



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

BSD440-BOPPG-2023-HØST-FLOWassign

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	17-11-2023 09:00 CET	<b>Termin:</b>	2023 HØST
<b>Sluttdato:</b>	01-12-2023 14:00 CET	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave		
<b>Flowkode:</b>	203 BSD440 1 BOPPG 2023 HØST		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	401
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	6997
----------------------	------

Egenerklæring \*:  Ja

Jeg bekrefter at jeg har  Ja registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt \*:

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \*

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \*

Nei



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGAVE

Sykepleierens rolle og ansvar i  
ernæringsarbeid i hjemmesykepleie

The nurses' role and responsibility in  
nutrition work in the community nursing  
service

**Kandidatnummer: 401**

Desentralisert sykepleierutdanning GRSD19

Fakultet for helse- og sosialvitenskap/Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Innleveringsdato: 01.12.23

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle

kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

## **ABSTRACT**

### **Background**

Nutritional work in community nursing service report inadequate interventions. The nutritional work has been challenges for nurses in recent years.

### **Purpose**

The purpose was to investigate how nurses can improve the nutritional work based on the nurses' attitudes, experiences, and competence in practice.

### **Problem**

how can nurses contribute to increasing the quality of nutritional work in community nursing?

### **Method**

A literature study was used as a method. Five peer-reviewed articles from Norway were analysed.

### **Results**

The lack of knowledge, differences in nursing practice and lack of leadership prevent adequate nutritional work. Understaffing, little time and inadequate use of tools continue to be constant. The lack of nutritional information could affect the interdisciplinary interaction with healthcare workers and thus, the patient's nutritional treatment in the future.

### **Conclusion**

Increasing nursing competence helps nurses to identify patients at nutritional risk. Correct use of resources in a systematic nutritional assessment contribute to make

nutrition work more efficient. Moreover, interdisciplinary interaction with managers, health care personnel and family members must contribute to a satisfactory nutritional intervention.

**Keywords**

Community nursing service, Nutritional work, Knowledge, Resources, Interdisciplinary interaction

## INNHALDSFORTEGNELSE

1. INNLEDNING.....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2 Hensikten.....	2
1.3 Problemstilling.....	2
1.4 Avgrensing.....	2
2. METODE.....	3
2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	4
2.2 Søkeprosess.....	4
2.3 Kildekritikk.....	6
2.4 Etske overveielser og personvern.....	8
3. TEORI.....	8
3.1 Virginia Henderson (1897 – 1996).....	8
3.2 Kunnskap i sykepleie.....	10
3.3 Ernæringskartlegging.....	10
3.4 Sykepleierens dokumentasjonsplikt.....	10
3.5 Tverrfaglig samarbeid.....	10
3.6 Sykepleierens veiledningsansvar.....	11
3.7 Ledelse.....	11
3.8 Sykepleierbemanning.....	11
3.9 Lov, forskrifter og retningslinjer .....	11
4. RESULTAT.....	13
4.1 Kunnskap.....	13

4.2 Sykepleietiltak .....	13
4.3 Ledelse.....	14
4.4 Ernæringskartlegging.....	14
4.5 Tidsbegrensing og underbemanning.....	15
4.6 Dokumentasjon.....	15
4.7 Tverrfaglig samarbeid.....	15
5. DISKUSJON.....	16
5.1 Sykepleierens kompetanse.....	16
5.2 Ressurser.....	20
5.3 Samhandling.....	23
6. KONKLUSJON.....	25
7. REFERANSELISTE.....	26
8. VEDLEGG.....	31
8.1 Vedlegg 1: PICO verktøy med begrepene og søkeord.....	31
8.2 Vedlegg 2: Søkehistorikk.....	32
8.3 Vedlegg 3: Litteratormatrise.....	39
8.4 Vedlegg 4: Hoved- og underkategorier.....	44

# 1. INNLEDNING

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Tema for bacheloroppgaven er sykepleierens rolle og ansvar i ernæringsarbeid i hjemmesykepleie. Jeg er klinisk ernæringsfysiolog og studerer bachelor i sykepleie. Min erfaring som klinisk ernæringsfysiolog og som sykepleierstudent var at risikovurdering for underernæring og ernæringsoppfølging var delvis gjennomført hos sykepleiere i praksis. Ifølge Nasjonale kvalitetsindikatortall, er mindre enn en tredjedel av pasientene som mottok hjemmesykepleien i 2022, vurdert for ernæringsmessig risiko (Helsedirektoratet, 2023).

Manglende kompetanse, variasjon i klinisk praksis, dårlige holdninger og ansvarsfordeling, ufleksibelt mattilbud, ufullstendig dokumentasjon i pasientjournalen, underrapportering av uønskede hendelser og mangelfull samhandling mellom primær- og sekundærhelsetjeneste forhindrer en tilstrekkelig ernæringsoppfølging hos sykepleierne i helsetjenesten (Nasjonalt råd for ernæring, 2017, s. 20 – 23).

Den nye «Bu trygt heime» reformen (Meld. St. 24 (2022 – 2023) ønsker blant annet en ny organisering av faglige ressurser. Det vil si helsepersonell med riktig kompetanse i kommunenes omsorgstjenester samt å gi trygghet hjemme til hver enkelt person med en forebyggende hjemmebasert tjeneste (s. 15 – 161).

Videre, er det viktig å ha kjennskap til at den nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring revidert i mars 2022 anbefaler risikovurdering for underernæring hos alle pasienter i hjemmesykepleien. Sykepleierens ansvar i kommunen er å gjennomføre ernæringsoppfølging som en del av tjenesten. Ernæringsoppfølgingen er et helsefremmende og forebyggende arbeid for sykepleierne i primærhelsetjeneste og siden hjemmebaserte tjenesten er under utvikling slik at flere kan bo trygt hjemme og få hjelp til blant annet adekvat

ernæring, er det viktig å undersøke om hvordan sykepleiere kan styrke ernæringsarbeid i hjemmesykepleien for pasientens beste.

Av denne grunn ønsket jeg derfor å ha fordypningspraksis i hjemmesykepleie og følge opp ernæringsstatusen hos pasientene som mottok hjemmetjenesten, for å innhente relevant informasjon til min bacheloroppgave og ikke minst for å øke min kunnskap innen ernæringsarbeid som kan brukes senere som sykepleier. Ernæring er et grunnleggende behov som sykepleieren må ivareta for å fremme helsen og velvære hos pasienten.

## **1.2 Hensikten**

Hensikten med oppgaven var å undersøke hvordan sykepleiere kan bidra til å øke kvaliteten av ernæringsarbeid i hjemmesykepleien basert på sykepleierens holdninger, erfaringer og kompetanse i praksis.

## **1.3 Problemstilling**

Hvordan kan sykepleiere bidra til å øke kvaliteten i ernæringsarbeidet til pasienter som mottar hjemmesykepleie?

## **1.4 Avgrensing**

Med denne oppgaven ønsker å belyse sykepleierens ernæringsarbeid i hjemmesykepleien. Jeg har avgrenset oppgaven til norske artikler fordi det var ønskelig å beskrive problemfeltet i Norge. Selv om ernæringsutfordringer øker med alderen og over halvparten av eldre hjemmeboende er i risiko for underernæring (Kirkevold, 2020, s. 251); beskriver oppgaven sykepleierens ernæringsarbeid uavhengig av alder og sykdom, og sentrerer ikke litteratursøk på underernæring. Dessuten, er oppgaven avgrenset til sykepleierens perspektiv til tross for at det er viktig å ta hensyn til pasientens perspektiv i arbeidet for å sikre tilpasset og tilstrekkelig ernæring. Dette har ikke blitt inkludert i oppgaven.



## 2. METODE

I dette kapitlet presenteres den metodiske fremgangsmåten jeg har brukt til å samle inn forskningsartiklene som kan belyse problemstillingen min. Metode er den systematiske fremgangsmåte som brukes til å innsamle informasjon og kunnskap for å løse problemstillingen. Den skal være presist formulert, slik at leseren kan etterprøve det man har gjort og trekke samme konklusjon (Thidemann, 2020, s. 74).

Metoden man bruker til datainnsamling kan være kvantitativ eller kvalitativ orientert (Dalland, 2021, s. 54). I en kvantitativ metode, vil data svare på spørsmål som *Hvor mye? eller Hvor ofte?*. I en kvalitativ metode vil datainnsamling svare på spørsmål relatert til menneskelige egenskaper, samhandling, utvikling eller helhet som *Hva betyr...? Hvordan foregår...? Eller Hvordan oppleves...?* (Thidemann, 2020, s.76). Når kvantitativ og kvalitativ metode slås sammen i en studie, kalles det på engelsk «mixed methods» studie. Målet med den tredje metodetilnærmingen er å styrke begge metoder og minimere deres mulige svakheter som er forbundet i hver enkel metode (Thidemann, 2020. s. 77).

Når det ikke brukes en bestemt metode i studien, må det gjøres rede for hvilken fremgangsmåte som var brukt ved datainnsamling (Dalland, 2021, s. 56). Jeg har utført en litteraturstudie, som er «en beskrivelse av kunnskap og en analyse av et utvalg av studier som finnes innenfor et bestemt fagområde» (Forsberg & Wengström, 2013, referert i Thidemann, 2020, s.79).

Jeg brukte lærebøker, retningslinjer, prosedyrer, lover og forskrifter, og offentlig dokumentasjon til å orientere meg om temaet. Fordypningspraksis hjalp meg å videreutvikle problemstillingen i oppgaven. Jeg jobbet med nye prosedyrer for vurdering og behandling av underernæring i etat for hjemmebaserte tjenester som oppstartet i januar 2022.

