

Alexander Allgot
Heidi Steindebakken Strand

Ernæringsomsorg på sykehus / Nutrition Care in Hospitals

Bacheloroppgave i 16BSPLH
Veileder: Solveig Struksnes
Mai 2019

Alexander Allgot
Heidi Steindebakken Strand

Ernæringsomsorg på sykehus / Nutrition Care in Hostpitals

Bacheloroppgave i 16BSPLH
Veileder: Solveig Struksnes
Mai 2019

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik

SAMMENDRAG

Tittel:	<i>Ernæringsomsorg på sykehus</i>	Dato : 14.05.19
Deltaker:	Alexander Allgot Heidi Steindebakken Strand	
Veileder:	Solveig Struksnes	
Nøkkelord:	Underernæring, Barrierer, Kunnskap, Sykepleier og Sykehus	
Antall sider/ord: 46/10785	Antall vedlegg:0	
Introduksjon: En av tre pasienter på norske sykehus er underernærte eller i risiko for underernæring. Underernæring kan medføre en rekke konsekvenser, som kan gi fatale utfall. Det er på tide at ernæringsstatus får høyere prioritet, og stilles på lik linje som medisinsk behandling. Da ernæringspraksis per i dag ikke er adekvat/tilstrekkelig, er det behov for forbedring.		
Hensikt: Litteraturstudien har som hensikt å søke og sammenfatte kunnskap om sykepleieres kompetanse om identifisering av underernæring hos utsatte pasientgrupper, og belyse hva fremmer og hva som hemmer sykepleieres utøvelse av god ernæringsomsorg.		
Metode: Litteraturstudie er basert på syv forskningsstudier, både kvantitative og kvalitative. Søk etter vitenskapelig artikler ble utført i databaser relevant for helsefag, som PubMed, CINAHL og MedLine. Søk ble utført i perioden februar - april 2019.		
Resultat: Flere barrierer hemmer sykepleieres utførelse av god ernæringspraksis, som mangel på fagkunnskap og erfaring, lite interesse og fokus, nedprioritering av ernæring og en organisasjonskultur som ikke tilrettelegger for god ernæringsomsorg. Tiltak som fremmer sykepleieres kompetanse om ernæring kan være å øke kunnskap og erfaring gjennom utdanning, internundervisning og opplæring. Økt kompetanse leder til bedre holdninger, økt bevissthet samt en større grad av prioritet. Screeningverktøy og retningslinjer er gode hjelpemidler. Prosjekter kan utøves for å bedre ernæringspraksis, forutsatt at det er en god ledelse og tilstrekkelig med ressurser.		
Konklusjon: Det er behov for et større fokus på ernæring, for å ivareta pasienters ernæringsstatus. Dette må tas tak på flere nivåer - som i staten, utdanningsinstitusjoner, helsetjenester, yrkesgrupper seg i mellom og hos hver enkelt sykepleier.		

ABSTRACT

Title: <i>Nutrition Care in Hostpitals</i>	Date : 14.05.19
Participants: <u>Alexander Allgot</u> <u>Heidi Steindebakken Strand</u>	
Supervisor: <u>Solveig Struksnes</u>	
Keywords: <u>Malnutrition, Barriers, Knowledge, Nurse and Hospital</u>	
Number of pages/words: 46/10785	Number of appendix:0
<p>Introduction: One out of three patiens in Norwegian hospitals are malnurished or in risk of malnutrition. Malnutrition can lead to several consequences, which can cause fatal outcomes. It is time to give the importance of nutrition a higher pritority and consider it to be equal medical treatment. Currently, nutrition based treatments are not sufficiently considered or used, something that must improve.</p> <p>Aim: The purpose of this literature review is to review and collect knowledge about nurses competence in identifying malnourished vulnerable patients. Another aim is to highlight what promote and inhibit good nutritional care.</p> <p>Method: This literature review is based on seven scientific research articles. The literature search were done in relevant databases for health and medical research, e.g. CINAHL, MedLine and PubMed. The searches where done between February - April 2019.</p> <p>Result: There are several barriers that limit the nurses nutritional practice. Lack of knowledge, experience, limited interest and focus. In addition, nutrition receives less priority than other tasks and hospitals/care facilities are missing an organization culture that enhance good nutritonal care. Methods to improve the competence of nurses in nutrition may be to use internal education and training at work to increase knowledge and experience. Additionally, nutrition should receive more focus throughout their formal education as well. Competence lead to higher awareness on nutrition. Screening tools and guidelines are useful methodes to help the nurses to improve nutritional care. Projects can improve the nutritional practice. However, they require a good leader and sufficient resourses to succeed.</p> <p>Conclusion: Too ensure good nutritional status among patients, nutrition need more focus. This must be approached on several levels, such as the state, the healthcare system, between different healthcare workers and by every single nurse.</p>	

INNHold

1.0 INNLEDNING	4
2.0 BAKGRUNN	5
2.1 Underernæring	5
2.2 Sykepleierens ansvar for pasientenes ernæringsstatus	7
2.3 Sykepleiekompetanse	8
2.4 Kvalitetsutvikling	11
2.5 Hensikt	12
2.6 Problemstilling	12
3.0 METODE	13
3.1 Litteraturstudie som metode	13
3.2 Kvantitativ og kvalitativ metode	13
3.3 Søkestrategi	13
3.4 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	14
3.5 Søkedokumentasjon	15
3.6 Utvalg og analyse	16
3.7 Forskningsetikk	16
4.0 RESULTAT	17
4.1 Presentasjon av resultater	17
4.2 Sammenfatning av resultater	24
4.2.1 Utdanning og opplæring	24
4.2.2 Holdninger og praksis	25
4.2.3 Konkurrerende prioriteringer	26
4.2.4 Organisasjonskultur	27
5.0 DRØFTING	28
5.1 Hvordan styrke sykepleiernes utdanning og opplæring	28
5.2 Hvordan påvirke sykepleiernes holdninger og praksis	30
5.3 Hvordan påvirke sykepleiernes prioriteringer	33
5.4 Hvordan utvikle en organisasjonskultur som har fokus på underernæring	35
5.5 Kritikk av litteraturstudien	38
6.0 KONKLUSJON	41
LITTERATUR:	42

1.0 INNLEDNING

Vi står overfor en fremtid med økende andel i befolkningen med behov for helsetjenester. Sannsynlig vil dette også medføre et økt antall pasienter med sykdomsbilder som krever behandling av spesialisthelsetjenesten (St.meld. 47 (2008-2009)).

Alle som får behandling på norske sykehus har en lovhjemlet rett til å få dekket sine grunnleggende behov (Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjeneste for tjenesteyting, 2003). Likevel er det dokumentert at dette ikke alltid er tilfelle, da det er anslått at så mange som hver tredje pasient lider av underernæring eller er i risiko for underernæring. Da liggetiden for underernærte er estimert å være tre ganger lengre enn velernærte, er det åpenbart fordelaktig å øke fokuset på ernæringsstatus - både fra et samfunnsøkonomisk og helsemessig perspektiv (Nasjonalt råd for ernæring, 2017).

Sykdom ansees å være hovedårsak til at underernæring oppstår. Ernæringsomsorg, som i utgangspunktet er en del av den helhetlige pasientbehandlingen, blir ofte nedprioritert og faller i skyggen av pasienters sykdom (Nasjonalt råd for ernæring, 2017). Det spekuleres i hvilken grad helsepersonell er delaktige i denne utviklingen, og om kompetansenivået hos helsepersonell kan være indirekte bidragsyter (Helsedirektoratet [HD], 2017).

Det er åpenbart en mangelfull ernæringspraksis som ytes i dagens helsetjeneste, noe som er uheldig med tanke på de konsekvenser dette kan føre til. Vi har selv erfart at ernæringsstatus hos pasienter ikke følges opp, grunnet mangel på rutiner eller krav i avdelingen. Det vil være hensiktsmessig å forbedre sykehusenes ernæringspraksis - spesielt med tanke på den økende pasientmengden helsetjenesten har i møte. Burde det kanskje innføres tiltak på nasjonalt nivå med mer slagkraft - som konkretiserer hva som er anbefalt og hva som er pålagt ansvar i dagens helsetjeneste?

I denne oppgaven ønsker vi å undersøke tiltak, som øker sykepleieres kompetanse rundt ernæring. Vi vil også se nærmere på hvordan praksis kan bedres, for å innfri de krav som forventes av yrkesgruppen og helsetjenesten. Hvilke rutiner som praktiseres på hver enkelt arbeidsplass er også relevant å trekke frem i denne sammenhengen.

2.0 BAKGRUNN

Dette kapittelet vil først omhandle behovet for ernæring og ernæringsstatus. Det er et spesielt fokus på underernæring samt hvilken betydning det kan ha for et pasientforløp. Sykepleieres tilegnelse av kompetanse relatert til ernæring vil videre tematiseres, og hvordan kvalitetsforbedring og fagutviklingsarbeid kan innføres.

2.1 Underernæring

Menneskekroppen trenger mat og drikke for å tilføre kroppen næring. Læren om hvordan næringsstoffer omgjøres og omfordeles i kroppen, er hva Jacobsen og Bye (2015) definerer som *ernæringsfysiologi*. Det å ha grunnleggende kunnskaper og forståelse for ernæringsfysiologi vil for en sykepleier være viktig for å kunne tilpasse den enkelte pasients behov for ernæring.

Helsedirektoratet (2014) formidler med *Anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet* anbefalinger om inntak av de ulike makronæringsstoffene - karbohydrater, fett og proteiner. Behovet for mikronæringsstoffer som vitaminer, mineraler og sporstoffer er også beskrevet (HD, 2014). Å dekke behovet for energi og næringsstoffer er en forutsetning for god helse. Dersom inntaket er for lavt av enten makro- eller mikronæringsstoffer, kan symptomer og eller sykdom oppstå som følge av mangel (Blomhoff og Pedersen, 2012).

Metabolisme er hva Jacobsen og Bye (2015) omtaler som samlebetegnelsen på de *kjemiske* reaksjonene i kroppens celler. Reaksjonene består av to deler; hvor *anabolisme* bygger opp bestanddeler i og utenfor celler, mens *katabolisme* spalter strukturer til mindre komponenter. Disse reaksjonene foregår kontinuerlig og sørger for vedlikehold av enzymer og signalmolekyler, celler og vev. Under katabolismen vil det også frigjøres energi. Energi er *evnen til å utføre arbeid*, og er nødvendig for å utføre de kjemiske prosessene i kroppen og utøvelse av fysiske oppgaver (Jacobsen og Bye, 2015). Behovet for energi vil ifølge Drevon (2012) påvirkes av kroppssammensetning, aktivitetsnivå, temperatur i og utenfor kroppen og ved reparasjonsprosesser under sykdom eller traumer (Drevon, 2012). Dersom kroppens behov for energi ikke dekkes, vil fettvev og skjelettmuskulatur benyttes som kilde til energi. Da kroppens lagre benyttes som kilde, kan man på sikt forvente vektnedgang (Jacobsen og Bye, 2015).

Vektnedgang over lengre tid vil gradvis utvikle seg til hva Helsedirektoratet (2010) definerer som underernæring; “*En ernærings situasjon der mangel på energi, protein og/ eller andre næringsstoffer forårsaker en målbar ugunstig effekt på kroppssammensetning og- funksjon, samt klinisk resultat*”(HD, 2010, s.14). Underernæring er en tilstand og en diagnose som inngår i spesialisthelsetjenestens diagnosesystem, ICD-10. Nasjonalt råd for ernæring (2017) beskriver sarkopeni og kakeksi som varianter av underernæring. Det er viktig å kunne skille mellom disse, da det vil være av betydning for behandling og prognose. Sarkopeni oppstår som følge av underernæring, som medfører redusert muskelmasse og muskelkraft. Høy alder og sykdom kan være bakenforliggende årsaker. Kakeksi oppstår som følge av sykdom, og er et syndrom som kjennetegnes av redusert kroppsvekt og muskelmasse, og eventuelt tap av fettvev.

Det er forskjell på vekttap som resultat av eget engasjement og frivillighet kontra vekttap ved alvorlig sykdom eller traume. Forskjeller i andelen av fett og skjelettmuskulatur som vil benyttes til egenproduksjon av energi vil være ulik ved nevnte tilfeller. Ved frivillig vektnedgang vil det inntre beskyttelsesmekanismer i kroppen som begrenser tap av skjelettmuskulatur. Disse mekanismene ikke vil inntre ved alvorlig sykdom og eller traume. Pasienter vil dermed i større grad oppleve svinn av muskulatur (Jacobsen og Bye, 2015).

