

Forord

Arbeidet med masteroppgaven har vært en spennende og krevende prosess. Spennende fordi jeg har fått anledning til å fordype meg i et tema som engasjerer meg, både faglig og personlig. Men også krevende ettersom det har blitt mange tidlige morgener og sene kvelder på lesesalen. Det er imidlertid mange personer som har bidratt i arbeidsprosessen og som fortjener en stor takk. Først og fremst vil jeg si tusen takk til alle de syv sykepleierne som delte sine erfaringer, kunnskaper og tanker med meg. Uten dere hadde det ikke blitt noen oppgaven! Deretter vil jeg rette en stor takk min veileder Heidi Hjelmeland for tålmodig og nyttig hjelp. Jeg vil også si tusen takk til Hedda for oppmuntrende ord og støtte underveis i prosjektet. En stor takk til Christian for all din tålmodighet, omtanke og utrolige støtte. Sist, men ikke minst, så vil jeg si tusen takk til mamma for alle gode ord, faglige diskusjoner og omtanke underveis i arbeidet! En stor takk rettes også til jentene på lesesalen og øvrig venner og bekjente for oppmuntrende ord og sosiale avbrekk.

Ellisiv Lærum Jacobsen

Trondheim, September 2012.

Sammendrag

Ernæringsarbeid er en viktig del av den sykepleien som utøves i langtidsavdelinger. Et målrettet og individuelt tilpasset ernæringsarbeid kan forebygge underernæring og komplikasjoner hos den gamle pasienten. I tillegg kan individuell oppfølging og intervensjoner innenfor ernæringsarbeidet fremme trivsel, sosialt fellesskap og tilhørighet hos den gamle pasienten. Hensikten med prosjektet har vært å se på hvordan en gruppe sykepleiere opplever å arbeide med ernæring på sin arbeidsplass. Datamaterialet er samlet inn ved hjelp av semistrukturerte individuelle intervjuer. Utvalget besto av syv sykepleiere, fordelt på ett sykehjem og ett helsehus. Alle sykepleierne arbeidet i langtidsavdelinger ved de respektive helseinstitusjonene. Det innsamlede datamaterialet er analysert med systematisk tekstkondensering. Funnene viser at sykepleierne opplevde et overordnet ansvar for ernæringsarbeidet. Sykepleierne opplevde at ansvaret var styrende for deres deltakelse og engasjement i ernæringsarbeidet. Fagkunnskap, personlig interesse og erfaring ble beskrevet som sentrale forutsetninger for å utøve god sykepleie i forbindelse med ernæringsarbeid. Informantenes opplevelse var at pasientens individuelle behov skulle vektlegges, fremfor avdelingens rutiner. Prioriteringen gjaldt både tilrettelegging av måltidene og oppfølging av pasientenes ernæringsstatus. Sykepleiernes opplevelse var at individet skulle stå i fokus i ernæringsarbeidet. For å møte pasientens behov og følgelig utøve god sykepleie innenfor ernæringsarbeid ble det fremhevet at det var viktig med tverrfaglig samarbeid med øvrige helseprofesjoner. Måltidene ble fremhevet som en vesentlig arena innenfor ernæringsarbeidet, og informantene opplevde at det var en sentral sykepleieroppgave å tilrettelegge disse, herunder å skape ro, å presentere et estetisk innbydende spisemiljø og å anrette maten delikat. Sykepleierne opplevde dette som viktige faktorer for at pasientene skulle få en god ernæringsstatus. Funnene indikerer at dersom sykepleierne opplever at de har et overordnet ansvar for ernæringsarbeidet, så vil de observere, kartlegge og iverksette tiltak ut ifra pasientenes individuelle behov. Likeledes vil opplevelsen av ansvar styre hvorvidt sykepleierne aktivt går inn og tilrettelegger forholdene rundt måltidene.

Summary

Nutritional work is an important part of the nursing being performed in long-term care. By working in an individually customized and focused manner, nutritional work can prevent malnutrition and complications for the elderly patients, as well as promoting well-being, community and a sense of belonging. The goal of this project has been to observe how a group of nurses experience working with nutrition at their work place. Data has been collected through semi structural individual interviews of seven nurses. Everyone interviewed were working in long-term care departments from their respective healthcare facilities. The collected data is analyzed through systematic text condensation. The results show that the nurses are experiencing a major responsibility for nutritional work, and that this responsibility was contributing to their participation and engagement. Knowledge, personal interest and experience within nutritional work were described as central conditions for being able to maintain a high level of nutritional work. The informants experience was that the patients' individual needs should be prioritized above the nursing home routines, both for facilitation of the meals as well as monitoring the patients' nutritional status. The meal was highlighted as a significant arena for nutritional work, and a central part of the day was facilitating the meals, including creating a calm atmosphere and making sure the room, as well as the eating facilities, were esthetically appealing. The nurses considered these as important factors in providing the patients with a good nutritional status. The results indicate that if nurses experience having an overall responsibility for nutritional work, they will observe, map and implement measures to make sure the patients' needs are fulfilled. Likewise, the experience of responsibility will dictate whether the nurses' actively facilitates the conditions concerning the meals.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	9
1.1 Bakgrunn	9
1.2 Forskningsbehov	10
1.3 Oppgavens problemstilling og hensikt	11
1.4 Begrepsavklaring	11
1.4.1 Helsehus og sykehjem	11
1.4.2 Ernæringsarbeid, ernæring og underernæring	11
1.4.3 Pasienter i langtidsavdeling	12
1.5 Avgrensninger	13
1.6 Oppgavens oppbygning	13
2.0 Litteraturgjennomgang	15
2.1 Sykehjem og helsehus som organisasjon	15
2.1.1 Lovregulering og juridiske rammevilkår i sykehjem og helsehus ..	15
2.2 Langtidsavdelingens funksjoner	16
2.2.1 Langtidsavdelingen som hjem for pasienten	16
2.2.2 Spisemiljøet i langtidsavdeling	16
2.2.3 Måltidet som sosialt fellesskap og høydepunkt	17
2.2.4 Måltidsfrekvens og rutiner ved måltider i sykehjem	18
2.2.5 Den totale institusjonen	18
2.2.6 Pleiekultur	20
2.3 Faktorer som påvirker stemningen rundt måltidene	21
2.3.1 Støy og uro	21
2.3.2 Tilrettelagt individuell hjelp i måltidssituasjonen	22
2.3.3 Matens utseende og spisemiljøet	24
2.4 Sykepleieres opplevelse av ernæringsarbeid	25
2.4.1 Sykepleieres opplevelse av å arbeide i langtidsavdelinger	25
2.4.2 Sykepleieres ansvar og rolle i ernæringsarbeid	26
2.4.2.1 Kartlegging, vurdering og tiltak knyttet til pasientens ernæringsstatus	26
2.5 utfordringer knyttet til sykepleiers rolle i ernæringsarbeid	29
2.5.1 Uklare ansvarsforhold	29
2.5.2 Kunnskap og holdninger	29
2.5.3 Tid og personale	30
2.5.4 Når pasienten ikke vil spise	32
2.6 Oppsummering av tidligere forskning	33
3.0 Teoretisk referanseramme	35
3.1 Virginia Hendersons sykepleieteori	35
3.1.1 Definisjon av sykepleie og grunnleggende behov	35
3.1.2 En kritisk vurdering av Hendersons sykepleieteori	37
3.2 Livsfenomener	38
3.2.1 Sykepleie, ernæringsarbeid og livsfenomener	39
3.3 Kari Martinsens omsorgsteori	39
3.3.1 Ulike former for omsorg	40
3.3.1.1 Den relasjonelle dimensjon	40
3.3.1.2 Den praktiske dimensjonen	41
3.3.1.3 Den moralske dimensjon	41
3.3.2 Omsorgens utfordring	41
3.4 Skjønn i sykepleie	42
3.4.1 Skjønnen i Martinsens omsorgsteori	42
3.5 Oppsummering av teoretisk referanseramme	44

4.0 Metode	45
4.1 Kvalitativ metode	45
4.1.1 Semistrukturerte individuelle intervjuer	45
4.2 Utvalgsstrategi	45
4.3 Utvalg	46
4.4 Intervjuguide	47
4.5 Gjennomføring av intervjuene	48
4.6 Dataanalyse	49
4.6.1 Transkribering	49
4.6.2 Systematisk tekstkondensering	50
4.7 Etiske vurderinger	52
4.7.1 Informert samtykke	52
4.7.2 Konfidensialitet	52
4.7.3 Forforståelse	53
4.8 Gyldighet og pålitelighet	54
4.9 Kritisk vurdering	55
5.0 Funn og diskusjon	57
5.1 Opplevelse av ansvar i ernæringsarbeid	57
5.1.1 Opplevelse av overordnet ansvar	57
5.1.2 Organisering av ansvar	59
5.1.3 Fellesansvar	60
5.1.4 Sykepleiers funksjoner innen ernæringsarbeid	61
5.1.4.1 Sykepleierens forebyggende funksjon	62
5.1.4.2 Sykepleierens veiledende og undervisende funksjon	63
5.2 Opplevelse av tverrfaglig samarbeid	66
5.2.1 Samarbeid med leger	67
5.2.3 Samarbeid med eksterne fagpersoner	69
5.3 Engasjement	71
5.3.1 Kunnskap	71
5.3.2 Personlig interesse	72
5.3.3 Erfaringer	73
5.4 Individet i fokus	74
5.4.1 Individuell oppfølging eller rutiner?	75
5.4.2 Antall måltider per dag	75
5.4.3 Matkort	77
5.4.4 Variasjon og vaner i kostholdet	79
5.4.5 Oppfølging av pasientenes vekt	81
5.4.6 Når pasientene ikke vil spise	82
5.5 Opplevelse av stemning	86
5.5.1 Måltidet og mat som sosialt høydepunkt og livsglede	87
5.5.1.1 Bordplassering	89
5.5.2 Personalets deltakelse og tilstedeværelse under måltidene	90
5.5.3 Opplevelse av ro	92
5.5.4 Opplevelse av estetikk	94
5.5.5 Opplevelse av tid	96
5.6 Generell diskusjon	99
6.0 Avslutning	103
6.2 Konklusjon	103
6.3 Undersøkelsens gyldighet, overførbarhet og pålitelighet	103
6.4 Videre forskning og implikasjoner for praksis	104
Referanser	107

Vedlegg 1, Informasjonsskriv / Forespørsel om til tillatelse til enhetsleder/avdelingsleder

Vedlegg 2, Informasjonsskriv og samtykkeerklæring til informantene

Vedlegg 3, Intervjuguide

Vedlegg 4, Vedtak fra NSD

1.0 Innledning

Dette er en studie med fokus på sykepleie og ernæringsarbeid i langtidsavdelinger i kommunehelsetjenesten. Hensikten med oppgaven er å belyse og innhente kunnskap om hvordan sykepleiere opplever å arbeide med ernæring i møte med den gamle pasienten.

