det er ein utfordring å vege brukaren på grunn av rutinar (Aagaard & Grøndahl, 2017). Opplysningar om ernæringsstatus kan ein få gjennom kliniske undersøkingar, samtale med pasient. Når ein skal vege pasienten, noko som er anbefalt ein gong i månaden, bør det skje på same tidspunkt på dagen, før frukost og med same vekt (Helsedirektoratet, 2012, s. 78). Det same seier også dei Nasjonale fagleg retningslinjene, at pasienten som er innskreven i heimesjukepleien, skal kartleggast kvar månad (Helsedirektoratet, 2010, s. 16). Det er 54,8 prosent som seier nei til at kommunen har berbare personvektar som kan nyttast hos brukarane, 35,6 prosent seier ja og 9,6 prosent som veit ikkje (Aagaard & Grøndahl, 2017).

Av erfaring opplevde eg fleire gongar gjennom praksis at når tiden ikkje strakk til, blei kartlegginga utsett, dette er i tråd med studien til Meyer et al., (2017, s. 10) som seier at når presset var for stort i kvardagen, valte nokon å utsette kartlegginga til ein anna dag. Fleire peika på bemanningssituasjonen som begrensa for å gjennomføre kartlegginga. Dei var også kritiske til kommunens utforming av tidsbestemte vedtak. Da sjukepleiarane vurderte måltid for personar med liten appetitt, la dei vekt på den sosiale betydningen av måltida. For dei som budde åleine og åt lite, meinte sjukepleiarane at mat saman med andre er viktig trivselskapande tiltak. Dei vurderte at mat saman med andre ikkje var praktisk mogeleg å gjennomføra innan tidsramma i heimesjukepleien (Meyer et al., 2017, s. 10). Over halvparten av leiarane seier at det ikkje er rutinar for å vege pasienten ved faste intervallar, dette kan da vere ein utfordring da det ikkje blir satt av nok tid (Aagaard & Grøndahl, 2017, s. 9). Eg erfara at nokre plassar i heimesjukepleien sat me sammen med pasienten når dei åt. Eg opplevde det positivt for pasienten. Men det kunne ta lang tid, da ein prata samstundes, og klokka gjekk. Derfor erfarte eg at det var stressande når eg visste det var andre som venta og eg hadde ei liste med pasientar.

4.3 Kompetanse innanfor ernæring

Gjennom min praksis opplevde eg at ernæringsrisikoen hos dei heimebuande blei lite prioritert, fordi gjeremålet for dagen var det ein hadde fokus på, men også manglande kunnskap om ernæringsstatus hos kvar enkel brukar gjer til at personale unngår eller overser situasjonen. Som sjukepleiar må ein vite kva og kvifor ein skal handla slik ein gjer, og på den måten må ein tileigne seg kunnskap og ferdigheitar som er nødvendig for situasjonen (Thorsen, 2011, s. 120). Det er ein utfordring å vege brukaren i heimesjukepleien grunna kunnskap, tid og rutinar (Aagaard & Grøndahl, 2017). Det er viktig med kunnskap om betydninga av å vege pasienten for å sikre at retningslinjene blir følgt. Som sjukepleiar har ein ulike former for kunnskap. Gjennom erfaring får ein kunnskap som er knytt til situasjonar ein har komme opp i, der ein reflektera over eigne erfaringar som sjukepleiar (Kristoffersen, 2011, s. 167-169). Dette ser eg på som viktig da eg erfara at ein kan reflektera over kva som gjekk bra og kva som kunne vore betre. Når ein viser hensyn til pasientens eige ynskjer og behov får ein tileigna brukarkunnskap. Teoretisk kunnskap har stor betydning for utøvelsen av sjukepleie som er utilstrekkeleg for grunnlag for kompetent utøvelse (Kristoffersen, 2011, ss. 167-169).

Ein skal som helsepersonell innrette seg etter sine faglege kvalifikasjonar (Helsepersonellova, 1999, §4). Det kjem fram at 80 prosent av helsepersonell i heimesjukepleien ynskjer seg meir kunnskap om ernæringsarbeid (Aagaard & Grøndahl, 2017). Ein kan sjå at av dei 212 av helsepersonellet som var med i undersøkinga, var det 75 av dei som kjente til Nasjonale faglig retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring og 166 som ønska seg meir kunnskap i ernæringsarbeid. På spørsmål i studien om det er tydeleggjort kven som er ansvarleg for at brukaren får sitt ernæringsbehov dekkja svarar 104 nei, altså litt meir enn halvparten (Aagaard & Grøndahl, 2017, s. 9). Det er viktig at kvar enkelt sjukepleiar har evne til å vere oppmerksame i kliniske situasjonar (Kristoffersen, 2011, s. 178). På den andre sia må ein då som sjukepleiar vere bevisst på pasienten sin veremåte og kunne observere. Ein må tolke dei teikna som gir ein informasjon. Gjennom forskinga til Aagaard og Grøndahl (2017) kom det fram manglande kunnskap, men ein som sjukepleiar har som ansvar å tileigna seg relevant kunnskap (Kristoffersen, 2011, ss. 192-193).