Helsedirektoratet (2010) nevner eldre, kognitivt svekkede, enslige, funksjonshemmede, psykiatriske langtidspasienter, rusavhengige og pasienter med kroniske lidelser som kreft, leddgikt, osteoporose, hjerte- og lungesykdom som pasientgrupper med en potensiell ernæringsmessig risiko. Med *ernæringsmessig risiko* menes ernæringsrelatert risiko for komplikasjoner grunnet sykdom. Det vil være relevant for sykepleiere å ha kunnskaper om spesielt utsatte pasienter, slik at fokuset i grad større grad kan rettes mot forebyggende tiltak.

Underernæring vil kunne føre til en rekke konsekvenser - både på individnivå og samfunnsnivå. Underernæring vil medføre et svekket immunforsvar, som gjør pasientene mer utsatt for infeksjoner. Andre følger er redusert muskulatur og dårligere forutsetning for tilheling (Sortland, 2015). Ernæringsstatus hos pasientene vil påvirke både rekonvalesens og sykdomsforløp, som videre kan være avgjørende for pasienters liggetid på sykehus. Dette vil videre også kunne føre til et økt behov for helsetjenester i etterkant. Økt prevalens av reinnleggelse i senere tid og økt dødelighet er også tilfellet (Jacobsen og Bye, 2015;

Nasjonalt råd for ernæring, 2017). Ernæringsstatus kan altså påvirke den kostnaden samfunnet må dekke for et sykdomsforløp.

2.2 Sykepleierens ansvar for pasientenes ernæringsstatus

Sykepleiere har i sin yrkesrolle et ansvar for at pasienter får dekket sine grunnleggende behov, som behovet for ernæring (Mathisen, 2015). Dersom pasienten selv ikke klarer å innta tilstrekkelig mengde mat og drikke - skal sykepleieren hjelpe pasienten slik at behovet for ernæring er tilfredsstillende dekket (Jacobsen og Bye, 2015).

Sykepleiere er den faggruppen som hyppigst er i kontakt med pasienter. Det gir sykepleiere mulighet for observasjon og datasamling om pasienters appetitt og inntak av mat og drikke. I *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring* anbefaler Helsedirektoratet (2010) at pasienters ernæringsstatus blir kartlagt. Dette bør inkludere dokumentasjon av pasienters kroppsvekt og høyde. Store endringer i kroppsvekt kan tyde på ubalanse mellom inntak og behov for energi. Sjøen og Thoresen (2012) opplyser at et vekttap på over 5% av opprinnelig kroppsvekt i løpet av en måned er alvorlig.

Helsedirektoratet anbefaler at det gjøres beregning av pasienters kroppsmasseindeks (KMI) som en del av kartleggingen av ernæringsstatus (HD, 2010). KMI beskriver forholdet mellom pasienters vekt og høyde - kg/m², og vurderes opp mot bestemte referanseverdier. En verdi under 18,5 kg/m² hos voksne mellom 18 og 65 år kategoriseres som undervekt. Det er egne referanseområder for eldre personer over 65 år, hvor undervekt er tilfellet dersom KMI er under 24 kg/m² (Jacobsen og Bye, 2015). Verdien må tolkes med noe skjønn og ses i sammenheng med pasientens kroppslige utseende, da en stor andel muskelmasse kan gi et feilaktig svar (Drevon, 2012).

For å kartlegge ernæringsstatus er det utarbeidet flere typer verktøy. Helsedirektoratet (2010) anbefaler screeningverktøy for å fange opp pasienter med ernæringsmessig risiko. Verktøyene er skjemaer med spørsmål som omhandler helsetilstand, antropometri og inntak av næring. Svarene som avgis vil danne en poengsum, som anslår risikoen for underernæring eller grad av underernæring. Ulike screeningsskjemaer er egnet for å kartlegge ulike pasientgrupper, ved å ta hensyn til ulike faktorer som alder og helsetilstand. Det vil være hensiktsmessig å bruke det best egnede screeningverktøyet. I sykehuspraksis anbefales Nutritional Risk Screening

2002 (NRS2002), da dette tar hensyn til sykdom. Andre verktøy er; Malnutrition Universal Screening Tool (MUST), Mini Nutritional Assessment (MNA), og Subjective Global Assessment (SGA). MNA egnes for pasienter over 65 år, mens SGA anbefales for pasienter med langtkommen kreftsykdom. Andre kartleggingsmetoder er matkort og ernæringsjournal (HD, 2010).

God ernæringspraksis beskrives av Jacobsen og Bye (2015) som en metode hvor man kontinuerlig jobber mot utvikling av feil- og underernæring. Det utøves som en prosess, hvor man foretar en vurdering av pasientens ernæringsstatus og -behov. Dette skal videre vurderes opp mot inntaket av næringsstoffer. Dersom det ikke er tilfredsstillende balanse mellom behov og inntak, bør det utarbeides en ernæringsplan samt iverksettes av tiltak. Tiltakene skal følges opp og evalueres, for å undersøke om ønsket effekt oppnås (Jacobsen & Bye, 2015). Det er likheter mellom hva Jacobsen og Bye (2015) omtaler som *god ernæringspraksis* og de retningslinjene European Society of Clinical Nutrition (ESPEN) har utarbeidet for kartlegging av ernæringsmessig risiko (Kondrup *et al.*, 2003). Kondrup *et al.* (2003) fremmer screeningverktøy som metode, for å kartlegge alle pasienters ernæringsstatus ved innleggelse. Ved påvist ernæringsmessig risiko skal det utarbeides en tiltaksplan i samarbeid med en fagkyndig, som en klinisk ernæringsfysiolog. Pasienten skal følges opp med vurdering av tiltaksplanens effekt og eventuelle behov for endring. Alle opplysninger som omhandler pasientens ernæringsstatus skal følge med ved overflytting til annen helsetjeneste. Effekten av ernæringsbehandlingen skal i etterkant av sykehusoppholdet evalueres. Kondrup *et al.* (2003) uttrykker at disse retningslinjene bør praktiseres - for alle pasienter - både i sykehus og andre institusjoner.

2.3 Sykepleiekompetanse

Som autorisert sykepleier foreligger en rekke forventninger om fagkunnskap og utøvelse av yrkesrollen. Rammeplanen for sykepleierstudenters utdanningsforløp, lover, forskrifter og yrkesetiske retningslinjer er med å danne disse forventningene.

I 2005 ble det med Universitet- og høyskoleloven (2005) innført nasjonale rammeplaner for bestemte studieretninger innen helse- og sosialfag, inklusiv sykepleierstudiet. Formålet med felles rammeplan var å sikre et likeverdig faglig nivå på utdanningsforløp (Kunnskapsdepartementet, 2008). Forskrift til rammeplan for sykepleierutdanning (2008) § 2 formidler at det er opp til hvert institutt å utarbeide en fagplan for studiet, med oversikt over

faglig innhold, organisering, arbeidsform og vurderingsordninger. Fagplanen formulerer det forventede læringsutbytte, som vil påvirke kompetansen som kan tilegnes gjennom studiet.

For å holde følge med samfunnsutviklingen, må det fornyelser og tilpasninger til innen helseutdanninger (St.meld. 13 (2011-2012)). Det er derfor utarbeidet nye retningslinjer som inntretr juni 2019 for helse- og sosialfagutdanninger, med egne forskrifter for de ulike utdannelsene. For sykepleierstudiet er dette *Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanningen* (Kunnskapsdepartementet, 2019). Det beskrives at de nye retningslinjene har en felles forventning om at studentene tilegner seg; kjennskap til innovasjonsprosesser og systematisk forbedringsarbeid samt digital kompetanse. Det vil også være fokus på samarbeid på tvers av ulike faggrupper (Kunnskapsdepartementet, 2019).

I forbindelse med fagkunnskap skiller Bjørk og Solhaug (2008) mellom praktiske ferdigheter og teoretiske fagkunnskaper. Teoretisk fagkunnskap er hva sykepleierstudenter får gjennom faglitteraturen. Dette er korrekt fagkunnskap, og som per dags dato er foreliggende fakta. Praktisk kunnskap er knyttet til noe den enkelte har erfart og vært involvert i. Gjennom praktisk utøvelse vil man også kunne opparbeide seg ferdighetskunnskap, som tilegnes gjennom egen utførelse eller observasjon av andre. Fortrolighetskunnskap er en form for praktisk kunnskap, som tilegnes gjennom erfaringer og mengdetrening av ulike situasjoner. Erfaringer vil gi et øvet klinisk blikk samt en intuisjon eller magefølelse om avvik før nærmere undersøkelser kan bekrefte noe. Erfaring kan også bedre evnen til å ta skjønsmessige valg relatert til handling.

Benner (1995) beskriver en modell som omhandler ulike kompetansenivåer av klinisk sykepleie. Modellen har utgangspunkt i Dreyfusmodellen, hvor man gjennom erfaringer utvikler sine ferdigheter. Man vil gradvis oppnå følgende stadier; novise, avansert nybegynner, kompetent, kyndig og ekspert. I Benners modell er tilsvarende stadier beskrevet, og relatert til sykepleiere. Sykepleierstudenter kan ifølge Benner (1995) klassifiseres som *noviser*, grunnet lav grad av erfaring fra klinisk praksis. Noviser har en *lærebokstyrt* atferd, som Benner (1995) beskriver som begrenset og usmidig. Videre påpeker hun at dette er tilfelle for enhver sykepleier som ikke har erfaring fra et bestemt klinisk område eller pasientsituasjon. Sykepleiere som har jobbet i mange år kan altså også klassifiseres som noviser.

Som *avansert nybegynner* og *kompetent*, vil man i en gitt situasjon se mange problemer som må løses, hvor man benytter seg av konkrete prinsipper for å løse problemene. Som *kyndig* og *ekspert* ser man på situasjoner mer helhetlig, hvor man prioriterer det mest kritiske i situasjonen. En *ekspert* har erfaring med mange timers observasjon av lignende situasjoner samt omsorg for pasienter. Eksperten vil få en intuisjon om hva som er problemstillingen ved en hver gjenkjennbar situasjon. Man vil med et høyere kunnskaps- og erfaringsgrunnlag ha en bedre evne til å fange opp endringer hos pasienters helsetilstand (Benner, 1995).

Med lite kliniske erfaringer relatert til ernæring og ernæringsstatus kan en nyutdannet sykepleier betraktes som en *novise* eller *nybegynner*. Benner *et al.* (2010) hevder at nyutdannede sykepleiere ikke har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter i forhold til dagens forventninger. Hun peker på at teoretisk kunnskap blir vektlagt gjennom studiet, og viktigheten av at man kan bruke denne kunnskapen i praksis.

Kunnskapsdepartementet (2008) formidler i Rammeplanen at man etter endt utdanning skal ha handlingskompetanse. Rammeplanen vil som nevnt utgå i juni 2019, og erstattes av Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanningen (Kunnskapsdepartementet, 2019). Handlingskompetanse innebærer at man evner å vurdere risikofaktorer hos den enkelte pasient - i pasientens situasjon. Man skal også vite hvilke tiltak som kan bidra til å fremme helse og forebygge sykdom (Kunnskapsdepartementet, 2008). Sykepleiere skal altså evne å jobbe helsefremmende og drive forebyggende helsearbeid. Det å søke etter problemer *før* de eventuelt oppstår eller lar seg utvikle til alvorlige problemer, er hva Kim (2015) beskriver som den *helsefremmende* og *forebyggende* utøvelsen av sykepleie.

Ansvar for å fremme helse og forebygge sykdom er også beskrevet av Norsk Sykepleierforbund (NSF) (2011). NSF har utarbeidet yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, som beskriver hva som forventes faglig, etisk og ansvarsmessig av yrkesutøvelsen. De punktvis oppførte retningslinjene gir en definisjon på hva sykepleierrollen innebærer. Eksempelvis skal man som sykepleier ivareta pasientens behov for helhetlig omsorg (NSF, 2011).

2.4 Kvalitetsutvikling

Utdanning for velferd (St.meld. 13 (2011-2012)) formidler et ønske og mål om å utvikle mer kunnskapsbaserte tjenester. Gjennom økt anvendelse av forskning i praksis ønsker man å øke kvaliteten av helsetjenester (St.meld. 13 (2011-2012)). Kombinasjonen av forskningsbasert kunnskap, egne kliniske erfaringer og etiske refleksjoner som inkluderer brukermedvirkning, vil ifølge Nortvedt *et al.* (2012) utgjøre en kunnskapsbasert praksis. Sykepleiere skal ta for seg den enkelte pasients tilstand, og gjennom kunnskapsbasert praksis komme frem til behandling, tiltak og oppfølging. Kunnskapsbasert praksis som resulterer i optimal pleie i *enhver* pasientsituasjon betraktes som god sykepleie med god kvalitet.