I dette kapitlet redegjøres det først for oppgavens bakgrunn og forskningsbehovet innenfor fagområdet «sykepleie og ernæringsarbeid». Deretter presenteres studiens problemstilling og formål, og aktuelle begreper i prosjektet defineres og forklares. Deretter blir oppgavens avgrensninger beskrevet og begrunnet. Til slutt i kapitlet omtales studiens videre struktur og oppbygning.

1.1 Bakgrunn

Sykepleiere er en av de sentrale yrkesgruppene som arbeider i langtidsavdelinger i kommunehelsetjenesten (Hauge, 2008). Med utgangspunkt i sitt kompetanseområde og sin funksjon har sykepleieren et ansvar for pasientens ernæringsstatus (Henderson, 1998). Pasientens behov for ernæring er altså et anliggende for sykepleiere som arbeider i en langtidsavdeling. Imidlertid peker flere forskningsstudier på at det er problemer knyttet til ernæring og ernæringsstatus hos gamle pasienter i langtidsavdelinger (Mowe, Böhmer og Kindt, 1994; Morley og Silver, 1995; Kagansky et al., 2005; Meijers et al., 2009b, 2009c). Det foreligger trolig flere årsaker til at pasienter i langtidsavdelinger er særlig utsatt for ernæringsmessige problemer. Den vanligste årsaken til nedsatt ernæringsstatus hos gamle pasienter i sykehus og sykehjem er sykdom og/eller naturlige aldringsprosesser (Stratton, Elia og Green, 2003; Cowan et al., 2004). Særlig fremheves følgende tilstander som risikofaktorer hos den gamle pasienten (Lamy et al., 1999; Helsedirektoratet, 2009; Vanderwee et al., 2010; Stubberud, 2010):

- nedsatt allmenntilstand
- økt stressmetabolisme som følge av langvarig eller alvorlig sykdom (f.eks. kreft, nyresykdommer og diabetes)
- tygge- og svelgeproblemer (ofte relatert til sykdommer i munnhulen, bivirkninger av legemidler, dårlig tilpassede tannproteser eller dysfasi etter f.eks. hjerneslag)
- immobilitet
- malabsorpsjon som følge av sykdom i lever, tarm eller pankreas

Helsedirektoratet (2009) viser videre til at forhold som uklar ansvarsfordeling og mangelfulle kunnskaper hos sykepleiere og øvrig helsepersonell også kan være årsak til nedsatt ernæringsstatus. Hofseth og Norvoll (2003) og Førde et al. (2006) fant at manglende tid og personale vanskeliggjør ernæringsarbeidet i langtidsavdelinger.

Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet (1988) er det et krav til alle sykehjem om at det minimum skal være tilknyttet én autorisert sykepleier som skal ha ansvaret for sykepleien som utøves. Flere studier viser til at det må være tilstrekkelig mange sykepleiere til stede for å sikre god kvalitet på pleien i sykehjem (Horn et al., 2005; Bostick et al., 2006; Spilsbury et al., 2011). Sykepleieres deltakelse i ernæringsarbeid kan dermed fremheves som viktig, både for at pasienten skal få et godt ernæringstilbud, og for å ivareta behovet for pleie og omsorg (Hougaard, 2011; Suominen et al., 2007; Sortland, 2009; Jefferies, Johnson og Ravens, 2011).

1.2 Forskningsbehov

I den senere tid har ernæring og ernæringsarbeidets plass innenfor både spesialist- og kommunehelsetjenesten blitt viet mer oppmerksomhet. I St.meld. nr. 25 (2005–2006) «Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005) rettes fokuset mot mat, måltider og ernæring innenfor kommunehelsetjenesten. Det fremheves at pasientene skal få ivaretatt sitt behov for næring, men også at måltidet kan være en sosial og kulturell arena for pasientene. I Sosial- og helsedirektoratets rapport «Når matinntaket blir for lite» (Nasjonalt råd for ernæring, 2006) fremsettes forslag om ulike strukturelle tiltak, som eksempelvis undervisning om ernæring i sykepleierutdanningen. I 2009 kom det nye nasjonale retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (Helsedirektoratet, 2009). Disse retter søkelyset mot den høye andelen pasienter som lider av, eller er i faresonen for å utvikle, underernæring i Norge. Retningslinjene pålegger kommunehelsetjenesten å kartlegge og vurdere pasientenes ernæringsstatus (ibid.). Som vi ser, er ernæring og ernæringsarbeid både viktig og til dels problematisk i dagens helsevesen. Ernæringsarbeidet i langtidsavdelinger har også vært utsatt for kritikk i media i den senere tid. I Aftenposten 12.01.2012 skrev Ketil Bjørnstad en kronikk om sin fars død i sykehjem. Bjørnstad hevdet at faren døde av mangel på næring og væske, og følgelig at han sultet i hjel. Kronikken ga grobunn for en videre diskusjon om nærings- og væsketilførsel til døende pasienter i kommunehelsetjenesten.

Temaet i denne studien, sykepleieres opplevelse av ernæringsarbeid, er et tema det er forsket lite på. Det har imidlertid vært foretatt studier knyttet til opplevelsen av å arbeide i langtidsavdelinger (Prentice og Black, 2007; Hov, Athlin og Hedeling, 2009; Bergland, Vibe og Martinussen, 2010). Etter mitt syn har dette området et reelt forskningsbehov, for å samle kunnskap om hvordan sykepleiere opplever ernæringsarbeid i langtidsavdelinger – fordi ernæringsarbeid er en viktig del av behandlingen og sykepleien som skal utøves i kommunehelsetjenesten, men også fordi ernæring, trivsel og helse henger sammen (Helsedirektoratet, 2012). Dette er kanskje særlig viktig med tanke på at sykepleiere er en av hovedaktørene i ivaretagelsen av det økende antall eldre. Demografiske

data hentet fra St.meld. nr. 47 (2008–2009) «Samhandlingsreformen» viser at antall personer over 80 år vil øke fra 218 594 i 2007 til 325 000 i 2030 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

1.3 Oppgavens problemstilling og hensikt

Basert på forskningsbehovet innenfor ernæringsarbeid og sykepleie har denne studien til hensikt å undersøke sykepleieres opplevelse av ernæringsarbeid i langtidsavdelinger i sykehjem og helsehus. Problemstillingen som er utviklet og skal belyses i denne oppgaven, er følgende:

«Hvordan opplever sykepleiere å arbeide med ernæring i en langtidsavdeling?»

1.4 Begrepsavklaring

I dette kapitlet har jeg valgt å foreta en avklaring av noen av begrepene som er sentrale i problemstillingen og i oppgaven i sin helhet. Begrep som sykepleie og langtidsavdeling er nøkkelbegreper i oppgaven og vil defineres nærmere henholdsvis i den teoretiske referanserammen og i litteraturgjennomgangen. I denne delen av oppgaven vil følgende begreper avklares: helsehus, sykehjem, pasienter i langtidsavdeling og ernæringsarbeid.

1.4.1 Helsehus og sykehjem

Studiens datainnsamling er foretatt i langtidsavdelinger ved henholdsvis et sykehjem og et helsehus. Det er i utgangspunktet liten forskjell mellom sykehjem og helsehus når vi ser på langtidsavdelingene. Begge institusjonene reguleres av loven om kommunale helse- og omsorgstjenester og tilbyr heldøgns helsetjenester (beskrives nærmere på side 12). Imidlertid skal enkelte avdelinger ved helsehusene tilby mer avansert medisinsk behandling og pleie, samt rehabilitering, enn et tradisjonelt sykehjem (Hauge, 2008). Dette gjelder i utgangspunktet ikke for langtidsavdelingene, men for korttidsavdelinger og intermedieravdelinger ved helsehus (ibid.).

1.4.2 Ernæringsarbeid, ernæring og underernæring

I oppgaven brukes begrepet ernæringsarbeid. Ifølge departementene (2007) kan ernæringsarbeid forstås som «arbeidet relatert til ernæring og kosthold som har til hensikt å fremme helse og forebygge og behandle sykdom» (Departementene, 2007, s. 8). Begrepet ernæring dreier seg derimot om det vi spiser og drikker, som igjen tilfører kroppen ulike næringsstoffer (Sortland, 2007). Det foreligger imidlertid ingen presis definisjon av begrepet underernæring (Sosial- og Helsedirektoratet, 2007). En måte å definere underernæring på kan være ved hjelp av kroppsmasseindeks (KMI) (ibid.). Generelt regnes en person med KMI under 18 som underernært, men for gamle mennesker bør verdiene ligge høyere. Eksempelvis regnes KMI-verdier mellom 24

og 27 som gunstig for gamle, mens verdier over 25 vil karakteriseres som overvekt hos voksne (Brodtkorb, 2008). Bruken av KMI som definisjon av underernæring er problematisk fordi en person som har hatt et stort vekttap, fortsatt kan ha en normal KMI-verdi (Sosial- og Helsedirektoratet, 2007). Ifølge Meijers et al. (2009a) bør en fremtidig definisjon av underernæring inneholde begrepene «mangel på energi» og «mangel på protein». I tillegg bør reduksjon i fettprosent nevnes, sammen med ufrivillig vekttap, lav KMI og redusert næringsinntak (ibid.).

Det er viktig å understreke at mangelen på en presis og konkret definisjon har ført til at prevalensen av underernæring i helseinstitusjoner varierer betraktelig fra studie til studie. Ifølge Helsedirektoratet (2009) varierer forekomsten av underernæring mellom 10 og 60 %, avhengig av hvilke pasientgrupper som er undersøkt. I eldre studier er imidlertid forekomsten av underernæring både nasjonalt og internasjonalt vist å være mellom 20 og 50 % (Blackburn et al., 1977; McWhirther og Pennington 1994; Mowe et al., 1994).

