

Anna Bergehagen  
Kristine Berge  
Kristin Ødegård Bjerke

## Barrierer i ernæringsarbeid

Hvilke barrierer kan forhindre sykepleier i å  
utøve god ernæringspraksis i sykehus?

Bacheloroppgave i sykepleie

Veileder: Elin Stikbakke

Mai 2019



Anna Bergehagen  
Kristine Berge  
Kristin Ødegård Bjerke

## **Barrierer i ernæringsarbeid**

Hvilke barrierer kan forhindre sykepleier i å utøve god ernæringspraksis i sykehus?

Bacheloroppgave i sykepleie  
Veileder: Elin Stikbakke  
Mai 2019

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



# SAMMENDRAG

Tittel:	Barrierer i ernæringsarbeid	Dato : 16.05.19
Deltaker(e)/	Anna Bergehagen Kristine Berge Kristin Ødegård Bjerke	
Veileder(e):	Elin Stikbakke	
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	Barrierer, underernæring, ernæringsarbeid, sykepleie, eldre	
Antall sider/ord: 42/10 442	Antall vedlegg: 0	
Kort beskrivelse av master/bacheloroppgaven:		
<p><b>Bakgrunn:</b> Den vanligste årsaken til underernæring er at det oppstår i forbindelse med sykdom. Tilstanden forekommer hyppig hos pasienter i sykehus og er dermed en stor utfordring for helsetjenesten. I følge Helsedirektoratet vil om lag 30 prosent av pasientene i norske sykehus være underernært eller stå i fare for å bli det. Lite fokus på pasienter med dårlig ernæringsstatus kan få store ringvirkninger. Det skapes både menneskelige og medisinske utfordringer for helsetjenesten, men også økonomiske ved økt behov for både reinnleggelse, forlenget liggetid og generelt økt behov for helsehjelp.</p> <p><b>Hensikt:</b> Hensikten med denne oppgaven er å gå nærmere inn i og se på utfordringer og eventuelle barrierer som påvirker sykepleiere i ernæringsarbeidet.</p> <p><b>Metode:</b> Valgt metode er litteraturstudie. Det er gjennomført strukturerte søk i databaser for å finne relevante artikler som kan bidra til å belyse studiens tema. Seks artikler er inkludert i denne studien.</p> <p><b>Resultat:</b> Flere barrierer er i denne studien blitt identifisert i de seks vitenskapelige artiklene. Dette er barrierer som mangel på tid og ressurser, mangelfull kunnskap, usikkerhet i roller og ansvar og manglende struktur i dokumentasjon.</p> <p><b>Konklusjon:</b> Alle barrierene som er identifisert i resultatet vil tilsammen ha en stor påvirkning for utøvelsen av ernæringsarbeidet i sykehus. Barrierene påvirker hverandre, og tiltak for forbedring kan bidra til at man reduserer antall barrierer. Blant annet vil økt kunnskap være av stor betydning for bedre dokumentasjon og bevissthet rundt ernæringsarbeidet.</p>		

## ABSTRACT

Title:	Barriers in nutritional care	Date : 16.05.19
Participants/	Anna Bergehagen Kristine Berge Kristin Ødegård Bjerke	
Supervisor(s)	Elin Stikbakke	
Keywords (3-5)	Barriers, malnutrition, nutritional care, older people, nursing	
Number of pages/words: 42/10 442	Number of appendix: 0	
<p>Short description of the bachelor thesis:</p> <p><b>Background:</b> The most common cause of malnutrition is that it occurs in connection with illness. This condition is frequently found among patients in hospitals. Disease-related malnutrition is therefore a major challenge for the health service system. According to the Norwegian Directorate of Health, about 30 percent of the patients in Norwegian hospitals are either already malnourished or in danger of becoming malnourished. Lack of focus on patients with poor nutritional status can cause major ripple effects. Disease-related malnutrition creates both human, medical and financial challenges for the health service by increasing the need for re-admissions, extending hospital stays and generally increasing the need for healthcare.</p> <p><b>Aim:</b> The aim of this study is to identify the challenges and barriers that affects the nurses in their nutritional care of patients.</p> <p><b>Method:</b> This thesis is based on a detailed literature review. Structured searches have been carried out in databases to find relevant research articles that helped shed light on the problem of disease-related malnutrition in Norway. A total of six research articles are analyzed and discussed in this study.</p> <p><b>Results:</b> Upon analysis of the six scientific articles, several barriers that might help influence Norwegian nurses in their nutritional care have been identified. These barriers are, the lack of time and resources, insufficient knowledge and attitudes, insecurity around roles and responsibilities and the lack of structure in the documentation.</p> <p><b>Conclusion:</b> All the barriers identified in the result together will have a major impact on the nutritional care in hospitals. The barriers affect each other, and measures for improvement can help to reduce the number of barriers. Among other things, increased knowledge will be of great importance for better documentation and awareness of the nutritional care in hospitals.</p>		

## Innholdsfortegnelse

<b>1.0 INNLEDNING</b> .....	<b>4</b>
<b>2.0 BAKGRUNN</b> .....	<b>5</b>
2.1 HENSIKT .....	8
2.2 PROBLEMSTILLING .....	8
<b>3.0 METODE</b> .....	<b>9</b>
3.1 LITTERATURSTUDIE SOM METODE .....	9
3.2 SØKESTRATEGI .....	9
3.3 FORSKNINGSETIKK.....	13
3.4 ANALYSE .....	13
<b>4.0 RESULTATER</b> .....	<b>14</b>
4.1 PRESENTASJON AV RESULTATER.....	15
4.2 SAMMENFATNINGER AV RESULTATER .....	21
<b>5.0 DRØFTING</b> .....	<b>25</b>
5.1 KVALITET I ERNÆRINGSARBEIDET .....	25
5.2 SYKEPLEIERENS ROLLEBEVISSTHET .....	28
5.3 SYKEPLEIERNES KOMPETANSE .....	31
<b>6.0 METODISKE OVERVEIELSER</b> .....	<b>35</b>
<b>7.0 KONKLUSJON</b> .....	<b>36</b>
<b>8.0 LITTERATURLISTE</b> .....	<b>38</b>

## 1.0 Innledning

Denne studien omhandler hvilke barrierer som påvirker sykepleieren i ernæringsarbeidet. Det er dokumentert at mellom 30 og 60 prosent av de som er innlagt i sykehus eller institusjoner blir underernærte. Når pasienten ikke får tilstrekkelig inntak av nødvendige næringsstoffer, kan dette føre til underernæring. Dette er en situasjon som over tid gir en ugunstig effekt på kroppens sammensetning, funksjon og klinisk resultat. Mest utsatt for underernæring er eldre over 70 år. Dette er en tilstand som ofte blir undervurdert og underbehandlet (Helsedirektoratet, 2012).

Virginia Hendersons sykepleieteori definerer sykepleierens rolle til å ivareta menneskets grunnleggende behov. Med grunnleggende behov menes blant annet tilstrekkelig med søvn, å puste, være i aktivitet og å spise (Holter, 2015). Ernæring er et av våre grunnleggende behov for å overleve, og i følge Henderson er sykepleierens ansvar å legge til rette for at pasienten skal klare å spise og drikke tilstrekkelig (Jacobsen & Bye, 2015). Sykepleiere er nærmest pasienten til enhver tid, og vil hele tiden kunne observere og vurdere pasientens behov for ernæring. En kunnskapsbasert ernæringspraksis er en viktig del av jobben som sykepleier og kan være avgjørende for sykdomsforløpet til pasienter innlagt i sykehus. Ernæringspraksis innebærer elementer vi kan kjenne igjen fra sykepleieprosessen. Det vil si å observere, vurdere, formulere målsettinger, iverksette tiltak og dokumentere ernæringsstatusen hos pasienten (Jacobsen & Bye, 2015).

Etter å ha vært i praksis i spesialisthelsetjenesten og møtt mange ulike pasienter i forskjellige aldre, er det sannsynlig at deres ernæringsstatus var ulik. Forfatterne har erfart at det sjelden eller ikke blir gjennomført ernæringscreening ved innkomst, selv om dette er anbefalt i Helsedirektoratets nasjonale retningslinjer. Retningslinjene sier at “Alle pasienter skal vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse og deretter ukentlig, eller etter et annet faglig begrunnet individuelt opplegg” (Helsedirektoratet, 2010, s. 8). Gjennom utdanningsforløpet, spesielt i forbindelse med praksisperioder i spesialisthelsetjenesten, oppleves det å sitte igjen med lite kunnskap om ernæring, og hva som er sykepleierens faktiske ansvarsoppgaver. Høye tall for tilfeller av underernæring, skaper en undring rundt hvorfor dette ikke får høyere prioritet i det daglige.



## 2.0 Bakgrunn

Alle celleprosesser i menneskekroppen trenger energi. Energien får vi via nedbrytning av næringsstoffene karbohydrater, fett og proteiner som vi får i oss gjennom maten vi spiser. Flere sykdommer kan påvirke både matinntak og kroppens metabolisme, som igjen kan gi konsekvenser for kroppens ulike funksjoner (Thoresen, 2017). Når en rammes av sykdom kan det være vanskelig å spise tilstrekkelig, selv om ernæringsbehovet øker. Sykdom, feber, operasjoner eller medikamentell behandling medfører ofte en redusert appetitt, kvalme og rask metthetsfølelse. Sykdom i seg selv medfører derfor risiko for å få i seg for lite ernæring som igjen kan føre til vekttap som følge av dette. Når man er syk vil hvert minste vekttap være av betydning. Man mister muskler, dermed også krefter (Felleskatalogen, 2018). Fokus på riktig og tilstrekkelig ernæring bør derfor være en like viktig del av behandling ved sykdom som annen medisinsk behandling (Thoresen, 2017).

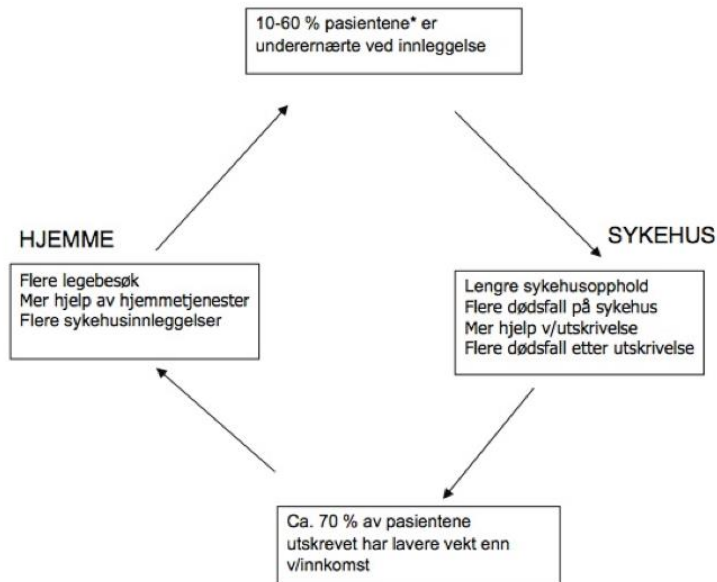
Den vanligste årsaken til underernæring er at det oppstår i forbindelse med sykdom.

Tilstanden forekommer hyppig hos pasienter i sykehus. Sykdomsrelatert underernæring er derfor en stor utfordring for helsetjenesten (Helsedirektoratet, 2017). I følge Helsedirektoratet (2017) vil om lag 30 prosent av pasientene i norske sykehus være underernært eller stå i fare for å bli det. Som tidligere omtalt er enkelte pasientgrupper mer utsatt enn andre. Eldrebølgen er et resultat av medisinsk, sosial og økonomisk utvikling som har skjedd i løpet av de siste tiårene. Fremskritt innen medisin gjør at flere sykdommer kureres i dag enn før, og flere kan også leve lengre med kroniske eller ikke-kurable sykdommer. Dette fører til at vi lever lengre, flere lever med sin sykdom og flere dør med og ikke av sykdom. Dermed vil et økt antall pasienter være i risiko for sykdomsrelatert underernæring (Helsedirektoratet, 2017).