Nasjonalt pasientsikkerhetsprogram (2018a) vil forebygge og forhindre pasientskader som underernæring, med sitt nasjonale pasientsikkerhetsprogram - *I trygge hender 24-7*. Det er utarbeidet en egen tiltakspakke for forebygging og behandling av underernæring i sykehus. Tiltakspakken presenterer følgende tiltak; gjøre en risikovurdering, gjennomføre en individuell kartlegging, gi tilstrekkelig næring og videreføre informasjon. Nasjonalt pasientsikkerhetsprogram har som formål å bedre kvaliteten på helse- og omsorgstjenestene.

Det er ifølge Bjørk og Solhaug (2008) en sammenheng mellom kvalitetsutvikling og faglig forsvarlighet. Sykepleiere skal jmfør Helsepersonelloven (1999) § 4 utøve faglig forsvarlig helsehjelp, som innebærer at helsehjelpen oppfyller en minstestandard av en viss kvalitet. Bjørk og Solhaug (2008) beskriver viktigheten av å holde seg faglig oppdatert, for å følge dagens utvikling innen helse. Prosjektarbeid kan benyttes som metode for fagutvikling i helsetjenesten. Ved fagutvikling benytter man allerede foreliggende kunnskap og anvender dette i praksis, som eksempelvis en prosedyre eller et verktøy. At prosjektarbeidet har en god ledelse som fremmer engasjement vil være en betydningsfull suksessfaktor. Andre faktorer er at ledelsen tilrettelegger og bevilger både tid og ressurser til prosjekter over en gitt periode. Samtidig er det viktig at det gis muligheter og rom for å tilegne seg kunnskaper, opplæring og refleksjon. Fagutviklingsprosjekter kan ifølge føre til at rutiner implementeres og etterleves (Bjørk og Solhaug, 2008).

2.5 Hensikt

Litteraturstudien har som hensikt å søke og sammenfatte kunnskap om sykepleieres kompetanse om identifisering av underernæring hos utsatte pasientgrupper, og belyse hva fremmer og hva som hemmer sykepleieres utøvelse av god ernæringsomsorg.

2.6 Problemstilling

Hvordan fremme sykepleieres kompetanse i å identifisere underernæring hos utsatte pasientgrupper?

3.0 METODE

I dette kapitlet vises metoden brukt i denne litteraturstudien

3.1 Litteraturstudie som metode

Aveyard (2014) beskriver litteraturstudie som en omfattende studie, hvor man gjennomgår forskning og litteratur om et gitt tema. Man vil identifisere et forskningsspørsmål eller en problemstilling som det ønskes å besvare. Dette gjøres ved å søke etter relevant litteratur med en systematisk fremgangsmåte, for deretter å analysere materialet.

3.2 Kvantitativ og kvalitativ metode

For å finne svar på hva slags kunnskap og kompetanse sykepleiere trenger for å identifisere underernæring vil både kvantitative og kvalitative studier kunne være relevante. I denne studien ble det derfor benyttet artikler med kvantitativ-, kvalitativ og eller blandet forskningsmetode. Thidemann (2015) beskriver at kvantitativ metode er å samle data som er målbar, eksempelvis i form av tall og enheter. Kvantitativ metode er hensiktsmessig ved forskningsspørsmål hvor man trenger objektive data. Metoden kan benyttes til representative oversikter, frekvenser, fordelinger og for å teste hypoteser og teorier. Resultater fra kvantitative studier kan bidra til å verifisere en påstand, og eller om noe er overførbart til en gitt populasjon. Metoden kan kjennetegnes som breddekunnskap, hvor man henter et lite antall opplysninger fra et stort kvantum av deltakere.

Kvalitativ metode er hva Thidemann (2015) beskriver som en måte å innhente subjektiv kunnskap, i form av meninger, erfaringer, opplevelser og holdninger hos studiedeltakerne. Denne metoden brukes som oftest for å finne meningssammenhenger. Kunnskap blir gjerne innhentet gjennom intervjuer, feltarbeid, observasjoner og dokumentanalyser. Metoden kan kjennetegnes som dybdekunnskap, hvor man henter mye kunnskap fra få deltakere.

3.3 Søkestrategi

Det ble hovedsakelig utført strukturerte artikkelsøk, for å få en oversikt over tilgjengelig forskning og litteratur relatert til valgt tema. Det ble brukt anerkjente databaser innenfor helsefag som Medline, PubMed og CINAHL. Søkeord som ble benyttet i søkestrengen for å finne relevante artikler var følgende; *Nurse, Nurses, Nurses role, Nursing Practice, Hospitals, Hospitals units, Nutrition, Undernutrition, Malnutrition, Nutrition disorder, Nutritional*

status, Nutritional care, Attitudes, Knowledge, Implementing, Mass screening, Screening, Assessments, Nordic countries, Scandinavia og Norway.

3.4 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Ifølge Aveyard (2014) er inklusjon- og eksklusjonskriterier til hjelp for å avgrense artikkelsøk og gi et mer spesifikt fokus. Dette retter oppgaven inn mot problemstilling.

I denne studien ble det valgt å inkludere vitenskapelige artikler med følgende kriterier; omhandlet sykepleiere, studier utført i land som er sammenlignbare med Norge, har IMRaD-struktur, er fagfellevurdert, tilgjengelig i fulltekst og skrevet på engelsk. Eksklusjonskriterier var følgende; omhandlet pasientgrupper med spesifikke diagnoser og eller eldre pasienter, studier foretatt andre plasser enn sykehus og utgitt tidligere enn år 2005.

3.5 Søkedomokumentasjon

Tabell 1: Søkedomokumentasjon

Nr.	Database	Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff (dato)	Artikkelfunn etter utvalget
1	Medline	1.Hospitals 2.Nurses 3.Malnutrition	1 and 2 and 3	7 (26.03.2019)	«A Method for implementation of Nutritional Therapy in Hospitals»
2	Medline	1.Hospitals 2.Nurses 3.Malnutrition	1 and 2 and 3	7 (26.03.2019)	«Nutritional Routines and Attitudes among Doctors and Nurses in Scandinavia: A Questionnaire based Survey»
3	CINAHL	1.Scandinavia 2.Nurses 3.Nutrition	1 and 2 and 3	26 (19.03.2019)	«Insufficient Nutritional Knowledge among Healthcare Workers?»
4	PubMed	1.Nurses role 2.Nutrition status 3.Assessment 4.Hospital	1 and 2 and 3 and 4 +siste 10 år	32 (19.03.2019)	«Nurses' Perceptions Regarding the Prevalence, Detection, and Causes of Malnutrition in Canadian Hospitals: Results of a Canadian Malnutrition Task Force Survey»
5	CINAHL	1.Nurses 2.Hospital units 3.Nutrition disorders	1 and 2 and 3	29 (26.03.2019)	«Enhancing the Quality of Oral Nutrition Support for Hospitalized Patients: a Mixed Methods Knowledge Translation Study (The EQONS Study)»
6	CINAHL	1.Screening (as keyword) 2.Hospital units 3.Nutrition	1 and 2 and 3	37 (19.03.2019)	«Evaluation of Adherence to a Nutrition-Screening Programme over a 5-year Period»
7	CINAHL	1.Nursing knowledge 2.Hospital units 3.Nutrition	1 and 2 and 3	13 (26.03.2019)	«Nurses' Self-reported Knowledge about and Attitude to Nutrition- before and after a Training Programme»

3.6 Utvalg og analyse

Strukturerte søk med ulike kombinasjoner av relevante ord ga syv til 37 treff. Under hvert artikkelsøk ble titlene på treffene lest og vurdert. Dersom en tittel virket aktuell, ble sammendraget gjennomgått. Videre ble utvalgte artikler skimlest, for så ta stilling om de skulle inkluderes i litteraturstudien. Studiene som ble valgt som relevante til problemstilling og tema ble videre analysert. Thidemann (2015) beskriver analyse som granskning og tolkning, for å forstå hva teksten formidler. Dette krever at man leser teksten flere ganger, både i sin helhet og stykkevis, for å forstå innholdet.

Artiklene som ble valgt benyttet kvalitativ, kvantitativ eller blandet metode. Det ble tatt hensyn til eksklusjonskriteriene - som at artiklene skulle komme fra land som kunne sammenlignes med Norge. Det ble derfor valgt to danske, to skandinaviske, en canadisk og to britiske studier. Valget av artikler var også preget av at studiene skulle omhandle ernæringspraksis på sykehus. Derav ble studier som omhandlet kommunale og andre helsetjenester valgt bort. Det ble videre ekskludert artikler som tematiserte spesifikke diagnoser og eller pasientgrupper. Det var ønskelig å finne artikler som omhandlet sykepleieres kompetanse om ernæring og praktisering av ernæringsomsorg.

3.7 Forskningsetikk

Forskningsetikk er vurdering av samfunnets normer og verdier i forhold til forskningen (Dalland, 2017). Forskningsetiske prinsipper gjelder for alle trinnene i forskningsprosessen, inkludert publisering og formidling av resultater.

Forskningsetikk handler ikke minst om å ivareta personvernet og sikre at de som deltar i forskning ikke blir påført skade eller unødvendige belastninger. Forskningens mål om å vinne ny kunnskap og innsikt må heller ikke skje på bekostning av enkeltpersoners integritet og velferd (Dalland, 2017, s. 236).

I denne studien er det blitt valgt artikler som har fått en form for godkjenning av etisk komité eller fulgt etiske retningslinjer. Deltakere deltok frivillig og ble anonymisert i de kvantitative studiene.

4.0 RESULTAT

I dette kapittelet er det valgt å trekke frem resultater fra studiene som anses som relevante for oppgavens tema.

4.1 Presentasjon av resultater

Artikkel 1	
Forfattere, Land, Utført (Publisert), Tidsskrift	Henrik Højgaard Rasmussen, Jens Kondrup, Micheal Staun, Karin Landeoged, Karin Lindorff, Lillian Mørch Jørgensen, John Jakobsen, Hanne Kristensen & Anne Wengler. Danmark, 2005 (2006) Clinical Nutrition
Tittel	A Method for Implementation of Nutritional Therapy in Hospitals
Hensikt	Effekten etter implementering av tiltaksplan, med tilpassing innad hver avdeling basert på ESPENs retningslinjer
Metode	Kvalitativ metode Intervju og screening med NRS2002 av pasienter, i for- og etterkant av studie
Deltakere	141 pasienter ved baseline og 122 ved endt studie, fra fire sykehusavdelinger
Hovedfunn	Ved baseline hadde 40% av pasientene vekttap under sykehusoppholdet. 1/3 var i risiko for underernæring, og 33 % av disse fikk ernæringsplan. Det ble kartlagt barrierer, og det ble igangsatt tiltak som ledet til bedre ernæringsstatus.
Styrker og svakheter	<i>Styrke:</i> Studie godkjent av forskningsetisk komité. Fagfellevurdert nivå 1. <i>Svakhet:</i> Flere tiltak satt igang på samme tid, derav kan en ikke trekke ut effekten av enkelte tiltak

Artikkel 2	
Forfattere, Land, Utført (Publisert), Tidsskrift	Morten Mowe, Ingvar Bosaeus, Henrik Højgaard Rasmussen, Jens Kondrup, Mitra Unosson & Øivind Irtun Norge, Sverige og Danmark, 2005 (2006) Clinical Nutrition
Tittel	Nutritional Routines and Attitudes Among Doctors and Nurses in Scandinavia: A Questionnaire Based Survey
Hensikt	Undersøke ernæringspraksis i henhold til ESPENs retningslinjer blant sykepleiere og leger ved ulike sykehus i Skandinavia
Metode	Kvantitativ metode Spørreskjema Telefonsamtale med en subgruppe; spørsmål om ernæringspraksis
Deltakere	Leger og sykepleiere i sykehus Totalt 4512 (2759 sykepleiere) Norske 1473 (889 sykepleiere) Subgruppe 200
Hovedfunn	Studien fant store forskjeller i ernæringspraksis mellom nasjonene. Ernæringscreening ved innleggelse: danske sykehus 40%, norske sykehus 16% Dokumentasjon av næringsinntak: danske sykehus 46%, norske sykehus 22% Alle landene var enige om viktigheten med screening og å måle næringsinntak.
Styrker og svakheter	<i>Styrke:</i> Utført i tråd med Helsinkideklarasjonen. Godkjent av landenes etiske komité. Fagfellevurdert nivå 1 <i>Svakhet:</i> Selvrapporing kan medføre feiltolkning og eller over-/underdrivelse. Interessen for ernæring kan ha påvirket deltakelsen.