1.4.3 Pasienter i langtidsavdeling

For at en pasient skal få tilbud om plass i en langtidsavdeling, må vedkommende ha omfattende helsesvikt og behov for kontinuerlig omsorg gjennom hele døgnet (Hauge, 2008). Dette indikerer at de pasientene som får plass, er blant de sykeste og ofte har kroniske sykdommer (Romøren, 2001). En studie foretatt på 70 sykehjemsbeboere i Sverige viste at hver enkelt pasient gjennomsnittlig hadde hele 17 forskjellige kroniske helseproblemer. Videre fikk hver sykehjempasient i gjennomsnitt 6,6 ulike typer legemidler hver dag (Akner, 2009). Ca. 75 % av pasientene i sykehjem har en form for demenssykdom (Engedal og Haugen, 2009). Pasientene som er innlagt i langtidsavdeling, er ofte gamle, og gjennomsnittsalderen for pasienter som bor i sykehjem, er 84 år (Romøren, 2008). Flere studier viser til at gamle pasienter i institusjon allerede er underernærte eller er i faresonen for å utvikle underernæring (Lauque et al., 2000; Van Nes et al., 2001; Christensson, Unosson og Ek, 2002; Gerber et al., 2003; Sørbye, 2003; Suominen et al., 2005; Gaskill et al., 2008).

Jeg vil understreke at det i litteraturen varierer om betegnelsen *pasient* eller *beboer* benyttes om mennesker som er innlagt i langtidsavdeling. Jeg har valgt å bruke betegnelsen pasient konsekvent, fordi de som er innlagt i langtidsavdelinger, oftest har sammensatte og komplekse lidelser og har stort behov for helsehjelp. De har liten mulighet til å være selvhjulpne i mange av dagliglivets aktiviteter (ADL), og det blir dermed, etter mitt syn, mer naturlig å omtale de som pasienter, enn beboere. I denne studien er dessuten betegnelsen «gamle» pasienter benyttet. Ifølge Romøren (2008) brukes betegnelsen «gamle» om mennesker over 80 år. De fleste av pasientene i langtidsavdelinger er 80 år eller eldre (Romøren, 2001; Hauge, 2008), og det var dermed naturlig å bruke denne betegnelsen i studien.

1.5 Avgrensninger

I helsevesenet, både i kommunene og i sykehusene, er ernæringsarbeid en viktig del av behandlingen og pleien av pasientene. I dette prosjektet har jeg valgt å avgrense informantene til sykepleiere som arbeider i langtidsavdelinger. Sykepleierne i disse avdelingene følger ofte pasientene over tid, og arbeider dermed mer kontinuerlig med den enkelte pasienten i forhold til ernæring. I en sykehusavdeling eller i en korttidsavdeling i sykehjem vil pasientene være i kortere tid, og sykepleierne har derfor mindre mulighet for å utøve ernæringsarbeid over tid. En annen grunn til at prosjektet ble avgrenset til langtidsavdelinger, er at mye forskning dokumenterer at det kan være utfordrende å dekke ernæringsbehovet hos pasienter i langtidsavdelinger (Lauque et al., 2000; Van Nes et al., 2001; Christensson, Unosson og Ek, 2002; Gerber et al., 2003; Sørbye, 2003; Suominen et al., 2005; Gaskill et al., 2008).

Det er kun sykepleiere som er inkludert i studien. Ernæringsarbeid er i stor grad et tverrfaglig område (Departementene, 2007), og dette arbeidet utøves ikke bare av sykepleiere. Prosjektet er avgrenset til sykepleieres opplevelse av ernæringsarbeid fordi det tilsynelatende forsket lite på denne faggruppen og ernæringsarbeid. Videre har sykepleiere det daglige ansvaret for pasientens ernæring (Henderson, 1998), og det er derfor viktig å få mer kunnskap om hvordan de opplever dette arbeidet.

Det er altså *sykepleiers opplevelse av egen praksis og utøvelse innenfor ernæringsarbeid* som vektlegges i denne studien. Det fokuseres ikke på «ren» ernæringsfysiologi, som for eksempel matens sammensetning og bestanddeler.

1.6 Oppgavens oppbygning

I kapittel 2 gjennomgås relevant litteratur og eksisterende forskning relatert til oppgavens problemstilling. I neste kapittel presenteres den teoretiske referanserammen. Her blir blant annet Hendersons behovsteori og Martinsens omsorgsteori beskrevet. De metodiske valgene og metoden som er brukt, begrunnes i kapittel 4. Deretter, i kapittel 5, vil resultatene av analysearbeide bli presentert og diskutert opp mot den teoretiske referanserammen og eksisterende litteratur. Avslutningsvis sammenfattes studiens hovedfunn, disse vurderes på bakgrunn av studiens gyldighet og pålitelighet. Referansene i oppgaven er ført etter Harvard-systemet.

2.0 Litteraturgjennomgang

I dette kapitlet gjennomgås eksisterende forskning og litteratur. I første del av kapitlet redegjøres det kort for behovet for sykepleie hos pasienter i langtidsavdeling. Deretter beskrives forekomst, komplikasjoner og medisinske årsaker til underernæring hos pasientene. I andre del av kapitlet vil sykehjems og helsehus' funksjon som hjem for pasientene og arbeidsplass for sykepleiere, med utgangspunkt i mat, ernæring og måltider, beskrives grundig. I den siste delen av litteraturgjennomgangen beskrives forskning og litteratur knyttet til sykepleieres opplevelse av ernæringsarbeid. Sykepleier omtales konsekvent i denne oppgaven som *hun*, og pasienten som *han*.

2.1 Sykehjem og helsehus som organisasjon

2.1.1 Lovregulering og juridiske rammevilkår i sykehjem og helsehus

Sykehjem og helsehus er institusjoner som tilbyr pleie- og helsetjenester hele døgnet (Orvik, 2004). Loven om kommunale helse- og omsorgstjenester, § 3-2, slår fast at kommunene har plikt til og ansvar for å tilby innbyggerne sykehjemsplass når de har behov for det. Krav til tjenestens innhold og kvalitet fremkommer av forskriften for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie, og forskriften om en verdig eldreomsorg. Pasienter som er innlagt i sykehjem og helsehus, har krav på å få forme sin tilværelse slik de ønsker, så lenge dette er forenlig med den medisinske behandlingen de mottar (ibid.).

I 2010 ble forskriften om en verdig eldreomsorg, også kalt «verdighetsgarantien», iverksatt. Hensikten med denne forskriften er å fremme en kvalitativ god helse- og omsorgstjeneste til gamle pasienter, med fokus på å sikre personenes verdighet, integritet, behov og ønsker. I «verdighetsgarantien» stilles det krav til sykehjemmene og helsehusene om at tjenestetilbudet skal legge til rette for et variert og tilstrekkelig kosthold, og sørge for tilrettelegging av hjelp i måltidssituasjonen til de som trenger det. Det samme kravet fremkommer i forskriften om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten. Her pålegges kommunen å utarbeide en skriftlig prosedyre som sikrer at pasientene får tilfredsstilt sine grunnleggende behov, blant annet ernæring. Det legges særlig vekt på at pasienten skal få «tilstrekkelig næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat» og «tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2003).

Behovet for kontinuerlig omsorg og sykepleie til pasienter i langtidsavdelinger er grundig dokumentert gjennom forskning og litteratur de siste årene (Shaughnessy og Kramer, 1990; Henderson, 1998; Aylward et al., 2003; Alvsvåg, 2010; Benner et al., 2010; Bergland, 2010; Hjort, 2010).

2.2 Langtidsavdelingens funksjoner

En langtidsavdeling har to hovedfunksjoner, den skal fungere som en behandlingsinstitusjon som tilbyr pleie, omsorg og medisinsk behandling, og skal samtidig være pasientenes hjem (Hauge, 2008). Langtidsavdelingens mange funksjoner kan føre til et krysspress fordi det både er pasientenes private hjem, sykepleierens arbeidsplass og et kommunalt og offentlig anliggende (Garsjø, 2008a).

2.2.1 Langtidsavdelingen som hjem for pasienten

Pasienter som flytter til en langtidsavdeling flytter sjelden tilbake til sitt opprinnelige bosted, og avdelingen blir dermed deres nye hjem (Hauge, 2008; Garsjø, 2008a). Ifølge Gullestad (1989) er hjemmet et nøkkelsymbol i den norske kulturen ettersom det reflekterer verdier som oppleves som viktige for oss. For alle mennesker representerer hjemmet selvstendighet og kontroll over eget liv, også for gamle. I et hjem har flere av rommene en bestemt verdi og betydning. Kjøkkenet innehar en bestemt verdi i form av at det er der mat og drikke tilberedes, men rommet er også sete for det trivielle og dagligdagse (ibid.). Måltider er en del av menneskers hverdagsliv, og det gir hver enkelt person mulighet for å uttrykke sin identitet og å skape kontinuitet i hverdagen sin. Brudd i mat- og drikkevanene kan gjøre hverdagen anstrengende og være opphav til en negativ opplevelse og nedsatt livskvalitet (Hougaard, 2011). Hvis måltidene og mattilbudet ikke tilrettelegges i samsvar med pasientens ønsker og behov, kan det å flytte til en langtidsavdeling forårsake et potensielt brudd med pasientens identitet (ibid.). For at sykehjemmet skal oppleves nettopp som et hjem og ikke en institusjon, er det ifølge Garsjø (2008a) viktig at pasientene opplever valgfrihet knyttet til hva de for eksempel skal spise til middag.

2.2.2 Spisemiljøet i langtidsavdeling

Mat og måltider kan vurderes og forstås på ulike måter. Mat er noe kroppen trenger for å fungere rent biologisk; uten tilgang på tilstrekkelig energi og næringsstoffer vil vi på sikt bli syke. Mat er et helt elementært behov (Maslow, 1943), og å spise er derfor en fysiologisk handling som er livsviktig for å opprettholde liv (Hougaard, 2011). Samtidig er måltidet noe mer enn bare en primitiv og fysiologisk nødvendighet. Matinntaket til pasienter kan bli påvirket av ulike faktorer i miljøet rundt måltidet (Nieuwenhuizen et al., 2009; Aagaard, 2008; Wright, Hickson og Frost, 2006; Wansink, 2004). Pasienters matinntak påvirkes av det sosiale miljøet, tid, stemning og rutiner i avdelingen (Aagaard, 2008; Nieuwenhuizen et al., 2007; Christiansen og Aagaard, 2007; Wansink, 2004). Vi skal se nærmere på disse påvirkningsfaktorene og deres konsekvenser for måltidssituasjonen og næringsinntaket hos pasienter i langtidsavdelinger.