Da jeg avklarte problemstillingen i oppgaven, gikk jeg grundig gjennom litteratur og forskning i forhold til temaet og problemområdet som var valgt. Valgte artiklene i oppgaven har både kvalitativt og kvantitativt fokus; i tillegg til en mixed methods studie. Forutsetningen med valget er å ha en dyp kunnskap som kunne svare på problemstillingen i oppgaven.

## **2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier**

Jeg inkluderte fagfellevurderte artiklene med fulltekst tilgang på engelsk i systematiske litteratursøket. Jeg valgte Europa som geografisk område fordi dette inkluderer både Norge og andre nordiske landene med liknende sykepleiepraksis. Populasjonen var «sykepleiere», men jeg avgrenset gjeldende søk til «all adult» som inkludere pasienter over 18 år. Ifølge nye retningslinjer er de målgruppen for ernæringspraksis i hjemmesykepleien. Artiklene fra helse- og omsorgstjenesten var inkludert. Det var hjemmesykepleien som var prioritert området. Jeg ekskluderte artiklene eldre enn 10 år og som ikke handlet om sykepleie og ernæringsarbeid.

## **2.2 Søkeprosess**

Jeg har søkt systematisk etter litteratur i relevante databaser, vurderer kritisk resultatene og sammenfatter dem for å belyse problemstillingen i oppgaven slik det er beskrevet av Grønseth & Jerpseth, (2019, s.80).

Jeg brukte PICO verktøyet for å strukturere søkespørsmål og få svar gjennom litteratursøket (vedlegg 1). Ifølge Kunnskasbasertpraksis.no er verktøyet godt egnet for spørsmål om opplevelser og erfaringer (Helsebibliotek, 2023). Temaområdet var «sykepleie og ernæringsarbeid». Søkespørsmål fra den foreløpige problemstillingen var knyttet til sykepleiernes holdninger, kunnskap, erfaring, kompetanse eller praksis for ernæringsarbeid hos pasienter i hjemmesykepleien. Jeg søkte på flere ord på engelsk og norsk for et og samme begrep ved hjelp av trunkering og frasesøk i søkefeltet for å treffe på synonyme ord. Deretter, koblet jeg de enkelte søkeordene sammen med de boolske operatorene AND og OR. Søkeordene kommer fra MeSH, fritekst og egen emneordsystemer fra databasen.

Jeg brukte CINAHL til systematisk litteratursøk. Denne databasen registrerer opplysninger om sykepleie forskning; men jeg fikk beklagevist for mange treff for enkelte ord og null treff for ordkombinasjonen. Dette synliggjorde at problemstillingen var for vid og at den burde presiseres. Derfor valgte jeg å avgrense søketreff med SveMed+ database som registrerer nordiske artikler for helsefag. Her fant jeg to artikler relevant til oppgaven. Deretter brukte jeg sykepleiefaglige tidsskrifter for å finne lignende artikler med bestemte søkeord. Her fant jeg en artikkel til. Etter en grundig lesing av de tre artiklene og erfaring fra min fordypningspraksis gjorde jeg et oversiktsøk i Google Scholar og CINAHL med bestemte søkeord for å komplementere besvarelsen til endelig problemstilling i oppgaven. Her fant jeg to artikler til. Søkehistorikken ble registrert for senere etterprøvbarehet (vedlegg 2). Artiklene ble laste ned i fulltekst i ORIA.

Alle norske artiklene som ble valgt til oppgaven, ble klassifisert i en litteraturmatrise etter en grundig gjennomlesing (vedlegg 3). De valgte artiklene var:

**A. Eide, H. D., Halvorsen, K. & Almendingen, K. (2015). Barriers to nutritional care for undernourished hospitalised older people.**

Kvalitativ studie som med fire fokusgruppeintervjuer beskriver sykepleiernes erfaring og utfordringer med forebygging og behandling av underernæring på sykehus.

**B. Meyer, S. E., Velken, R. & Jensen, L. H. (2017). Vurdering av ernæringsstatus – et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien.**

Kvalitativ studie som med tolv gruppesamtaler utforsker hvordan hjemmesykepleierne fortolker og ivaretar faglig og forsvarlig ernæringspraksis ifølge nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring.

**C. Aagaard, H. & Grøndahl, V. A. (2017). Routines in the community nursing services for assessing nutritional status.**

Tverrsnittstudie som bruker spørreskjema for å undersøke hvilke rutiner ledere og helsepersonell i hjemmesykepleien benytter for vurdering av ernæringsstatus.

**D. Alne, E.K. F., Øie, T., Søliland M. & Gjesdal K. (2021). Sharing meals: promising nutritional interventions for primary health care including nursing students and elderly people.**

Studien har en eksplorativt og beskrivende kvalitativdesign som undersøker hvordan sykepleierstudentene kan være en ressurs for ernæringsarbeid hos hjemmeboende pasienter med å spise sammen ukentlig.

**E. Halvorsen, K., Eide, H. K., Sortland, K. & Almendingen, K. (2016). Documentation and communication of nutritional care for elderly hospitalized patients: perspectives of nurses and undergraduate nurses in hospitals and nursing homes.**

«Mixed methods» studie med kvalitativt fokus som undersøker hvordan sykepleierne dokumenterer ernæringsarbeid for eldre pasienter på sykehus og hvordan sykepleierne og sykepleierstudentene overfører ernæringsrelaterte informasjon mellom sykehus og sykehjem.

### **2.3 Kildekritikk**

Dalland (2021, s. 143) mener at det må stå tydelig om hvorfor artiklene er valgt og hvordan dette ble gjort under litteratursøk. Artiklene i oppgaven er kritisk vurdert i forhold til forskningsdesign, gyldighet, holdbarhet og relevans. Overførbarheten av funnene til andre sammenhenger i praksis, som for eksempel fra sykehus til hjemmesykepleien, ble også kritisk vurdert etter egenerfaring fra fordypningspraksis. Dette gjelder artiklene A og B. Selv om man alltid må forholde seg til litteraturen i faget, er erfaring fra praksis en viktig kunnskapskilde som bidrar til oppgaven ifølge Dalland (2021, s. 139).

Kvaliteten på artiklene ble kritisk vurdert ved hjelp av sjekklister fra Helsebiblioteket (Helsebiblioteket, 2023). Artiklene A, B, D og E ble kritisk vurdert etter sjekklister for kvalitative studier. Det finnes ikke egen sjekklister for «mixed methods» for artikkelen E, men jeg valgte kvalitativ sjekklister fordi studien brukte fokusintervjuer. Artikkelen C var kritisk vurdert etter sjekklister for prevalensstudie.

Hoveddatabasen til litteratursøket var CINAHL, som inneholder tidsskriftartiklene som Journal of Clinical Nursing (JCN) og BMC Nursing; hvor artiklene A og E ble først publisert. Disse to nevnte artiklene ble ikke funnet frem i første søket på grunn av antall treff, men de ligger i CINAHL og kan finnes ved manuelt søk. Artiklene B og C ble også publisert i et sykepleiefaglig tidsskrift, noe som styrker litteratursøket. Likevel er alle de fem artiklene fagfellevurderte ifølge ORIA.

Artikkel D ble ikke publisert i en database utbygd for sykepleiefaglige emner, men den ble valgt fordi studien var et samarbeidsprosjekt mellom Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester, Sykepleierutdannings avdeling ved Universitet i Stavanger, helsestasjonen og andre helsetjenester i Rogaland. Dette kunne gi et sykepleieperspektiv til studien. Oversettelsen fra engelsk til norsk kunne ha vært en utfordring når man skal lese kritisk og reflektert; men leste artiklene flere ganger for å unngå misforståelser, slik Thidemann (2020, s. 92) anbefaler.

Det som kan svekke litteratursøket, er at SveMed+ databasen ikke er oppdatert siden 2019 ifølge deres hjemmeside og jeg kan ha mistet nyttig informasjon. Imidlertid, svinger publiseringsårene fra valgte artiklene fra 2015 til 2021; noe som er innenfor tidsspennet i oppgaven. Dalland anbefaler å begrense seg til de siste fem årene i sykepleiefaget (2021, s. 149); men jeg fant ut under litteraturgjennomgangen at det ikke er så mange fagfellevurderte artikler i Norge om sykepleierens ernæringsarbeid i hjemmesykepleieren sammenliknet med et annet forskningsfelt. Dette fikk meg til å reflektere over hvor viktig og aktuelt det var å avgrense valget til kun norske artikler. Målet med oppgaven er ikke å sammenligne med andre land; men å beskrive bedre problemfeltet i Norge.

Jeg er klar over at oppgaven presenterer ikke et fullstendig litteratursøk og har brukt sekundærlitteratur til sykepleieteoretiker Virginia Henderson; men jeg brukte funnene fra de artiklene som kunne belyse på en god måte problemstillingen i oppgaven som handler om hvordan sykepleiere kan bidra til å øke kvaliteten av ernæringsarbeidet til pasienter som mottar hjemmesykepleie.

## **2.4 Ethiske overveielser og personvern**

Forskningsetikk omfatter vurdering av alle trinnene i forskningen opp mot samfunnets normer og verdier, samt å ivareta personvernet, integritet og velferd av alle deltakere i studien (Dalland, 2021, s. 168). Jeg har vurdert de etiske overveielserne i hver studie.

Studiene fra artiklene A og E er godkjent av sykehusets personvernkommissjon og styret, mens studiene fra artiklene B og C er godkjent av Personvernombudet for forskning/Norsk senter for forskningsdata (NSD). Videre, er studien fra artikkel D godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Alle informantene i studiene har gitt informert, skriftlig, konfidensielt samtykke og deltakelse var frivillig.