Underernæring gir også økt risiko for ulike og flere komplikasjoner i et sykdomsforløp. Eksempler på det er forverring av fysiske og mentale funksjoner, forhøyet infeksjonsrisiko, redusert livskvalitet og økt dødelighet. Liggetiden på sykehus kan også forlenges drastisk for pasienter som er underernært (Helsedirektoratet, 2010).

Helsedirektoratet (2010) har utarbeidet modellen “Elias underernæringskarusell” for å illustrere forholdene som påvirkes av underernærte pasienter.

Fig 1. Elias underernæringskarusell<sup>1</sup>



\*avhengig av graden av underernærning og metoder for å identifisere underernærning

(Helsedirektoratet, 2010)

En underernært sykehuspasient kan ligge opptil tre ganger så lenge som en velernært pasient. Over halvparten av disse vil gå ytterligere ned i vekt under sykehusoppholdet. Ved utskrivelse kan det medføre et økt behov for hjelp fra primærhelsetjenesten, ofte gitt som hjemmebaserte tjenester. Underernærning kan også medføre hyppigere legebesøk og denne pasientgruppen vil ofte trenge reinnleggelse i sykehus. I verste fall kan underernærning medføre dødsfall både i sykehus og etter utskrivelse (Helsedirektoratet, 2010). For lite fokus på pasienter med dårlig ernæringsstatus kan få store ringvirkninger. Det skapes både menneskelige og medisinske utfordringer for helsetjenesten, men også økonomiske ved økt behov for både reinnleggelseser, forlenget liggetid og generelt økt behov for helsehjelp (Helsedirektoratet, 2017; Helsedirektoratet, 2010).

Ernærning har ikke fått nok oppmerksomhet i skandinaviske sykehus. En spørreundersøkelse har vist at forholdene i norske sykehus er dårligere enn både i Sverige og Danmark. I Norge ble pasientene sjeldnere kartlagt for ernæringsmessig risiko, og oppgaver som måling av matinntak ble sjeldnere fulgt opp. Alle tre landene var likevel enige om at ernæringsarbeid var viktig. Sykepleiere og leger svarte på denne undersøkelsen og 90 prosent var enige om at økt utdanning, ressurspersoner og ernæringsgrupper ville kunne øke kvaliteten på

ernæringsarbeidet (Mowe et al. 2006). Grunnen til at ernæring har blitt nedprioritert har tidligere vært begrunnet med mangel på retningslinjer og metoder for identifisering av risikopasienter (Thoresen, 2017).

Ernæringsmessig risiko innebærer pasienter som er underernærte eller står i fare for å bli det (Helsedirektoratet, 2017). Å oppdage risikopasienter handler om mer enn bare å se pasienten. En pasient som ser velernært ut kan også ha stor risiko for å utvikle underernæring (Thoresen, 2017). Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring ble lagt frem av Helsedirektoratet i 2010. Disse er ment som et verktøy for å bidra til å sikre god kvalitet og forsvarlighet i arbeidet med forebygging og behandling av underernæring. De etterlengtede retningslinjene for både spesialist – og primærhelsetjenesten inneholder faglige råd og retningslinjer for å styrke ernæringsarbeidet i og utenfor helseinstitusjonene (Helsedirektoratet, 2010).

I tråd med de nasjonale retningslinjenes forebyggende funksjon, skal alle pasienter kartlegges for ernæringsmessig risiko ved innleggelse. Tidlig oppdagelse av risikopasienter gjør det mulig å igangsette målrettet ernæringsbehandling før underernæringen oppstår (Helsedirektoratet, 2010). Det er utviklet flere verktøy for å identifisere pasienter i ernæringsmessig risiko. Standard for bruken av de fleste verktøyene er vekt, vektutvikling og høyde. Noen kartleggingsverktøy inneholder i tillegg matinntak og grad av sykdom, og/eller matinntak og fysisk funksjon. Helsedirektoratet anbefaler disse kartleggingsverktøyene i spesialisthelsetjenesten. Dersom pasientens skår tilsvarer en grad av risiko for underernæring vil det videre foretas utredning som kobles til en ernæringsplan med tiltak og oppfølging (Helsedirektoratet, 2010). Regelmessig evaluering og dokumentasjon er viktig for å kunne vurdere effekt av tiltakene. Ved overføring av pasienter til et annet omsorgsnivå skal all dokumentasjon om ernæringsstatus, ernæringsbehov samt ernæringsplaner videreformidles (Helsedirektoratet, 2017).

Sykepleiernes kompetansenivå og holdninger til ernæring er vesentlig for om pasientens næringsbehov ivaretas. Kunnskap om blant annet pasienters ernæringsbehov og konsekvensene av feil – og underernæring er viktig for å gi faglig forsvarlige helsetilbud. Sykepleierne bør være innforstått med at dette er en vesentlig del av deres ansvars – og funksjonsområde. Ernæring er viktig i all behandling av sykdom, og sykepleieren har et medansvar for forebygging og behandling (Stubberud, Almås & Kondrup, 2015). Ernæring er

et område som krever tverrfaglig samarbeid mellom leger, sykepleiere, ernæringsfysiolog og kjøkkenpersonale (Jacobsen & Bye, 2015).

Med tydelige nasjonale føringer på plass i helsetjenesten har det vært forventet et økt fokus på underernæringsproblematikken i framtidige år (Thoresen, 2017). Underernæring kan også være en trussel for pasientsikkerheten. Pasientsikkerhet handler om å redusere risiko for at pasienter utsettes for unødig skade som følge av behandlingen de mottar. I pasientsikkerhetsarbeidet utarbeides rutiner og prosedyrer og det drives holdningsskapende arbeid for å forebygge nettopp dette (Flovik og Rokseth, 2015). Det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet “*I trygge hender 24/7*” har derfor også satt fokus på forebygging av underernæring, og har blant annet utviklet tiltakspakke for sykehus som samsvarer med Helsedirektoratets nasjonale retningslinjer (I trygge hender 24/7, u.å.). I det senere har Kårstad et al. (2018) publisert en studie som undersøker om ernæringspraksis ved et norsk sykehus samsvarer med Helsedirektoratets nasjonale retningslinjer, ved å gjennomgå pasientjournaler. Studien fant ut at dokumentasjon om ernæring er mangelfull, og at sykehusets ernæringspraksis ikke samsvarte med de nasjonale retningslinjene. I tillegg ble det i studien nevnt en rekke utfordringer som gjør at ernæringsarbeidet ikke gjøres godt nok (Kårstad et al. 2018).

## 2.1 Hensikt

Som sykepleiere har vi et ansvar for at våre pasienter får dekket sine ernæringsbehov når de er innlagt i sykehus. Underernæring som følge av sykdom er den vanligste årsaken og kan påvirke sykdomsforløp i stor grad. Tilstanden kan som nevnt også medføre store samfunnsmessige og økonomiske konsekvenser. Likevel virker dette å ha svært lite fokus i sykehus. Hvorfor det? Hensikten med denne oppgaven er derfor å gå nærmere inn i og se på utfordringer og eventuelle barrierer som påvirker sykepleieren i deres ernæringsarbeid.

## 2.2 Problemstilling

*Hvilke barrierer kan forhindre sykepleiere i å utøve god ernæringspraksis i sykehus?*

## 3.0 Metode

### 3.1 Litteraturstudie som metode

Metode omhandler i følge Dalland (2018) hvordan en bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Det vil si samle inn nødvendig data for å løse en problemstilling. Metoden som er anvendt i denne oppgaven er litteraturstudie. Videre beskrives søkestrategier, og fremgangsmåten for hvordan artiklene ble funnet. Fremgangsmåten vil bli vist i oversiktlige matriser. Til slutt vil prosessen rundt valg av de vitenskapelige artiklene beskrives.

Aveyard (2014) beskriver at litteraturstudie som metode omhandler å identifisere et forskningsspørsmål. Deretter søke svar på dette spørsmålet ved å søke og analysere relevant litteratur ved hjelp av en systematisk tilnærming. Grundig søk og analyse av ulike litteraturstudier kan sammen gi ny innsikt som kan svare på forskningsspørsmålet (Aveyard, 2014). Litteratursøk som metode er viktig fordi en søker å kunne oppsummere litteratur og forskning som finnes om ethvert emne. Det skal gi mening til en samlet mengde forskning, og i tillegg presentere en analyse av den tilgjengelige litteraturen. Dette gjør det enklere å holde seg oppdatert på forskning, da en ikke trenger å lese en og en forskningsartikkel (Aveyard, 2014). Sykepleiere må kunne holde seg oppdatert til enhver tid om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde. Dette er også nedfelt i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (NSF, u.å.). Å holde seg oppdatert er viktig for at ny kunnskap skal kunne anvendes i praksis, såkalt kunnskapsbasert praksis. Litteraturstudie vil da være med på å gjøre det enklere å holde seg oppdatert på forskning (Aveyard, 2014).

### 3.2 Søkestrategi

For å finne artikler med relevans for problemstillingen, ble det søkt i ulike databaser. Disse databasene var Cinahl Complete, Medline Ovid og Svemed +. Cinahl Complete er en av de største og mest omfattende kilder til fulltekst innenfor sykepleie og helserelaterte tidsskrifter. Medline er en database med vitenskapelige artikler med blant annet medisinsk og sykepleiefaglig relevans. Svemed + refererer til nordiske, medisinske og helsefaglige vitenskapelige artikler. Alle de nevnte databasene er viktige, fordi de er anerkjente og inneholder vitenskapelig forskning - ikke minst er det relatert til helsefaglig bakgrunn (Bibsys, u.å.).

Søkestrategi innebærer å avgrense søkene. Dette er viktig for å unngå å få uoverkommelige antall treff på de søkeordene som blir brukt. For å unngå dette, ble inklusjon og eksklusjonskriterier anvendt (Thidemann, 2015). Følgende kriterier ble brukt:

*Inklusjonskriterier:*

- Artikler som er yngre enn 10 år
- Fagfellevurdert
- Ha en tydelig IMRAD-struktur.
- Artiklene må være vitenskapelige

Eldre som pasientgruppe ble valgt og fokusområdet er spesialisthelsetjenesten. Artiklene må inneholde sykepleiefaglig rolle og fokus. Forskningen bør ha foregått i Europa, og spesielt Norden. På denne måten vil sykehuspraksisen bli mest mulig lik Norge.

*Eksklusjonskriteriene:*

- Tidsskrifter uten vitenskapelig nivå og fagartikler.
- Artikler som kun omhandler pasienter i hjemmebaserte tjenester og ikke har fokus på sykepleiers rolle og fokus i ernæringsarbeidet.
- Artikler som ikke kan relateres til norske sykehus
- Eldre enn 10 år.

For å finne frem til aktuelle vitenskapelige artikler, vil det først bli sett på overskriften om den samsvarer med valgt tema. Ser overskriften relevant ut, blir sammendraget lest for å tilse at den passer til valgte problemstilling.

Ønske for studien var å finne kvalitative artikler for å få den individuelle erfaringen fra sykepleiere, og deres opplevelse av hvordan ernæringsfokuset var på sykehuset. Kvantitative artikler ble aldri utelukket i søkestrategien, men i henhold til problemstillingen vil kvalitative studier gi oss mer riktige svar. Ved kvalitativ forskning blir det gått i dybden, og en kan få mange opplysninger om få undersøkelsesenheter (Thidemann, 2015). Under kommer en oversikt over hvordan forfatterne kom frem til artiklene gjennom systematisk søk i databaser.