2.2.3 Måltidet som sosialt fellesskap og høydepunkt

Mäkelä (1991) hevder at måltidet kan ses på som et sosialt fenomen, som er regulert av visse regler og normer for oppførsel. Som en sosial begivenhet innebærer måltidet at vi spiser sammen med andre mennesker og deler samme mat. Oppførselen og atferden rundt matbordet styres av etikette. Videre kan vi si at måltider er et kulturelt ritual som til dels er strukturert av tidsperspektiver. Sosialt er måltider nært forbundet med tradisjoner, minner og identitet (ibid.). Ifølge Heap (1994) innebærer mat og måltider aspekter som underbygger den gamles integritet og kan være en viktig bestanddel i minnearbeid hos gamle mennesker.

Melheim (2004) har forsket på pasienters opplevelser av måltidsfellesskap i sykehjem, og funnene hennes bekrefter at pasientene opplever måltidet som en situasjon som fremmer fellesskap. De gamle pasientene som ble intervjuet, forteller at de setter pris på fellesskapet rundt måltidene, og at måltidene var sosiale høydepunkter i løpet av dagen (ibid.). En dansk undersøkelse fra sykehjem viser tilsvarende funn. Pasientene opplevde at det sosiale samværet rundt måltidet hadde større betydning enn maten i seg selv. Et sentralt utsagn om det sosiale aspektet i måltidssituasjonen var «at jeg sitter sammen med dem jeg kender» (s. 5). Dette utsagnet ble vurdert som viktigst av pasientene, mens forhold som dreide seg direkte om maten (konsistens, smak, tilbehør og temperatur), ble vurdert som mindre viktig (Kofod, 2000). Måltidenes status som sosiale treffpunkter i langtidsavdelinger bør ses ut fra at det kanskje er få andre daglige aktiviteter som fremmer opplevelsen av fellesskap og sosialt samhold. Måltidet kan anses som en sosial aktivitet blant annet fordi pasientene som regel har faste plasser rundt matbordet ved alle døgnets måltider, og at de som regel spiser sammen i en felles spisestue (Aagaard, 2008). Måltidene i langtidsavdelinger er altså tilbakevendende og regulerte treffpunkter i pasientenes hverdag. Dette beskriver blant annet Hauge (2004) detaljert i sin doktorgradsavhandling, der hun som deltakende observatør redegjør blant annet for måltidene i en langtidsavdeling. Måltidene er i det daglige det eneste samlingspunktet for sosial interaksjon i avdelingen. Utover de faste spisetidspunktene oppholder pasientene seg enten på rommet sitt eller i fellesstuen, og det er liten eller ingen sosial kontakt mellom pasientene, med mindre personalet er til stede og fungerer som en pådriver for samtale (ibid.). Slik Hauge (2004) beskriver måltidene, er pasientene til dels avhengig av hjelp fra personalet for å kunne starte en samtale. Det innebærer at det i liten grad foregår samtaler rundt bordene uten at det er initiert av pleierne og at de driver frem et samtaleemne (ibid.). Melheim (2008) viser også til at personalets tilstedeværelse er viktig for at pasientene skal oppleve samvær, ha en samtalepartner og oppleve trygghet i måltidssituasjoner. Ved at personalet er til stede og deltar i måltidene, kan man sikre det sosiale aspektet under måltidene og på den måten fremme pasientenes appetitt slik at de spiser mer (Wright, Hickson og Frost, 2006). Imidlertid kan dårlig bemanning og tidspress føre til at personalet ikke alltid kan prioritere å sitte sammen med

pasientene. Ifølge Aagaard (2008) var det kun 25 % av avdelingslederne i sykehjem i Norge (N = 564) som svarte at personalet spiste sammen med pasientene, og 37 % var helt eller delvis uenig i at personalet skulle spise sammen med pasientene.

2.2.4 Måltidsfrekvens og rutiner ved måltider i sykehjem

Måltidsfrekvensen og rutinene i sykehjem varierer fra avdeling til avdeling. En spørreundersøkelse foretatt i 570 forskjellige sykehjem i Norge, viste imidlertid at 92 % svarte at de serverte fire måltider per dag: frokost, middag, ettermiddagskaffe og kveldsmat (Aagaard, 2008). Som regel serveres måltidene i sykehjem til faste tider, og et mønster som tilsynelatende går igjen, er at frokost serveres mellom klokken 09.00 og 10.00, mens middagen vanligvis er klokken 13.00, ettermiddagskaffen tilbys rundt klokken 16.00, og kveldsmat serveres mellom klokken 18.00 og 19.00 (Sortland et al., 2009; Hauge, 2004; Helsevernetaten, 2001). Enkelte sykehjem tilbyr også pasientene mellommåltider, for eksempel sen kveldsmat og/eller lunsj. I studien til Aagaard (2008) var det imidlertid usikkert hvorvidt tilbudet om sen kveldsmat var en fast rutine eller bare forekom sporadisk, all den tid kun 30 % av 298 respondentene som hadde dette tilbudet, oppga et tidspunkt for når dette måltidet ble servert.

Ifølge retningslinjene for kostholdet i helseinstitusjoner fra Statens ernæringsråd (1995) anbefales det at pasientene i sykehjem tilbys fire faste måltider og ett mellommåltid i løpet av dagen. De fleste sykehjemmene følger tilsynelatende denne anbefalingen. Likevel kan det at frokost, middag og kveldsmat ligger så nær hverandre i tid, skape en utfordring i form av at pasientene ikke rekker å bli sultne til neste måltid. Tiden mellom kveldsmat og frokost kan derimot bli for lang (Aagaard, 2010a). I en pilotstudie foretatt i et sykehjem var hovedtendensen at det gikk 14 timer mellom kveldsmaten, som ble servert kl 18.00, og frokosten klokken 09.00 (Sortland et al, 2009). I Helsevernetatens (2001) kartleggingsundersøkelse om måltider i alders- og sykehjem varierte nattfastens lengde mellom 11 og 16 timer, og gjennomsnittlig var det 15 timer mellom kveldens siste måltid og frokost neste dag. Ifølge Aagaard (2008) anbefales det ikke at pasienter i sykehjem har en nattfaste som er lengre enn 11 timer. Nattfaste som varer over et halvt døgn, kan påvirke pasientens ernæringsstatus negativt og kan føre til et stort energiunderskudd, og i verste fall underernæring.

2.2.5 Den totale institusjonen

Ifølge Harnett (2010) er rutinene i hverdagslivet med på å strukturere dagen vår og gjøre den forutsigbar. Sykehjemmet skal, som tidligere nevnt, fungere både som pasientens hjem og som arbeidsplass for sykepleiere og andre helseprofesjoner (Garsjø, 2008a). Rutiner og regler knyttet til tidspunkter for servering av måltider, er sentralt for at hverdagen skal være forutsigbar og

organisierbar for personalet. For mange pasienter, særlig for pasienter med demensdiagnoser, kan rutiner være viktig for å skape trygghet og kontinuitet i hverdagen (Holthe, 2009). Et spørsmål er imidlertid om rutinene samsvarer med pasientenes behov eller med personalets behov for å tilrettelegge og planlegge dagene.

I boka *Asylums* beskriver Goffman (1961) det han omtaler som totale institusjoner. En total institusjon er ifølge Goffman «a place of residence and work where a large number of like-situated individuals, cut off from the wider society for an appreciable period of time, together lead an enclosed, formally administered round of life» (s. 11). Ut ifra denne definisjonen må vi anta at en langtidsavdeling ikke nødvendigvis kan beskrives som en total institusjon – både fordi pasientene har rett til å gå ut, fordi det ikke er et arbeidssted for pasientene, og fordi de som er innlagt, i utgangspunktet heller ikke skal være avskåret fra samfunnet. Imidlertid kan deler av Goffmans institusjonsteori være relevant for pasienter i langtidsavdelinger, ifølge Bennett (1980), Repstad (1991), Ice (2000), Kofod og Birkemose (2004) og Harnett (2010). Blant annet kan måltidsrutinene trekkes frem som et eksempel fra Harnetts (2010) studie om rutiner i sykehjem. Tidspunktene for måltidene er like hver dag, og pasientene sitter på de samme plassene rundt bordet. Pasientene og personalet har forskjellige roller i måltidssituasjoner. Pasienten sitter som et høflig publikum, mens personalet går rundt og spør om de skal ha mer mat og drikke eller er mette (ibid.). Dette samsvarer til dels med Hauges (2004) observasjoner av frokosten i en langtidsavdeling. Pasientene deltar i liten grad i selve situasjonen, rent bortsett fra å spise selv hvis de klarer det. Personalet deler ut ferdig påsmurt mat og sørger for at alle pasientene får påfyll av mat og drikke. Generelt kan man si at sykehjempasientene i liten grad involveres i måltidsrutinene.

I Aagaards (2008) studie svarte 54 % av avdelingslederne i sykehjemmene (N = 563) at pasientene aldri deltok i menyplanleggingen. Imidlertid var pasientene mer involvert i måltidene når det ble servert brødmatt, slik som ved frokost og kveldsmat. 39 % av avdelingslederne (N = 556) svarte at pasientene vanligvis smurte sine egne brødsriver, mens 43 % av respondentene mente at pasientene gjorde dette noen ganger (ibid.). 53 % av pasientene (N = 199) som deltok i undersøkelsen til Aagaard (2010a), mente at de aldri fikk bestemme selv når de skulle spise.