Artikkel 3	
Forfattere, Land, Utført (Publisert), Tidsskrift	Morten Mowe, Ingvar Bosaeus, Henrik Højgaard Rasmussen, Jens Kondrup, Mitra Unosson, Elisabet Rothenberg, Øivind Irtun & The Scandinavian Nutrition Group Norge, Sverige og Danmark, 2005 (2008) Clinical Nutrition
Tittel	Insufficient Nutritional Knowledge among Healthcare Workers?
Hensikt	Undersøke egen oppfatning av kunnskap om ernæringspraksis hos sykepleiere og leger
Metode	Kvantitativ metode. Spørreskjema; selvutfyllende
Deltakere	Totalt 4512 (2458 sykepleiere) Norske 1473 (889 sykepleiere)
Hovedfunn	Hovedårsak til mangelfull ernæringspraksis var kompetansemangel Vanskelig å identifisere pasienter med behov for ernæringsbehandling: 25% Savnet teknikker for å identifisere underernæring: 39% Vansker med å beregne kosthold: 53% Savnet nasjonale retningslinjer 66% Mente dårlig ernæringsstatus kan medføre komplikasjoner og forlenget opphold: 28%
Styrker og svakheter	<i>Styrke:</i> Utført i tråd med Helsinkideklarasjonen. Godkjent av landenes etisk komité. godkjent av forskningsetisk komité. Fagfellevurdert nivå 1 <i>Svakhet:</i> Selvrapporing kan medføre feiltolkning og eller over-/underdrivelse. Interessen for ernæring kan ha påvirket deltakelsen.

Artikkel 4	
Forfattere, Land, Utført (Publisert) Tidsskrift	Donald R. Duerksen, Heather H. Keller, Elisabeth Vesnaver, Manon Laporte, Khursheed Jeejeebhoy, H�el�ene Payette, Laeh Gramlich, Paule Bernier & Johane P. Allard Canada, 2012-2013(2016) Journal of Parenteral and Enteral Nutrition
Tittel	Nurses' Perceptions Regarding the Prevalence, Detection, and Causes of Malnutrition in Canadian Hospitals: Results of a Canadian Malnutrition Task Force Survey
Hensikt	Unders�oke sykepleieres kunnskaper og holdninger om underernæring - som forekomst, identifisering og behandling
Metode	Kvantitativ metode, med kohort design Spørreskjema; selvutfyllende
Deltakere	Sykepleiere, ansatt ved 11 sykehus 346 av 723 fullførte studien (responsrate 48 %)
Hovedfunn	> 50% undervurderte prevalensen av underernærte 8 / 10 mente identifisering av underernærte var viktig 92,5% ønsket å integrere en 3-spørsmåls ernærings skjema i dokumentasjonssystemet 17% mente mangel på assistanse til spisehjelp var signifikant årsak til underernæring 39 % rapporterte om tilgang til ernæringsrelatert undervisning 92% var interessert i ernæringsrelatert undervisning
Styrker og svakheter	<i>Styrke:</i> Godkjent av forskningsetisk komité. Fagfellevurdert nivå 1 <i>Svakhet:</i> Selvrapportering kan medføre til feiltolkning og eller over-/underdrivelse. Interessen for ernæring kan ha påvirket deltakelsen i studien. Usikkerhet om deltakernes utdannelsesnivå.

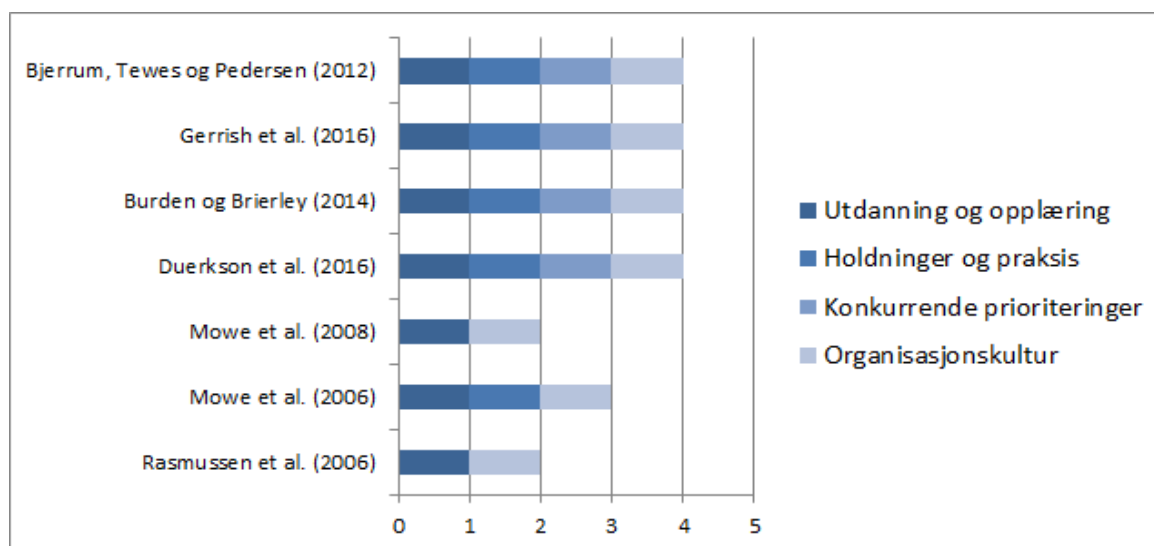
Artikkel 5	
Forfattere, Land, Utført (Publisert) Tidsskrift	Sorrel T. Burden og Euan D. R. Brierley Storbritannia, 2007-2011 (2014) European Journal of Clinical Nutrition
Tittel	Evaluation of Adherence to a Nutrition-Screening Programme over a 5-Year Period
Hensikt	Vurdere etterlevelsen og effekten av implementering og opplæring i ernæringscreening,
Metode	Kvantitativ metode Varighet 5 år Opplæring i bruken av screeningverktøyet MUST.
Deltakere	850 sykepleiere, fra 32 ulike sykehusavdelinger Data samlet av 17 876 pasienter.
Hovedfunn	Andel pasienter som ble screenet med <i>moderat-høy</i> risiko for underernæring var; 19% hos dem som ble screenet innen 24 timer etter innleggelse og 28% etter 7 dager Etter implementeringen ble 50% av pasientene screenet Ikke alle avdelinger rapporterte inn data og gjennomførte prosedyren for screening. Måltrettet opplæring førte til økt engasjement og bedret screeningraten
Styrker og svakheter	<i>Styrke:</i> Fagfellevurdert nivå 1. Stort kvanta pasienter screenet. <i>Svakhet:</i> Artikkelen nevner ikke etisk godkjenning.

Artikkel 6	
Forfattere, Land, Utført (Publisert), Tidsskrift	Kate Gerrish, Sara Laker, Carolyn Taylor, Fiona Kennedy og Ann Mcdonnell England, 2011-2012 (2016) Journal of Advanced Nursing,
Tittel	Enhancing the Quality of Oral Nutrition Support for Hospitalized Patients: a mixed Methods Knowledge Translation Study (The EQONS study)
Hensikt	Undersøke kunnskap om identifisering av pasienter med risiko for underernæring etter opplæring i bruk av MUST og undervisning om ernæringspraksis
Metode	Kvalitativ metode og kvantitativ metode .Varighet: 6 mnd. Utvalgte fikk opplæring i MUST, ernæringsbehandling, handlingsplaner og endringsledelse, som ble videreformidlet i hver avdeling. Handlingsplanene ble tilpasset hver avdeling
Deltakere	89 sykepleiere, 3 Senior ward nurses / oversykepleiere 3 Clinical nurse managers / avdelingssykepleiere 6 Nutrition champions / fagpersoner med ernæringskunnskap 3 Knowledge translation Facilitators / fagpersoner for kunnskapsoverføring
Hovedfunn	Sykepleiere fikk økt trygghet <ul style="list-style-type: none"> • i vurdering av risikoen for underernæring med MUST • for videreformidling og opplæring av kolleger i bruk av MUST • i å sikre screening av pasientene innen 24 timer
Styrker og svakheter	<i>Styrke:</i> Godkjent av forskningsetisk komité. Studiens metode får fram både subjektive og objektive effekter. <i>Svakhet:</i> Det var en lavere andel deltakerne som svarte etter endt studie, mot antallet ved baseline. Fagfellevurdert nivå 2

Artikkel 7	
Forfattere, Land, Utført (Publisert), Tidsskrift	Merete Bjerrum, Marianne Tewes og Preben Pedersen Danmark, 2005-2006 (2012) Scandinavian Journal of Caring Sciences
Tittel	Nurses' Self-Reported Knowledge about and Attitude to Nutrition – before and after a Training Programme
Hensikt	Å undersøke effekten av opplæring av sykepleiere for å bedre ernæringskompetansen
Metode	Kvalitativ metode Varighet 12 mnd Gruppeintervju av deltakerne før og etter endt studie
Deltakere	16 sykepleiere, fordelt i to grupper
Hovedfunn	Opplæringsprogrammet økte sykepleiernes kunnskaper om ernæring. De følte seg mer trygge til å ta mer ansvar om den ernæringsmessige behandlingen. De fikk økt bevissthet om den sykepleier-spesifikke behandlingen, og deres ansvar for ernæringsvurdering. Sykepleiere hadde fortsatt vanskeligheter med å uttrykke ernæringskunnskap med bruk av akademiske begreper.
Styrker og svakheter	<i>Styrke:</i> Godkjent etisk av “Board of Directors” på København sykehus. Fagfellevurdert som nivå 1. <i>Svakhet:</i> Få deltakere

4.2 Sammenfatning av resultater

Resultatet av analysen viste ulike barrierer som begrenset sykepleieres ernæringspraksis. Vi har kategorisert barrierene inn fire kategorier: *utdanning og opplæring, holdninger og praksis, konkurrerende prioriteringer og organisasjonskultur.*



Figur 1: Barrierer som begrenser utøvelsen av god ernæringspraksis

4.2.1 Utdanning og opplæring

Fagkunnskap og erfaringer relatert til ernæring kan tilegnes gjennom utdanning og opplæring. Dersom utdanning og eller opplæring er mangelfull kan det skape en barriere for god ernæringspraksis.

Kunnskap om ernæring og underernæring ser ut til å være av stor betydning for å kunne utøve god ernæringspraksis i sykehus. Samtlige studier trekker frem mangel på kunnskap som hovedårsak til mangelfull ernæringspraksis (Bjerrum, Tewes og Pedersen, 2012; Burden og Brierley, 2014; Duerksen *et al.*, 2016; Gerrish *et al.*, 2016; Mowe *et al.*, 2006; Mowe *et al.*, 2008; Rasmussen *et al.* 2006).

Mowe *et al.* (2008) undersøkte nasjonale forskjeller i kunnskapsnivå hos sykepleiere og leger ved norske, danske og svenske sykehus. Mangel på ernæringskunnskap var hva flest deltakere oppga som årsak til en utilstrekkelig ernæringspraksis. Over halvparten av de norske deltakerne ga uttrykk for dette. Kun fåtall av de norske deltakere mente deres kunnskaper om behandling av underernæring var god nok. Deltakere som rapporterte om *gode kunnskaper*,

hadde også en bedre ernæringspraksis. Deltakere med *mindre gode* kunnskaper så på oppgaver ved ernæringspraksis som identifisering, behandling og utarbeiding av ernæringsplaner som utfordrende. Dette var tilfellet hos dobbelt så mange norske som danske deltakere.

Bjerrum, Tewes og Pedersen (2012) så at opplæring ga sykepleiere mer selvsikkerhet, slik at de rådførte seg mindre med legene. Sykepleierne hadde et læringsutbytte av opplæringen, som ga økt kunnskap om implementeringsstrategier og hvordan man motiverer og inkluderer kollegaer. De savnet likevel ytterligere fagkunnskap om ernæring, som en del av opplæringen. Med økt forståelse for ernæring og hvilke tiltak de kunne iverksette, var det lettere for sykepleierne å involvere pasienten. De oppmuntrer også pasienter til å spise og drikke tilstrekkelig.

4.2.2 Holdninger og praksis

Fokus og interesse for ernæring og ernæringsstatus kan gjenspeiles i sykepleieres holdninger og praksis. Dårlig holdning og mangelfull praksis kan skape en barriere for god ernæringspraksis.