Pleiepersonalet har ikkje rutinar på å vege pasienten ved faste intervall (Aagaard & Grøndahl, 2017). For ha den kompetansen er det også avhengig av at kvar enkel sjukepleiar har evne og vilje til å reflektera over det ein sjølve gjer, da dette bidreg til å utvikla kompetansen sin, og dermed få meir kunnskap, som på ei anna side vil sei at ein har eit eige ansvar for å få tileigna kunnskap (Kristoffersen, 2011, ss. 192-193).

4.4 Kontinuitet i arbeidet

Erfaringsmessig opplev eg at når ein skal til ein pasient ein sjeldan går til, konsentrera ein seg om det ein skal gjere og kan fort gløyme å sjå heile pasienten. Eg opplev at pasientane gav uttrykk for at dei likte når same personell kom tilbake dagen etterpå, men på den andre sida opplevde eg at nokre pasientar var glade for å få ulike personale innom, da dei hadde ulik kjennskap, kjemi og erfaring med personalet. Kontinuiteten i heimesjukepleien er låg og pasienten møtte same helsepersonell berre tre gonger i løpet av dei fire vekene studien heldt på (Gjevjon et al., 2013, s. 557). Dette er ein utfordring i heimesjukepleien, da pasientane må forholde seg til mange ulike personale, og for personale som da ser kvar pasient sjeldnare og ikkje får observert ernæringa. På same måte er ofte besøka korte, som gjer at observasjon av ernæring ikkje vil bli like god da det kjem stadig nye personale innom (Birkeland & Flovik, 2014, s. 75)

I heimesjukepleien jobbar ein oftast åleine når ein er ute hos pasientane. Det gjer til at ein må utvikle evne til å stole på egne observasjonar når det kjem til ernæring, og ofte er tidspresset ein utfordring når ein veit ein har mange ein skal innom til (Næss & Fergmann, 2008, s. 216). Hos dei pasientane som har samansette problem og har behov for god observasjon av kosthald og ernæringstilstand, er det større behov for rutiner, kvalifiserte og stabile besøk (Birkeland & Flovik, 2014, s. 76). Behovet for kontinuitet heng saman med betydninga av at helsepersonellet kjenner pasienten. Det å kjenne til vanar, rutinar, historie og verdier i forhold til ernæring for å kunne støtte opp i dagleglivet til pasienten (Næss & Fergmann, 2008, s. 205). Det er viktig med ein kostanamnese, ein samtale med pasienten om kva pasienten har ete og om det har skjedd endringar (Helsedirektoratet, 2012, s.87).

Gjennom praksis opplevde eg også at det var tryggare for meg å kunne gå til same pasient for å lettare observere heile pasienten. Sjølv om eg skulle inn for å ta på støttestrømper, kunne eg spørje om kva pasienten hadde ete til frukost, mens var det ein nyare pasient var fokuset på akkurat det eg skulle gjere, fordi eg ikkje kjente pasienten like godt. På den andre sida erfarte eg at det var lett å bli blind om ein gjekk til same pasient heile tida, fordi ein tenkjer ein kjenner pasienten. Kontinuiteten i heimesjukepleien er kompleks da ein eigentleg kan vere 16 gonger hos same pasient i løpet av fire veker, men er berre tre gonger, på grunn av sjukdom, møter, administrative oppgåver eller bytte av besøk hos pasientane (Gjevjon et al. 2013, s. 651). Eg erfara at er ein hos same pasient ein kveld og skal på jobb dagen etterpå, kan ein bytte med ein kollega for å få kontinuitet. Men på ei anna sida har eg og opplevd at ein ikkje har bytta fordi ein ønskje få litt variasjon i jobben og kunne gå til andre

pasientar for å ikkje bli lei. Der det er samansette problem som ved ernæring, er det større behov for rutinerte og stabile besøk (Birkeland & Flovik, 2014, s. 76).

5 Konklusjon

I studien har eg sett på ulike utfordringar heimesjukepleien kan møte ved å fange opp underernæring hos eldre. Eg har sett på utfordringar som tilgjengelegheita av verktøy, kunnskap og kontinuitet i arbeide.