**“Everyone’s problem but nobody’s job: Staff perceptions and explanations for poor nutritional intake in older medical patients”**

Søkeord	Databaser	Kombinasjoner	Antall treff
1. Malnutrition	Cinahl Complete		6 645
2. Hospital			308 417
3. Barriers			57 777
4. Nursing			646 473
5.		1 AND 2 AND 3 AND 4	11

**“A successful way for performing nutritional nursing assessment in older patients”**

Søkeord	Databaser	Kombinasjoner	Antall treff
1. Nutritional risk	Cinahl Complete		
2. Aged			
3. Undernutrition			
4.		1 AND 2 AND 3	42

**“Nurses’ self-reported knowledge about and attitude to nutrition - before and after a training programme”**

Søkeord	Databaser	Kombinasjoner	Antall treff
1. Malnutrition	SweMed+		854
2. Nursing			10 441
3.		1 AND 2	86
4. Knowledge			2 536
5.		3 AND 4	11

**“Documentation and communication of nutritional care for elderly hospitalized patients: perspectives of nurses and undergraduate nurses in hospitals and nursing homes”**

Søkeord	Databaser	Kombinasjoner	Antall treff
1. Nutritional care	Cinahl Complete		700
2. Nursing			646 892
3.		1 AND 2	240
4. Hospitals			102 983
5.		3 AND 4	21

**“Stuck in tradition- A qualitative study on barriers for implementation of evidence-based nutritional care perceived by nursing staff”**

Søkeord	Databaser	Kombinasjoner	Antall treff
1. Nutritional care	Cinahl Complete		700
2. Nursing staff, Hospital			17 719
3.		1 AND 2	15

**“Barriers to nutritional care for the undernourished hospitalised elderly: perspective of nurses“**

Søkeord	Databaser	Kombinasjoner	Antall treff
1. Elderly	Medline Ovid		154 803
2. Hospital care			5 977
3. Nutrition			116 443
4. Experiences			109 749
5.		1 AND 2 AND 3 AND 4	1



### 3.3 Forskningsetikk

Forskningsetikk omhandler hvordan man skal handle i en forskningssituasjon, både moralsk forsvarlig og anstendig, men det kommer an på situasjonen. Det kan komme an på hvordan kontakten er, vurdering av livssituasjon, ressurser, skrøpelig- og robusthet og situasjonen som helhet (Hummelvoll, 2010). Det er noen prinsipper, eller retningslinjer, som er styrende for forskningsetikk; Helsinkideklarasjonen og Nurnberkodeksen. Helsinkideklarasjonen er forskningsetiske prinsipper som skal fungere som retningslinjer for forskjellige profesjoner slik at de kan gjennomføre forskningen på en akseptabel måte. Helsinkideklarasjonen er ikke tilstrekkelig som konkrete handlingsregler, men må tolkes inn i det enkelte prosjekt.

Forskeren må ta avgjørelser som gagnar personene som er involvert, eller gruppen de representerer (Hummelvoll, 2010). Nurnberkodeksen handler hovedsakelig om forskning på friske personer og ble utarbeidet etter siste verdenskrigs forskningsetiske overtramp mot svake grupper. Det ble etterhvert klart at det medisinske forskersamfunnet måtte øke sin bevissthet rundt forskningsetikk da det fortsatt foregikk overtramp. Verdens legeforening gikk derfor i gang med Helsinkideklarasjonen, som i tillegg retter seg mot klinisk forskning (Førde, 2014). Her kommer det tydelig frem at det forskningsetiske ansvaret ligger på forskeren, og ikke den som blir forsket på. Det vil si at det informerte samtykket ikke rettferdiggjør uetiske handlinger under forskningen. Forskningsobjektet skal behandles med respekt og skal ha mulighet til å trekke seg når som helst. Helsinkideklarasjonen slår også fast at samfunnets behov for ny kunnskap kan forsvare at den som blir forsket på blir utsatt for unødig ubehag og risiko (Førde, 2014).

Forfatterne av denne oppgaven har gjennom analyse av artiklene hatt fokus på at forskningsetiske retningslinjer er fulgt, da våre artikler omhandler spesifikke profesjoner som sykepleiere, og at man gjennom dokumentasjon kan få tilgang til sårbar informasjon.

### 3.4 Analyse

I analyseprosessen ble forskningsartiklene lest individuelt. For å få en god oversikt over artikkelens innhold og lettere kunne finne tilbake til hva studiene handlet om, ble viktige punkter notert underveis. Det er viktig å være kritisk til det som blir lest, for å finne styrker og svakheter ved studiene. Etter dette ble de antatt mest relevante artiklene valgt. I analysen av resultatet ble tematisk analyse benyttet (Aveyard, 2014). Tematisk analyse passer godt til metoden. Det eksisterer verken tid eller ressurser til en større analyse. Første steg i tematisk

analyse er å lage en oppsummering av artiklene satt inn i tabell. Steg to bygger på steg en, der en skal lage overskrifter som samler funnene i artiklene. Det var viktig at temaer som ble valgt passet til oppgavens problemstilling. Resultatene som er sammenfattet under hver overskrift skal støtte hverandre og underbygge at flere studier viser de samme funnene. Hvis de ikke gjør det, skal dette også dokumenteres. Til slutt presenteres dette som våre resultater i litteraturstudiet (Aveyard, 2014).

## 4.0 Resultater

Under vil vi presentere valgte artikler i oversiktlige matriser. Dette vil være en kort oppsummering av artiklene, mens deres resultater blir utdypet under sammenfatningene av resultatene.

## 4.1 Presentasjon av resultater

### ***“Everyone’s problem but nobody’s job: Staff perceptions and explanations for poor nutritional intake in older medical patients”***

<b>Referanse</b>	Ross, L.J., Mudge, A. M., Young. A.M., og Banks.M. (2011) Everyone’s problem but nobody’s job: Staff perceptions and explanations for poor nutritional intake in older medical patients, <i>Nutrition and Dietetics Journal of the Dietitians association of Australia</i> , 68 (1), s. 41-46. doi: 10.1111/j.1747-0080.2010.01495.x
<b>Hensikt</b>	Hensikten med denne studien var å få en bedre forståelse av konteksten og barrierer ved ernæringspraksisen hos eldre pasienter innlagt i sykehus.
<b>Metode</b>	I denne studien ble det brukt kvalitativ metode. Den bestod av tre fokusgruppeintervjuer med 22 ansatte ansatt på en akuttmedisinsk avdeling. De ansatte var sykepleiere, ernæringsekspert, ergoterapeut, fysioterapeut, farmasøyt og logoped. Det er brukt en semistrukturert veiledningsguide ved diskusjon av ernæringspleie og barrierer i sykehuset.
<b>Resultat</b>	I denne studien er alle deltakerne enig om at underernæring er et problem hos eldre pasienter i sykehus. Deltakerne er innom fem ulike temaer. De tar blant annet opp at det er dårlig kunnskap rundt prosessen ved ernæringsbehandling, mangel på rolleklarhet, konkurrerende prioriteringer ved måltids-tider og følelse av maktesløshet.
<b>Relevans for studien</b>	Denne studien tar for seg mange profesjoner og deres oppfattelse av ernæringsarbeidet på sykehuset. Studien belyser flere synspunkter og barrierer ved sykepleieutøvelsen. Det er trukket ut da det er relevant for denne oppgaven.

## “A successful way for performing nutritional nursing assessment in older patients”

<b>Referanse</b>	Söderhamn, U. og Söderhamn, O. (2009). A successful way for performing nutritional nursing assessment in older patients, <i>Journal of clinical Nursing</i> , 18 (3), s. 431-439. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02378.x
<b>Hensikt</b>	Hensikten med denne studien var å skaffe økt kunnskap og forståelse om hva som kan fremme ernæring. Samtidig legge til rette for at sykepleiere kan følge opp ernæringsbehovet hos eldre pasienter.
<b>Metode</b>	Kvalitativ metode som bestod av intervju med 10 sykepleiere. Sykepleierne jobbet med eldre pasienter i to ulike sykehus. Fire av intervjuene foregikk i 2003, mens de resterende foregikk i 2006. Intervjuene ble analysert gjennom en Gadamerian-basert hermeneutisk metode.
<b>Resultat</b>	Analysen resulterte i fem temaer som fremmet eller hjalp sykepleiere i å utføre ernæringskartlegging hos eldre pasienter; Informasjon ved dialog, informasjon ved observasjon og kontroller, samarbeid med annet helsepersonell, kontinuerlig oppfølging og viktigheten av nødvendige omstendigheter, for eksempel å vise interesse og sette av tid til dialog med pasienten.  Det kom frem i analysen at disse resultatene kommer av kontinuerlig oppfølging av ernærings situasjonen til pasienten.
<b>Relevans for studien</b>	Studien kommer med gode tiltak som fremmer ernæringsoppfølgingen hos eldre pasienter innlagt i sykehus, og har derfor relevans for vår litteraturstudie.

**“Nurses’ self-reported knowledge about and attitude to nutrition - before and after a training programme”**

<b>Referanse</b>	Bjerrum, M., Tewes, M. og Pedersen, P. (2011) Nurses’ self-reported knowledge about and attitude to nutrition - before and after a training programme, <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , 26(1), s.81-89.doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.00906.x
<b>Hensikt</b>	Oppgavens hensikt er å se om et opplæringsprogram rettet mot sykepleiere med spesielt ansvar for ernæring, kan påvirke deres kunnskapsnivå om ernæring. De ville også se om kunnskap kunne endre deres holdning til det ansvaret sykepleieren har til ernæringsarbeid.
<b>Metode</b>	Studien bruker kvalitativ metode, hvor de har foretatt en intervensjonsstudie. Deltagere i studien var 16 sykepleiere fra enten medisinsk eller kirurgisk avdelingen, med rutinemessig ansvar for kvaliteten av ernæringsarbeidet i sykehus. De deltok i et 12 måneders opplæringsprogram med fokusgruppeintervjuer både før og etter gjennomføringen av opplæringen.
<b>Resultat</b>	Opplæringsprogrammet ga sykepleierne økt kunnskap om ernæring og styrket deres evne til å ta mer ansvar for ernæringsarbeidet. De ble bevisst på deres ansvarsområde innenfor ernæring, blant annet å identifisere risikopasienter og iverksette tiltak. De ble flinkere til å bruke kartleggingsverktøy og involvere pasientens individuelle behov i planleggingen. Fortsatt blir dessverre ernæring nedprioritert på grunn av stor arbeidsbelastning på sykepleierne, med blant annet arbeidsoppgaver som medikamenthåndtering. Etter studien var de mer bevisst på viktigheten av for eksempel tilgjengeligheten til mellommåltid/snacks. Sykepleierne ble bedre på å veilede og informere både pasienter og kollegaer om ernæring.
<b>Relevans for studien</b>	Studien omhandler tiltak som kan forbedre sykepleiernes ernæringspraksis i sykehus, og er derfor høyst relevant for vår litteraturstudie.