Studiedeltakere viste enighet om at ernæringsstatus burde kartlegges ved innleggelse. Likevel meldte 67% at dette kun ble utført på halvparten av pasientene. Sykepleiernes holdninger var altså motstridende til utøvd praksis (Mowe *et al.*, 2006). Gerrish *et al.* (2016) så også en holdningsendring blant sykepleierne. Opplæring i bruk av MUST gjorde at de ble mer sikre og trygge i sin praksis. Dette gjaldt eksempelvis kartlegging av immobile pasienter, videreformidling av kunnskap og opplæring av andre kollegaer i bruken av MUST. Sykepleierne fikk også en bedre forståelse for hensikten av hvorfor underernæring behandles. Økt kunnskap førte til en holdningsendring blant sykepleierne, som medførte hyppigere bruk av screeningverktøy.

Burden og Brierley (2014) så en kulturforandring i avdelingene etter opplæringsprogrammet. Økte kunnskaper førte til at sykepleierne så på ernæringscreening av pasienter som mer viktig. Dette ledet til at ernæring fikk en høyere prioritet på de ansattes agenda (Burden og Brierley, 2014). Bjerrum, Tewes og Pedersen (2012) hadde lignende funn da opplæring gjorde sykepleierne mer bevisst på sin rolle og ansvar i forhold til ernæring.

Dette innebar økt ansvarsfølelse for å avdekke om pasienter var i risiko for underernæring samt iverksettelse av tiltak deretter. Deltakerne ble også mer bevisste på verdien av sykepleien, og deres muligheter for å påvirke pasienters ernæringsstatus. De konfererte med pasientene om forhold som kunne påvirke matinntaket som appetitt og kvalme. Sykepleiere kunne foreslå tiltak som kvalmelindring. De informerte også om måltidenes tidspunkter, samt mulighetene på avdelingen i forhold til kost.

4.2.3 Konkurrerende prioriteringer

Andre oppgaver ved sykepleieryrket som stell og medikamenter prioriteres ofte foran ernæringsstatus. Slike konkurrerende prioriteringer kan skape barriere for god ernæringspraksis.

Duerksen *et al.* (2016) ba sykepleierne velge tre av elleve forhold som hadde negativ innvirkning på ernæringspraksis. Følgende mangler ble nevnt; bistand ved måltider, dokumentasjon av ernæringsbehov, tid, kunnskaper og ansvars- og rolleavklaring. Burden og Brierley (2014) identifiserte også barrierer ved ernæringspraksis, som mangel på tid, prioritet og dokumentasjon. Som følge av undervisning om ernæring og ernæringspraksis, økte prioriteringen av ernæring.

Bjerrum, Tewes og Pedersen (2012) ga utvalgte sykepleiere opplæring i ernæring, som de videreformidlet i tilhørende avdeling. Etter opplæringsprogrammet ble ernæring ansett som en vital del av behandlingen, og ble derfor gitt høyere prioritet av sykepleierne. De ble mer bevisste på sin rolle og fikk en økt ansvarsfølelse. De fikk også økt kunnskap om tilretteleggelse for å yte god ernæringsomsorg. Grunnet tidsmangel kunne ikke alltid de utvalgte sykepleierne svare på spørsmål fra kollegaer om ernæring, som førte til at kollegaer sluttet å stille spørsmål. Dette gjorde det vanskelig å opprettholde ernæringsfokuset.

Opplæring ser ut til å medføre en klarere forpliktelse til å styrke fokuset på ernæringsbehandling. Til tross for ønsket om initiativ til ernæringsbehandling, ble dette begrenset av den økte arbeidsbelastningen. Det var mange andre arbeidsoppgaver som de valgte å prioritere først, som medikamenter og stell da dette kunne gi umiddelbare følger. Manglende tid til oppfølging av pasientene førte til frustrasjon. De følte seg hindret i å benytte kunnskapen de ervervet under opplæringen (Bjerrum, Tewes og Pedersen, 2012).

4.2.4 Organisasjonskultur

Ledelsens kvalitet, tilgjengelighet på ressurser, ansvarsavklaring og rutiner kan påvirke organisasjonskulturen, skape barrierer for god ernæringspraksis dersom mangler forekommer.

Sykepleiere ved flere studier etterlyste teknikker for kartlegging av pasienters ernæringsstatus. Undervisning og veiledning førte til økt bruk av screeningverktøy og implementering av rutiner (Burden og Brierley, 2014; Duerksen *et al.*, 2016; Mowe *et al.*, 2008). Rasmussen *et al.* (2006) så at implementering av rutiner og tiltaksplaner bidro til at et mindre antall pasienter gikk ned i vekt under innleggelsen. Færre pasienter hadde også utilstrekkelig næringsinntak. Tiltaksplanene som ble innført var utarbeidet med et tverrfaglig samarbeid, som deretter ble tilpasset avdelingen innad ved at barrierer og ideer for forbedring ble tatt hensyn til. Rasmussen *et al.* (2006) formidlet at denne metoden kan gi en følelse av eierskap for tiltaksplanen og øke ansvarsfølelsen hos de ansatte.

Burden og Brierley (2014) så at opplæring og oppfølging fremmet implementering av screeningverktøy. Dette førte til at flere pasienter ble screenet innen 24 timer og etter 7 dager. Det var også en økt kontroll og dokumentasjon av pasienters høyde og kroppsvekt. Som følge av økt identifisering av underernæring ble behandlende tiltak iverksatt for flere. Månedlig oppfølging av avdelingene kan være en av årsakene til at forekomsten av underernærte pasienter ble redusert i løpet av studieperiodens fem år.

Duerksen *et al.* (2016) avdekket barrierer som påvirker ernæringspraksis. Dette var mangel på rolleavklaring, videre oppfølging med screening, kulturelt tilpasset mat og tilgjengelighet av mat. Duerksen *et al.* (2016) påpeker at sykepleieres rolle må avklares for å bedre praksis. Det var også behov for en mer tverrfaglig tilnærming.

Burden og Brierley (2014) fant barrierer for hvorfor ernæringstiltak uteble, som mangel på dokumentasjon og støtte fra lederen. Mangel på videreformidling av dokumentasjon gjorde ernæringspraksis utfordrende ved overflytting av pasienter. Intervensjonsprogrammet engasjerte ledelsen som bedret avdelingen ernæringspraksis.

5.0 DRØFTING

Dette kapittelet vil drøfte studieresultater, teori og forskning i lys av problemstillingen.

5.1 Hvordan styrke sykepleiernes utdanning og opplæring

For vellykket ernæringsarbeid må sykepleiere ha tilstrekkelig ernæringskompetanse. De skal også ha tilstrekkelig handlingskompetanse for å kunne vurdere pasienters ernæringsmessige risiko og iverksette tiltak som fremmer helse og forebygger sykdom (Kunnskapsdepartementet, 2008). Sykepleieres kompetanse forutsetter et godt grunnlag av fagkunnskap og erfaringer. Gjennom utdanning og praksis vil sykepleieres kompetanse bygges opp - av både teoretisk og praktisk kunnskap. Med gjentakelse av situasjoner med liknende problemstilling vil også sykepleiere gjennom erfaring og observasjoner bygge fortrolighetskunnskap (Solhaug og Bjørk, 2008).

Kompetansen hos sykepleiere blir gjennom Lov for helsepersonell m.v. (1999) § 48a til en viss grad kvalitetssikret. Autorisasjon som helsepersonell tildeles bare dersom samtlige eksamener ved tilhørende utdanningsinstitusjoner er bestått (Helsepersonelloven, 1999). Vel å merke er ikke eksamensinnholdet konkretisert i lovens ordlyd. Per dags dato har sykepleierutdanningens grunnmur vært *Rammeplanen*, utgitt og utarbeidet av Kunnskapsdepartementet (Kunnskapsdepartementet, 2008). Rammeplanen har vært utgangspunktet for fagplanen, som beskriver forventet læringsutbytte og pensum for sykepleierstudenter. *Forskrift om retningslinjer for sykepleierutdanningen* erstatter rammeplanen i juni 2019, som vil gi utdanningsinstitusjoner mer frihet ved utarbeidelse av fagplaner, og hva disse kan inneholde (Kunnskapsdepartementet, 2008; 2019).

Det er funnet nasjonale ulikheter på hva sykepleiere besitter av fagkompetanse om ernæring og utøvelse av ernæringspraksis. Svenske sykepleiere utøvet en bedre ernæringspraksis enn norske. En mulig årsak til studiens utfall kan være at det i Sverige er flere helsepersonell med doktorgrad innen ernæring, som har medført et økt ernæringsfokus innen helseutdanninger (Mowe *et al.*, 2006). Dersom en satsing på undervisning om ernæring under sykepleierstudiet kan resultere i en bedre ernæringspraksis – kan man ikke annet enn å anse dette som fordelaktig. Dette støttes av Helsedirektoratet (2010) som hevder at det er et betydelig behov for å øke undervisningsdelen i ernæring, både i grunn-, videre- og etterutdanning for helsepersonell. Spesielt er behovet stort for undervisning om klinisk ernæring (HD, 2010). Ved å se Mowe *et al.* (2006) sitt funn opp mot det behovet Helsedirektoratets (2010)

etterlyser, kan man kanskje betrakte Sverige som et forbilde å strekke seg etter. Man kan derfor stille spørsmål om et økt ernæringsfokus i utdanningsforløpet er noe norske utdanningsinstitusjoner bør ta i betraktning ved utarbeidelsen av ny fagplan.

Sykepleierutdanningen skal tilegne studenter praktiske ferdigheter - gjennom ferdighetstrening i studentklinikker og veiledet praksis (Kunnskapsdepartementet, 2008). Erfaringskompetanse kan ifølge Benner (1995) inndeles i ulike kompetansenivåer, hvor man starter som uerfaren *novise*. Med gradvis opparbeidelse av observasjons- og handlingsevnen vil man oppnå høyere kompetanse og stadig bevege seg imot det å bli en *ekspert*. For å oppnå et høyere nivå på Benners modell må man oppleve, observere, erfare og trene (Benner, 1995). Man kan anse passeringstestene sykepleierstudentene må gjennomføre og bestå, som en måte å kontrollere at et visst nivå av praktiske erfaringer er nådd (Kunnskapsdepartementet, 2008). Det å ha gode praktiske ferdigheter er ifølge Benner *et al.* (2010) vel så viktig som det teoretiske, ved å understreke at man må vite hvordan man benytter teorien i praksis. Økt kunnskap om nettopp *utøvelsen* av ernæringspraksis etterlyses av sykepleiere, som formidler lite erfaring i bruk av screeningverktøy. Dette er noe flere studier har forsøkt å forbedre gjennom undervisning, hvor man så effekten i form økte antall screeninger, som også identifiserte flere pasienter med ernæringsmessig risiko (Burden og Brierley, 2014; Duerksen *et al.*, 2016; Mowe *et al.*, 2006). Kan det være slik at manglende erfaring om kartlegging av ernæringsstatus er delaktig årsak til den høye forekomsten av underernærte i sykehus (HD, 2010)? Dersom mangel på viten og erfaring er tilfellet kunne et tiltak være å introdusere og praktisere kartleggingsverktøy i sykepleierutdanningen, slik at studentene fikk trent seg på dette før de inntre i arbeidslivet. Et annet alternativ kunne vært å innføre dette som en del av opplæringen ved nyansettelser, eller at det med jevne mellomrom tematiseres under internundervisning på post.

Hverdagen i en sykehusavdeling kan være nokså hektisk, og det er flere tenkelige faktorer enn *mangel på erfaring*, som kan ha betydning for at noen pasienter utvikler underernæring - uten at det fanges opp. Likevel kan det å forbedre *en* antatt årsak være betydningsfull i det lange løp - da mange bekker små, blir en stor å. Da sykdom ansees å være hovedårsak til utvikling av underernæring, kan man anta at forekomsten av pasienter med ernæringsmessig risiko også vil øke (St.meld. 47 (2008-2009)). Å sikre sykepleieres kompetanse i kartlegging av

ernæringsmessig risiko, kan derfor være en hensiktsmessig måte å møte den kommende eldrebølgen på.