De fleste kommunale helseinstitusjoner mottar i dag ferdig middag fra egne storkjøkken, og det foregår derfor lite direkte matlaging på sykehjemskjøkkenet. Samtidig kan få valgmuligheter og manglende involvering fra pasientenes side i måltidene føre til tap av selvstendighet (Aagaard, 2008). På den annen side viser Clark og Bowling (1990) til at de gamle pasientene i en langtidsavdeling fikk mulighet til foreta selvstendige valg med hensyn til mat og drikke. Videre bar måltidsrutinene preg av fleksibilitet i form av at pasientene fikk tilbud om senere måltider, hvis de ikke hadde spist på de gitte tidspunktene (ibid.). Forskningen viser altså til dels motstridende resultater om hvorvidt inkludering og involvering av pasientene i måltidsrutinene er «vanlig»

praksis eller ikke. En grunn til det er trolig hvorvidt personalet prioriterer å følge rutinene eller om det blir tatt hensyn til pasientens individuelle preferanser. Ifølge Harnetts (2010) observasjoner var pasientenes forsøk på å bryte rutinene i langtidsavdelingen lite vellykket. Pasientenes preferanser ble i liten grad prioritert foran de allerede etablerte rutinene. Pasientenes reaksjoner på overstyringen var ulike. Noen pasienter forsøkte å utfordre rutinene ved for eksempel å fremsette krav om å vaske håret når lunsjen ble servert (ibid.). Et annet reaksjonsmønster kan være taushet, som symboliserer en stilltiende aksept fra pasienten (Garsjø, 2008b). Kahn (1999) fremhever at den gamle pasienten ofte forsøker å gjøre det beste ut av situasjonen og dermed tilpasser seg sykehjemmet og personalets rutiner og regler uten å opponere ytterligere mot disse. Dette funnet underbygges i blant annet Berglands (2010) doktoravhandling om trivsel i sykehjem. Berglands (2010) funn indikerer at pasientene som trivdes i sykehjem, var innstilt på å trives. Pasientene tilpasset sine forventninger i forhold til de mulighetene som fantes i sykehjemmet, og hadde akseptert at de ikke kunne klare seg hjemme alene. En viktig forutsetning for trivsel var at pasientene opplevde å få god pleie basert på deres behov for hjelp. Det var imidlertid noen av pasientene som hadde en innstilling om at de ikke ville trives (ibid.). Mistrivsel blant gamle omtales i den internasjonale litteraturen som «geriatric failure to thrive», og dette beskrives som en tilstand som blant annet gir nedsatt appetitt, dårlig ernæringsstatus og ikke-planlagt vekttap (Bergland og Kirkevold, 2001; Robertson og Montagnini, 2004).

2.2.6 Pleiekultur

Rutinene knyttet til ernæring i den enkelte langtidsavdeling varierer. Leirvik et al. (2010) hevder at «pleiekulturen» i den enkelte avdeling kan påvirke rutinene. Pleiekulturen kan forstås som en «arbeidskultur som er utviklet over tid» (Leirvik et al., 2010, s. 8). Hamran (1992) hevder at pleiekulturen formes av normene og handlingene som kulturens medlemmer legger ned i den praktiske og sosiale organiseringen av arbeidet. I tillegg kan pleiekulturen sies å være betydningsfull ettersom den bidrar til sosiale rammer, som igjen gir forutsigbarhet og trygghet for de impliserte (ibid.). Samtidig kan pleiekulturen være en utfordring for sykepleietjenesten. Leirvik et al. (2010) hevder at det lett dannes en kollektiv oppfatning av hva som er bra, for eksempel spesifikke tiltak i forhold til ernæring. Dette gir igjen grunnlag for bestemte spilleregler som blir ansett som «sannheter» av kulturens medlemmer, og som blir selvbegrunnende, det vil si at de ikke begrunnes med utgangspunkt i faglig kunnskap eller normer. I ernæringsarbeid kan en slik pleiekultur være problematisk nettopp fordi den kan bremse utviklingen og implementering av ny fagkunnskap. Sagt på en annen måte: Det å utføre rutinene som er «akseptert» av pleiekulturens medlemmer, blir selve målet med arbeidet, ettersom det i liten grad godtas at nye medlemmer stiller spørsmål ved de etablerte spillereglene (ibid; Jakobsen, 2001). Pleiekulturen i den gitte avdelingen

kan altså sies å kunne påvirke forholdet mellom rutinene og pasientens individuelle behov, også når det gjelder ernæringsarbeid.

2.3 Faktorer som påvirker stemningen rundt måltidene

Flere faktorer bidrar til å fremme eller hemme næringsinntaket hos gamle mennesker (Sellevold, 2005; Aagaard, 2008). Blant annet kan støy og bråk under måltidene forstyrre pasientene slik at de spiser mindre eller mister appetitten (McDaniel et al., 2001). Faktorer som kan stimulere matlysten og fremme næringsinntaket, kan være en rolig og avslappet atmosfære, et innbydende og estetisk spisemiljø og et pent dekket bord (Hougaard, 2011; Brodtkorb, 2008). Det er særlig tre tiltak som fremheves av forskningslitteraturen som viktige for å bedre stemningen rundt måltider i langtidsavdelinger: eliminering av støy og uro (Denney, 1997; McDaniel et al., 2001; Aagaard, 2008, 2010a; Thomas og Smith, 2009), tilrettelagt hjelp ut ifra pasientens behov (Simmons, Osterweil og Schnelle, 2001; Cowan et al., 2004; Sellevold, 2005; Aagaard, 2008, 2010b; Brodtkorb, 2008), og matens utseende og spiserommets utforming (Evans, Corgan og Schultz, 2004; Sellevold, 2005; Brodtkorb, 2008; Aagaard, 2008, 2010a).

2.3.1 Støy og uro

Ifølge Sellevold (2005) kan et måltid beskrives som trivelig når det skapes rom for ro og en opplevelse av trygghet, og når det er en generelt hyggelig stemning. Reduksjon av støynivået er sentralt for at pasientene skal kunne få tilstrekkelig ro til å få i seg maten (Hougaard, 2011). Eksempelvis kan bruk av rolig bakgrunnsmusikk under måltidene føre til redusert stress for pasientene, blant annet har musikk blitt forsøkt overfor urolig personer med demens. Pasientene roet seg ned og var ikke like agitert i atferden som tidligere (Denney, 1997). Dette samsvarer med funnene i en liknende studie, der musikk som var kjent for pasientene, ble brukt for å redusere agitasjon hos personer med demens, og på den måten se om dette økte matinntaket. Resultatene fra studien indikerer at pasientene spiste mer mat når det ble spilt kjent musikk under måltidene, enn når det ikke ble spilt musikk. Trolig hang det økte matinntaket sammen med at det ble brukt lengre tid på måltidene når de ble ledsaget av musikk; pasientene ble sittende lenger ved bordet og fikk dermed anledning til å spise mer (Thomas og Smith, 2009).

Ifølge Aagaard (2010a) svarte 64 % av de sykehjemspasientene (N = 191) som deltok i hennes studie, at det aldri var høyt støynivå under måltidene, mens noen få pasienter (7 %) mente at det ofte eller alltid var støy under måltidene. Pasientenes opplevelse av at det er forholdsvis lite støy under måltidene, stemmer i stor grad overens med avdelingsledernes vurdering av støynivået (Aagaard, 2008). 53 % av avdelingslederne (N = 563) sa seg helt uenig i at det var høyt støynivå under måltidene. Videre svarte henholdsvis 56 % (N = 565) at tv-apparatet ikke var på under

måltidene, og hele 58 % (N = 563) svarte at heller ikke radioen var på mens pasientene spiste. Dette kan tyde på at personalet ved sykehjemmene er bevisst på å redusere støy og bråk under måltidene, og at pasientene opplever at det er lite bråk når de spiser.

2.3.2 Tilrettelagt individuell hjelp i måltidssituasjonen

Et annet aspekt som kan påvirke stemningen og også appetitten til pasientene, er hvorvidt spisemiljøet er tilrettelagt i forhold til pasientenes individuelle behov, blant annet hjelp til å få i seg maten for de pasientene som ikke klarer å spise selv, og skjerming av enkelte pasienter (Simmons og Schnelle, 2004; Aagaard, 2008, 2010a).

Som tidligere nevnt har måltidene i en langtidsavdeling en viktig sosial funksjon for pasientene. Mange pasienter i langtidsavdeling kan ha behov for assistanse fra personalet for å få i seg maten (se side 18). Forskriften om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten fremhever at pasientene skal få tilpasset hjelp ved måltidene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2003), og dette inkluderer mating i de tilfellene det er nødvendig. Samtidig kan mating av pasienter gi både faglige og etiske utfordringer. Ifølge Hauges (2004) observasjoner ble de pasientene som trengte hjelp til maten, plassert utenfor fellesskapet. Det vil si at de friskeste pasientene som klarte å spise selv, ble sittende i «sentrum» rundt ett bord, mens pasientene som trengte hjelp, ble plassert perifert i forhold til dette bordet. På grunn av denne plasseringen deltok ikke de hjelptrengende pasientene på samme måte i det sosiale fellesskapet som de «friske» pasientene. Sett på bakgrunn av at måltidene kan være et av få sosiale treffpunkter i løpet av hverdagen i en langtidsavdeling (Kofod, 2000; Melheim, 2008), kan det være et problem hvis ikke alle pasientene får mulighet til å delta i fellesskapet. Det kan imidlertid være praktiske årsaker til å velge en slik plassering av de pasientene som trenger assistanse, eksempelvis plassmangel, som gjør det vanskelig å få plass og rom nok til både pasienten, eventuelle hjelpemidler og en ansatt ved «hovedbordet».

En generell utfordring i langtidsavdelinger er at det er lite personale på jobb. Dette kan særlig komme til uttrykk under måltidene når flere pasienter trenger hjelp på samme tid. Aagaard (2008) viser i sin undersøkelse at 36 % av de spurte avdelingslederne (N = 565) mente at det er tilstrekkelig med personale under måltidene til å hjelpe pasientene som har behov for spisehjelp. 42 % av avdelingslederne var delvis enige i denne påstanden, mens én av fem mente at det ikke var tilstrekkelig med personale til stede under måltidene for å hjelpe pasientene med å spise (ibid.). Når det er for lite personale til stede i måltidssituasjonen, kan pasientene som trenger hjelp, risikere å måtte vente med å få mat til etter at de andre har spist, eller eventuelt være tvunget til å spise før de andre. Likeledes kan personalmangel føre til at pasienter som kunne ha spist selv med litt tilrettelegging, blir matet fordi personalet ikke har tid til å tilrettelegge måltidet. De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (Norsk Sykepleierforbund, 2011) fremhever sykepleieres plikt til å

ivareta den enkelte pasientens behov for helhetlig omsorg og understøtte pasientens mestring (s. 7). Det innebærer at sykepleiere skal tilrettelegge for at pasienter som kan spise selv, bør gjøre det, slik at resultatet ikke blir at pasienten får en ytterligere funksjonsnedsettelse (Reitan, 2010). Samtidig er det viktig at pasienten får tilstrekkelig hjelp med mat når dette er nødvendig eller pasienten selv ønsker det.