**“Documentation and communication of nutritional care for elderly hospitalized patients: perspectives of nurses and undergraduate nurses in hospitals and nursing homes”**

<b>Referanse</b>	Halvorsen, K., Eide, H.K., Sortland, K. og Almendingen, K. (2016) Documentation and communication of nutritional care for elderly hospitalized patients: perspectives of nurses and undergraduate nurses in hospitals and nursing homes, <i>BMC Nursing</i> , 15(70). doi: 10.1186/s12912-016-0193-z
<b>Hensikt</b>	Hensikten med denne studien var å undersøke hvordan sykepleiere dokumenterer ernæringsbehandling i sykehus, og hvordan de videreformidler informasjon om den eldre pasientens ernæringsstatus ved overflytting fra sykehus til sykehjem.
<b>Metode</b>	Denne studien er en del av et større forskningsprosjekt som brukte en todelt metode av både tverrsnittstudie og kvalitativ fokusgruppestudie. Dette er en kvalitativ fokusgruppestudie med en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming. Deltagere var sykepleiere fra medisinsk og kirurgisk avdeling på et universitetssykehus i Norge, og sykepleiere fra korttid - og langtidsavdeling fra fem nærliggende sykehjem. I fokusgruppeintervjuene ble det stilt spørsmål om hvordan sykepleierne dokumenterte og videreførte informasjon om ernæringsbehandling.
<b>Resultat</b>	Studien viste at ernæringsmessig dokumentasjon er utilstrekkelig, både ved sykehusinnleggelse og under sykehusopphold for eldre pasienter. Informasjonsoverføringen ved utskrivelse fra sykehus til sykehjem var også for dårlig. Resultatet er summert under tre hovedtemaer. Disse er dårlig dokumentasjon av ernæringsstatus ved sykehusinnleggelse, for dårlig og usystematisk dokumentasjon om ernæring under sykehusoppholdet og begrenset informasjon om ernæring mellom sykehus og sykehjem. Alt som omhandler dokumentasjonsrutiner i sykehus er relevant for denne studien.
<b>Relevans for studien</b>	Dokumentasjon er en veldig viktig del av ernæringsarbeidet i sykehus, og studien er derfor relevant for denne litteraturstudien.

**“Stuck in tradition- A qualitative study on barriers for implementation of evidence-based nutritional care perceived by nursing staff”**

<b>Referanse</b>	O’Connell, M. B., Jensen, P. S., Andersen, S. L., Fernbrant, C., Nørholm, V. Og Petersen, H. V. (2016) Stuck in tradition- A qualitative study on barriers for implementation of evidence-based nutritional care perceived by nursing staff. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 27, s. 705-714. Doi: 10.1111/jocn.14020
<b>Hensikt</b>	Artikkelens hensikt var å undersøke barrierer for å utøve ernæringspraksis blant sykepleiere ved en akutt ortopedisk sengepost, med mål om å implementere bevis-basert ernæringspraksis.
<b>Metode</b>	Et kvalitativt studie med fire fokusgrupper. Til sammen ble 13 medlemmer intervjuet. Fokusgruppe én bestod av annet helsepersonell og vil derfor ikke være relevant for denne oppgaven. En intervjuguide ble fulgt og analysert etter kvalitativ analysemetode.
<b>Resultat</b>	Tre hovedkategorier av barrierer ble oppdaget: Mangel på praksis og kunnskap innen ernæringsmessig omsorg. Sykepleierne følte de mislyktes i å ta initiativ til behandling, og følte de ivaretok pasientens autonomi ved å godta deres motvilje til å spise. Ernæring ble nedprioritert av leger, som igjen påvirket sykepleierne slik at deres fokus på ernæring ble mindre.
<b>Relevans for studien</b>	Studien omhandler sykepleiere og deres rolle i ernæringsarbeidet på en avdeling i sykehuset og er derfor relevant for vår studie.

**“Barriers to nutritional care for the undernourished hospitalised elderly: perspective of nurses“**

<b>Referanse</b>	Eide, H. D., Halvorsen, K. og Almendingen, K. (2015) Barriers to nutritional care for undernourished hospitalised older people. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 24, s. 696-706, Doi: 10.1111/jocn.12562
<b>Hensikt</b>	Hensikt med oppgaven var å undersøke hva sykepleiere opplever som barrierer for å kunne utøve god adekvat ernæringspraksis til underernærte eldre pasienter innlagt i sykehus.
<b>Metode</b>	Fire fokusgrupper på til sammen 16 sykepleiere, fra sju forskjellige avdelinger på et stort sykehus i Norge ble intervjuet. Fokusgrupper ble brukt slik at sykepleierne kunne diskutere, snakke om og dele erfaringer med hverandre. Alle avdelingene hadde et høyt antall av eldre (>70 år) inneliggende pasienter. Dette er en kvalitativ studie.
<b>Resultat</b>	Det ble identifisert fem temaer som reflekterer over barrierer for å utøve god adekvat ernæringspraksis for eldre innlagt i sykehus. De fem temaene er: Ensomhet i ernæringsarbeidet- sykepleier blir stående alene med ansvaret for ernæringsoppfølging. Behov for mer kompetanse innen ernæringsarbeid, identifisering og behandling av underernæring, sykepleiere kan for lite om konsekvenser for ernæring og ønsker mer undervisning rundt dette. Lite fleksibilitet i matombringning, sykepleierne opplevde at det var begrensede muligheter for individuelle måltider og måltidstider for underernærte pasienter. Sykepleierne savnet et system for å sikre god ernæringspraksis. Systematisk screening av risikopasienter var tydelig ikke en integrert daglig rutine, og ernæringsbehandling ble sjelden startet. En kombinasjon av hektiske dager, fokus på akutt sykdom og behandling og korte sykehusopphold, fører til forsømmelse av ernæringsoppfølging.
<b>Relevans for studien</b>	Denne studien spør sykepleiere hva de trekker frem som vanskelig/barrierer for å utøve god adekvat ernæringspraksis og er derfor relevant for vår studie.



## 4.2 Sammenfatninger av resultater

Under vil temaene som ble identifisert i analysen bli presentert. De resultatene som ble ansett til ikke å være relevant for problemstillingen ble utelatt.

### **Nedprioritering av ernæringsarbeid**

Mange barrierer for å utøve god ernæringspraksis ble beskrevet i artiklene. For lite tid og mange konkurrerende arbeidsoppgaver fører til en nedprioritering av ernæringsarbeid. Leger er beskrevet som så spesialiserte på sitt område, at ernæring ikke blir prioritert med mindre det har en klar årsak til pasientens tilstand. Andre er uinteresserte i temaet og prioriterer derfor ikke ernæring i det daglige arbeidet (Eide, Halvorsen og Almendingen, 2015; Halvorsen et al. 2016; Bjerrum, Tewes og Pedersen, 2011). Ross et al. (2011) beskriver lite tilstedeværelse under måltider på grunn av andre oppgaver som medisintdeling som er lagt til samme tidspunkt. Eide, Halvorsen og Almendingen (2015) beskriver at hektiske dager, stort fokus på akuttmedisinsk behandling og korte sykehusopphold gjør at ernæring blir nedprioritert. Sykepleierne føler heller ikke samme ansvar for ernæring da pasienten ikke er inneliggende særlig lenge. O'Connell et al. (2016) beskriver i sin studie at sykepleierne ønsker økt bemanning slik at de får bedre tid til å gjennomføre alle oppgaver i løpet av dagen.

### **Mangelfull kunnskap**

I flere av studiene kommer det fram at det er gjennomgående lite kunnskap om ernæring blant sykepleiere i sykehus. I studien fra Ross et al. (2011) er det en felles bevissthet om forekomsten av underernæring hos pasienter på sykehuset, men begrenset kunnskap om ernæringsarbeidet. Dette bekrefter også andre studier, der sykepleierne rapporterte om lite kunnskap og ferdigheter for å identifisere og behandle underernærte eldre pasienter. Videre forteller de om manglende kunnskap om effekten av ernæring, og konsekvenser som kan oppstå av dårlig ernæring (Eide, Halvorsen og Almendingen 2015; O'Connell et al. 2016). Sykepleierne i O'Connell et al. (2016) forteller at det ikke finnes kurs eller opplæring for ansatte rundt ernæring. Deres kunnskap beskrives kun som erfaringsbasert. I Ross et al. (2011) beskrives kun bruk av kliniske observasjoner for å identifisere pasientens ernæringsstatus. Kunnskapen rundt medisinsk-teknisk utstyr, eller hjelpemidler som kan brukes for å hjelpe pasienten, kan sykepleierne svært lite om.

I studien fra Bjerrum, Tewes og Pedersen (2011) hadde sykepleierne som deltok i opplæringsprogrammet forventninger om å øke sin kunnskap om ulike aspekter innen ernæringsarbeidet. Som følge av programmet ble de tilegnet mer pedagogisk kunnskap om hvordan man involverer og motiverer kollegaer, samt å implementere strategier og kultur i avdelingen. De savnet mer om de fysiologiske aspektene ved ernæring, men at de til tross for det hadde lært mer om ernæring enn det de kunne tidligere.

### **Rutiner for ernæringscreening**

Eide, Halvorsen og Almendingen (2015) fant ut i sin studie at ernæringscreening for identifisering av risikopasienter ikke var en del av den daglige rutinen. Inneliggende pasienter over lengre tid ble veiet en gang i uken, som eneste rutine på området. Kliniske observasjoner ble brukt fremfor objektive som BMI (Body Mass Index), blodprøver eller vekt, men det var ingen bruk av screeningsverktøy. Grunnen til at de ikke brukte screeningsverktøy ble forklart med at det virket som at sykepleierne ikke så sammenheng mellom underernæring og medisinsk tilstand, og derfor ble ikke dette prioritert. På denne måten ble bare tydelig underernærte eldre identifisert (Eide, Halvorsen og Almendingen, 2015; Halvorsen et al. 2016). Heller ikke i O'Connell et al. (2016) sin studie var ernæringsarbeid en tydelig rutine i det daglige da medikamenter og sårbehandling hadde mer rutinemessig fokus. Dette på tross av at sykepleierne uttrykte noe kunnskap rundt ernæring, men at det var erfaringsbasert kunnskap og mer utbredt blant sykepleiere med lengre fartstid. Sykepleierne ytret ønske om at ernæring skulle bli et daglig fokus under legevisitten (O'Connell et al. 2016). Sykepleierne beskrev at situasjonene ofte var så akutte at det kunne ta flere dager før ernæring fikk oppmerksomhet. Legene ønsket ofte å få det medisinske på plass før annet fikk fokus (Ross et al. 2011).

I følge sykepleierne i Halvorsen et al. (2016) sin studie blir eldre pasienter svært sjelden kartlagt for ernæringsmessig risiko ved innleggelse i sykehus. Sykepleiere har etterlyst kliniske retningslinjer for identifisering og behandling av eldre pasienter med underernæring (Eide, Halvorsen og Almendingen, 2015).

I følge sykepleiere i Eide, Halvorsen og Almendingen (2015) er det få muligheter til å individualisere måltider og måltidstidspunkter som en barriere. I Ross et al. (2011) mente de at et bedre samarbeid med kjøkkenet vil kunne føre til mer tilpassede porsjoner og bedre utvalg og minske barrieren for å gjøre individuelle bestillinger til pasientene (O'Connell et al. 2016). Det er også ønskelig med et sted man kunne møtes til middag, da mange har dårlig

matlyst på grunn av støy og diverse lukter som det ofte blir på et flermannsrom (O'Connell et al. 2016). Viktigheten av å lufte ut på rommet og rydde rundt pasientene, gi maten et estetisk uttrykk, ha tilgjengelige mellommåltider eller gi kvalmestillende i god tid før måltid, ville kunne øke pasientenes matlyst. Dette vil også involvere pasientene mer i tilpasningen av måltider (Bjerrum et al. 2011; O'Connell et al. 2016).

Det er viktig med regelmessig ernæringsoppfølging av pasientene. Eksempelvis kan jevnlige samtaler gi informasjon som ellers ikke kommer frem. Slik informasjon kan være at pasienten har dårlig tannstatus og svelgeproblemer som igjen påvirker matinntaket (Söderhamn og Söderhamn, 2009; Bjerrum et al. 2011).

### **Usikkerhet rundt roller og ansvar**

Flere studier viser at det er usikkerhet rundt roller og ansvar tilknyttet ernæringsarbeidet på sykehuset. I Ross et al. (2011) sin studie kom det frem at utydelige roller var en barriere for å få til et godt ernæringsarbeid i avdelingen. De ulike profesjonene hadde lite bevissthet og forståelse for egen og andres roller. Profesjonene mente at sykepleierens ansvar i avdelingen var blant annet screening, observasjon og å bistå pasientene ved måltider (Ross et al. 2011). I Halvorsen et al. (2016) ble viktigheten av sykepleierens observasjoner fremhevet som en viktig faktor for at behandlende tiltak blir iverksatt.