Den mangelfulle kompetansen blant helsepersonell belyses i *Utdanning for velferd* (St.meld. 13(2011-2012)). Kunnskapsdepartementet fremmer i den forbindelse også et ønskemål om å øke kunnskapsnivået blant helsepersonell. Da den medisinsk-tekniske utviklingen stadig bringer frem ny viten utfordrer dette dagens helsetjenester kunnskapsmessig, da det stadig blir behov for fornyelser og faglig oppdatering (St.meld. 13(2011-2012)). Behovet for tilpasning og fornyelse gjenspeiles i sykepleierutdanningen, sammen med andre helse- og sosialfaglige utdannelse. Dette gjøres ved å foreta grep som iverksettelse av en ny forskrift - som i større grad vil fokusere på innovasjonsprosesser, systematisk forbedringsarbeid, digital kompetanse og tverrfaglighet. Disse tilpasningen ved studiet vil gjelde for sykepleierstudenter med oppstart høsten 2019 (Kunnskapsdepartementet, 2019). Dette studentkullet vil dermed ved endt utdanning besitte mer dagsaktuell kunnskap, enn tidligere studenter. Siden sykepleierutdanningen gjennom tidene har endret seg, har sykepleiere blitt uteksaminert med ulike kunnskaper - både teoretiske og praktiske. Det er tenkelig at sykepleiere som ble utdannet flere år tilbake i tid, fikk undervisning om teori som per i dag ikke ansees som oppdatert. Dette kan man benytte som argumentasjon for hvorfor faglig påfyll med internundervisning og eller kursing kan være viktig for å fylle kunnskapshull. Kunnskapshull som eksempelvis fagkunnskap om ernæringspraksis og underernæring. Et annet argument kan være at man som sykepleier skal følge den yrkesetikken NSF (2011) har formulert, som at man skal holde seg faglig oppdatert. Dette er dessuten noe ledere av sykepleietjenester har som ansvar å legge til rette og skape rom for (NSF, 2011). Man kan avslutningsvis altså påstå at det foreligger et visst ansvar både hos utdanningsinstitusjoner og arbeidsplassens ledelse for det å sikre sykepleieres kompetanse.

5.2 Hvordan påvirke sykepleiernes holdninger og praksis

Med *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* har NSF (2011) formulert hvilket verdigrunnlag sykepleiere skal fronte i sin yrkesutøvelse. Eksempelvis er sykepleiere pliktige til å jobbe helsefremmende og sykdomsforebyggende (NSF, 2011). Ved å søke etter symptomer med sitt kliniske blikk, ta i bruk screeningverktøy og søke informasjon hos pasient og pårørende, kan sykepleiere samle data som kan avdekke risiko for underernæring. Å avdekke risiko *før* et eventuelt fatalt utfall oppstår, vil være hensiktsmessig da tiltak kan

iverksettes på et tidligere tidspunkt. Da kan videre utvikling forebygges. Effekten av aktiv leting etter ernæringsmessig risiko så Burden og Brierley (2014) etter at sykepleiere fikk opplæring i bruken av MUST. Det ble i større grad avdekket pasienter i ernæringsmessig risiko (Burden og Brierley, 2014). Man kan dermed se på systematisk bruk av screeningverktøy som en måte å jobbe sykdomsforebyggende på (Kim, 2015). Kartleggingsverktøy kan anslå en foreliggende risiko *før* det eventuelt underernæring utvikles.

Som sykepleier skal man jobbe for å sikre god praksis (NSF, 2011). God ernæringspraksis er ifølge Jacobsen og Bye (2015) en prosess som innebærer at man kartlegger, vurderer, behandler og evaluerer pasienters ernæringsstatus. Man skal videre ta stilling om behandlende tiltak er tilstrekkelig, og om det må iverksettes andre tiltak for å oppnå ønskelig effekt for å forebygge en videreutvikling. Sykepleiere omtalt i Bjerrum, Tewes og Pedersen (2012) fikk opplæring og undervisning i hvordan man kan utøve god ernæringspraksis. En effekt av dette var at sykepleierne ble mer trygge i sin yrkesrolle og mer bevisst på sitt ansvar (Bjerrum, Tewes og Pedersen, 2012). Det foreligger nemlig mye usikkerhet blant sykepleiere - om hva deres rolle og ansvar er (Bjerrum, Tewes og Pedersen, 2012; Duerksen *et al.*, 2016). Dette underbygges også av Nasjonalt råd for ernæring (2017), men rådet påpeker samtidig at sykepleieres ansvar faktisk er beskrevet av Helsedirektoratet. Da denne informasjonen har vært tilgjengelig over tid, både på Helsedirektoratet sin offentlige nettside og i Kosthåndboken, kan man stille spørsmål om det er rolleavklaring som er begrensende i gitt sammenheng (Nasjonalt råd for ernæring, 2017). Kan det være tilfelle at sykepleieres holdning påvirker i hvilken grad man anstrenger seg for å oppsøke kunnskap. Helsedirektoratet (2012) beskriver at sykepleiere har ansvar for at pasienter inntar tilstrekkelig mengde mat og drikke, tilpasset deres behov og ønsker. Ansvaret en sykepleier har for at pasienter får dekket grunnleggende behov er intet nytt, og ei heller ukjent. Det er noe vanskelig å forsvare sykepleieres uttalelse om usikkerhet rundt sitt ansvar, da dette kan ansees som en såpass grunnleggende del av sykepleieutøvelsen. NSF (2011) har dessuten beskrevet ivaretagelse av en helhetlig omsorg, som en del av sykepleiers ansvar.

Bjerrum, Tewes og Pedersen (2012) så at opplæring og veiledning førte frem økt bevissthet på hvilken oppgave og hvilket potensial man har som sykepleier i forbindelse med ernæringsomsorg. Sykepleiere fikk økt motivasjon og interesse for å yte bedre ernæringspraksis, ved at de i større grad tilrettela for at pasientene skulle ha en god

måltidsopplevelse og ved å etterspørre behov for assistanse. Til tross for sykepleiernes holdningsendring, opplevde de begrensninger ved utøvelsen av forbedret ernæringspraksis. Sykepleierne beskrev dette som frustrerende, som kan tyde på at de virkelig var interessert og engasjert i å yte god ernæringsomsorg (Bjerrum, Tewes og Pedersen, 2012). Dette kan muligens ha preget sykepleiernes motivasjon, og hatt negativ effekt på etterlevelsen av de tiltak som ble iverksatt for å bedre ernæringspraksis. På bakgrunn av dette kan man anta at en holdningsendring alene ikke er tilstrekkelig for å bedre ernæringspraksis. Andre forhold av betydning, som det å ha tilstrekkelig bemanning, må også tilpasses dersom ernæringsomsorgen skal bli optimal.

Enkelte sykepleiere stoler på eget klinisk blikk og verdsetter dette framfor bruk av screening (Gerrish, 2016). Det er ikke utenkelig at sykepleierne med lang klinisk erfaring kan kategoriseres som nærmest *eksperter* i det å tolke symptomer og tegn som kan tyde på ernæringsmessig risiko. En *ekspert* vil ha en bred fortrolighetskunnskap, da de har erfart lignende tilfeller tidligere (Benner, 1995). Utvilsomt vil det være fordelaktig med erfarne sykepleiere - som uten bruk av hjelpemidler evner å fange opp pasienter i risikosonen. I en travel avdeling vil dette kunne ansees som en ressurs med stor betydning. Relevant er det da å stille spørsmål om dette kan medføre en *dominoeffekt* på andre kolleger - slik at også de lar være å bruke screeningverktøy under kartlegging. Dette er spesielt med tanke på at erfarne sykepleiere kan fremstå som forbilder blant kollegaer. På en annen side er det ikke sikkert at selv de mest erfarne sykepleierne vil kunne avdekke og forutse risiko - uten bruk av screeningverktøy. NSF (2011) har beskrevet at sykepleiere skal bidra til utforming og gjennomføring av faglige normer for god praksis på arbeidsstedet. Det å utelate systematisk kartlegging av underernæring kan derfor ansees som motstridig til yrkesetikken.

Et annet relevant poeng er at sykepleiere har ulike grader av erfaring. Nylig utdannede sykepleiere vil eksempelvis ikke ha samme brede erfaring og ei heller samme fortrolighetskompetanse som en *ekspert*. Et screeningverktøy kan være et godt hjelpemiddel for en mindre erfaren *novise* eller *kyndig*. Bruk av screeningverktøy kan også betraktes som en potensiell lærings situasjon, ved at man ser summen av risikoscoren i sammenheng med det kliniske bildet. Dette kan bidra til å bygge sykepleierens erfaringskompetanse. De screeningverktøy som benyttes i norsk klinisk praksis er standardiserte, hvor noen av dem tar hensyn til faktorer som sykdom og alderdom eksempelvis MUST og NRS2002. Med bruk av

standardiserte verktøy vil man, ved siden av kliniske observasjoner, også få en konkret antakelse om foreliggende risiko. En fordel med bruk av screeningverktøy, er at det systematisk kan avdekke forekomst av underernæring. Dette forutsetter en felles interesse for bruk av screeningverktøy. Felles enighet i avdelingen om å praktisere systematisk kartlegging, kan trolig dette bidra til at flere pasienter i risikozonen fanges opp. En annen fordel er at selve utfyllelsen av screeningverktøyet ikke stiller noe krav til erfaring. Pasienter med ernæringsmessig risiko vil derfor kunne identifiseres - uavhengig av erfaringskompetansen hos dem som er på jobb.

5.3 Hvordan påvirke sykepleirnes prioriteringer

I sykepleieryrket er tiden knapp og ressursene man har til rådighet begrenset. En sykepleier må kontinuerlig ta stilling til hva som må prioriteres og hva som kan utsettes. Ernæring og kartlegging av ernæringsstatus blir ofte nedprioritert fremfor stell og medikamenter.

Sykepleiere har en ideell posisjon for å kartlegge pasienters ernæringsstatus, da de er faggruppen som har mest kontakt med pasienter (Duerksen *et al.*, 2016). Det at andre arbeidsoppgaver som allerede er integrert i yrkesutøvelsen skal oppfylles, opplevde sykepleierne i Bjerrum, Tewes og Pedersen (2012) som en ekstra arbeidsbelastning med ytterligere fokus på ernæringspraksis. Opplæringsprogrammet sykepleierne gjennomgikk hadde god effekt på ernæringspraksis under studieperioden. Det var dog vanskelig å etterleve dette, da de ikke følte tiden strakk til. Sykepleierne mente også at tiden de fikk gjennom studien til å integrere en bedre ernæringspraksis i avdelingen ikke var tilstrekkelig (Bjerrum, Tewes og Pedersen, 2012). Kan det være at etterlevelsen av den bedre praksisen kunne blitt mer varig, dersom man eksempelvis hadde bevilget mer ressurser som bemanning over en lengre periode.

Opplæring av sykepleiere om ernæringspraksis, førte til at ernæring fikk en høyere prioritet. Et annet funn var at enkelte ernæringstiltak som ble iverksatt under studien, gradvis ble prioritert bort. Pasienter i sykehus er ofte i en potensiell sårbar situasjon grunnet sin helsetilstand (Bjerrum, Tewes og Pedersen, 2012). En redusert ernæringsstatus hos allerede utsatte pasienter kan medføre en betydelig virkning på deres sykdomsforløp (HD, 2010). Det å ha tilstrekkelig kompetanse om hvilke pasienter som bør prioriteres, vil være en måte å skiller de erfarne *kyndige* og *eksperter* fra de mer uerfarne. Ved mangel på tid og nok

personale kan det være tilfelle at man ikke får kartlagt alle pasienters risiko for underernæring. I slike situasjoner vil trolig en erfaren sykepleier velge å prioritere de mest sårbare pasientgruppene som vil ha størst fallhøyde og lide mest av de konsekvenser underernæring kan medføre. Man kan ut ifra dette hevde at det å fremme kompetanse om ernæring gjennom opplæring og undervisning kan ha betydning for hvilken grad ernæringsstatus blir prioritert. Sykepleiere i Bjerrum, Tewes og Pedersen (2012) begrunner sin nedprioritet av ernæring med at umiddelbare konsekvenser kan oppstå, dersom enkelte oppgaver ikke oppfylles som medikamenter og stell (Bjerrum, Tewes og Pedersen, 2012). Man kan påstå at sykepleiernes mangel på kunnskap om underernæring og konsekvensen av underernæring er underliggende årsak til dette.

Nasjonalt råd for ernæring (Nasjonalt råd for ernæring, 2017) poengterer at god ernæringsstatus kan lede til et kortere sykehusopphold og et lavere antall reinnleggelser. Ved å forebygge og behandle underernæring vil dette lede til samfunnsøkonomisk gevinst og til et bedre utfall for et stort antall pasienter (Nasjonalt råd for ernæring, 2017). Det er estimert at pasienter som er underernærte eller i risiko for underernæring i snitt ligger ett døgn lenger i norske sykehus. Dersom disse pasientene hadde fått tilstrekkelig ernæringsbehandling er det estimert besparelser på 250 millioner euro årlig, ved ett liggedøgn mindre (Henriksen *et al.*, 2017). Med tanke på summen av et ekstra liggedøgn, gir dette et økonomisk perspektiv på hvorfor pasienters ernæringsstatus bør kartlegges. Samhandlingsreformen (St.meld. 47 (2008-2009)) formidler tilsvarende, med et ønske om å oppnå både kostnadsbesparelse og færre liggedøgn i sykehus.