I mi oppgåve såg eg på dei eldre over 67år. Opp mot halvparten var i moderat til høg fare for å bli underernærte. Dei eldre har ofte tyggje og svelge problem som kan vere vanskelege å oppdage om ikkje pasienten et når ein er innom i heimen. I følgje forskning kan det sjå ut til at over halvparten av tilsette i heimesjukepleie ikkje meiner underernæring er eit problem.

Funna frå litteraturstudien min viser utfordringar for å fange opp eldre som er utsett for underernæring i heimesjukepleien kan blant anna vere bruk av kartleggingsverktøy, kunnskap og kontinuitet. Funna viser at mange helsepersonell meiner at det ikkje er prioritert i heimesjukepleia. Helsepersonell ynskjer seg meir kunnskap om ernæring. Eit av dei viktigast verktøya i kartlegging av ernæring er vekt, som kan skape utfordring. Vekt er eit hjelpemiddel som fort kan bli gløymt igjen på kontoret som fører til at det kan ta lang tid til neste gang den er med til pasienten. I tillegg syner studien at kunnskap er ein anna utfordring, mange kjenner ikkje til retningslinjer og auka kunnskap trengst. Siste utfordring som eg har teke med i mi oppgåve er kontinuitet i arbeidet. Kontinuiteten er kompleks. Det kjem fram at kontinuiteten i heimesjukepleien er låg, dette blir ein utfordring da pasienten møter mange ulike personell og at personalet ser pasienten sjeldnare enn om kontinuiteten hadde vore høg. Ofte er besøka korte i tillegg som føre til at observasjonane i forhold til ernæring blir korte.

Eg vil avslutte oppgåva med å få fram at det er viktig at ein som sjukepleiar observera eldre heimebuande, og da med tanke på ernæringsstatusen. Det er viktig at ein har dei rette hjelpemidla med seg som ein kan bruke, at ein tileignar seg kunnskap og at ein får kontinuitet i arbeidet. Utan dette kjem det konsekvensar. I studien min konkludera eg at ein i sjukepleia og i den framtidige sjukepleieutdanninga må ha meir fokus på korleis ein skal fange opp underernæring hos dei eldre som bur heime.

Referansar

- Aagaard, H., & Grøndahl, V. A. (2017, Mars 25). Rutiner for å vurdere ernæringsstatus i hjemmesykepleie. *Sykepleien forskning*, s. 1-19. Henta 11. April 2018
doi:<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.61219>
- Birkeland, A., & Flovik, A. M. (2014). *Sykepleie i hjemmet (2.utg.)*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Brodtkorb, K. (2008). Ernæring, mat og måltider. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie* (ss. 254-266). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving (6.utg.)*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Geurden, B., Franck, E., Hartmann, M. L., Weyler, J., & Ysebaert, D. (2014, May 9). Prevalence of 'being at risk of malnutrition' and associated factors in adult patients receiving nursing care at home in Belgium'. *International Journal of Nursing Practice*, 635-644. Henta 9 April 2018.
doi:<https://doi.org/10.1111/ijn.12341>
- Gjevjon, E., Eika, K., Romøren, T. I., & Landmark, B. F. (2013, June 15). Measuring interpersonal continuity in high- frequency home healthcare services. *Journal of Advanced Nursing*, 70(3), ss. 553-563. Henta 13. April 2018.
doi:[10.1111/jan.12214](https://doi.org/10.1111/jan.12214)
- Helsedirektoratet. (2010, September 01). *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*. IS- 1580. Hentet 18. Mars 2018 frå
<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-underernering>
- Helsepersonellova. (1999). *Lov om helsepersonell av 02. Februar 1999, nr. 64* . Hentet 19. April 2018.
Hentet frå: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonellova>
- Kirkevold, M., Brodtkorb, K., & Ranhoff, A. H. (2008). *Geriatrisk sykepleie (1.utg.)*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Helsedirektoratet. (2012). *Kosthåndboka. Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten.*

IS- 1972. Hentet 25. April 2018

Henta frå <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/kosthandboken-veileder-i-erneringsarbeid-i-helse-og-omsorgstjenesten>

Helsedirektoratet. (2013) *Samhandlingsreformen.* Henta 16. Mai 2018

Henta frå: <https://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen>

Kristoffersen, N. J. (2011). Sykepleie- kunnskap og kompetanse. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, & E. A. Skaug, *Grunnleggende sykepleie Bind 1 (2.utg., ss. 161-195)*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Mathisen, J. (2015). Hva er sykepleie. I E. K. Grov, & I. M. Holter, *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie (5.utg., ss. 119-141)*. Oslo: Cappelen damm akademisk.