I Bjerrum, Tewes og Pedersen (2011) fikk sykepleierne etter opplæringsprogrammet en bedre forståelse av sin rolle i ernæringsarbeidet og følte seg mer rustet til å ta ansvar. Før så sykepleierne seg selv som legens assistent, men etter programmet følte de seg ansvarlig på lik linje med legen. Med økt kunnskap om ernæring, følte de større trygghet til å gjøre sine ansvarsoppgaver uten å spørre legen om råd. Opplæringsprogrammet bidro til å avklare deres arbeidsoppgaver, blant annet å identifisere risikopasienter og iverksette tiltak. I Söderhamn og Söderhamn (2009) anbefales det at avdelingen utnevner en sykepleier som står ansvarlig for ernæringsarbeidet. Den utnevnte har ansvar for å ta kontakt med profesjoner ved behov og følge opp enkeltpasienter. Dette er med på å gi et helhetlig ernæringsarbeid, og andre sykepleiere på avdelingen kan spørre om råd.

### **Individuelle hensyn til pasienten**

I studien til O'Connell et al. (2016) uttrykte sykepleierne en holdning om at de ønsket å beskytte pasientens autonomi vedrørende deres ønsker, selv om dette kunne medføre at

pasienten spiste mindre. Sykepleierne var bekymret for at den individuelle pasienten ble glemt i det standardiserte ernæringsarbeidet. Dette grunnet at ernæringsbehandlingen ikke var basert på ønsker og behov fra pasientene.

Sykepleierne mente at deres fokus burde være å informere og lære pasientene om ernæring etter individuelle behov, og at det er viktig med individuelle samtaler (O'Connell et al. 2016). Söderhamn og Söderhamn (2009) sin studie legger frem at sykepleierne må vise interesse for ernæringsarbeid og at dette er en avgjørende faktor. Det å ha kunnskap og bevissthet rundt ernæringsmessige problemer og vite viktigheten av dem, vil fremme ernæringsarbeidet hos sykepleieren. Fravær av dette kan på en annen side anses å være hindring fra å utføre en viktig ernæringsvurdering. Det er viktig å være sensitiv i møte med pasienten og at sykepleieren må være bevisst at ernæring kan bli en stressfaktor for pasienten (Söderhamn og Söderhamn, 2009).

### **Manglende struktur i dokumentasjon**

I studien til Halvorsen et al. (2016) rapporterte sykepleiere om manglende struktur i dokumentasjon om ernæring både ved innleggelse, under sykehusoppholdet og ved utskrivelse. Noe ernæringsinformasjon dokumenteres, blant annet vekt, høyde og hva pasienten liker å spise, men dokumentasjonen mangler en dybdeforståelse om pasientens individuelle næringsbehov. Dette bekrefter også studien til Eide, Halvorsen og Almendingen (2015) I Halvorsen et al. (2016) ble det rapportert at dokumentasjon rundt ernæringscreening ofte manglet i journalene. Sykepleierne forklarte det med at screening var vanskelig og tok mye tid å gjennomføre. Måten det dokumenteres på kan i seg selv kunne gi utfordringer i ernæringsarbeidet. Dokumentasjonen gjøres ofte flere steder i journalen, som gjør det vanskelig for sykepleierne å navigere i dokumentasjonssystemet. Forklarende faktorer var blant annet at noen sykepleiere bevisst dokumenterte flere steder i journalen for å forsikre seg om at nestemann fikk med seg informasjonen. Manglende kompetanse hos sykepleierne om ernærings situasjon for eldre, gjorde at det ble det vanskelig å vite hva og hvor man skulle dokumentere (Halvorsen et al. 2016; O'Connell et al. 2016). I Halvorsen et al. (2016) ble det også nevnt at få av sykepleierne kjente til Helsedirektoratets nasjonale retningslinjer, og ikke brukte kartleggingsverktøy. Sykepleierne gjorde vurderinger ut i fra kliniske observasjoner, og at de også var dårlige til å dokumentere disse. Dokumentasjon om ernæringsbehandling og opprettelse av behandlingsplan ble i de fleste tilfeller gjort når pasienten var synlig tynn og

underernært. Sykepleierne etterlyser rutiner og retningslinjer for riktig ernæringsoppfølging (Eide, Halvorsen og Almendingen, 2015; Halvorsen et al. 2016).

## 5.0 DRØFTING

### 5.1 Kvalitet i ernæringsarbeidet

Alle pasienter som legges inn i sykehus skal vurderes for ernæringsmessig risiko, og deretter ukentlig eller etter annet individuelt opplegg. For å gjøre dette er det nødvendig med kartlegging av pasientens ernæringsstatus ved bruk av én av tre kartleggingsverktøy anbefalt av Helsedirektoratet (2010). Som en del av retningslinjenes anbefalinger, er også dokumentasjon av pasientens ernæringsstatus en viktig del av undersøkelses - og behandlingstilbudet (Helsedirektoratet, 2010). Flere av studiene påpeker dårlige rutiner for kartlegging og oppfølging av risikopasienter, samt dårlige rutiner for å dokumentere disse tilfellene. Eldre pasienter blir sjeldent kartlagt for ernæringsmessig risiko ved innleggelse i sykehus, ofte på grunn av at sykepleierne synes det er vanskelig å faktisk vurdere eldre pasienters ernæringsstatus (Eide, Halvorsen og Almendingen, 2015; Halvorsen et al. 2016; O'Connell et al. 2016). Det belyses mangelfull praktiseringen av retningslinjene. Fremdeles etterlyser sykepleierne et system og retningslinjer for å identifisere og behandle eldre underernærte, og flere sykepleiere i norske sykehus bruker ikke kartleggingsverktøy eller er kjent med retningslinjene (Eide, Halvorsen og Almendingen 2015; Halvorsen et al. 2016). Begge studiene gjennomførte sine intervjuer i løpet av 2012. På den tiden hadde retningslinjene vært tilgjengelig for implementering og bruk i flere år. Dette belyser hvor lang tid det tar å endre praksis og implementere nye rutiner.

Kårstad et al. (2018) bekrefter at dokumentasjon omkring ernæringspraksis i et norsk sykehus har flere mangler. Dersom forholdene faktisk er så mangelfulle som dokumentasjonen viser, vil det ifølge Kårstad et al. (2018) være dramatisk for pasientsikkerheten. Pasientsikkerhet handler om ikke å utsette pasienten for unødig skade som følge av behandling. Å ivareta pasientsikkerheten har med hvor mye rutiner, holdninger og handlinger bidrar til forebygging av uønskede hendelser og pasientskader. Pasientsikkerhet er en viktig del av hva som inngår i begrepet kvalitet (Flovik og Rokseth, 2015). Ettersom dokumentasjon kan brukes som kvalitetssikring, og at tilgjengelig dokumentasjon i praksis er for dårlig, beviser at det fortsatt

finnes forbedringspotensiale i ernæringsarbeidet. Dette gjelder på alle nivå i tjenesten, både hos hver enkelt sykepleier, men også for ledelsens ansvar for oppfølging.

Formålet med de nasjonale retningslinjene er å sikre god kvalitet i forebygging og behandling av underernæring (Helsedirektoratet, 2010). For å sikre dette er det derfor avgjørende å implementere retningslinjene. Det sikrer rutinemessig god kvalitet på tjenesten, fordi tjenestetilbudet blir samordnet, foregår kontinuerlig, er tilgjengelig og rettferdig fordelt. Tjenester av god kvalitet kjennetegnes nettopp av at de er samordnet og preget av kontinuitet (Flovik og Rokseth, 2015). I Kårstad et al. (2018) fantes det ingen informasjon om vurdering av ernæringsmessig risiko i 85 prosent av pasientjournalene. Tilnærmet 70 prosent av pasientene i ernæringsmessig risiko fikk ernæringsplan, men denne ble i liten grad fulgt opp. Pasientjournalen er et verktøy for å sikre kontinuitet i arbeidet. Målet med å dokumentere pasientbehandlingen er å sikre at helsepersonell har tilgang til relevante og nødvendige bakgrunnsopplysninger for å kunne arbeide videre med pasienten (Molven, 2016). Dokumentasjon kan også brukes som et ledd i kvalitetssikring av behandling som gis til pasienten (Molven, 2016). Sykepleiernes kompetanse, ferdighet og erfaring kan ha betydning for resultatet av helsehjelpen (Helsedirektoratet, 2010). I tillegg er det lovpålagt for sykepleierne å yte faglig forsvarlighet til sine pasienter (Helsepersonelloven, 1999). Forsvarlighetskravet innebærer at helsehjelpen som ytes alltid skal være av en minstestandard (Helsedirektoratet, 2010).

Det mangler tilsynelatende en forståelse av sammenheng mellom sykdomstilstand og underernæring, og hvordan de kan påvirke hverandre (Halvorsen et al. 2016). I motsetning til dokumentasjon om ernæring, virket det i Halvorsen et al. (2016) sin studie til å være bedre rutiner på å føre væskeregnskap. Dette kan for eksempel være aktuelt når pasienten har væskeretensjon med ødemutvikling som følge av hjertesvikt. Som en del av behandlingen vil det være aktuelt med væskerestriksjoner i tillegg til medisinsk behandling med diuretika (Eikeland, Haugland og Stubberud, 2015). Som tidligere nevnt får behandling som rettes mot et medisinsk formål større prioritet og forståelse både fra legene og sykepleiernes side.

Forebyggende arbeid innebærer at sykepleieren søker å identifisere mulige problemer før de oppstår eller utvikler seg til å bli alvorlige problemsituasjoner (Kirkevold, 2015). En som ser velernært ut, kan likevel ha stor risiko for å utvikle underernæring. Milde former for underernæring eller risikotegn vil imidlertid ikke være synlig bare ved å se på pasienten

(Thoresen, 2017). Sykepleiere bruker kliniske observasjoner for å vurdere pasientens ernæringsstatus i stedet for objektive som vekt, blodprøve og BMI (Body Mass Index) (Eide, Halvorsen og Almendingen, 2015). I følge Helsedirektoratet (2010) vil en tidlig oppdagelse av risikopasienter gjøre at man raskt kan sette i gang tiltak før underernæringen oppstår. Dersom sykepleierne bare skal gjøre vurderinger ut fra kliniske observasjoner vil det med andre ord bety at forebygging av underernæring ikke vil finne sted i nåværende ernæringspraksis. Ingen risikopasienter vil bli oppdaget før det har gått så langt at underernæringen er synlig på kroppen. I de tilfellene vil det tilsynelatende ikke ha noe hensikt å bruke de nasjonale retningslinjene, da deres formål er forebygging (Helsedirektoratet, 2010). Til gjengjeld vil det også være mer ressurskrevende å behandle alvorlig underernæring (Helsedirektoratet, 2017).