Jeg er klar over at bruk av erfaringen fra fordypningspraksis i oppgaven kan ha etiske utfordringer i forhold til hvordan jeg oppfattet det jeg observerte. Men målet var å løse problemstillingen, og ikke være talsperson for andres interesser.

Hjemmesykepleierne fikk en presentasjon med forklaring om hvordan observasjonen skulle foregå, men ingen av dem ble intervjuet.

## **3. TEORI**

### **3.1 Virginia Henderson (1897 – 1996)**

En profesjonell sykepleier må anvende en teoretisk og metodologisk begrepsramme basert på en filosofi, teori eller sykepleiemodell. Hensikten med sykepleieteori er først og fremst være nyttig i sykepleiepraksis (Kirkevold, 1998, s. 46).

Bacheloroppgaven baserer seg på Virginia Henderson sin teori, fordi hun var blant de første som definerte hva som er sykepleierens særegne ansvarsområde.

Virginia Henderson (1966) referert i Henderson, 2004:

Sykepleierens særegne funksjon er å hjelpe personen, syk eller frisk, i utførelsen av de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse (eller til en fredfull død), noe han ville gjort uten hjelp om han hadde hatt tilstrekkelige krefter, kunnskaper og vilje, og å gjøre dette på en slik måte at personen gjenvinner uavhengighet så fort som mulig. (s. 12)

Ifølge sykepleiedefinisjonen hennes først utgav i 1955; har både syke og friske mennesker et grunnleggende behov og sykepleierens funksjon må egne seg til disse behovene når dets egne ressurser ikke strekker til på grunn av sykdom og helsesvikt (Grimsbø et al., 2011, s. 209).

I 1960 utgav hun beskrivelse av 14 komponenter som ble kalt grunnleggende sykepleieprinsipper og utgjør gjøremål for sykepleiere. Grunnprinsippene omfatter de fysiske-, psykiske-, sosiale- og eksistensielle behov som er uatskillelige siden sinn og kropp henger sammen (Henderson, 1966, 1991 referert i George, 2011, s. 91).

Henderson mener at å hjelpe pasienten med ernæring, mat og drikke er et grunnleggende sykepleietiltak som må baseres på pasientens oppfatning, slik at grunnleggende behovet er dekket (Kirkevold, 1998, s. 103).

Sykepleierens ansvarsområder befinner seg i pasientenes gjøremål som ikke blir utført av pasienten selv. Sykepleieren må samle informasjon basert på disse sykepleieprinsippene og bruke kunnskapen til å vurdere behovet for sykepleietiltak og identifisere pasientproblem. Når sykepleieren identifiserer problemet pasienten har, kan effektive omsorgsplan eller tiltak iverksettes (Henderson, 1997, referert i George, 2011, s. 94).

### **3.2 Kunnskap i sykepleie**

Sykepleieren må ha kunnskap og ferdigheter som til sammen gir den grunnleggende kompetanse som forventes av sykepleieren ved å holde seg faglig oppdatert i vurdering av egen sykepleiepraksis (Norsk sykepleierforbund, 2022, s. 10).

### **3.3 Ernæringskartlegging**

Sykepleieren har ansvar for å gjennomføre risikovurdering hos pasientene som mottar hjemmesykepleien. For pasienter i risiko, skal individuell kartlegging utføres. Kartleggingen retter seg mot å finne årsak til risiko eller underernæring (Helsedirektoratet, 2022, s. 37).

### **3.4 Sykepleierens dokumentasjonsplikt**

For pasienter som er i risiko for underernæring skal individuell ernæringsplan med sykepleietiltak utformes. Sykepleierens ansvar for at ernæring tilpasser pasientens behov og ønsker, skal dokumenteres. Dette skal bidra til å samle data, vurdere pasientens ernæringsstatus kontinuerlig og justere sykepleietiltakene (Helsedirektoratet, 2012, s. 25). Sykepleieren skal overføre dokumentasjon og samhandle med neste tjenesteledd og passe på at pasientens ernæringsinformasjon er oppdatert i pasientjournalen (Helsedirektoratet, 2022, s. 37).

### **3.5 Tverrfaglig samarbeid**

Sykepleieren har også ansvar for å samarbeide i et tverrfaglig team med fagpersoner hvis det er behov for det. Inne i teamet, er det sykepleieren som normalt vil ha ansvar for at ernæringsoppfølging å passe på at pasienten blir informert om ernæringsstatusen sin og videre ernæringsplan og behandling i samvær med pasienten (Helsedirektoratet, 2012, s. 25).



### **3.6 Sykepleierens veiledningsansvar**

Veiledningsansvar hos sykepleiere innebærer å hjelpe pasient og pårørende i å finne en hensiktsmessig måte å samarbeide. Sykepleieren skal gi rett informasjon og nødvendig undervisning og opplæring knyttet til den situasjonen pasienten og pårørende befinner seg i (Kirkevold, 2020, 149).

### **3.7 Ledelse**

Ledere i hjemmesykepleien er oftest sykepleiere. Sykepleieren leder sin egen og sykepleieteamets arbeidsdag i praksis med beslutninger basert på faglige normer som hjelper til et helsefremmende og inkluderende arbeidsmiljø. Sykepleieren må bli kjent med lover, regler og øvrige rammebetingelser for å ha en kritisk holdning til arbeidet (Grimsbø et al., 2011, s. 19).

### **3.8 Sykepleierbemanning**

Mangel på sykepleierbemanning er godt kjent. Politiske utvikling i landet med oppgaveforskyving fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten øker behov for kompetanseløft blant sykepleiere, slik at sykepleieren kan møte nye utfordringer og nye roller i hjemmebaserte tjenesten (Glavin, 2016, s. 44).

### **3.9 Lov, forskrifter og retningslinjer**

Sykepleierens ernæringsarbeid skal være i samsvar med helsepersonelloven (1999, § 4) som stiller krav til forsvarlighet og omsorgsfull hjelp i yrkesutøvelsen. Loven plikter helsepersonell som sykepleiere til å yte faglig og forsvarlig omsorgsfullhjelp til pasienten i henhold til sykepleierens kompetanse eller henvise pasienten videre til en annen helsepersonell dersom dette er nødvendig.

Forsvarlighetskravet er også lovfestet i helse- og omsorgstjenesteloven (2011, § 4 - 1) som regulerer helse- og omsorgstjenesten i kommunen. Ifølge loven, er kommunen pliktig til å tilby et helhetlig, faglig, verdifulle og koordinerte helse- og

omsorgstjenestetilbud til pasienten og passe på at helsepersonell som utfører arbeidet oppfyller sine lovpålagte plikter. Videre, understreker nevnte loven at det er kommunens ansvar å fremme helse og forebygge sykdom hos pasienten gjennom opplysning, råd og veiledning (2011, § 3 – 3). Ernæringsarbeidet er omfattende her. Dessuten, samme loven plikter kommunen til å utarbeide en individuell plan til pasienten og kontakte andre tjenesteytere dersom det er behov for det (2011, § 7–1); i tillegg til å sikre at journal- og informasjonssystemet blir forsvarlig (2011, § 5 – 10).

Pasient- og brukerrettighetsloven forsikrer en individuell plan i samvær med pasienten så lang som mulig (1999, § 3 – 1) med rett til nødvendig informasjon av tjenestetilbudet for å opprettholde pasientens rettigheter (1999, § 3 – 2).

Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene sikrer at fysiologiske behov som tilstrekkelig næring, variert kosthold og matvalg hos pasientene som mottar pleie- og omsorgstjenesten (2003, § 3).

Nasjonale retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring anbefaler å avdekke, forebygge og behandle underernæring hos alle pasienter over 18 år som mottar hjemmesykepleien, samt å sikre tverrfaglig samarbeid og involvering av kvalifisert helsepersonell ved behov med nødvendig dokumentasjon og videreføring av ernæringsrelatert informasjon (Helsedirektoratet, 2022, s. 3).

Ny Bu trygt heime-reforma har som mål å jobbe for at flere eldre kan bu trygt hjemmet med å styrke kommunale helse- og omsorgstjenester gjennom bedre bruk av kompetent helsepersonell og samlende ressursene (Meld. St. 24 (2022 – 2023), s. 7).

## **4. RESULTAT**

I dette kapitlet skal resultatene av litteratursøk presenteres tematisk. Funnene ble analysert og de som hadde samme meningsinnhold ble sammenfattet i kategorier (vedlegg 4).

### **4.1 Kunnskap**

Flere norske artikler avslørte behov for kunnskap om vurdering av ernæringsstatus (Eide, 2015; Meyer, 2017; Aagaard, 2017). I Eide et al. (2015, s. 700) sin studie ble sykepleiere på sykehuset usikre på hvordan de skulle vurdere ernæringsstatus hos eldre pasienter. De brukte ordene «underviktig», «mager» eller «spise lite» istedenfor «underernært» på grunn av manglende kunnskap og lite kjennskap til faglige retningslinjer. Sykepleierne uttrykte ønske om interne kurs om ernæring. Videre, to år senere i Meyer et al. (2017, s. 5) sin studie, prøvde hjemmesykepleierne å definere «underernæring» mens de begrunnet om de hadde kjennskap til pasientens ernæringsbehov. De brukte uttrykket «de spiser lite» istedenfor «underernæring». Å ha lest nasjonale faglige retningslinjer etterpå, hjalp hjemmesykepleierne å forstå sammenhengen mellom pasientens behov og faktisk inntak.

To studier understreket at god kunnskap om pasienten var betydningsfull for å iverksette målrettede tiltak rundt mat, måltider og spisesituasjon. Mens hjemmesykepleierne i Meyer et al. (2017, s. 5) sin studie, uttrykte at de var så kjent med pasientene og at de gikk «inni huset med en gang hjemmet ble kaotisk»; reflekterte sykepleierstudentene i Alne et al. (2021, s. 7) sin studie om viktigheten i å ha nok tid under hvert besøk for å bli kjent med pasientene siden det var en dårlig opplevelse å spise sammen med ukjente.