Tilrettelegging under måltidene omfatter også å vurdere hvor pasientene skal sitte. Som tidligere nevnt har pasientene i langtidsavdeling ofte faste plasser rundt spisebordet. Ifølge Kofod (2000) er det viktig at pasientene selv får velge hvem de vil sitte sammen med. Særlig bør det vurderes om pasienter som kan spise selv, skal sitte sammen med pasienter som trenger hjelp. Måltidet kan oppleves som negativt hvis pasienter som er «friske», blir satt sammen med en pasient som har udelikat spiseatferd (Aagaard, 2010a). For medpasientene kan det gi redusere både matlyst og trivsel under måltidene (Brodtkorb, 2008). Dette samsvarer med Hauges (2004) funn, nemlig at de friskeste og mentalt klare pasientene forlot spisestuen umiddelbart etter at måltidet var ferdig. Det kan bety at denne pasientgruppen kan oppleve den kontinuerlige kontakten med sykere medpasienter som en belastning og påkjenning (Hauge, 2008). Det foreligger et potensielt problem hvis de mentalt klare pasientene ikke orker å sitte i spisemiljøet, og hvis de spiser mindre på grunn av nedsatt matlyst som et resultat av udelikat spiseatferd. Situasjonen kan utvikle seg slik at de «friskeste» ikke vil innta måltidet i spisestuen, men heller vil spise på rommet sitt, noe som igjen vil føre til mindre sosial kontakt (Kofod, 2000).

Det kan imidlertid være en utfordring at sykepleiere har et annet syn på hva som er akseptable bordmanerer enn pasientene selv har (Sidenvall, Fjellstrøm og Ek, 1994). Resultatet i studien til Sidenvall, Fjellstrøm og Ek (1994), som ble foretatt i to geriatriske avdelinger, var at sykepleierne i hovedsak var opptatt av at det skulle være et sosialt fellesskap under måltidene, uten at de spurte pasientene hvilke preferanser og ønsker de hadde om bordplassering. Særlig utfordrende er disse situasjonene når de gamle pasientene verdsetter verdier som tålmodighet, utholdenhet og beskjedenhet, samt en evne til å gjøre det beste ut av situasjonen, og derfor ikke ber om å få bytte plass, ettersom de ikke ønsker å være til «bry» (ibid.; Kahn, 1999).

Likeledes kan det være vanskelig for pasientene som trenger hjelp i spisesituasjonen, fordi det å bli matet kan oppleves som sårbart og intimt. For gamle mennesker kan det også være ydmykende (Hougaard, 2011). Det er ingen god løsning å fjerne pasienten som trenger hjelp, fra fellesskapet i spisestuen. Erfaringsmessig har pasienter som trenger matning, nedsatt matlyst på grunn av et komplekst sykdomsbilde og høy alder. Personalet må ta i betraktning at for disse pasientene kan det å måtte spise alene på rommet, sammen med en av personalet, være en ytterligere faktor som fører til både nedsatt matlyst og tap av selvstendighet. Å spise alene er sjelden noe som fremmer matlyst eller trivsel (Brodtkorb, 2008).

2.3.3 Matens utseende og spisemiljøet

Matens utseende og spiserommets miljø kan påvirke appetitten til pasientene og dermed også matinntaket under måltidet. Et sentralt og enkelt tiltak for å øke matinntaket hos gamle pasienter er å skape et trivelig og innbydende spisemiljø og å sørge for at maten ser delikat og appetittlig ut (Aagaard, 2008). Det kan innebære å dekke et pent bord med blomster, lys og servietter, og på den måten skape en trivelig atmosfære. Pynting av bordet kan være til inspirasjon for samtale mellom pasientene under måltidet og kan bidra til følelsen av å være «hjemme» i stedet for i en institusjon (Melheim, 2008). Blant annet fant Carrier, West og Ouellet (2009) at livskvaliteten til kognitivt friske sykehjemspasienter kunne forbedres gjennom å servere maten på porselensfat og dekke bordet med porselenstallerkener, slik at pasientene kunne forsyne seg selv, i stedet for å få utdelt ferdig porsjonerte plastiktallerkener. Dette funnet støttes i en nederlandsk studie, der Nijs et al. (2006) undersøkte effekten av «family style»-måltider i forhold til livskvalitet, fysisk prestasjon og kroppsvekt. «Family style»-måltidene som intervensjon varte i seks måneder ved fem forskjellige nederlandske sykehjem. Intervensjonsgruppen fikk servert måltidene i «family style», mens kontrollgruppen fikk maten på vanlig måte. I intervensjonsgruppen fikk pasientene måltidene servert på fat, slik at de kunne velge hva de ville ha, bordet ble pyntet med duk, og minimum én fra personalet satt sammen med pasientene ved hvert bord. Både personalet og pasientene spiste sammen uten forstyrrelser under måltidet. Kontrollgruppen beholdt den vanlige måltidsformen. Det innebar at pasientene fikk alle måltider servert ferdigporsjonert i platenheter (pre-plated) og beholdt faste plasser rundt spisebordet. Personalet var delvis til stede, men når ingen av pasientene trengte hjelp, forlot de spisestuen. Resultatet fra studien var at intervensjonsgruppen, som fikk servert «family style»-måltidene, opplevde økt livskvalitet. I tillegg var det bedre stemning under «family style»-måltidene, noe som igjen førte til at pasientene spiste mer (Nijs et al., 2006). Funnene indikerer at en hjemlig atmosfære under presentasjonen av maten og større valgfrihet kan forebygge vekttap hos pasientene. I norske langtidsavdelinger er det ikke vanlig å servere måltidene i «family style», men måten maten serveres på, varierer fra avdeling til avdeling. Det vanligste er at middagen blir ferdig anrettet og porsjonert ut av personalet, det vil si at pasienten ikke forsyner seg selv. Til frokost og kveldsmat, som er tradisjonelle brødmåltider, varierer serveringsmåten, enten får pasientene maten ferdig porsjonert på tallerkener eller de kan forsyne seg selv fra mat som er opplagt på fat og satt på bordet (Aagaard, 2008). En mulig årsak til at mange langtidsavdelinger benytter ferdig porsjonert og ferdigsmurt mat, kan være at et stort antall pasienter har en form for demenssykdom. Generelt bør personer med demens beskyttes mot overstimulering, det gjelder også under måltider. Ved å begrense antall ting som står på bordet, som fat og påleggstyper, vil pasienter med demens enklere mestre måltidet og klare å spise selvstendig (Rokstad, 2008; Rekve, 2009).

Det er imidlertid også andre forhold som påvirker pasientenes opplevelse av spisemiljøet. Ifølge Melheim (2008) var pasientene opptatt av at det skulle være orden i spisemiljøet, og syntes det var viktig at hygienen ble ivaretatt på en adekvat måte. Det er tilsynelatende en oppfattelse avdelingslederne i studien til Aagaard (2008) deler med pasientene. 95 % av respondentene (N = 563) svarte at de var helt eller delvis enig i at spisemiljøet skulle være godt tilrettelagt før servering, det vil si luftet, rent og ryddig. Videre hevdet avdelingslederne at de som regel pleide å pynte med blomster, duk og servietter (ibid.). Særlig viktig var pynting av bord til høytider og fest, 100 % av respondentene (N = 562) svarte at de alltid pyntet med duk, pent servise og servietter på merkedager.

2.4 Sykepleieres opplevelse av ernæringsarbeid

Det ser ut til å foreligge lite forskning på sykepleieres opplevelse av ernæringsarbeid i langtidsavdelinger. Imidlertid er det forsket en del på sykepleieres opplevelse av å arbeide i langtidsavdeling (Prentice og Black, 2007; Hov, Athlin og Hedelin, 2009; Juthberg og Sudin, 2009; Bergland, Vibe og Martinussen, 2010). Denne forskningen anses som relevant for å belyse deler av opplevelsdimensjonen til sykepleiere i ernæringsarbeid, og vil derfor presenteres i det følgende avsnitt. For å kunne beskrive opplevelsdimensjonen til sykepleiere ytterligere vil også sykepleieres ansvar og rolle innenfor ernæringsarbeid forklares nærmere.

2.4.1 Sykepleieres opplevelse av å arbeide i langtidsavdelinger

Bergland, Vibe og Martinussen (2010) foretok en kvalitativ studie med fokus på hvordan vi kan få sykepleiere til å se på sykehjem som en fremtidig arbeidsplass. Det ble foretatt intervjuer av tre grupper med sykepleiere: seks sykepleiere som hadde sluttet i sitt arbeid i sykehjem, fire som nylig hadde begynt å jobbe i sykehjem, og fire som hadde to års erfaring eller mer fra sykehjem. Sykepleierne opplevde sykehjem som en arbeidsplass med mye ansvar og mange faglige utfordringer. En av sykepleierne som deltok i studien, hevdet at «sykehjem er et sted hvor vi virkelig kan vise hva sykepleie er» (Bergland, Vibe og Martinussen, 2010, s. 53). En annen opplevelse som fremheves som positiv ved å arbeide på sykehjem, er muligheten til å følge pasientene over lengre tid, og å oppleve at sykepleien som utøves, utgjør en forskjell for pasientene (Prentice og Black, 2007). Samtidig opplevde sykepleierne det tidvis som utfordrende ettersom arbeidsmengden var stor (ibid.). Dette samsvarer med funnene i studien til Bergland, Vibe og Martinussen (2010), der sykepleierne opplevde sykepleierrollen som lite avgrenset. Manglende avgrensning førte til at sykepleierne opplevde at de måtte delta i og utføre oppgaver som ikke krevde sykepleiefaglig utdanning. De ansatte anså det som utfordrende når andre praktiske gjøremål gikk på bekostning av de oppgavene som faktisk krevde sykepleiefaglige kompetanse. Sykepleierne

i studien opplevde at det var vesentlig å tydeliggjøre sykepleierrollen. Blant annet ønsket de seg bedre tid til å sette seg inn i pasientenes behov for sykepleie og til å vurdere pasientenes tilstand (ibid.). Prentice og Black (2007) viser imidlertid at hovedårsaken til at sykepleierne opplevde det som givende, og ønsket å jobbe i langtidsavdeling, var pasientene og sykepleien de fikk utøve til pasientene, på tross av stor arbeidsmengde (ibid.).