I praktiske prioriteringssituasjoner blir ofte forebygging og tidlig intervensjon tapere i kampen mot spesialiserte og eksponerte tjenester. Innføring av tiltak og ressurser så tidlig som mulig, kan føre til at sykdom utsettes, reduseres og i beste fall unngås. Både i forhold til den enkelte pasienten, men også med tanke på en bærekraftig samfunnsøkonomi, er dette en uhensiktsmessig praksis. Det er dessuten forventet en økning av eldre og kronisk syke som forsterker argumentet for at forebygging må få økt fokus i tjenesteutviklingen (St.meld. nr. 47, 2009). O'Connell et al. (2016) skriver at sykepleiernes fokus bør være å gi kunnskap om ernæring til pasientene gjennom individuelle samtaler etter deres behov. Dette samsvarer med sykepleierens oppgaver av behandlende og forebyggende karakter ved å videreformidle kunnskap slik at pasienten bedre kan ta vare på seg selv. For å ivareta pasientens ernæringsbehov skal sykepleieren alltid kvalitetssikre og videreutvikle metoder for å gjøre dette (Holter, 2015). I noen tilfeller vil det kun være enkle tiltak som skal til for at pasienten spiser mer. Tilrettelegging av spisesituasjon og berike kosten kan forsinke eller eventuelt forhindre bruk av dyrere behandling som sondeernæring og intravenøs ernæring (Helsedirektoratet, 2010). Dette er tilsynelatende tiltak som sykepleierne har et bevisst forhold til. I følge O'Connell et al. (2016) og Ross et al. (2011), ble det foreslått både å lufte pasientrommet før måltid, gjøre maten mer innbydende før servering og gi kvalmestillende i god tid før måltid dersom pasienten trenger det. Selv om sykehusoppholdene ofte er korte, vil det ha stor betydning for pasienten at det er et sammenhengende fokus på forebygging av underernæring, både fra primær - og spesialisthelsetjenesten sin side. Selv om man muligens ikke vil se effekten av det før senere i pasientens livsløp, kan det være et tiltak som gagnar hele befolkningen generelt. Det gir en samfunnsøkonomisk gevinst gjennom å redusere

behovet for dyrere sykehusbehandling, samtidig som folkehelsen blir bedre (St. meld. nr. 47, 2009).

## 5.2 Sykepleierens rollebevissthet

De nasjonale retningslinjene fremhever viktigheten av definert ansvarsfordeling blant helsepersonell. Dette er med på å sikre kvalitet og kontinuitet i ernæringsarbeidet (Helsedirektoratet, 2010). I studien til Ross et al. (2011) kommer det frem at utydelige roller er en barriere for godt samarbeid i sykehusavdelingen.

Travle dager og stort fokus på akutt sykdom gjør at ernæring blir nedprioritert. Mangel på tid til å sette seg inn i og fokusere på ernæring er beskrevet som en barriere for å utøve god ernæringspraksis (Bjerrum, Tewes og Pedersen, 2011). Helsedirektoratet (2010) skriver at helseforetakene skal sikre at ernæring blir ivaretatt og inngår som en del av behandlingstilbudet i helse- og omsorgstjenesten. Først og fremst skal alle pasienter som kommer inn i sykehus kartlegges for ernæring. Å kartlegge pasienter ved innleggelse i sykehus er et av sykepleiers ansvarsområder (Rotegård, Solhaug og Grov, 2015). Dersom kartleggingen avdekker underernæring eller ernæringsmessig risiko skal helseforetaket behandle dette videre. Dette betyr at kartlegging av pasienter ved innkomst er viktig for videre arbeid under sykehusoppholdet, uansett lengde på oppholdet.

I følge Ross et al. (2011) har sykepleierne lite tilstedeværelse under måltider på grunn av prioritering av andre arbeidsoppgaver, eksempelvis medisintdeling. Medisiner er en viktig del av behandlingen og har høyere prioritet enn ernæring da legene ofte prioriterer det medisinske først. Situasjonene beskrives ofte å være så akutte at det kunne ta flere dager før ernæring fikk fokus. I enkelte tilfeller er det nødvendig å ha et nært samarbeid mellom leger og ernæringsfysiolog for at behandlingen skal bli best mulig (Stubberud, Almås og Kondrup, 2015). Når behandlingen defineres som medisinsk behandling, virker det å bli bedre fulgt opp av både sykepleiere og leger. Legenes holdninger til ernæringsarbeid påvirker også sykepleierens holdninger. Ernæringsarbeidet nedprioriteres i det daglige, og sykepleierne føler ikke et like sterkt ansvar for ernæringsarbeidet, da pasientene er inneliggende i kort tid (Eide, Halvorsen og Almendingen, 2015; Halvorsen et al. 2016). Flere sykepleiere har også opplevd å bli møtt med negative holdninger til dokumentasjon om ernæring. Sykepleierne følte deres dokumentasjon ble sett på som unødvendig. Dette fører til at de nøler med å



dokumentere (Halvorsen et al. 2016). I tillegg til selvstendig sykepleiefunksjon, har også sykepleieren både en samarbeidende, delegert eller assisterende funksjon. Dette kan for eksempel være i samarbeid med lege. Sykepleieren vil ikke være fritatt fra sin rolle i å vurdere pasientens situasjon ut i fra et selvstendig faglig grunnlag. De må blant annet ha kjennskap til å kunne vurdere effekten av behandlingen og samtidig dokumentere dette (Hellesø, 2015).

Sykepleiere som deltok i opplæringsprogrammet fikk en bedre forståelse av sin rolle i ernæringsarbeidet (Bjerrum, Tewes og Pedersen, 2011). Før så sykepleierne på seg selv som legens assistent, men etter programmet følte de seg ansvarlige på lik linje med legen. Med økt kunnskap om ernæring og tydeligere rolleforståelse tar sykepleierne mer initiativ i sine arbeidsoppgaver i ernæringsarbeidet. På denne måten blir det også enklere for sykepleierne å ta ansvar for sin veiledende og undervisende funksjon, både overfor pasienter og annet pleiepersonell. Dette er en del av sykepleiers ansvarsområde (Brodtkorb, 2013). Pasientene kommer inn til sykehuset med en forventning om at de blir godt ivaretatt, og at personalet skal ha den kunnskapen som trengs for å gi en helhetlig og god behandling (Graverholt, Jamtvedt og Nortvedt, 2015). Kartlegging av årsaker, og igangsetting av tiltak, krever en systematisk og tverrfaglig tilnærming (Brodtkorb, 2013). Pasienten skal ha en individuell ernæringsplan som inneholder dokumentasjon om ernæringsstatus, behov, inntak og tiltak som skal videreføres og evalueres jevnlig (Helsedirektoratet, 2010). Dette er sykepleiers ansvar, men nært samarbeid med ernæringsfysiolog er nyttig for å utvikle gode rutiner og systemer i avdelinger. De har spesialkompetanse til å kartlegge ernæringsstatus og vurdere pasienters behov (Brodtkorb, 2013). Dette har også sykepleierne etterlyst, men ernæringsfysiologene er oftest tilgjengelige for konsultasjoner med pasienter som har komplekse behov for ernæringsoppfølging (O'Connell et al. 2016). Ernæringsfysiologene kan også ha opplæring av sykepleiere. På denne måten kan sykepleierne bli tryggere i sin rolle. De kan holde seg oppdatert på ny forskning, og implementere dette i praksis (Graverholt, Jamtvedt og Nortvedt, 2015). I Halvorsen et al. (2016) ble opplagt underernærte pasienter henvist til ernæringsfysiolog, basert på sykepleiernes observasjoner. I studien fra Söderhamn og Söderhamn (2009), blir det anbefalt at avdelinger utnevner en ansvarlig sykepleier for ernæringsarbeidet. Sykepleieren kan være et bindeledd mellom ernæringsfysiolog og avdelingen når det er behov. Sykepleiere som tildeles ekstra ansvar og opplæring føler også et større ansvar for å være tilstede som ressursperson for sine kollegaer (Bjerrum, Tewes og Pedersen, 2011).

Som tidligere nevnt er omlag 30 prosent av pasientene som legges inn i sykehus moderat eller alvorlig underernærte. Forskning viser at man kan redusere liggetiden i sykehus med minimum 20 prosent, ved å vurdere og behandle underernæring (Helsedirektoratet, 2010). Med høy forekomst av underernæring blant pasienter og kunnskap om konsekvensene for dårlig ernæringsstatus, bør problematikken få høyere prioritet i spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2010).

Konsekvensene av underernæring er for store til at spesialisthelsetjenesten ikke kan ta ansvaret de er pålagt. Disse konsekvensene er nærmere beskrevet gjennom Elias underernæringskarusell i oppgavens bakgrunnskapittel. Underernæring kan være en av konsekvensene av for lite forebyggende fokus og lite helhetlig behandlingstilbud. Underernæring gir økt risiko for komplikasjoner som økt infeksjonsfare, dårligere fysisk- og mental funksjon, samt forlenget liggetid i sykehus og økt risiko for reinnleggelser (Helsedirektoratet, 2010). Sykdomsrelatert underernæring er derfor både et kostnadsdrivende problem og utvikling av unødige følgetilstander dersom tilstanden undervurderes. Flere studier, både nasjonale og internasjonale, viser at fokus på forebygging og behandling av underernæring kan redusere utgifter i milliardklassen for helsetjenestene (Helsedirektoratet, 2017).

God ledelse og tydelig ansvarsfordeling er avgjørende for god kvalitet i ernæringsarbeidet. Dette er også avgjørende for at ernæringsarbeid skal bli en integrert del av behandlingstilbudet. Øverste leder for en virksomhet plikter å gjennomføre internkontroll, som blant annet innebærer å sørge for at arbeidstakerne har nødvendig kunnskap innen sitt fagfelt. Dette skal jevnlig evalueres og om nødvendig forbedre eventuelle prosedyrer (Helsedirektoratet, 2010). God ledelse vil kunne føre til tydeligere oppgave- og ansvarsfordeling blant helsepersonellet. På denne måten vil sykepleierne rekke å følge opp måltider samtidig som medisinene kommer i riktig tid. Sykepleierne i O'Connell et al. (2016) sin studie ytrer ønske om flere ansatte, og at de da får bedre tid til å gjennomføre alle oppgaver, samt at arbeidsfordelingen blir bedre. Spørsmålet er om man kan redusere behovet for flere ansatte ved å øke fokuset på ansvarsfordeling og koordinering av tjenestene. Dårlige koordinerte tjenester fører også til lite effektiv ressursbruk (St.meld. nr. 47, 2009).

### 5.3 Sykepleiernes kompetanse

Kompetanse betyr å være i stand til noe (KS, 2018). Sykepleiere er den største gruppen helsepersonell som tilbringer mest tid i direkte pasientrettet arbeid. Det man bidrar med som sykepleier er derfor av stor betydning for kvalitet på helsehjelpen som mottas (Holter, 2015). Sykepleie utøves i både stabile og forutsigbare situasjoner, men også i akutte, kritiske og ustabile situasjoner. Sykepleieoppgavene spenner over et vidt fagområde fra blant annet helsefremmende og forebyggende arbeid til behandling av akutte og kroniske sykdomstilstander og til palliativt arbeid. Som sykepleier er det vesentlig å forstå hvilke oppgaver man har kompetanse til å utføre, hva som er oppgavens kjennetegn og hvilke kunnskapsgrunnlag som må til for å utføre oppgaven. Kunnskapsgrunnlaget skapes gjennom utdanning, praksis og tverrfaglig samarbeid (Holter, 2015). I følge flere sykepleiere er det tilsynelatende mangel på tilstrekkelig kompetanse for identifisering og behandling av underernæring. Dette gjelder blant annet kunnskap om effekten av god, og konsekvensen av dårlig ernæring (Eide, Halvorsen og Almendingen 2015; O'Connell et al. 2016).

Behandling av underernærte pasienter er ressurskrevende, og det er derfor ønskelig at man klarer å identifisere risikopasienter og iverksette forebyggende tiltak. Selve forebyggingen, og behandlingen av underernæring, bør i de fleste tilfeller rettes mot årsaken. Tilrettelegging av måltider, måltidsrytme, valg av matvarer og supplerer med næringsdrikker kan i mange tilfeller være tilstrekkelig (Helsedirektoratet, 2017). Sykepleiere har fra utdanningen fokus på menneskets grunnleggende behov, og ernæring er et av disse. En sykepleier skal kunne observere, vurdere og utføre tiltak, ut i fra det som er normalt for personens alder, diagnose og behandling (Holter, 2015). For å utføre dette på en faglig forsvarlig måte må sykepleieren ha kunnskap om menneskekroppens fysiologi og patofysiologi. I tillegg vil mer spesifikk kunnskap om ernæringsarbeid, og bedre kjennskap til retningslinjene for forebygging og behandling, gjøre det lettere å identifisere underernærte pasienter i et tidlig stadium (Helsedirektoratet, 2010).