### **4.2 Sykepleietiltak**

Det ble rapportert begrenset mattilbud både på sykehuset og hos pasientene når ernæringstiltaket skulle settes i gang (Alne, 2021; Eide, 2015). Sykepleierne på

sykehuset klaget over manglende variasjon i maten samt manglende sykepleieferdigheter til individuell kartlegging av ernæringsbehov. Som eksempel, kunne de gi «standard sondeløsninger» til pasienter med enteral ernæring istedenfor å beregne først energibehovet (Eide et al., 2015, s.700). Derimot, sykepleierstudentene i hjemmesykepleien fra en annen studie; nevnte at selv om ferdighetene var smakfulle, var de ikke energitette. De vurderte ernæringsbehov ut fra pasientens helsetilstand og brukte smør, olje, ost og fløte for å øke kalorimengde i retten; krydder ved nedsatt smak og et ekstra måltid eller små porsjoner ved dårlig matlyst (Alne et al., 2021, s. 5 - 6).

#### **4.3 Ledelse**

Hjemmesykepleierne i Meyer et al. (2017, s.5) sin studie trakk frem at lederne og kommune må ha interesse for en systematisk ernæringskartlegging som innebærer å innarbeide rutiner for både personalet i forvaltning og personalet i hjemmetjenesten. En annen studie blant faglige ledere i hjemmesykepleien avslørte at 63,8% av lederne ikke visste at det forelå skriftlige prosedyrer for vurdering av ernæringsstatus. Videre, sa 58,7% av lederne at de ikke hadde rutiner for kartlegging og oppfølging. En 48,2% av lederne konkluderte at det ikke var tydeliggjort hvem som hadde ansvar for tilgodesett ernæringsbehov hos pasienten. For faglige ledere i Norge var det kunnskap, tid og ressurser de tre største hindringene knyttet til vurdering og oppfølging av ernæringsstatus i hjemmesykepleien (Aagaard & Grøndahl, 2017, s. 6).

#### **4.4 Ernæringskartlegging**

Syke og betydelige undervektige pasienter med svært lavt matinntak er prioriteringsgruppen for ernæringskartleggingen blant sykepleierne (Eide, 2015, s. 701; Meyer, 2017, s. 5). Ifølge Meyer et al. (2017, s. 6) sin studie, kan kartleggingsverktøyet styrke hjemmesykepleiernes observasjoner og samhandling med pasientene. Hjemmesykepleierne i denne studien konkluderte at kartleggingsverktøyet, vekt, målband samt forhåndsplanlegging av kartleggingsdag

gjorde ernæringsarbeidet lettere for dem. Kartleggingen tok mindre tid enn forventet og var positivt mottatt av pasientene.

#### **4.5 Tidsbegrensing og underbemanning**

Hjemmesykepleierne i Meyer et al. (2017, s. 7) sin studie, uttrykte at bemanningssituasjonen påvirket kartleggingsdagen og at medspising hos pasientene ikke var praktisk mulig å gjennomføre innenfor tidsrammene. Fire år senere i Alne et al. (2021, s. 6) sin studie, uttrykte sykepleierstudentene at å spise sammen med pasientene under studien, ga en fullverdig innsikt i pasientenes situasjon sammenliknet med helsepersonell som jobbet i hjemmesykepleien og hadde tidsbegrenset arbeidslister. Undersøkelsen blant helsepersonell i Norge avslørte at tid, kunnskap og ressurser var de tre største hindringer knyttet til vurdering og oppfølging av ernæringsstatus (Aagaard & Grøndahl, 2017, s. 6).

#### **4.6 Dokumentasjon**

Sykepleierne i Halvorsen et al. (2016, s. 6 – 7) sin studie, opplevde begrenset videreformidling av ernæringsinformasjon mellom sykehus og sykehjem. Begge gruppene var misfornøyd med informasjonen de fikk, men ganske fornøyd med informasjonen de ga. Sykepleierne fra sykehus erfarte at de måtte be sykehjem om mer ernæringsinformasjon om pasientene fordi denne var begrenset eller fraværende. Sykepleierne på sykehjem syntes at informasjonen som ble sendt var tilstrekkelig. Tvert imot, ernæringsinformasjonen som ble sendt fra sykehus til sykehjem ved utskrivelsen var ikke god nok, sa dem. Begge gruppene sa at informasjonen om vekt, høyde eller spiseproblemer var nødvendig ved overføring av pasient mellom institusjoner.

#### **4.7 Tverrfaglig samarbeid**

Eide et al. (2015, s.700) sin studie, viste til samarbeid mellom sykepleierne og annet helsepersonell i samme institusjon. Selv om sykepleierne hadde ansvar for pasientens ernæringsstilstand, kunne de opplevde lite engasjement fra leger.

Sykepleierne utrykte å være frustrert over at legen måtte bli bedt om involvering og at de ofte bare nikket samtykkende til tiltakene sykepleierne foreslo.

## **5. DISKUSJON**

Kapittelet skal belyse problemstillingen om hvordan sykepleiere kan bidra til å øke kvaliteten av ernæringsarbeidet til pasienter som mottar hjemmesykepleie.

Hovedfunnene knytter seg til sykepleierens kompetanse, ulike ressurser og samhandling.

### **5.1 Sykepleierens kompetanse**

Eide et al. (2015, s. 698) sin studie er en av de første studiene i Norge som har kartlagt sykepleierens erfaringer knyttet til ernæringsarbeidet. Sykepleierne i den nevnte studien hadde manglende kunnskap til å vurdere ernæringsstatus og ikke minst for å definere «underernæring». Det som er interessant er at Meyer et al. (2017) sin studie har det samme funnet, men to år senere i hjemmesykepleien. Sykepleierne i begge grupper hadde lite kjennskap til for eksempel, nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring som ble først utgitt i 2009; det vil si, før studiene ble gjennomført. Det er usikkert at sykepleierne i 2015 hadde nok ressurser for oppdatering av kunnskap. I dag har sykepleieren mer tilgang til offentlig informasjon fra eksempelvis helsedirektoratet, som kan hjelpe dem å øke kompetanse. Dessverre, fant jeg ikke en nylig studie som gikk dypt inn i temaet; men det er åpenbart at behovet for mer kunnskap eksisterer i sykepleieutøvelsen. Virginia Henderson mente at en del av sykepleieprosessen er å analysere innsamlet data hos pasienten. For det, sykepleieren må ha kunnskap om hva som er normalt innen helse og ved sykdom. Kunnskapene skal hjelpe sykepleieren til å ta beslutninger fra pasientens informasjon og iverksette sykepleietiltak (Henderson, 1997, referert i George, 2011, s. 94).

Sykepleieren har «et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie, og å sette seg inn i lovverket som regulerer tjenesten» (Norsk sykepleierforbund, 2022, s. 7). Dette betyr at sykepleieren har plikt til å holde seg oppdatert for å øke kunnskap og kompetanse. I sykepleieutdanningen

er kunnskap knyttet til kompetanse og å ha kompetanse innebærer å ta beslutninger og handlinger i et bestemt fag- og funksjonsområde (Grimsbø et al., 2021b, s. 170). En måte å øke kompetanse på er å bli kjent med nye retningslinjer som har vært tydeligvis utfordrende for sykepleierne siden første versjonen ble publisert. Selv om målet med retningslinjer er å fange opp pasienter i risiko for underernæring ved hjelp av et kartleggingsverktøy, kommer retningslinjene med en detaljert veiledning for individuell kartlegging av pasientens ernæringstilstand som kan brukes hos alle voksne pasienter (Helsedirektoratet, 2022, s. 14). Etter kartleggingen, skal sykepleieren bruke kunnskapene sine og vurdere om underernæring foreligger eller ikke hos pasienten; av den grunn er det viktig å vite definisjon av underernæring og hvilke konsekvenser tilstanden har for pasienten, økonomien til helseforetakene og for helsetjenesten når den er underdiagnostisert og underbehandlet (Paur et al., 2021, s. 22).

Hjemmesykepleierne i Meyer et al. (2017, s. 5) sin studie understrekte å ha god kunnskap om pasienten og ernæringsbehovet for tilrettelegging av måltider; noe som stemmer med det Kirkevold et al. (2020, s. 253) sier om at god kjennskap til pasientens funksjonsevne og eventuell skrøpelighet, diagnoser, medikamentell behandling og pasientens ønsker må tas i hensyn til vurdering av behandling og helsehjelp. Det er estimert om lag 790 000 til 1,28 millioner eldre over 67 år i Norge fram til 2040 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021, s. 11). Tverrsnittstall viser at det per 31. desember 2022 i alt var om lag 262 756 personer som mottok hjemmetjenester. Av disse hadde 172 327 personer vedtak om hjemmesykepleien med en 27% av mottakere i aldersgruppen over 80 år (Statistisk sentralbyrå, 2023). Det er kjent at risiko for underernæring øker betydelig med alder og pasienter med særlig høy forekomst av underernæring som eldre over 75 år eller multisyke eldre; skal risikovurderes i hjemmesykepleien (Helsedirektoratet, 2022, s. 7). «God kunnskap om pasientene» slik det ble understreket i studien, er nødvendig; så lenge det ikke tas det for gitt.