2.4.2 Sykepleieres ansvar og rolle i ernæringsarbeid

«Rammeplan for sykepleierutdanning» (Kunnskapsdepartementet, 2008) legger føringer for hvilken formell kompetanse sykepleiere skal ha etter endt utdanning. Sykepleie som profesjon har en rekke ulike ansvarsområder. «Retningslinjer for kostholdet i helseinstitusjoner» fra Statens ernæringsråd (1995) anbefaler en ansvarsfordeling i ernæringsarbeid, mellom de ulike helseprofesjonene og kjøkkenansvarlige i sykehjem. Sykepleiere har ifølge disse retningslinjene ikke et avgrenset eller gitt ansvarsområde når det gjelder pasientenes ernæring. Det henvises imidlertid til at avdelingssykepleier har ansvar for at «pasientene får et forsvarlig kosthold tilpasset deres tilstand og behov og for å registrere, vurdere og rapportere pasientens matinntak og ernæringsstatus» (Statens ernæringsråd, 1995, s. 20). Det åpnes imidlertid for at avdelingssykepleier kan delegeres ansvaret videre til sykepleier eller hjelpepleier (ibid.).

I nyere forskning og litteratur henvises det derimot til at sykepleiere har ansvar for pasientens ernæring (Hougaard, 2011; Suominen et al., 2007; Sortland et al., 2009; Jefferies et al., 2011).

Sykepleieres rolle i ernæringsarbeid kan forklares ut ifra sykepleieprosessen.

Sykepleieprosessen kan forstås som et arbeidsverktøy som lar sykepleier systematisere sitt arbeid på en faglig og pasientrettet måte (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug, 2006; Mikkelsen og Hage, 2011; Magnan og Maklebust, 2009), og kan deles inn i fire faser: planlegging, utførelse, evaluering og videre handling (Mikkelsen og Hage, 2011; Magnan og Maklebust, 2009). I planleggingsfasen må sykepleier definere, kartlegge og samle inn data om pasientens problem, behov og ressurser. Deretter setter sykepleier opp ett eller flere konkrete mål for sykepleien og tiltak som kan gi måloppnåelse. I utførelsesfasen skal tiltakene eller intervensjonene iverksettes. Hvorvidt tiltakene fører til måloppnåelse eller ikke, vurderes i evalueringsfasen. Hvis tiltaket fører til måloppnåelse, vil det være naturlig å fortsette. Hvis intervensjonen derimot ikke bedrer pasientens problem, vil det være sentralt å endre tiltaket. I den siste fasen dokumenterer sykepleieren hva som har skjedd i de tidligere fasene, og rapporterer videre (ibid.).

2.4.2.1 Kartlegging, vurdering og tiltak knyttet til pasientens ernæringsstatus

I de nasjonale faglige retningslinjene for forebygging og behandling av underernæring (Helsedirektoratet, 2009) fremgår det at alle pasienter i primærhelsetjenesten «skal vurderes for

ernæringsmessig risiko ved innleggelse/vedtak og deretter månedlig, eller etter et annet faglig begrunnet individuelt opplegg» (s. 8). Ved innleggelse i langtidsavdeling brukes det ofte ulike sykepleiefaglige vurderingsverktøy for å kartlegge pasientens ernæringsstatus. Ofte benyttes Bathel index of Activities of Daily Living (ADL), som kartlegger pasientens egenomsorg og eventuelle behov for sykepleie i dagliglivets aktiviteter. Indeksen gir et oversiktsbilde av blant annet om pasienten klarer å spise selv, og eventuelt hvor mye sykepleiefaglig assistanse som er nødvendig i måltidssituasjonen (Kirkevold og Brodtkorb, 2008). Opplysningene om pasientens ADL-funksjon registreres i en pleieplan, som beskriver mål og tiltak rettet mot å bedre pasientens egenomsorg for å kunne ivareta egen ernæringsstatus. Det er imidlertid sentralt at pasientens egenomsorg vurderes regelmessig gjennom ADL-indeksen, og ikke bare ved innleggelse. Hyppig vurdering er sentralt fordi pasientens tilstand kan endre seg, slik at det blir behov for mer sykepleie i måltidsituasjon enn tidligere (ibid.). Det anbefales i tillegg å veie pasienter som er innlagt i langtidsavdeling, minimum én gang per måned (Helsedirektoratet, 2009).

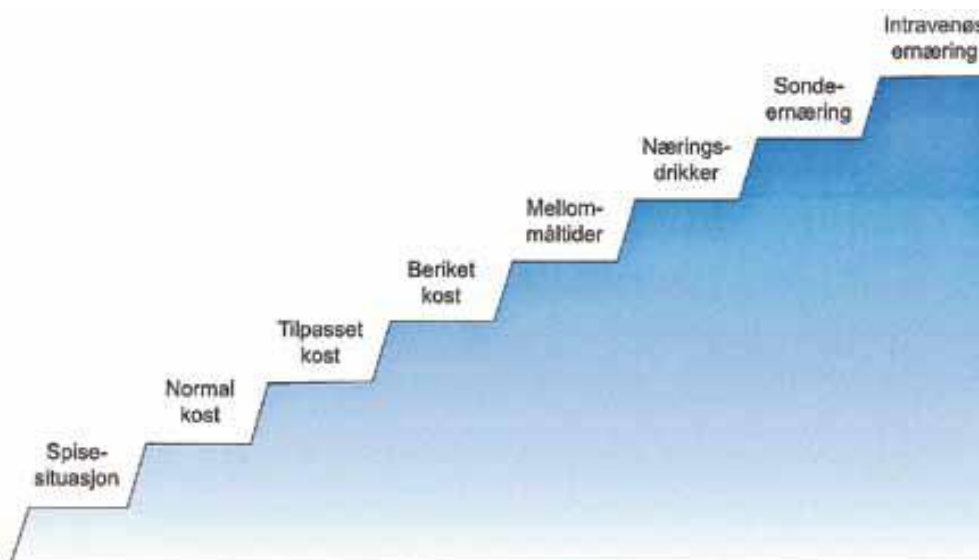
Et annet forslag som fremheves i litteraturen, er å bruke spesifikke kartleggingsverktøy for å vurdere pasientens ernæringsstatus (Jefferies, Johnson og Ravens, 2011). Ved å benytte seg av et slikt spesifikt verktøy vil sykepleier enklere identifisere og avdekke ernæringsproblemer og kunne starte forebyggende tiltak. Særlig har tidligere forskning fremhevet screeningverktøyet «The mini nutritional assessment» (MNA) som et valid hjelpemiddel i vurderingen av gamle menneskers ernæringsstatus (Vellas et al., 1999; Nes et al., 2001; Bauer et al., 2008; Kaiser et al., 2010). MNA inneholder både antropometriske målinger (høyde, vekt og kroppsproporsjoner) og spørsmål om pasientens næringsinntak, selvvurdert helse og ernæringsstatus (Nestlé Nutrition Institute, 2006). Ved hjelp av MNA kan sykepleier vurdere pasientens ernæringsstatus, og finne ut om vedkommende er i fare for underernæring, er underernært eller har normal ernæringsstatus (Suominen et al., 2007). Internasjonal forskning anbefaler at alle pasienter som innlegges i sykehus eller sykehjem, blir vurdert ut fra et screeningverktøy som for eksempel MNA (Bauer et al., 2008; Jefferies, Johnson og Ravens, 2011). Denne anbefalingen om å screene alle som innlegges i langtidsavdeling, støttes også av Helsedirektoratet (2009). Hvis pasienten scorer lavt, anbefales det å henvise vedkommende til en ernæringsfysiolog (Jefferies, Johnson og Ravens, 2011).

De nasjonale faglige retningslinjene for forebygging og behandling av underernæring (Helsedirektoratet, 2009) foreslår en ansvarsfordeling mellom sykepleier (hjelpepleier), lege og ernæringsfysiolog. Sykepleier, og eventuelt hjelpepleier, har ansvaret for å ta inntakssamtalen med pasienten. Her vil det være aktuelt å kartlegge eventuelle risikofaktorer som tygge- og svelgevansker, samt evne til å spise selv. Screening av pasientens ernæringsstatus vil også være relevant, og foretas av sykepleier. Ut fra resultatene av screeningen, som kan foretas ved eksempelvis MNA, skal sykepleier foreta en risikovurdering. Hvis risikoen vurderes som lav,

kreves ingen ytterligere tiltak. Vurderes risikoen derimot som middels høy, skal det foretas nøye observasjon av pasienten og hans næringsinntak. Hvis risikoen for underernæring vurderes som høy, skal sykepleier kontakte lege. Legen skal da forordne tiltak, og effekten av tiltakene skal vurderes i samarbeid med sykepleier. Dersom tiltakene fører til en bedring av pasientens ernæringstilstand, er det ikke nødvendig å kontakte klinisk ernæringsfysiolog. Kontakt med ernæringsfysiolog vil derimot være aktuelt hvis tiltakene ikke fører frem og pasientens ernæringstilstand er uendret (Helsedirektoratet, 2009).

De faglige nasjonale retningslinjene for forebygging og behandling av underernæring (Helsedirektoratet, 2009) fremhever at helseinstitusjoner bør benytte seg av og utvikle en ernæringsplan for hver enkelt pasient. Noen sykehjem og helsehus i Norge har begynt å implementere deler av retningslinjene i sin praksis, blant annet å utvikle ernæringsplaner. En ernæringsplan skal ifølge Trondheim kommune (2011) ta utgangspunkt i pasientens behov og ønsker, slik at ernæringen blir individuelt tilpasset. I tillegg skal ernæringsplanen bidra til å forebygge og minske risikoen for underernæring.

Sykepleiers rolle i ernæringsarbeidet omfatter også om å vurdere om det skal iverksettes tiltak (Jefferies, Johnson og Ravens, 2011). Ifølge Smedstadhaug (2009) bør ernæringstiltakene iverksettes med utgangspunkt i «ernæringstrappen» (se figur 1).



Figur 1 Ernæringstrappen (Helsedirektoratet, 2009, s. 19)

Hensikten er å begynne på lavest mulig trinn ut fra pasientens individuelle behov, og deretter bevege seg oppover til ønsket effekt av tiltakene oppnås (Helsedirektoratet, 2009).

2.5 utfordringer knyttet til sykepleiers rolle i ernæringsarbeid

Den vanligste årsaken til nedsatt ernæringsstatus hos gamle pasienter i sykehus og sykehjem er sykdom og/eller naturlige aldringsprosesser (Stratton, Elia og Green, 2003; Cowan et al., 2004). Samtidig peker Helsedirektoratet (2009) på andre mulige årsaker til underernæring, blant annet uklare ansvarsforhold i ernæringsarbeid og manglende kunnskap om ernæring. Ernæringsarbeid er generelt tid- og personalkrevende, og mangel på disse ressursene kan gjøre ernæringsarbeidet utfordrende for sykepleiere (Hofseth og Norvoll, 2003; Førde et al., 2006).