Sykepleiere i sykehus prioriterer sykdom og sykdomsbehandling, fremfor ernæring (Nasjonalt råd for ernæring, 2017). En mulig årsak til dette er ifølge Bjerrum, Tewes og Pedersen (2012) at sykepleiere i sykehus utøver spesialisert sykepleie, og dermed anser den medisinske behandling som førsteprioritet fremfor ernæringsomsorg og screening. Nasjonalt råd for ernæring (2017) underbygger denne påstanden med at sykepleiere anser andre oppgaver som viktigere og at ernæring derfor blir nedprioritert. I forbindelse med dette er det interessant at ernæring prioriteres i større grad dersom den ansees som en del av den medisinske behandlingen. Dette øker også hyppigheten av vektkontroll, som vanligvis utøves av andre årsaker enn oppfølging av ernæringsstatus (Nasjonalt råd for ernæring, 2017). At norske sykepleierne ikke yter tilstrekkelig ernæringspraksis kan ansees som motstridende til de

yrkesetiske retningslinjene (NSF, 2011). Hvis pasienter ikke får helhetlig omsorg, med tanke på de konsekvenser underernæring kan medføre, kan man påstå at det strider mot retningslinjene som tilsier at sykepleiere skal fremme helse og forebygge sykdom (NSF, 2011).

5.4 Hvordan utvikle en organisasjonskultur som har fokus på underernæring

Retningslinjer veileder hvordan man kan yte god ernæringspraksis, frem til eventuelle fornyelser, vel å merke. Med *Nasjonale retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring* gir Helsedirektoratet anbefalinger og råd til helsepersonell og ledere i Helsevesenet (HD, 2010).

Mowe *et al.* (2006) studerte forskjeller ved norsk, svensk og dansk praksis. På tidspunktet studien ble utført hadde både Danmark og Sverige allerede innført retningslinjer for ernæringspraksis. I undersøkelsen ble det avdekket at sykepleierne fra både Danmark og Sverige utøvde en bedre ernæringspraksis enn de fra Norge, med hyppigere måling kroppsvekt og eller kartlegging av ernæringsmessig risiko. Norge kom i denne studien noe dårligere ut, sammenlignet med de to andre nasjonene. Det var nemlig ingen nasjonale retningslinjer i Norge ved studiens utførelse, da disse først kom i år 2010 (HD, 2010; Mowe *et al.*, 2006). Det kan ha vært en medvirkende årsak, som gjenspeiles i deres praksis.

En sykepleiers yrkesutøvelse skal være kunnskapsbasert. Det tilsier at sykepleierne inkluderer forskningsbasert kunnskap, etisk skjønn og egne erfaringer i sin praksis. De råd og anbefalinger Helsedirektoratet formidler, er basert på oppdatert kunnskap. Ved å følge Helsedirektoratets råd og anbefalinger kan man dermed anta at den praksis man utøver, er basert på det som anser å være det mest riktige – med forbehold om at nye forskningsfunn med like bred tyngde, tilsier noe annet (HD, 2010).

Mye tyder på at vi som nasjon enda ikke er kommet i mål med integrering av god ernæringspraksis. I Utdanning for velferd (St.meld. 13(2011-2012)) belyses også behov for ernæringskompetanse blant helsepersonell. Dette er noe Nasjonalt pasientsikkerhetsprogram (2018a; 2018b) ønsker å gjøre noe med og utarbeidet ulike tiltakspakker for å forebygge og behandle underernæring, tilpasset sykehus, sykehjem og hjemmetjenesten. Ved å tilrettelegge for mer ernæringskompetanse kan man påvirke sykepleieres ernæringspraksis. Dette så

Burden og Brierley (2014) da deltakerne fikk opplæring i ernæringspraksis og implementering av et screeningverktøy. Ifølge Solhaug og Bjørk (2008) kan prosjekt være en fremgangsmåte for implementering av nye prosedyrer og verktøy.

Screeningverktøy kan implementeres gjennom prosjekter, forutsatt at det er en god ledelse som vist i noen studier (Burden og Brierley, 2014; Gerrish *et al.*, 2016). Gerrish *et al.* (2016) beskriver hvor viktig lederen er for at et prosjekt skal bli vellykket. Det fremmes som fordelaktig at ledelsen bevilger tilstrekkelig med tid til opplæring, ved at sykepleiere frigjøres mer fra andre arbeidsoppgaver. At ledelsen viser sin støtte og holder seg stabil vil også være viktig under et implementeringsprosjekt. Man så fordeler ved å ha en motivert leder, da dette førte til en raskere forbedring av ernæringspraksis. Dersom dette ikke var tilstede så sykepleiere på gjennomførelsen av prosjektet som mer utfordrende, i tillegg til at fremgangen var mer begrenset (Gerrish *et al.*, 2016). I forhold til dette er det relevant å referere til § 2-2 i Spesialisthelsetjenesteloven (1999) som hevder at det skal tilrettelegges for at helsepersonell kan utføre tjenester, som det å bevilge tid til opplæring for å sikre adekvat pasientomsorg.

Burden og Brierley (2014) undersøkte effekten av sitt implementeringsprosjekt etter en periode på fem år. Prosjektet hadde positiv innvirkning på ernæringspraksisen, med økt andel screenede pasienter samt behandlende tiltak. Studiens varighet på fem år er verdt å merke seg. Månedlig oppfølging av deltakernes praksis kan man anta var av betydning for prosjektets etterlevelse. Oppfølging kan være et mulig nøkkelpunkt for opprettholdelse av fokus på ernæringsstatus blant sykepleiere, som kan fremme implementering. Man kan på denne måten muligens unngå en gradvis tilbakegang til gamle rutiner i etterkant av prosjektet. Potensielle suksesskriterier kan altså være en organisasjonskulturer som ser viktigheten av forbedring, at de følges opp og har en god ledelse (Burden og Brierley, 2014).

Rasmussen *et al.* (2006) utarbeidet en handlingsplan for ernæringspraksis, som skulle tilpasses av de ansatte på hver avdelingen, som deretter skulle implementeres. De ansatte fikk altså delta i utformingen, som trolig fremmet en følelse av eierskap. Opplevelsen av eierskap kan øke motivasjonen og slik prege organisasjonskulturen ved implementering av rutiner (Rasmussen *et al.*, 2006). Prosjekter kan ifølge Bjørk og Solhaug (2008) fremme fagutvikling

og forbedre tjenestens kvalitet, da man ved fagutvikling benytter foreliggende kunnskap og anvender den i praksis. Eksempelvis er screeningverktøy utarbeidet med et kunnskapsbasert grunnlag. Et prosjekt som innebærer opplæring og eller veiledning i bruk av screeningverktøy, kan øke sykepleieres kunnskap og erfaringer. Sykepleiere som benytter seg av screeningverktøy i kombinasjon med sin kliniske erfaring og etiske skjønn, vil utøve en kunnskapsbasert praksis (Nortvedt *et al.*, 2012). Det er vist at opplæring styrker sykepleieres kompetanse i ytelse av god ernæringspraksis, da flere pasienter i ernæringsmessig risiko identifiseres (Burden og Brierley, 2014). En bedre ernæringspraksis kan betraktes som en praksis av bedre kvalitet. Ifølge Bjørk og Solhaug (2008) er det sammenheng mellom kvalitetsutvikling og faglig forsvarlighet. Det er også nedfelt i Helsepersonelloven (1999) § 4 at helsepersonell skal utøve helsehjelp av en viss kvalitet, for at den kan ansees som faglig forsvarlig.

Burden og Brierley (2014) hevder at økt fokus på ernæring vil være kostnadsbesparende. Det å investere tid og ressurser øremerket ernæringsomsorg vil sannsynligvis kunne gi gevinst. Det er estimert at britiske pasienter med ernæringssvikt koster Storbritannia 13 milliarder euro årlig (Burden og Brierley, 2014). Helsedirektoratet (2010) poengterer at tidlig identifikasjon av pasienter i ernæringsmessig risiko, med påfølgende behandling, vil gi gevinst i form av kortere sykehusopphold og et bedre klinisk utbytte for pasienten. Kompetanseheving, tid til identifisering, utredning, behandling, dokumentasjon og ressurser til ernæringsprodukter er hva Helsedirektoratet (2010) beskriver som riktig fremgangsmåte. Dette vil kunne forebygge underernæring og være besparende med tanke på både kostnader - og sannsynligvis flere menneskeliv (HD, 2010). For å stå sterkere som helsevesen vil det være hensiktsmessig å jobbe *for* gevinst - både for samfunnet og for den enkelte pasient.

En barriere for utøvelse av god ernæringspraksis er mangel på dokumentasjon, som pasienters høyde, vekt og KMI (Burden og Brierley, 2014; Rasmussen *et al.*, 2006). Nasjonalt råd for ernæring (2017) trekker frem at det ofte er vanskelig å finne informasjon om pasienters ernæringsstatus, spesielt ved overføring fra andre helsetjenester. Mowe *et al.* (2006) opplyser at sykepleiere i sykehus uttrykker skepsis til primærhelsetjenestens kunnskap og prioriteringer i forhold til ernæringspraksis. Denne holdningen kan trolig virke hemmende på sykepleieres motivasjon for å dokumentere (Mowe *et al.*, 2006). Da det å dokumentere opplysninger om pasienters ernæringsstatus kan være av stor betydning for oppfølging av pasienten, bør dette prioriteres. Ifølge Nasjonalt råd for ernæring (2017) forekommer det likevel

underrapportering av uønskede hendelser rundt ernæring. Dette er bemerkelsesverdig, da dokumentasjon av helsehjelp er hjemlet i Helsepersonelloven (1999). Man er pliktig å dokumentere relevante og nødvendige opplysninger i pasienters journal. I forbindelse med iverksetting av tiltak er det å ha et godt dokumentasjonsgrunnlag, ofte veien man må gå. Som en effektiv løsning er det foreslått at pasienters ernæringsstatus kan dokumenteres ved at man registrerer informasjon med tre faste punkter i journalen (Duerksen *et al.*, 2016). Enkelt, men også veldig omfattende. Kan det være at dokumentasjonssystemene i dag ikke er tilstrekkelig tilrettelagt for dokumentasjon om ernæringsstatus? Er det kanskje på tide at man stiller større krav til innovasjon av journalsystemer? Det er åpenbart et behov for et langt mer omfattende system - hvor helsetjenester samles, samtidig som sensitive personopplysninger ikke kommer på avveie.

Flere studier har vist en forbedret ernæringspraksis ved tverrfaglig tilnærming. Rasmussen *et al.* (2006) brukte tverrfaglig samarbeid for å avdekke barrierer og for å utarbeide en tiltaksplan, med involvering av både kjøkkenpersonalet og helsepersonell. Duerksen *et al.*, (2016) påpeker viktigheten av riktig behandling av pasienter i risiko for underernæring, og at det krever tverrfaglig tilnærming med definerte roller. Ernæringsfysiolog benyttes når pasienter har høy risiko, og det er behov for ytterligere kompetanse (Duerksen *et al.*, 2016). Det kan begrunnes med at man som sykepleier ikke skal overstige sin faglige kompetanse (NSF, 2011). Det kan tenkes at den faglige kvaliteten på helsehjelpen påvirkes dersom sykepleiere trekker slutninger de ikke har tilstrekkelig kompetanse til. Sykepleiere skal erkjenne sine grenser for kompetanse, praktisere innenfor disse og søke veiledning i vanskelige situasjoner (NSF, 2011). Sykepleiere bør derfor kjenne sin rolle, og søke kompetanse hos ernæringsfysiolog dersom man ser behovet. Fordeler med tverrfaglig samhandlingskompetanse belyses også i *Utdanning for velferd* (St.meld.13 (2011-2012)), som i tillegg oppfordrer til at tverrfaglig samarbeid i større grad utøves.

5.5 Kritikk av litteraturstudien

Som kilde til fagkunnskap er det benyttet faglitteratur, som ofte er sekundærlitteratur. Dette kan innebære at teksten kan være oversatt og fortolket feil, og eller bearbeidet og presentert på en annen måte enn primærkilden.

Alle artiklene er publisert med engelskspråklig tekst, hvor enkelte artikler har benyttet begreper som enten er vanskelig å oversette eller som ikke kan oversettes direkte til norsk.