Hjemmesykepleierne i nevnte studie understrekte også at de gikk inn i hjemmet med «en gang hjemmet ble kaotisk». Denne handlingen krever gode og kontinuerlige

observasjonsferdigheter for å oppdage endringer hos pasientens tilstand og ikke minst i pasientens situasjon; særlig når hjemmesykepleierne går inn og ut av hjemmene med et bestemt sykepleieoppdrag og tidspress. Derfor å ha nok tid hos pasientene for å bli kjent med dem, er en viktig refleksjon sykepleierstudentene i Alne et al. (2021, s. 7) sin studie trakk frem som vesentlig. Når sykepleieren bruker syn, hørsel, lukt og berøring til å observere; utvikler sykepleieren klinisk blikk til å sanse og forstå det forventede og uventede hos pasienten (Grimsbø et al., 2021b, s. 189). Dette er en måte å øke klinisk kompetanse.

Det er viktig å kartlegge hvilket kompetansebehov trengs i hjemmesykepleien og hvilken kompetanse som fins (Kirkevold et al., 2020, s. 257). Sykepleierstudentene i Alne et al. (2021, s. 5 – 6) sin studie brukte kunnskapene sine til å beregne næringsinntak og næringsbehov samt å iverksette et individuelt målrettede tiltak hos pasientene mens de spiste sammen. En mulig forklaring til slike beslutninger er at disse studentene fikk ekstra undervisninger i ernæring for geriatriske pasienter i tillegg til vanlige undervisningene gitt av skolen (Alne et al., 2021, s. 3). I samme studie, sykepleierne fra sykehus med lang arbeidserfaring bekreftet at de alltid brukte standardiserte metoder for å sondeernære pasientene istedenfor å gi dem riktig energi- og proteinmengde. Det er viktig å presisere først og fremst at å beregne næringsinntak og næringsbehov er mer enn å bruke en formel, men å ha kunnskap om konsekvensene av for mye eller for rask ernæringstilførsel som kan forårsake reernæringssyndrom når ernæringskartleggingen ikke er individuell beregnet (Helsedirektoratet, 2022, s. 19). For Virginia Henderson, å hjelpe pasienten å spise og drikke tilstrekkelig er en av hennes grunnprinsipper. Hun mente at sykepleiere som jobber i helsetjenesten, private virksomheter eller hjemmebaserte tjenester kan påvirke mennesker som har liten eller ingen tilgang til ernæring. Videre mente hun at det er sykepleierne på sykehus som er med pasientene dag og natt og som kan motivere pasienten til å spise. Det er sykepleierne som kan observere pasientens inntak og rapportere hva pasienten liker eller ikke å spise (Henderson, 2004, s. 27).

Å bli ferdig utdannet betyr ikke at læretiden er over, tvert imot. Sykepleierens kompetanseutvikling som ferdig utdannet sykepleier forekommer i det formelle



utdanningssystemet som videreutdanning og kursvirksomhet på arbeidsplassen (Grimsbø et al., 2021b, s. 201). Sykepleier må alltid ha kompetanseheving for å bli trygt på sin yrkesutøvelse, men sykepleieren skal også gi trygghet til pasientene og arbeidsplassen. Det vil si at sykepleieren må være klar over det ansvaret som innebærer å være på jobb. Hjemmesykepleierne er pasientansvarligsykepleierne som primær- eller sekundærsykepleie, og har ansvar for pasientene som er fordelt på dagens arbeidsliste samt for gjennomføring av vekten som vaktansvarlig med ledelsesansvar (Kirkevold et al., 2020, s. 257). En ny utdannet sykepleier skal ikke være redd for å ikke ha nok kompetanse, akkurat som en sykepleier med lang erfaring ikke skal være redd for å gi beskjed til arbeidsleder eller kollegaer om hun eller ham trenger undervisning, støtte eller veiledning for å videreutvikle praktiske ferdigheter innen ernæringsarbeidet.

Meyer et al. (2017) sin studie intervjuet hjemmesykepleiere fra to kommuner (A og B). Det ble konkludert at både lederne og kommunen måtte utarbeide praktiske rutiner og organisere vaktene i henhold til tid og prioritering av oppgaver; slik at sykepleierne kunne bruke kunnskapene sine til en systematisk ernæringskartlegging (Meyer et al., 2017, s. 8). Kommunen A utforsket hjemmesykepleiernes ernæringspraksis ved bruk av ernæringsverktøyet «Ernæringsjournalen»; men kommunen B klarte ikke å fullføre ernæringskartlegging hos alle pasientene fordi gruppelederen ikke hadde bestemt seg for en spesifikk kartleggingsverktøyet. Hjemmesykepleierne fra kommunen B avslørte at mangel på avgjørelsen hindret ernæringsarbeidet (Meyer et al., 2017, s. 5). En mulig forklaring til slik ubesluttsomhet kan være at tidligere retningslinjer ikke hadde spesifisert et felles kartleggingsverktøy for vurdering av risiko for underernæring i hele helse- og omsorgstjenesten, slik nye retningslinjer har per nå. På den tiden, var det lederne og kommunene fra hver enkelt arbeidsplass i helse- og omsorgstjeneste som måtte velge kartleggingsverktøyet de skulle bruke.

Funnet fra kommune B er i likhet med det som ble rapportert i Nasjonal strategi for godt kosthold og ernæring hos eldre i sykehjem og som mottar hjemmetjenester: mangel på ledelsesforankring kan føre til at mat- og ernæringsarbeidet ikke blir

inkludert som en fast rutine og hindrer systematisk ernæringsoppfølging (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021, s. 13). Mangel på ledelsesforankring er beskrevet i Aagaard & Grøndahl (2017) sin studie. Det ble gjennomført en spørreundersøkelse blant 272 ledere av hjemmesykepleien i Norge hvor 97% var sykepleiere. Funnene avslørte at lederne ikke hadde utarbeidet skriftlig prosedyrer eller rutiner for ernæringsoppfølging og at det ikke var avklart hvem som hadde ansvar for å dekke ernæringsbehov hos pasientene. Lederne i studien var enige om at kunnskapsmangel var den største hindring for systematisk ernæringskartlegging.

Faglig ledelse er et kompetanseområde sykepleieren har i yrkesutøvelsen. Som nevnt i tidligere avsnitt, har sykepleieren et lederansvar for gjennomføring av vekten, spesielt når gruppelederen ikke er tilstede. Når det gjelder ernæringsarbeidet, må sykepleieren bruke sin kompetanse for å fullføre ernæringskartlegging hos pasienten. Å bli kjent med retningslinjer og lokale prosedyrer for ernæringsoppfølging øker kompetanse innen ernæring blant sykepleierne for «å organisere, administrere og lede sykepleietjenesten» innenfor arbeidsplassen og mellom ulike helsetjenester (Grimsbø et al., 2021b, s. 25).

## **5.2 Ressurser**

Det er ulike ressurser som brukes til kartlegging av pasientenes ernæringsstatus i hjemmesykepleien. Ved ernæringskartlegging vurderer sykepleieren om pasienten har eller er i risiko for et ernæringsproblem. Målet med kartlegging er å iverksette sykepleietiltak som kan bedre pasientens ernæringsstatus (Kirkevold et al., 2020, s. 304). Retningslinjer anbefaler at sykepleieren tar ansvar for det. Ernæringsoppfølging innebærer vurdering av risiko, gjennomføring av individuell kartlegging, utforming av individuell plan, oppfølging og justering av tiltak og overføring av dokumentasjon (Helsedirektoratet, 2022, s. 37). Det har vært utfordrende å fullføre ernæringsoppfølging i Norge de siste årene. Risiko for underernæring i landet ble vurdert hos kun 19.7% av pasientene som var eldre enn 67 år som mottok hjemmesykepleie i 2022; 34.1% av dem som ble vurdert var faktisk i risiko for underernæring og kun 41.4% av dem fikk en individuell ernæringsplan (Helsedirektoratet, 2023). Syke og betydelige undervektige pasienter med svært lavt

matinntak er prioriteringsgruppen for ernæringskartleggingen blant sykepleierne (Eide, 2015, s. 701; Meyer, 2017, s. 5). Men ifølge retningslinjer alle pasientene skal bli vurdert for ernæringsmessig risiko. Tilstanden skulle bli oppdaget før det er for sent.

Det finnes flere verktøy som kan brukes til vurdering av ernæringsstatus, men Helsedirektoratet anbefaler nå bruk av MST (Malnutrition Screening Tool). Fordeler med verktøyet er at det kan brukes hos alle voksne pasienter uavhengig av tjenestenivå, slik at det blir mindre variasjon i ernæringspraksis for å avdekke, forebygge og behandle underernæring hos pasientene som mottar helsetjenesten i Norge. Verktøyet har bare to spørsmål å svare på og derfor skal ta kort tid å vurdere ernæringsstatus. En ulempe med verktøyet kan være at det skal ta litt tid å bli inkludert i lokale rutiner og tjenestebildet (Helsedirektoratet, 2022, s. 12). Dessverre, fant jeg ingen artikkel relatert til sykepleierens opplevelser og erfaringer ved bruk av nye verktøyet i Norge eller andre land som gikk dypt inni temaet. Muligens årsak kan være at MST er nylig anbefalt i Norge og forskningen er i gang. I min disfavør finnes det få artikler som tar opp sykepleierens ernæringsarbeid i hjemmebaserte tjenester i landet; og artiklene som allerede er publisert brukte ikke MST til ernæringskartlegging (Meyer et al., 2017; Aagaard & Grøndahl, 2017).