Meyer, S. E., Velken, R., & Jensen, L. H. (2017, Juli 31). Vurdering av ernæringsstatus- et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien. *Sykepleien forskning,1-20*. Henta 11. April 2018. doi:<https://doi.org/10.4220/Sykepleief.2017.61797>

Nordtvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert (2.utg.)*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Næss, G., & Fergmann, T. (2008). Eldreomsorg i hjemmesykepleien. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie (1.utg., ss. 196-218)*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kommunehelsetjenesteloven (1982). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester av 18.*

November 1982, nr. 63. Henta 25. April 2018.

Henta frå: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=Lov%20om%20kommunale%20helse%20og>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter av 02. Februar 1999, nr. 63.* Henta 25. April 2018 Henta frå: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02->

63?q=lov%20om%20pasient%20og%20brukerrettigheter

Romøren, T. I. (2008). Eldre, helse og hjelpebehov. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie* (1.utg., ss. 29-37). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Statistisk sentralbyrå. (2017). *Omsorgstenester*. Hentet 23. April 2018.

Hentet frå <https://www.ssb.no/pleie>

Slettebø, Å. (2008). Juridiske rammer og etiske utfordringar. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie* (1.utg., ss. 169-179). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Thorsen, R. (2011). Trygghet. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E. A. Skaug, *Grunnleggende sykepleie bind 3* (2.utg., ss. 105-132). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Vedlegg 1: Søk etter artiklar

Søkedato	Database	Søkeord	Treff	Kva gjorde eg med treffa	Resultat
9/4-18	Academic Search Elite inkludert Medline og Chinal	1.Elderly	444 639	Lagra treff	
		2.Homecare	639	Lagra treff	
		3.Malnutrition	12 250	Lagra treff	
		4.1+2+3 AND	2	Las begge abstrakta og nytta artikkel nummer to	“Prevalence of ‘being at risk of malnutrition’ and associated factores in adult patiens receiving nursing care home in Belgium”.
11/4-18	Svemed+	1.Hjemmesykepleie	42	Lagra treff	
		2.Ernæring	3324	Lagra treff	
		3.1+2 AND	2	Las alle abstract og nytta begge artiklane	“Vurdering av ernæringsstatus- et sykepleiefaglig ansvar I hjemmesykepleien” og “rutiner for å vurdere ernæringsstatus I hjemmesykepleien”.
13/4-18	Academic Serach Elite	1.Continuity of care	4004	Lagra treff	

	inkludert China				
		2.Continuity of indices	6	Lagra treff	
		3.Continuity of patient care	2942	Lagra treff	
		4.1+2+3 OR	4007	Lagra treff	
		5.Home care service	26 061	Lagra treff	
		6.Home health care	43 895	Lagra treff	
		7.5+6 OR	46 264	Lagra treff	
		8.Nursing	889 416	Lagra treff	
		9.4+7+8 AND	243	Såg gjennom ein del og valte ut nummer 7	“Measuring interpersonal continuity in high-frequency home healthcare service”

Vedlegg 2: Innhald i artiklar

Tittel/Forfatter/år	Studiedesign	Innhald	Funn	Drøftingsområder
Prevalance of 'being at risk of malnutrition' and associated factores in adult patients receiving (Geurden, Franck, Hartmann, Weyler, & Ysebaert, 2014)	Tverrsnittstudie, gjort i Belgia	Sikte på å evaluere utbredelsen av å være i fare for underernæring.	29 prosent var i stor risiko for underernæring, flest kvinner. Halvparten av personellet meinte underernæring ikkje er eit vanleg problem.	Sjukepleiefagleg ansvar
Vurdering av ernæringsstatus-et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien (Meyer, Velken, & Jensen, 2017)	Kvalitativ studie	Utforske korleis heimesjukepleie fortolkar og ivaretek faglig forsvarlig ernæringspraksis	Sjukepleiarane synst det var utfordrande å vurdere mat og drikkeinntak i løpet av døgnet.	Tilgjengeligheta av verktøy og rutiner
Rutiner for å vurdere ernæringsstatus i hjemmesykepleien (Aagaard & Grøndahl, 2017)	Kvantitativ tverrsnittstudie	Beskrive korleis rutinar leiarar og helsepersonell i heimesjukepleien nyttar for å vurdere pasientens ernæringsstatus	67 prosent av leiarane og 37 prosent av helsepersonell kjenner til helsedirektoratets retningslinjer.	Kunnskap hos helsepersonalet
Measuring interpersonal continuity in high-frequency home healthcare service	Tverrsnittstudie, gjort I norske kommunar	Vurdere graden av kontinuitet av helsetjenesta	Pasientane fekk I gjennomsnitt 51 besøk frå gjennomsnitt 17 ulike sjukepleiarar	Kontinuitet og tid

(Gjevjon, Eika, Romøren, & Landmark, 2014)			I løpet av fire veker, der ein møtte same person I snitt berre 3 gongar I løpet av vekene	
--	--	--	--	--