Titler på fagpersoner og ord som beskriver ernæringsstatus kan ha medført misforståelse og eller feiltolkning ved oversettelse av artiklene.

For å kontrollere om artiklene var publisert i et tidsskrift med fagfelleevaluering, ble det benyttet Register for vitenskapelige publiseringskanaler (NSD, 2018). Alle inkluderte artikler var publisert i tidsskrifter gradert som nivå 1, unntagen en artikkel som var publisert i et tidsskrift av nivå 2.

Artikler eldre enn 15 år ble ekskludert fra litteratursøket, slik at studiefunn kunne relateres til dagens kliniske praksis i størst mulig grad. Likevel ble tre artikler, nær det forhåndsbestemte eksklusjonskriteriet valgt (Mowe *et al.*, 2006; Mowe *et al.*, 2008; Rasmussen *et al.*, 2006). Med tanke på den medisinske utviklingen, samfunnsendringer og politiske føringer som retningslinjer og reformer som er kommet i senere tid, kan vi stille spørsmål hvorvidt litteratur og utøvd praksis kan overføres til dagens viten og praksis. Et annet poeng i forhold til overførbarheten av funn, er at en canadisk studie ble inkludert i artikkelutvalget (Duerksen *et al.*, 2016). Det foreligger en usikkerhet om den canadiske sykepleiepraksisen kan sammenliknes med norsk praksis, da det sannsynligvis er ulikheter mellom nasjonenes helsevesen. Studien ble likevel ansett som relevant, da studien omhandlet sykepleieres kunnskaper og holdninger om underernæring.

Utvalgte artikler representerer studier med ulikt spekter av antall deltakere. Bjerrum, Tewes og Pedersen (2012) hadde kun 16 deltakende sykepleiere. Det er kanskje kritikkverdig med såpass lavt antall deltakere, da dette bidrar med kun et fåtall synspunkter. Studien ble likevel inkludert da den viser funn som forfatterne av studien påpeker at samsvarer med annen litteratur (Bjerrum, Tewes og Pedersen, 2014). Studien var vel og merke kvalitativ, og da vil ei heller behovet for et stort antall deltakere være nødvendig (Thidemann, 2015).

En annen trolig svakhet ved utvalget, er at to artikler er basert på samme studie (Mowe *et al.*, 2006; Mowe *et al.*, 2008). Studiene representerer samme deltakere, som gir en viss svekkelse av denne litteraturstudiens resultatgrunnlag. På en annen side hadde artiklene ulik hensikt, med ulike fokus og endepunkter. Begge artiklene var dessuten relevante i forhold til problemstilling, og ble dermed inkludert i utvalget.

Flere studier utførte en undersøkelse om ernæringspraksis, hvor deltakelsen var frivillig. Dette kan ha medført at de med størst interesse og engasjement for ernæring, utgjorde en større andel av deltakerne, noe som trolig kan ha preget resultatene. Et annet relevant poeng er at flere deltakere valgte å ikke fullføre studien. Dette kan trolig også ha bidratt til at resultatene viser et noe feilaktig bilde, da det er tenkelig at mindre engasjerte deltakere var blant dem som trakk seg fra studien og dermed ikke ytret sin mening (Duerksen *et al.*, 2016; Mowe *et al.*, 2006; Mowe *et al.*, 2008).

Et annet kritikkverdige poeng i vår litteraturstudie er at Burden og Brierley (2014) ikke nevner noe om etisk overveielse eller godkjenning. Da denne studien omhandlet et stort antall deltakere og er utført ved ulike sykehus, kan man anta dette har en form for godkjenning selv om dette ikke er nevnt i artikkelen.

6.0 KONKLUSJON

Sykepleiere på sykehus har per i dag ikke tilstrekkelig kompetanse for å oppdage pasienter i ernæringsmessig risiko. Nasjonale retningslinjer kan bidra til å fremme ernæringspraksis på et nasjonalt nivå, da dette er noe konkret og kunnskapsbasert sykepleiere kan forholde seg til.

Tiltak som er vist å kunne fremme sykepleieres kompetanse er å øke kunnskap og erfaringer gjennom internundervisning og opplæring samt implementering av screeningverktøy.

Prosjekter er en effektiv metode for implementering av rutiner og verktøy, forutsatt at leder frigjør de ansatte til å tilegne seg kunnskap via opplæring og bemanner tilstrekkelig. Slik kan sykepleiere prioritere ernæring fremfor å måtte velge dette bort.

Sykepleieres holdninger og bevissthet om sin rolle er også av betydning, da deres engasjement og interesse påvirker deres utøvelse av praksis. Det er også tydelig at graden av kompetanse om ernæring gjenspeiles ved at ernæringspraksis blir prioritert. For å sikre adekvat ernæringsomsorg er det behov for tverrfaglig tilnærming, for å samle ulik kompetanse. Slik vil også faglig forsvarlighet og kvaliteten på helsehjelpen i større grad kunne sikres.

Det er verdt å nevne at pasienter i ernæringsmessig risiko høyst sannsynlig også forekommer også i andre deler av helsetjenesten. Funn i studien, om hva som fremmer og hva som hemmer god ernæringspraksis, kan derfor være til nytte for andre som yter helsehjelp. Da kompetansen per i dag ikke er adekvat, er det åpenbart behov for forbedring. Dette må sikres - slik at helsevesenet er bedre rustet i møte med den kommende og økende pasientmengden.

Det er behov for et større fokus på hvor betydningsfullt det faktisk er å ivareta pasienters ernæringsstatus. Dette må tas tak på flere nivåer - som i staten, utdanningsinstitusjoner, helsetjenester, yrkesgrupper seg i mellom og hos hver enkelt sykepleier.

LITTERATUR:

Aveyard, H. (2014) *Doing a Literature Review in Health and Social care: a practical guide*. 3. utg. Maidenhead: McGraw-Hill/Open University Press.

Benner, P. (1995) *Fra novice til ekspert: mesterlighet og styrke i klinisk sygeplejepraksis*. København: Munksgaard

Benner *et al.* (2010) *Å utdanne sykepleiere: Behov for radikale endringer*. Oslo: Akribe

Bjerrum, M., Tewes, M. og Pedersen, P. (2012) Nurses' self-reported knowledge about and attitude to nutrition – before and after a training programme, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(1), s. 81-89. doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.00906.x.

Bjørk, I.T. og Solhaug, M. (2008) *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie. En ressursbok*. Oslo: Akribe.

Blomhoff, R. og Pedersen, J.I. (2012) Kostråd og næringsstoffanbefalinger, i Drevon, C.A. og Blomhoff, R. (red.) *Mat og medisin* 6.utg. Kristiansand: Cappelen Damm Høyskoleforlaget, s.67-81.

Burden, S.T. og Brierley, E.R. (2014) Evaluation of adherence to a nutrition-screening programme over a 5-year period, *European Journal of Clinical Nutrition*, 68(7), s.847-852. doi: 10.1038/ejcn.2014.95

Dalland, O. (2017) *Metode og oppgaveskriving*. 6. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Duerksen *et al.* (2016) Nurses' Perceptions Regarding the Prevalence, Detection, and Causes of Malnutrition in Canadian Hospitals: Results of a Canadian Malnutrition Task Force Survey, *Health & Medicine Week, Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*. 40(1) s. 100-106. doi: 10.1177/0148607114548227.

Drevon, C.A. (2012) Energi, i Drevon, C.A. og Blomhoff, R. (red.) *Mat og medisin* 6.utg. Kristiansand: Cappelen Damm Høyskoleforlaget, s. 82-90.

Gerrish *et al.* (2016) Enhancing the quality of oral nutrition support for hospitalized patients: a mixed methods knowledge translation study (The EQONS study, *Journal of Advanced Nursing*, 72(12), s. 3182-3194. doi: 10.1111/jan.13085.

Helsedirektoratet (2010) *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*. (1580) Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2012) *Kosthåndboken: Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2014) *Anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet*. (2170). Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra:
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/806/Anbefalinger-om-kosthold-ernæring-og-fysisk-aktivitet-IS-2170.pdf> (Hentet 10.04.2019).

Helsedirektoratet (2017) *Kompetansebehov innen ernæring hos nøkkelgrupper*. (2592). Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra:
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1290/Kompetansebehov%20innen%20ern%C3%A6ring%20hos%20n%C3%B8kkelgrupper%20IS-2592.pdf>
(Hentet: 15.03.2019).

Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell*. Tilgjengelig fra:
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (Hentet 08.05.2019).

Henriksen *et al.* (2017) A low proportion of malnourished patients receive nutrition treatment - results from nutritionDay, *Food & Nutrition Research*, 61(1). doi: 10.1080/16546628.2017.1391667.

Jacobsen, E.L. og Bye, A. (2015) Ernæring, i Grov, E.K. og Holter, I.M. (red.) *Sykepleieboken 1 - Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm AS, s.619-674.

Kim, H.S. (2015) Sykepleierprofesjonens grunnleggende kjennetegn – det kunnskapsfilosofiske grunnlaget, i Grov, E.K. og Holter, I.M. (red.) *Sykepleieboken 1 - Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm AS, s.142- 15

Kondrup *et al.* (2003) ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002, *Clinical Nutrition*, 22(4), s. 415-421. doi:10.1016/S0261-5614(03)00098-0.

Kunnskapsdepartementet (2008) *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf (Hentet: 05.04.2019).

Kunnskapsdepartementet (2019) *Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanningen*. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/5af90a9044c74d568d7de5c1d7f554eb/forskrift-om-nasjonal-retningslinje-for-sykepleierutdanning.pdf>

Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene (2003) *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjeneste for tjenesteyting*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792> (Hentet: 04.04.2019).

Mathisen, K. (2015) Hva er sykepleie? - Virginia Hendersons svar, i Grov, E.K. og Holter, I.M. (red.) *Sykepleieboken 1 - Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm AS, s.119-141.

Meld. St. 13 (2011-2012) (2012) *Utdanning for velferd - Samspill i praksis*. Oslo: Kunnskapsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/ac91ff2dedee43e1be825fb097d9aa22/no/pdfs/stm201120120013000dddpdfs.pdf> (Hentet: 06.04.2019).

Meld. St. 47 (2008-2009) (2009) *Samhandlingsreformen; rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf> (Hentet: 25.04.2019).

Mowe *et al.* (2006) Nutritional routines and attitudes among doctors and nurses in Scandinavia: A questionnaire based survey, *Clinical Nutrition*, 25(3), s. 524-532. doi: 10.1016/j.clnu.2005.11.011.

Mowe *et al.* (2008) Insufficient nutritional knowledge among health care workers?, *Clinical Nutrition*, 27(2), s. 196-202. doi: 10.1016/j.clnu.2007.10.014.

Nasjonalt pasientsikkerhetsprogram (2018) *Tiltakspakke for forebygging og behandling av underernæring (sykehus)*. (2585). Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomr%C3%A5der/_attachment/4182?_download=false&_ts=16368acc412 (Hentet: 05.04.2019).

Nasjonalt pasientsikkerhetsprogram (2018) *Forebygging av underernæring*. Tilgjengelig fra: <https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomr%C3%A5der/ern%C3%A6ring> (Hentet: 05.04.2019).

Nasjonalt råd for ernæring (2017) *Sykdomsrelatert underernæring - utfordringer, muligheter og anbefalinger*. (0611). Oslo: Nasjonalt råd for ernæring (Ernæringsrådet). Tilgjengelig fra: http://www.ernaeringsradet.no/wp-content/uploads/2017/01/Sykdomsrelatert-underern%C3%A6ring_IS-0611.pdf (Hentet: 07.04.2019).

Norsk sykepleierforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere - ICNs etiske regler*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere> (Hentet: 06.04.2019).

Nortvedt *et al.* (2012) *Jobb kunnskapsbasert - en arbeidsbok*. Oslo: Akribe AS

Rasmussen *et al.* (2006) A method for implementation of nutritional therapy in hospitals, *Clinical Nutrition* (Edinburgh, Scotland), 25(3), s. 515-523.
doi:10.1016/j.clnu.2006.01.003

Sjøen, R.J. og Thoresen, L. (2012) *Sykepleierens ernæringsbok*. 4.utg. Oslo: Gyldendal akademisk

Sortland, K. (2015) *Ernæring: mer enn mat og drikke*. 5. utg. Bergen: Fagbokforlaget

Spesialisthelsetjenesteloven(1999) *Lov om spesialisthelsetjenester*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61> (Hentet 06.05.2019).

Thidemann, I.-J. (2015) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.

Universitets- og høyskoleloven (2005) *Lov om universiteter og høyskoler*. Oslo: Kunnskapsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-04-01-15> (Hentet: 03.04.2019).