Det er behov for en systematisk ernæringskartlegging i hjemmesykepleien. Dette betyr at det ikke er nok med retningslinjer, men at prosedyrer og rutiner må utarbeides slik at hjemmesykepleieren kan fullføre ernæringsoppfølging på en fredelig måte. Hjemmesykepleierne i Meyer et al. (2017, s.6) sin studie, opplevde positiv respons fra hjemmebeboere når ernæringskartlegging var planlagt på forhånd og kunne gjøres i forbindelse med andre oppgaver, som eksempel å veie pasienten i sin faste dusjedag. Ifølge nye retningslinjer skal alle pasienter risikovurderes for underernæring innen to uker etter oppstart av helsetjenester i hjemmet, og deretter etter en gitt frekvens. For pasientene som ikke er i risiko, skal vurdering gjentas hver 4. uke (Helsedirektoratet, 2022, s. 3 - 4). En fordel med tiltaket fra studien er at vektkontroll kan følges opp kontinuerlig, siden de fleste pasienter får en fast dusjedag per uke. En ulempe som ble observert i fordypningpraksis var at risiko for

underernæring blant pasientene som ikke hadde vedtak på dusj fra hjemmesykepleien, ble ikke fanget opp umiddelbart fordi de hadde ikke blitt ernæringskartlagt eller veid i sin tid. Helsepersonell som hadde ansvar for oppdraget, hadde ikke lagt inn et nytt oppdrag eller registrert avvikt på uønsket hendelse, slik at mangel på risikovurdering ble ikke oppdaget. Både lederne og medarbeidere har en sentral rolle for god ernæringspraksis, og derfor å kartlegge risikoområder samt å reflektere om mål og forventinger i tjenestetilbudet er nødvendig (Norsk sykepleierforbund, 2022, s. 16). Meyer et al. (2017) konkluderte at helsepersonell i kommunen må få opplæring og gjøre seg kjent med retningslinjer og prosedyrer for vurdering av ernæringsstatus. Kommunen er lovpålagt å gi de ansatte undervisning og praktisk opplæring for faglige oppdatering ifølge helse- og omsorgstjenesteloven (2011, § 8-1). Sykepleierens funksjons – og ansvarsområde er sentral her.

Sykepleierens ansvar for undervisning og veiledning til medarbeidere, studenter og elever skal sikre kvaliteten, heve kunnskapsnivå, forbedre ferdigheter og fremme refleksjon av yrkesutøvelse i hjemmebaserte tjenesten (Grimsbø et al., 2011, s. 19).

Det ble også nevnt i samme studien at kartlegging av alle pasientene i hjemmesykepleien skulle ha vært arbeidslastene og begrensende på grunn av bemanningsmangel (Meyer et al., 2017, s. 6 - 7). Menneskelig ressurser er nødvendig for en systematisk ernæringskartlegging, og ikke minst for å sikre pasientenes ernæring. Noen hjemmeboende pasienter trenger hjelp til å handle og tilberede mat samt tilrettelegging av måltider med spisehjelp (Kirkevold et al., 2020, s. 251). Innen ernæringsarbeid har sykepleier mange ressurser som må tas hensyn til for å utarbeide ernæringsplan hos pasienten. Det er kjent at ulike tjenestenivå i landet har en ressursperson med kompetansetillegg i ernæring som kalles «ernæringskontakt». Sykepleier har ansvar for et likeverdig samarbeidsforhold med pårørende som er pasientens viktigste ressurs. Dette betyr at sykepleieren må snakke grundig med både pasienten og nærmeste pårørende om behov for hjelp i forhold til ernæring og lager avtaler i hensyn til pasientens og pårørendes synspunkter ((Kirkevold et al., 2020, s. 146 - 147). Videre, har Helse- og omsorgsdepartement anbefalt i Meld. St. 24 (2022 – 2023) å samle inn frivillige som «matverter», «spisevenner» eller «besøksvenner» hos hjemmeboende (s. 90) og her har primærsykepleieren en stor rolle for å koordinere tjenesten.

Sykepleierstudentene ble inkludert i to studier fordi de har fått en stor rolle og er en verdifull ressurs innen ernæringsarbeid (Alne, et al., 2021, s. 9; Halvorsen, et al. 2016, s.3). Sykepleierstudent i praksis har også mulighet til å øke kompetanse som kan brukes i yrkesutøvelsen, så lenge vi er ikke sett som arbeidskraft for tjenesten.

Aagaard & Grøndahl sin studie avslørte at tiden var den største hindringen for ernæringsarbeid blant helsepersonell i Norge hvorav 47% var sykepleiere (Aagaard & Grøndahl, 2017, s. 6). Som allerede er nevnt i oppgaven, kan sykepleiere oppleve at ernæringskartlegging tar mindre tid enn forventet når kunnskap, rutiner og prosedyrer er på plass. Men dette spiller liten rolle når ernæringsarbeidet ikke er prioritert som andre tjenester i hjemmesykepleien. Å øke kompetanse om ernæring trenger tid slik at helsepersonell øker ferdighetene i ernæringsoppfølging. Det som har blitt sett i fordypningspraksis var at ernæringskontaktene kan månedlig få en halv dag og fire oppfølgingsmøter med sykepleiefaglig konsulent for å følge opp ernæringsarbeidet i gruppen. Hvor mye tid og ressurser må brukes innen ernæringsarbeid er noe sykepleieren må faglig begrunne for å øke den nasjonale statistikken om ernæringsoppfølging.

### **5.3 Samhandling**

I en ernæringskartlegging samles det opplysninger om pasientens tilstand og behov for hjelp som må dokumenteres i pasientjournalen for å sikre faglig forsvarlighet i tjenesten. Derimot, kan manglende dokumentasjon true pasientens sikkerhet med å hindre adekvat ernæringsoppfølging (Grimsbø et al., 2021a, s. 50).

Ifølge Nasjonale kvalitetsindikatorer er antall pasienter som fikk ernæringsplan i hjemmesykepleien i 2022 veldig lavt, selv om det er anbefalt å utarbeide den innen en uke etter risikovurdering ved månedlig evaluering (Helsedirektoratet, 2022, s. 24). Ernæringsplanen dokumenterer sykepleietiltak ved ernæringsproblem. Sykepleieren har ansvar for at informasjon om ernæringsstatus, individuell kartlegging og videre ernæringsplan blir dokumentert og videreformidlet mellom samarbeidende helsepersonell på avdelingen og andre tjenestenivå involvert i behandling. Dette skal

sikre kontinuitet og kvalitet av ernæringsoppfølging, et helhetlig behandlingstilbud og pasientforløp, ledelse og ressursstyring; og ikke minst fagutvikling, forskning og undervisning (Grimsbø et al., 2021a, s. 51).

De ble observert i fordypningspraksis begrenset og manglende informasjon om ernæringsarbeid i pasientjournalen og i sykepleiesammenfatning mellom hjemmesykepleien og andre tjenestenivå. Sykepleiesammenfatning brukes når pasienten skal behandles eller følges opp på et annet sted i helsetjenesten. I dokumentet skal det registrere nødvendig informasjon om pasientens undersøkelser, behandling og faglige råd om videre oppfølging og behandlingen, samt muligens bivirkninger av dem (Egilsdóttir et al., 2021, s. 280). Ernæringsinformasjonen skal videreføres når pasienten overføres til et annet behandlingsledd slik at samhandling mellom hjemmesykepleien og andre tjenestenivå tilbyr en helhetlig ernæringsoppfølging til pasienten. Virginia Henderson mente at sykepleieren hadde ansvar for å vurdere matlyst og matinntak hos pasienten. Videre endringer i kostholdet var avhengig av sykepleiers observasjon og rapport (Henderson, 2004, s. 29)

Helse- og omsorgsdepartement mener at for at flest mulig kunne bo trygt hjemme og få hjelp derfra, trenger helsetjenestene en utvikling og en ny måte å jobbe på. Ifølge Comte Bureau (2022) og NOU 2023: 4 referert i Meld. St. 24 (2022 – 2023) er behovet for ny kompetanse og nye flerfaglige samarbeidsformer en av de fem hovedutfordringer i utviklingsprosessen (s.90). Framtiden peker på at det skal bli innført i flere bydeler et tverrfaglig team i hjemmesykepleien hvor sykepleieren skal jobbe i «helsetjenesteteteam» og samarbeide med ergo- og fysioterapeuter i tillegg til fastlege og ernæringsfysiologer i kommunen (s. 91).

I det nyet tverrfaglige teamet skal sykepleieren ha en sentral rolle som pasientens primærsykepleier og skal bruke sin kompetanse mer målrettet for et tettere samarbeid med ulike yrkesgrupper på samme arbeidsplass. Men innen ernæringsarbeid, kan sykepleieren også jobbe med logopedier eller tannleger, i tillegg

til å samarbeide med sykehjem og spesialisthelsetjenesten. Ifølge Virginia Henderson (2004, s, 12) er pasienten den sentrale figuren i teamet og alle skal assistere pasienten; for hvis pasienten ikke forstår eller aksepterer hjelpen, blir all innsats bortkastet.

Engasjementet til teamet i pasientens ernæringsproblem er avhengig av hvordan sykepleieren strukturerer rapportene med relevant opplysninger om pasientens tilstand, men også i hvordan sykepleieren kommuniserer med ulike yrkesgruppe og andre tjenestenivå. Sykepleieren må være klar over andre yrkesgruppers funksjon og hvordan arbeidsområdene er organisert for adekvat tverrfaglig samarbeid (Grimsbø et al., 2021b, s. 24).

## **6. KONKLUSJON**

Hensikten med oppgaven var å undersøke hvordan sykepleiere kan bidra til å øke kvaliteten av ernæringsarbeid i hjemmesykepleien. Å øke sykepleierkompetanse, skal hjelpe sykepleiere til i identifisering av pasientene som er i risiko for ernæringsproblem og dermed iverksette ernæringstiltak for å bedre ernæringsstatus og unngå senere komplikasjoner som for eksempel underernæring eller feilernæring. Korrekt brukt av ressurser i en systematisk ernæringskartlegging skal bidra til å effektivisere ernæringsarbeid. Sykepleierens samhandling med gruppeleder, helsepersonell og pårørende skal bidra til en helhetlig ernæringsoppfølging.