Å sørge for mer kunnskap er et todelt ansvar. Sykepleiere har ansvar for egen kunnskapsutvikling. Dette betyr at sykepleieren må være delaktig i forbedringstiltak og fagutvikling (Holter, 2015). På en annen side har Helseforetakene ansvar for å sikre tilstrekkelig opplæring om ernæring. Dette for å øke kompetansen til å kunne håndtere pasienter med ernæringsmessige problemer (Helsedirektoratet, 2010). Sykepleiere som deltok i studien til O'Connell et al. (2016) forteller at det ikke finnes kurs eller opplæring om

ernæring for ansatte. I tilfeller hvor opplæringsprogram er utprøvd har det vist seg å ha god effekt, og sykepleierne har fått mer kunnskap om ernæringsarbeidet (Bjerrum, Tewes og Pedersen, 2011). Har de ansatte lite interesse for ernæringsarbeid kan dette være et hinder for å utføre en viktig ernæringsvurdering (Söderhamn og Söderhamn, 2009). Økt kunnskap er holdningsskapende, fordi det kan medføre økt faglig engasjement (Bjerrum, Tewes og Pedersen, 2011).

Sykepleierne har gjennom deltagelse i studier satt fokus på mangelfull kompetanse og opplæring. Å stille seg kritisk og konstruktiv til utøvelsen av sykepleiefaget er en viktig del av sykepleiernes ansvar for fagutvikling, på lik linje som å skape rom for forskning (Holter, 2015). Ledelsen har som sagt et ansvar med å iverksette tiltak som hever kunnskapsnivået. Det er også foretakets oppgave å sikre at ernæring blir en integrert del av behandlingstilbudet (Helsedirektoratet, 2010). Når manglende kunnskap og interesse blant helsepersonell utgjør en betydelig årsak til at underernæring får tid til å utvikle seg under et sykehusopphold, kan det i følge Helsedirektoratet (2010) være nettopp uklare planlegging og ledelse, samt manglende engasjement fra institusjonsledelsen, som stopper fagutviklingen. Som følge av deltakelse i opplæringsprogrammet, forteller sykepleierne om økt kunnskap om hvordan involvere og motivere kollegaer i ernæringsarbeidet. Dette medfører en implementering av rutiner og en kultur med fokus på ernæring (Bjerrum, Tewes og Pedersen, 2011). Et opplæringstilbud kan med andre ord bidra til at sykepleierne blir mer aktive medspillere i å videreutvikle gode fagmiljøer (Holter, 2015).

“I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere fremheves det at sykepleierens kompetanse skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene” (Holter, 2015. s. 112). Sykepleien består av møter med pasienter som har sammensatte lidelser, ofte i sårbare situasjoner (Holter, 2015). Söderhamn og Söderhamn (2009) skriver at sykepleierne må være sensitive i møte med pasienten, dens behov og ønsker. I tillegg må sykepleierne se helheten mellom sykdomsbilde, sinnstilstand og den sosiale situasjonen. Dette er alle faktorer som kan påvirke matinntaket (Jacobsen og Bye, 2015). Sykepleierne har uttalt at beskyttelse av pasientenes rett til selvbestemmelse er viktigere enn mengden av næringsinntak (O’Connell et al. 2016). Uten tilstrekkelig næringstilførsel vil konsekvensene etterhvert bli store for pasientens sykdomsforløp (Helsedirektoratet, 2010). I noen tilfeller vil pasienten være så preget av sin sykdomstilstand at den ikke lenger kan ta vare på seg selv. I slike tilfeller blir det sykepleiers ansvar å sikre tilstrekkelig ernæring (Holter, 2015). Avhengig av måten man

går frem på for å ivareta pasienten og dens behov for ernæring kan ernæringsstatusen bli en stressfaktor for pasienten (Söderhamn og Söderhamn, 2009). Kommunikasjons – og samhandlingsferdighetene til sykepleier er derfor viktige. Ved å vise empati og være bevisst i sin tilnærming, kan det bidra til å skape en god relasjon (Heyn, 2015).

Det er utfordrende for sykepleieren å gjøre faglig riktige vurderinger av pasientens ernæringsbehov, avgjøre hvem som trenger ernæringsplan og spesiell ernæringsbehandling. Sykepleierne utfører målinger, men ikke rutinemessig eller i forbindelse med ernæringscreening. I stedet baserer de mye av kartleggingen på kliniske observasjoner i stedet for å vurdere opp mot objektive funn. På den måten blir bare opplagt underernærte identifisert (Eide, Halvorsen og Almendingen 2015; Halvorsen et al. 2016). Implementering av retningslinjer kan bidra til at alle får en lik vurdering av sin ernæringsstatus, da retningslinjene anbefaler at alle skal kartlegges ved innleggelse i sykehus. I følge Helsedirektoratet skal kartleggingen være basert på vekt, vektutvikling og høyde. Dersom høyde og vekt foreligger skal imidlertid vurderingen kunne gjennomføres raskt (Helsedirektoratet, 2010). Som følge av dårlige rutiner for kartlegging er også dokumentasjonen tilsynelatende mangelfull. I Halvorsen et al. (2016) var dokumentasjon og behandlingsplan for ernæring sjelden å finne, som regel bare hos de åpenbart underernærte pasientene. Dokumentasjonen omhandler som regel tiltak for å supplere næringsinntaket med blant annet næringsdrikker. Legen forordner og sykepleierne signerer på å ha gitt næringsdrikk, på lik linje med andre medikamenter (Halvorsen et al. 2016).

Sykepleieren er nærmest til å hjelpe pasienten og sørge for tilstrekkelig ernæringsoppfølging (Stubberud, Almås og Kondrup, 2015). Sykepleierens visuelle inntrykk påvirker beslutninger for oppfølging og behandling av underernæring. Sykepleierens observasjoner kan være begrunnelse nok for å henvise til ernæringsfysiolog eller berike kosten med eksempelvis næringsdrikk (Halvorsen et al. 2016). Sykepleierens kompetanse har dermed stor betydning for hvordan pasientens ernæringsbehov ivaretas (Stubberud, Almås og Kondrup, 2015).

Måltrettet ernæringsbehandling og sykepleieprosessen har flere likheter. Det er ikke nødvendigvis feil bare å bruke kliniske observasjoner, da disse kan fortelle mye om nettopp de forholdene som kan påvirke ernæringsstatus. Dette gjelder blant annet pasientens evne til å ivareta behovet for å spise og drikke som en del av datainnsamlingen (Rotegård, Solhaug og Grov, 2015). Utfordringen kan være at pasienter i risiko for underernæring ikke identifiseres

gjennom kun kliniske observasjoner og derfor anbefaler Helsedirektoratet (2010) å bruke kartleggingsverktøy. Å kartlegge pasienten for blant annet dårlig tannstatus, eller svelgeproblemer, er viktig for å kunne forstå hvorfor pasienten spiser dårlig. Gode rutiner her vil føre til enkle tilpasninger i kostholdet som igjen kan føre til økt matinntak hos pasienten. Dette kan oppdages gjennom kartleggingssamtaler ved innkomst og at sykepleier på denne måten får en helhetlig oversikt over pasientens behov og utfordringer (Söderhamn og Söderhamn 2009; Bjerrum, Tewes og Pedersen, 2011).

Kontinuerlig oppfølging av forebyggende tiltak i behandlingsforløpet er viktig (Helsedirektoratet, 2010). Dersom informasjon om ernæringsstatus ikke er tilstrekkelig dokumentert er det også umulig å følge opp ernæringsmessige behov under sykehusoppholdet, eller videreformidle tilstrekkelig informasjon når den eldre pasienten eksempelvis overføres til sykehjem (Halvorsen et al. 2016). Pasientjournalen skal inneholde opplysninger om planlagt og gjennomført helsehjelp og dokumentasjon gjenspeiler dermed praksis (Hellesø, 2015). Dokumentasjon om ernæring er i følge Halvorsen et al. (2016) for dårlig i sykehus og her er det flere faktorer som påvirker dette. Hektiske arbeidsdager med et tilspisset fokus på medisinsk behandling, fører til nedprioritering av ernæringsarbeid og dokumentasjon av dette. Praksis viser at det er en manglende forståelse for hvordan underernæring og medisinske sykdomstilstander kan påvirke hverandre (Halvorsen et al. 2016). Dette gjenspeiles igjen i dokumentasjon som ofte mangler dybdeinformasjon om pasientens individuelle behov. Manglende kompetanse til å vurdere eldre pasienters faktiske ernæringsstatus, er årsak til at sykepleierne synes dokumentasjon om temaet er vanskelig (O'Connell et al. 2016; Halvorsen et al. 2016). Dokumentasjonsplikten er også forankret i lov (Helsepersonelloven, 1999).

Som regel har sykepleieren et selvstendig ansvar for å ivareta alle forhold rundt ernæringsarbeidet. Dette forutsetter at pasienten kan spise og drikke på vanlig måte - om ikke, vil enteral eller parenteral ernæring være anbefalt som andre- og tredjeprioritet. Dette defineres som medisinsk behandling. Legen må dermed ta større ansvar og være den som forordner type ernæring, men det er fortsatt sykepleieren som administrerer og følger opp (Stubberud, Almås og Kondrup, 2015). Å følge opp ernæring som administreres gjennom medisinsk teknisk utstyr krever en viss kompetanse hos sykepleierne. Det viser seg at det her også tidvis mangler nødvendig kompetanse for å kunne gi tilstrekkelig oppfølging av denne type ernæringsbehandling (Ross et al, 2011). Som sykepleier må man kjenne sine

begrensninger og ikke gå inn i oppgaver man ikke er kvalifisert til å håndtere (Fløvik og Rokseth, 2015), samtidig er dette et oppfølgingsansvar som ligger hos sykepleierne og de har selv et ansvar for egen kunnskapsutvikling (Holter, 2015).

## 6.0 Metodiske overveielser

Aveyard (2014) beskriver viktigheten av å være kritisk i gjennomgang av anvendt litteratur. Dette er for å sikre god kvalitet og identifisere litteraturens relevans for studien, validitet, styrker og svakheter.

Det er i denne oppgaven anvendt mange referanser, og dette styrker oppgaven blant annet fordi en får flere vinklinger som belyser temaet. Det har vært viktig at disse er av sykepleiefaglig relevans og praksisnær tilnærming. Det ble valgt ut seks artikler for å se problemstillingen fra flere ståsted. Forfatterne anser at resultatet er troverdig og gjeldende for klinisk praksis. Inklusjons- og eksklusjonskriterier ble benyttet for å luke ut og finne godt egnede artikler. Artikkelen er funnet i database, men det er i tillegg sett i referanselista til andre artikler for hjelp. Det har gått fint å finne artikler gjennom valgte søkeord, men likevel tas det høyde for at søkeresultatene kunne vært annerledes ved anvendelse av andre søkeord. Det har i hovedsak blitt brukt primærkilder i vår oppgave, på denne måten anses oppgaven som mer troverdig. Ved et par anledninger er sekundærkilder anvendt.

Flere av artiklene har samme funn, fordelene med dette er at forskningen underbygger hverandre og barrierene er enklere å identifisere når de er de samme ved flere av sykehusene. Artikkelen Ross et al. (2011) hadde inkludert deltakere fra ulike profesjoner. Det ble satt fokus på sykepleiernes uttalelser, men samtidig er det vanskelig å unngå de andre profesjonenes synspunkter. Forskerne hadde kommet frem til ulike barrierer basert på alle deltakerne i forskningen. Likevel ble denne artikkelen valgt på bakgrunn av flere relevante barrierer, men også underbygde de andre valgte artikler. Et av inklusjonskriteriene var at forskningen helst skulle ha pågått i Europa. Den valgte forskningsartikkelen Ross et al. (2011) er australsk. Begrunnelsen for å velge denne var at forfatterne så på Australia som ganske likt Europa. De valgte artiklene er alle kvalitative studier basert på gruppeintervjuer med sykepleiere. At det ikke er anvendt kvantitative studier kan være en svakhet, da kvalitative studier gir beskrivende og fortolkende resultater og ingen målbare resultater. Det er ifølge Aveyard (2014) færre deltakere i kvalitative studier, enn i kvantitative. Forfatterne kan derfor

ikke trekke bastante slutninger ut fra resultatene som framkommer da en må ta høyde for at andre studier kan komme fram til andre resultater. Dette kan være en svakhet ved studien.