## 7. REFERANSELISTE

- Alne, E.K. F., Øie, T., Søliland M. & Gjesdal K. (2021). Sharing meals: promising nutritional interventions for primary health care including nursing students and elderly people. *BMC Nutrition*, 7(1), 8–8. <https://doi.org/10.1186/s40795-021-00412-8>
- Dalland, O. (2021). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Eide, H. D., Halvorsen, K. & Almendingen, K. (2015). Barriers to nutritional care for undernourished hospitalised older people. *Journal of Clinical Nursing*, 24(5-6), 696 – 706. <https://doi.org/10.1111/jocn.12562>
- George, J. B. (2011). *Nursing theories: the base for professional nursing practice* (6th ed.). Pearson.
- Glavin, K., & Gjevjon, E. R. (2016). *Sykepleie i kommunehelsetjenesten: helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie*. Fagbokforl.
- Grimsbø, G. H., Skaug, E.-A., Steindal, S. A., & Kristoffersen, N. J. (2021a). *Grunnleggende sykepleie 2: grunnleggende behov og helse* (4. utg.). Gyldendal.
- Grimsbø, G. H., Skaug, E.-A., Steindal, S. A., & Kristoffersen, N. J. (2011). *Grunnleggende sykepleie 1: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg.). Gyldendal.
- Grimsbø, G. H., Skaug, E.-A., Steindal, S. A., & Kristoffersen, N. J. (2021b). *Grunnleggende sykepleie 1: fag og profesjon* (4. utg.). Gyldendal.
- Grønseth, R., & Jerpseth, H. (2019). *Bacheloroppgaven i sykepleie: praktiske råd i skriveprosessen* (1. utg.). Fagbokforlaget.
- Halvorsen, K., Eide, H. K., Sortland, K. & Almendingen, K. (2016). Documentation and communication of nutritional care for elderly hospitalized



patients: perspectives of nurses and undergraduate nurses in hospitals and nursing homes. *BMC Nursing*, 70–70. <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0193-z>

- 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/contentassets/235cf7df0c184bcdb2fb50719d5667bc/no/pdfs/god-og-riktig-mat-hele-livet.pdf>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m. m.* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse>
- Helsebiblioteket. (2021, 17. september). Sjekklistor. Kunnskapsbasertpraksis.no. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering-41-sjekklistor>
- Helsebiblioteket. (2021, 30. september). PICO. Kunnskapsbasertpraksis.no. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#2sporsmalsformulering-21-pico>
- Helsedirektoratet. (2012). *Kosthåndboken veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*. [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](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. (2022, 14. mars). *Nasjonal faglig retningslinje for forebygging og behandling av underernæring*.

[https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-og-behandling-av-  
underernaering](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-og-behandling-av-<br/>underernaering)

- Helsedirektoratet. (2023, 22. juni). *Nasjonale kvalitetsindikatorer. Oppfølging av risiko for underernæring hos hjemmeboende. Tidsperiode 2022* [Statistikk]. <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/oppf%C3%B8lging-av-ern%C3%A6ring-hos-hjemmeboende>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonell>
- Henderson, V. (2004). *ICN's basic principles of nursing care* (6th ed.). International Council of Nurses.
- Hugrún Ösp Egilsdóttir, Eiken, Jensen, Plathe, Eiken, Guro-Marie, Jensen, Liv Helene, & Plathe, Hilde Syvertsen. (2021). *Helsevurderinger og sykepleiedokumentasjon* (1. utg.). Fagbokforlaget.
- Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier: analyse og evaluering* (2. utg.). Gyldendal.
- Kirkevold, M., Brodtkorb, K., & Ranhoff, A. H. (2020). *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten*. Gyldendal.
- Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene. (2003). *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.* (FOR-1997-02-27-358). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>
- Meld. St. 24 (2022 – 2023). *Fellesskap og meistring: Bu trygt heime*. Helse- og omsorgsdepartement.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/a8280e2548c04d3ea6898078480bfa0c/nn-no/pdfs/stm202220230024000dddpdfs.pdf>

- Meyer, S. E., Velken, R. & Jensen, L. H. (2017). Vurdering av ernæringsstatus – et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien. *Sykepleien forskning*, 61797, e–61797. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.61797>
- Nasjonalt råd for ernæring. (2017). *Sykdoms relatert 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:d679eaef00223e27618b8ac4ab62f9f1fed2875f/Sykdomsrelatert%20underern%C3%A6ring.pdf
- Norsk sykepleierforbund. (2022). *Forsvarlighet: om faglig kompetent og omsorgsfull sykepleie* (5.utg.). Norsk sykepleierforbund.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=Lov%20om%20pasient-%20og%20brukerrettigheter>
- Paur, I., Nilssen, H., Thoresen, L., Sygnestveit, K., & Juul, H. J. (2021). Underernæring – den mest underdiagnostiserte og underbehandlede tilstanden i Norge? In *Norsk tidsskrift for ernæring* (Vol. 19, Issue 4, pp. 18–23). Universitetsforlaget. <https://doi.org/10.18261/ntfe.19.4.4>
- Statistisk sentralbyrå. (2023, 29. juni). Sjukeheimar, heimetenester og andre omsorgstenester. [Statistikk]. <https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/statistikk/sjukeheimar-heimetenester-og-andre-omsorgstenester>
- Thidemann, I-J. (2020). Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter – *Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.

- Aagaard, H. & Grøndahl, V. A. (2017). Routines in the community nursing services for assessing nutritional status. *Sykepleien forskning*, 61219, e-61219. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.61219en>

## 8. VEDLEGG

### 8.1 Vedlegg 1: PICO verktøy med begrepene og søkeord

PICO	Begrepene	Søkeord	
		Norsk	Engelsk
Populasjon <b>(P)</b>	sykepleier		Nurse*, Nurses, Nursing
Fenomen av interesse <b>(I)</b>	holdninger		Attitude*, Perception* Opinio*, View*
	kunnskap		Knowledge
	erfaring		Experience*
	kompetanse		Competence*
	praksis		Practice*
	ernæringsarbeid	Vurdering av ernæringsstatus	Nutritional assessment
		Ernæringskartlegging	Nutritional screening
		Ernæringsstatus	Nutritional status
		Ernæring	Nutrition
		kartleggingsverktøy	«Screening tool» «Assessment tool» «Malnutrition screening tool»
Kontekst <b>(Co)</b>	kontekst	Sykehjem	«Nursing home»
		Sykehus	Hospital
		Hjemmesykepleie	«Community nursing» «Home health care» “Home care nursing”
<b>Søkespørsmål I</b>	Hvilke holdninger, kunnskap, erfaringer, kompetanse eller praksis (I) har sykepleiere (P) innen ernæringsarbeid (I) i hjemmesykepleien (Co)?		

## 8.2 Vedlegg 2: Søkehistorikk

<b>DATABASE dato</b>	<b>Søk nummer</b>	<b>Søkeord og ordkombinasjoner</b>	<b>Med avgrensinger</b>	<b>Antall treff</b>	<b>Valgte artikkel</b>
CINAHL 08.11.23	S1	"nurse* OR nursing"	2013 – 2023 Engelsk språk Europe Boolsk/uttrykk Fagfelleverdert Koblet fulltekst Voksen	65	
	S2	"attitude* OR perception* OR opinion* OR view* OR knowledge OR experience* OR competence* OR practice*"	2013 – 2023 Engelsk språk Europe SmartText-søk Fagfelleverdert Koblet fulltekst Voksen	479	
	S3	"nutrition OR nutritional status OR nutritional screening OR nutritional assessment OR nutritional intervention OR nutritional screening interventions"	2013 – 2023 Engelsk språk Europe Boolsk/uttrykk	5,859	

			Fagfelleverdert Koblet fulltekst Voksen		
	S4	"nursing home OR hospital OR community nursing OR home care nursing OR home health care" (primær- og spesialisthelsetjenesten)	2013 – 2023 Engelsk språk Europe Boolsk/uttrykk Fagfelleverdert Koblet fulltekst Voksen	3,393	
	S5	"malnutrition screening tool or assessment tool"	2013 – 2023 Engelsk språk Europe SmartText-søk Fagfelleverdert Koblet fulltekst Voksen	198	
	S6	"community nursing OR home care nursing OR home health care" (primærhelsetjenesten)	2013 – 2023 Engelsk språk Europe SmartText-søk	3,342	

			Fagfelleverdert Koblet fulltekst Voksen		
	S7	S1 AND S2 AND S3 AND S4		0	
	S8	S1 AND S3		0	
	S9	S1 AND S5		0	
	S10	S3 AND S6		0	
	S11	S2 AND S6	2013 – 2023 Engelsk språk Europe Boolsk/uttrykk Fagfelleverdert Koblet fulltekst Voksen	1	
	S12	S1 AND S2 AND S6		0	
	S13	"(nurse or nurses or nursing) AND nutrition"	2013 – 2023 Engelsk språk Europe Boolsk/uttrykk Fagfelleverdert Koblet fulltekst	2,545	



			Voksen		
	S14	"(nurse or nurses or nursing) AND "nutritional status""	2013 – 2023 Engelsk språk Europe Boolsk/uttrykk Fagfelleverdert Koblet fulltekst Voksen	2,825	
	S15	"(nurse or nurses or nursing) AND "nutritional screening""	2013 – 2023 Engelsk språk Europe SmartText-søk Fagfelleverdert Koblet fulltekst Voksen	2,651	
	S16	"(nurse or nurses or nursing) AND "nutritional assessment"	2013 – 2023 Engelsk språk Europe SmartText-søk Fagfelleverdert Koblet fulltekst	2,928	