Alle valgte artikler er skrevet på engelsk. Det ble derfor brukt god tid på oversettelse og analysering etter beste evne. Det kan likevel ikke utelukkes at det er gjort feil i oversettelsesprosessen.

I denne studien er det brukt artikler som inneholder uttalelser fra sykepleiere og hva de mener er daglige barrierer for utøvelse av god ernæringspraksis. Forfatterne mener dette styrker oppgaven, da kilden er sykepleierne selv. Det er også i artiklene kommet frem forslag til forbedringer for å kunne utøve bedre ernæringspraksis. Dette er i utgangspunktet ikke et direkte svar på studiens problemstilling, men det er vanskelig å skrive om barrierer uten å nevne forbedringsforslag. Derfor ble det vurdert som relevant å ta med.

Forskere har etiske retningslinjer de må forholde seg til i arbeidet som omhandler mennesker (Hummelvold, 2010). Det har derfor i gjennomgangen av hver enkelt forskningsartikkel, blitt sett etter om de er etisk godkjente. Det er konkludert med at alle valgte artikler er etisk godkjente.

## 7.0 Konklusjon

### *Hvilke barrierer kan forhindre sykepleier i å utøve god ernæringspraksis i sykehus?*

I denne studien er det identifisert flere barrierer som påvirker sykepleier i ernæringsarbeidet. Dette er mangel på tid og ressurser, mangelfull kunnskap, usikkerhet i roller- og ansvarfordeling og manglende struktur i dokumentasjon.

Stor arbeidsbelastning blant sykepleierne fører til at ernæringsarbeid nedprioriteres. På grunn av korte sykehusopphold skapes et tidspress hvor medisinsk behandling får størst oppmerksomhet. Sykepleierne etterlyser flere personalressurser og mener dette kan løse tidsutfordringene. Samtidig vil dårlige koordinerte tjenester kunne medføre lite effektiv ressursbruk.



Økt kunnskap viser seg å ha effekt på hvordan sykepleiere ser på sin rolle i ernæringsarbeidet. Sykepleieren er nærmest pasienten og deres observasjoner kan være et unnværlig vurderingsgrunnlag for iverksettelse av ernæringstiltak. Legenes holdninger til ernæringsarbeidet påvirker sykepleierne. En ansvarsavklaring mellom leger og sykepleiere vil skape bedre samarbeid i ernæringsarbeidet. Selv om andre profesjoner involveres i ernæringsarbeidet er ikke sykepleieren fritatt fra sin rolle i å vurdere pasienten på et selvstendig faglig grunnlag.

Sykepleierne opplever at leger ser ned på deres dokumentasjon om ernæring og at dokumentasjonen anses som uvesentlig. På grunn av manglende kunnskap om ernæringskartlegging, samt manglende tid til å prioritere dette, blir dokumentasjonen mangelfull. Dokumentasjon er en måte å kvalitetssikre, samt skape kontinuitet i, arbeidet som gjøres. Mangelfull dokumentasjon setter en stopper for videre arbeid.

Det ser ut til at implementering av Helsedirektoratets retningslinjer kan løse mange av barrierene for god ernæringspraksis. Fokuset på fagutvikling må settes av en tydelig og god ledelse. Kunnskapen rundt temaet må økes gjennom kompetansehevingstiltak for helsepersonell og utpekelse av en ansvarlig i avdelingen. På denne måten vil forståelsen for viktigheten av god, og konsekvensene av dårlig, ernæring øke. Kunnskap er holdningsskapende og kan føre til økt interesse og initiativ for forebyggende arbeid.

De nasjonale retningslinjene for forebygging og behandling av underernæring har vært et viktig dokument i mange år. I følge Helsedirektoratet (2017) kan det se ut til at retningslinjene trenger en oppdatering, da kunnskapsgrunnlaget øker og nye studier tilkommer. Anbefalingene må tydeliggjøres, for eksempel ved at man kun får ett screeningsverktøy å forholde seg til, i stedet for å kunne velge mellom tre nesten identiske. Utvikling av elektroniske verktøy vil bli enklere når man bare har ett screeningsverktøy å forholde seg til. Elektroniske verktøy gjør også samhandling mellom omsorgsnivåene enklere (Helsedirektoratet, 2017).

## 8.0 Litteraturliste

Aveyard, H. (2014) *Doing a literature review in health and social care*. 3.utg. England: Open University Press.

Behov for ernæring hos voksne (2018) *Felleskatalogen*. Tilgjengelig fra: <https://www.felleskatalogen.no/medisin/sykdom/ernering-voksne> (Hentet: 05.mars 2019)

BIBSYS (u.å) Tilgjengelig fra: <https://baseliste.bibsys.no/ntnu/#>

Bjerrum, M., Tewes, M. og Pedersen, P. (2011) 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

Brodtkorb, K. (2013) Ernæring, mat og måltider, i Kirkevold, M. Brodtkorb, M. og Ranhoff, A. H. *Geriatrisk sykepleie, god omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk. 1. utg. s.254-265.

Dalland, D. (2018) *Metode og oppgaveskriving*. 6.utg. Oslo: Gyldendal.

Eide, H. D., Halvorsen, K. og Almendingen, K. (2015) Barriers to nutritional care for undernourished hospitalised older people. *Journal of Clinical Nursing*, 24, s. 696-706, Doi: 10.1111/jocn.12562

Eikeland, A. Haugland, T. og Stubberud, D-G. (2015) Sykepleie ved hjertesykdommer, i Almås, H. Stubberud, D-G. & Grønseth, R. (red.) *Klinisk sykepleie 1*. 4. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk. s. 207-242.

Førde, R. (2014) *Helsinkideklarasjonen*. Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/fbib/praktisk/lover-og-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/> (Hentet: 23. april 2019)

Flovik, A. M og Rokseth, T. (2015) Kvalitetsarbeid og pasientsikkerhet, i Grov, E. K. og Holter, I. M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. Oslo: Cappelen Damm. s. 271-295.

Graverholt, B. Jamtvedt, G. Og Nortvedt, M. W. (2015) Kunnskapsbasert praksis, i Grov, E. K. og Holter, I. M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5.utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, s.179-192.

Halvorsen, K., Eide, H. K., Sortland, K. og 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*, 15(70). doi: 10.1186/s12912-016-0193-z

Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonell%20loven> (Hentet: 2. April 2019).

Helsedirektoratet (2012) *Kosthåndboken - veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/kosthandboken-veileder-i-erneringsarbeid-i-helse-og-omsorgstjenesten> (Hentet 26. mars, 2019)

Helsedirektoratet (2010) *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/916/Nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-underertering-IS-1580.pdf> (Hentet: 06.mars 2019)

Helsedirektoratet (2017) *Sykdomsrelatert underernæring - utfordringer, muligheter og anbefalinger*. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1287/Sykdomsrelatert%20underernæring%20-%20Utfordringer%20muligheter%20og%20anbefalinger%20IS-0611.pdf> (Hentet: 05.mars 2019)

Heyn, L. (2015) Kommunikasjon- menneskets grunnleggende behov for å forstå å bli forstått, i Grov, E. K. og Holter, I. M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. Oslo: Cappelen Damm. s. 363-395.

Holter, I. M (2015) Sykepleieprofesjonens grunnleggende kjennetegn, i Grov, E. K. og Holter, I. M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. Oslo: Cappelen Damm. s. 107-117.

Hummelvoll, J. K. (2010) Praksisnær forskningsetikk, i Hummelvoll, J. K. Andvig, E. Lyberg, A. (red.) *Etiske utfordringer i praksisnær forskning*. Oslo: Gyldendal Akademisk. 1. utg. s. 17-32.

I trygge hender 24/7 (u.å.) *Forebygging av underernæring*. Tilgjengelig fra: <https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsområder/ernæring> (Hentet: 5. April 2019)

Jacobsen, E.L. & Bye, A. (2015) Ernæring, i Grov, E. K. og Holter, I. M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. Oslo: Cappelen Damm. s.619-668.

Kirkevold, M (2015) Karakteristika ved sykepleiepraksis- sykepleierens møte med ulike typer situasjoner, i Grov, E. K. og Holter, I. M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. Oslo: Cappelen Damm. s.193- 208.

KS (2018) *Steg 4. Hva er kompetanse?* Tilgjengelig fra: <https://www.ks.no/fagomrader/arbeidsgiverpolitikk/kompetanse-og-rekruttering/verktoy---strategisk-kompetanseplanlegging/steg-4.-hva-er-kompetanse/> (Hentet: 29. April 2019).

Kårstad, K. Å., Olsen, N. R., Sygnestveit, K., Jamtvedt, G., Aarflot, M. og Tangvik, R.J. (2018) Dokumentasjon av ernæringspraksis i spesialisthelsetjenesten er mangelfull, *Sykepleien Forskning*. 13(72857) (e-72857). Doi: 10.4220/Sykepleienf.2018.72857

Molven, O. (2015) Helsepersonells rettigheter og plikter, i Grov E. K. og Holter, I. M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. Oslo: Cappelen Damm. s. 339-359.

Mowe, M. Bosaeus, I. Rasmussen, H. H. Kondrup, J. Unosson, M. Irtun, Ø. (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](https://doi.org/10.1016/j.clnu.2005.11.011)

NSF (u.a.) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere> (Hentet: 7. mars 2019)

O'Connell, M. B., Jensen, P. S., Andersen, S. L., Fernbrant, C., Nørholm, V. og Petersen, H. V. (2016) Stuck in tradition- A qualitative study on barriers for implementation of evidence-based nutritional care perceived by nursing staff. *Journal of Clinical Nursing*, 27, s. 705-714. Doi: 10.1111/jocn.14020

Ross, L. J., Mudge, A. M., Young, A.M., og Banks, M. (2011) Everyone's problem but nobody's job: Staff perceptions and explanations for poor nutritional intake in older medical patients, *Nutrition and Dietetics Journal of the Dietitians association of Australia*, 68 (1), s. 41-46. doi: [10.1111/j.1747-0080.2010.01495.x](https://doi.org/10.1111/j.1747-0080.2010.01495.x)

Rotegård, A. K. Solhaug, M. og Grov, E. K. (2015) Sykepleierens arbeids- og beslutningsprosess, i Grov, E. K. og Holter, I. M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5.utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, s. 244-270.

St.meld. 47 (2008-2009) (2009) *Samhandlingsreformen*. Oslo: Det kongelige helse- og omsorgsdepartement. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/sec1> (Hentet: 30. april, 2019)

Stubberud, D-G. Almås, H. & Kondrup, J (2015) Ernæring ved sykdom, i Almås, H. Stubberud, D-G. & Grønseth, R. (red.) *Klinisk sykepleie 1*. 4. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk. s. 477-506.

Söderhamn, U. og Söderhamn, O. (2009). A successful way for performing nutritional nursing assessment in older patients, *Journal of clinical Nursing*, 18 (3), s. 431-439. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02378.x

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

Thoresen, L. (2017) Næringsbehov ved sykdom, i Ørn, S. og Bach-Gansmo, E. (red.) *Sykdom og behandling*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s.563-572.

Jacobsen, E.L. og Bye, A. (2015) Ernæring, i Grov, E. K. og Holter, I. M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5.utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, 619-673.