			Voksen		
	S17	"(nurse or nurses or nursing) AND "nutritional intervention""	2013 – 2023 Engelsk språk Europe SmartText-søk Fagfelleverdert Koblet fulltekst Voksen	2,808	
	S18	"(nurse or nurses or nursing) AND "nutritional screening interventions""	2013 – 2023 Engelsk språk Europe SmartText-søk Fagfelleverdert Koblet fulltekst Voksen	2,831	
	S19	"(nurse or nurses or nursing) AND (malnutrition screening tool or assessment tool)"	2013 – 2023 Engelsk språk Europe SmartText-søk Fagfelleverdert Koblet fulltekst	3,077	

			Voksen		
Svemed+ 09.11.23	S1	vurdering av ernæringsstatus	Norsk språk Når som helst	2	B, D
	S2	ernæringsstatus	Norsk språk Dansk språk når som helst	10	B, D
	S3	malnutrition screening tool	Norsk språk Når som helst	2	
	S4	sykepleier AND ernæring	Norsk språk Dansk språk Når som helst	9	
	S5	sykepleier AND hjemmesykepleie	Norsk språk Engelsk språk Svensk språk Dansk språk Når som helst	27	B
Sykepleien Forskning 10.11.23	S1	ernæring	Forskning Hvilken som helst	79	
	S2	hjemmesykepleie	Forskning Hvilken som helst	101	

	S3	“ernæring AND hjemmesykepleie”	Forskning Hvilken som helst	14	B, D, C
Google Scholar 10.11.23	S1	nurse* AND nutritional intervention AND nursing homes AND Norway	<u>Når som helst</u> Skumleste de ti første sider	22 100	A, E I første side
	S2	nurse* AND (nursing homes OR community nursing) AND documentation AND Norway	<u>Når som helst</u> Skumleste de ti første sider	32 500	F I første side
CINAHL 10.11.23	S1	"(nurse or nurses or nursing) AND documentation in nursing AND ("community nursing" OR "home care nursing" OR "home health care")"	2013 – 2023 Engelsk språk Europe SmartText-søk Fagfelleurdert Koblet fulltekst Voksen	4,415	

### 8.3 Vedlegg 3: Litteratormatrise

	<b>Forfatter(e) Publiseringsår Tidsskrift Land</b>	<b>Tittel på artikkelen</b>	<b>Hensikten med studien</b>	<b>Metode</b>	<b>Hovedfunn/ resultater</b>
<b>A.</b>	<p><u>Forfatter(e):</u> Eide, H. D., Halvorsen, K. &amp; Almendingen, K.</p> <p><u>Publiseringsår:</u> 2015.</p> <p><u>Tidsskrift:</u> Journal of Clinical Nursing.</p> <p><u>Land:</u> Norge.</p>	Barriers to nutritional care for undernourished hospitalised older people.	Hensikten med studien var å utforske sykepleieres erfaringer med forebygging og behandling av underernæring blant eldre pasienter på sykehus.	<p><u>Type studie:</u> Kvalitativ studie med fire fokusgruppeintervjuer som benyttet en fenomenologisk – hermeneutisk metode for forskning på levd erfaring.</p> <p><u>Utvalg:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 16 sykepleiere fra sykehus med ≥ 50% stilling.</li> </ul>	<p>Det ble identifisert fem barrierer som hindrer adekvat ernæringsarbeid hos underernærte eldre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lite engasjement fra andre helsepersonell.</li> <li>- Mangel på kunnskap.</li> <li>- Ufleksibelt mattilbud.</li> <li>- Ufullstendige rutiner for ernæringskartlegging.</li> <li>- Mangel på tid.</li> </ul>

<p><b>B.</b></p>	<p><u>Forfatter(e):</u> Meyer, S. E., Velken, R. &amp; Jensen, L. H.</p> <p><u>Publiseringsår:</u> 2017.</p> <p><u>Tidsskrift:</u> Sykepleien forskning.</p> <p><u>Land:</u> Norge.</p>	<p>Vurdering av ernæringsstatus – et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien.</p>	<p>Hensikten med studien var å utforske hvordan hjemmesykepleierne fortolker og faglig forsvarlig ivaretar ernæringspraksis, sett i lys av kravene i Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring.</p>	<p><u>Type studie:</u> Kvalitativ studie som analyserte data fra to praksisutviklingsprosjekter i hjemmesykepleien, delt i studie A og studie B. Det ble gjennomført tolv gruppesamtaler ved hjelp av intervjuguide med åpne- og oppfølgingsspørsmål for utdypning av temaet.</p> <p><u>Utvalg:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 5 sykepleiere i studie A</li> <li>- 14 sykepleiere i studie B, hvorav 2 av dem var ledere.</li> </ul>	<p>Det ble identifisert fire temaer som sykepleiere syntes var viktig innen ernæringsarbeidet:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ledelsesforankring</li> <li>- Kjennskap til pasienten og ernæringsbehovet</li> <li>- Pasientens selvbestemmelse</li> <li>- Systematisk ernæringskartlegging.</li> </ul>
------------------	---	---	---	--	---

				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alle sykepleierne hadde en <math>\geq 75\%</math> stilling.</li> </ul>	
<b>C.</b>	<p><u>Forfatter(e):</u> Aagaard, H. &amp; Grøndahl, V. A.</p> <p><u>Publiseringsår:</u> 2017.</p> <p><u>Tidsskrift:</u> Sykepleien forskning.</p> <p><u>Land:</u> Norge.</p>	Routines in the community nursing services for assessing nutritional status.	Hensikten med studien var å beskrive og sammenlikne hvilke rutiner ledere og helsepersonell i hjemmesykepleien benytter for å vurdere pasientenes ernæringsstatus.	<p><u>Type studie:</u> Kvantitativ tverrsnittstudie med strukturert spørreskjema besto av to delstudier: en studie blant ledere av hjemmesykepleien og en studie blant helsepersonell i hjemmesykepleien i 13 norske kommuner.</p> <p><u>Utvalg:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 272 var faglige ledere hvorav 265 var sykepleiere.</li> </ul>	<p>Helsepersonell har behov for å bli bedre kjent med helsedirektoratets retningslinjer gjennom opplæring av skriftlig prosedyrer for vurdering av ernæringsstatus i kommunene.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- De største hindringene for ledere i hjemmesykepleien for vurdering av ernæringsstatus var kunnskap, tid og ressurser.</li> </ul>

				<ul style="list-style-type: none"> <li>- 202 var helsepersonell hvorav 94 var sykepleiere.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Helsepersonellet vurderte tid som den største hindringen etterfulgt av kunnskap og ressurser.</li> </ul>
<b>D.</b>	<p><u>Forfatter(e):</u> Alne, E.K. F., Øie, T., Søiland M. &amp; Gjesdal K.</p> <p><u>Publiseringsår:</u> 2021.</p> <p><u>Tidsskrift:</u> BMC Nutrition.</p> <p><u>Land:</u> Norge.</p>	<p>Sharing meals: promising nutritional interventions for primary health care including nursing students and elderly people.</p>	<p>Hensikten med studien var å undersøke hvordan sykepleierstudenter kan være en ressurs i ernæringsarbeidet for eldre pasienter i hjemmesykepleien ved å spise sammen.</p>	<p><u>Type studie:</u> Kvalitativ studie med eksplorativt og deskriptivt design av semistrukturert intervjuguide for datainnsamling.</p> <p><u>Utvalg:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 23 sykepleierstudenter.</li> <li>- 23 eldre pasienter.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sykepleierstudentene var en nyttig og bærekraftig ressurs innen ernæringsarbeidet for pasienter i hjemmesykepleien.</li> <li>- Å spise sammen med pasientene og å bli kjent med dem, har positiv innvirkning på ernæringsoppfølging.</li> </ul>



E.	<p><u>Forfatter(e):</u> Halvorsen, K., Eide, H. K., Sortland, K. &amp; Almendingen, K.</p> <p><u>Publiseringsår:</u> 2016.</p> <p><u>Tidsskrift:</u> BMC Nursing.</p> <p><u>Land:</u> Norge.</p>	<p>Documentation and communication of nutritional care for elderly hospitalized patients: perspectives of nurses and undergraduate nurses in hospitals and nursing homes.</p>	<p>Hensikten med studien var å undersøke hvordan sykepleiere og sykepleierstudenter på sykehus dokumenterer ernæringsarbeidet og hvordan de videreformidler informasjonen til sykehjemmet ved utskriving.</p>	<p><u>Type studie:</u> Mixed methods studie som besto av en kvantitativ tverrsnittstudie og to kvalitative fokusgrupper med eksplorativt og deskriptivt design.</p> <p><u>Utvalg:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 16 sykepleiere fra ett sykehus.</li> <li>- 11 sykepleiere og 16 sykepleierstudenter fra fem sykehjem.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mangelfull dokumentasjon av pasientens ernæringsstatus ved sykehusinnleggelsen.</li> <li>- Mangelfull dokumentasjon av pasientens ernæringsstatus under sykehusoppholdet.</li> <li>- Begrenset og inadekvat videreformidling av ernæringsrelevant informasjon mellom sykehus og sykehjem.</li> </ul>
----	--	---	---	---	---

#### 8.4 Vedlegg 4: Hoved- og underkategorier

Hovedkategorier	Underkategorier	Artikkel
Sykepleierens kompetanse	Kunnskap	A, B, C, D.
	Sykepleietiltak	A, D.
	Ledelse	B, C.
Ressurser	Ernæringskartlegging	A, B.
	Tidsbegrensinger og underbemanning	B, C, D.
Samhandling	Dokumentasjon	E.
	Tverrfaglig samarbeid	A.