2.5.1 Uklare ansvarsforhold

I langtidsavdelinger er flere helseprofesjoner engasjert i arbeidet med pasientene, blant annet hjelpepleiere, helsefagarbeidere, vernepleiere, leger og pleieassistenter, i tillegg til sykepleiere (Hauge, 2008). Kjøkkenpersonalet utgjør også viktige samarbeidspartnere i ernæringsarbeidet, ettersom kjøkkenet ofte har ansvaret for å tilbrede middagsmaten (Aagaard, 2008).

Et tverrfaglig samarbeid er en nødvendig og viktig del av det å sikre at pasientens ernæringsstatus er adekvat (Brodtkorb, 2008). For at et slikt samarbeid skal fungere godt, er det imidlertid vesentlig at alle deltakerne kjenner sitt ansvarsområde. Flere studier viser at sykepleiere tar for liten del i ernæringsarbeidet og i liten grad vurderer pasientens ernæringsstatus (Kowanko, Simon og Wood, 1999; Dickinson, Welch og Ager, 2008; Jefferies, Johnson og Ravens, 2011). Det kan være flere årsaker til at sykepleiere ikke tar ansvar for pasientenes matinntak og ernæringsstatus. En årsak kan ifølge Kowanko, Simon og Wood (1999) være at sykepleiers rolle i ernæringsarbeidet har blitt endret etter at flere institusjoner har ansatt eget kjøkkenpersonale som forbereder og serverer maten. I norske langtidsavdelinger er det imidlertid ikke så vanlig at kjøkkenpersonalet deltar i serveringen, men dette varierer noe fra avdeling til avdeling (Aagaard, 2008). Uansett hvem som står for matsserveringen, er det sykepleiers ansvar å kontrollere at pasienten har spist, og eventuelt hvor mye. I de konkrete situasjonene kan det imidlertid synes å være vanskelig å gjennomføre dette (Kowanko, Simon og Wood, 1999; Jefferies, Johnson og Ravens, 2011).

2.5.2 Kunnskap og holdninger

Tilstrekkelig kunnskap om ernæring er en forutsetning for å utøve god sykepleie. Samtidig kan det virke som mange sykepleiere ikke har tilstrekkelig kunnskap om ernæring.

En dansk studie fra 1999 viste at det var lite samsvar mellom retningslinjer for å fremme god ernæring og den reelle ernæringspraksisen som ble utøvd i møte med pasienten. Årsaken var liten kunnskap om ernæring, liten interesse, samt at ernæringsarbeid hadde lav prioritet blant sykepleiere og leger (Rasmussen et al., 1999). En liknende studie foretatt av Mowe et al. (2008) i Skandinavia,

viste mye av det samme resultatet. Et spørreskjema om «holdninger til og rutiner knyttet til ernæring» ble sendt til et utvalg bestående av sykepleiere og leger i danske, svenske og norske sykehus (ibid.). Resultatet av denne undersøkelsen bekrefter de funnene Rasmussen et al. (1999) fant, nemlig at det er liten sammenheng mellom holdninger til ernæring og iverksetting av tiltak, både hos sykepleiere og leger, i møte med pasienter i risikozonen for underernæring. Ifølge Mowe et al. (2008) svarte få av informantene at de foretok screening og observasjon av pasientens ernæringsproblem, selv om hele 90 % av informantene (N = 4512) svarte at det var viktig å ha oppmerksomhet på en god ernæringspraksis i møte med pasienter (Mowe et al., 2008). I tillegg var ernæringspraksisen i Norge dårligere enn i både Sverige og Danmark (ibid.).

En tredje studie, foretatt i sykehjem i Norge, visste at behovet for kunnskap om ernæring var stort. Hele 81 % av avdelingslederne (N = 454) mente at personalet trengte mer kunnskap om ernæringsarbeid i sykehjem. Avdelingslederne opplevde at personalet først og fremst trengte kunnskap om anbefalinger for ernæring til gamle pasienter som var syke og hadde nedsatt allmenntilstand (Aagaard, 2008). En SINTEF-studie av sykepleietjenesten i kommunehelsetjenesten underbygger dette. Sykepleierne som arbeidet i sykehjemmene, var bekymret over kvaliteten på ernæringsarbeidet. Studien inneholdt en kartleggingsundersøkelse som viser at sykepleierne opplevde at av alle tiltakene som blir iverksatt for å ivareta pasientens grunnleggende fysiske behov, var det tiltak rettet mot ernæringsproblematikk som ble minst tilfredsstillende ivaretatt. Iverksettelse av tiltak og oppfølging av tiltak, som diett, drikkeliste, diurese- og vektmåling, ble av sykepleierne beskrevet som utilstrekkelig gjennomført (Hofseth og Norvoll, 2003).

2.5.3 Tid og personale

En norsk spørreundersøkelse foretatt blant sykepleiere og leger, både i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, pekte på at ressursmangel var en utfordring, særlig i sykehjem (Førde et al., 2006). Hele 92 % av sykepleierne (N = 837) som deltok i undersøkelsen, mente at ressursmangel var et faktum på deres arbeidssted. Ressursmangel kan i denne sammenhengen forstås som lite personell sett i forhold til pleietyngden, og mangel på tid. Sykepleierne pekte på at ressursmangelen førte til en mangelfull oppfølging av grunnleggende behov, blant annet ernæring (ibid.). Dette samsvarer med funnene til Hofseth og Norvoll (2003). Sykepleierne som ble intervjuet i deres studie, var bekymret over kvaliteten på ernæringsarbeidet, først og fremst fordi ernæringstiltak ofte er svært tid- og personellkrevende (ibid.).

Sykepleiers rolle i situasjoner der pasienten trenger hjelp til å spise, kan være vanskelig rent etisk. Først og fremst fordi matning fordrer et tillitsforhold mellom sykepleier og pasient. Å mate et gammelt menneske krever at sykepleier er tålmodig og empatisk i sin kontakt, men også at hun har tid til å hjelpe pasienten på en god måte (Nordberg et al., 1980; Jacobsson et al., 2001). En

kvalitativ intervjustudie med syv sykepleiere viste at sykepleierne mente at mating av pasienter kunne være utfordrende. Sykepleierne mente at det å hjelpe en pasient med å spise gjennomsnittlig tok fra tretti til seksti minutter, noe som ble problematisk hvis flere pasienter trengte hjelp med maten. En av sykepleierne i studien fortalte blant annet at hun på et tidspunkt hadde matet flere pasienter samtidig for å mestre den store arbeidsmengden hun hadde (Kowanko, Simon og Wood, 1999). Hvis flere pasienter trenger hjelp til mating, kan det føre til store kapasitetsproblemer, noe som i sin tur kan føre til dårlig løsninger, som å redusere mengden mat eller mate flere pasienter samtidig. Det blir imidlertid også et spørsmål om kvalitet i spisesituasjonen – selv om pasientene får tilstrekkelig mat, kan spisesituasjonen være preget av at personalet har dårlig tid (Hofseth og Norvoll, 2003). Stress i matsituasjonen vil ofte føre til støy og bråk, som på sin side kan gi nedsatt appetitt hos pasientene. En annen utfordring i måltidssituasjonene sykepleierne pekte på, var at personalet som hadde ansvaret for servering av maten, var for raske med å rydde vekk, slik at pasienten faktisk ikke var ferdig med å spise da maten ble fjernet (Kowanko, Simon og Wood, 1999).

Kvaliteten på matsituasjonen påvirkes av om det er tilstrekkelig personale på jobb, og om personalet som faktisk er til stede er faglærte eller ikke. En observasjonsstudie i et amerikansk sykehjem viser at for lite faglærtpersonale førte til at flere pasienter måtte spise måltidene i sengen på rommet sitt. Videre viste det seg at på grunn av for få pleiere fikk heller ikke alle pasientene hjelp til å spise (Kayser-Jones, 2009). I intervjustudien av sykepleiere i sykehjem fant Hofseth og Norvoll (2003) at sykepleierne opplevde at andelen av ufaglærte var utfordrende, ettersom disse ikke har kompetanse til å vurdere pasientenes grunnleggende behov og iverksette tiltak der det er nødvendig.

En viktig del av sykepleieres funksjonsområde er oppfølging av medarbeidere, inkludert undervisning og veiledning. Det innebærer at sykepleier har ansvaret for å «kontrollere» om de tiltakene som er besluttet og iverksatt, følges opp av den øvrige pleiegruppen (Pfeiffer, 2007). Samtidig krever en slik oppfølging av eksempelvis ufaglærte pleieassistenter at det er tilstrekkelig med sykepleiere i avdelingen. En kartleggingsundersøkelse av bemanningen, i blant annet sykehjem (Econ, 2009), viste at i hverdagen var andelen sykepleiere høyest og andelen ufaglærte lavest. I helgene var det imidlertid lav dekning av sykepleiere, og da var andelen ufaglærte høyest. Det er sentralt å understreke at denne undersøkelsen ikke er representativ for verken kommunene som deltok, eller for landet i sin helhet. Likevel bekrefter den tidligere kartleggingsstudier som viser at sykepleiere opplever det utfordrende at andelen sykepleiere i sykehjem er relativt lav, spesielt i helger og høytider (Hofseth og Norvoll, 2003).

2.5.4 Når pasienten ikke vil spise

Tilførsel av mat og drikke er et grunnleggende behov for alle mennesker. Hvis vi ikke har tilgang til mat og drikke, eller vi går for lenge uten, vil vi dø enten av næringsmangel eller dehydrering. I langtidsavdelinger er det imidlertid et relativt vanlig fenomen at gamle mennesker begynner å avvise mat og drikke som de blir tilbudt, når livet begynner å nærme seg slutten. Ofte har ikke pasientene noen konkret sykdom som i utgangspunktet kunne være opphav til en slik situasjon. Pasientene kan tilsynelatende mangle «livsgnisten» (Hjort, 2010) og kan befinne seg i en tilstand mellom levende og døende der det faktiske utfallet kan være usikkert (Hov, Athlin og Hedelin, 2009). Ofte kan slike situasjoner oppleves som etisk vanskelige og utfordrende for sykepleiere som har hatt, og fortsatt har, ansvaret for at pasientenes grunnleggende behov for mat og drikke blir dekket.

En kvalitativ intervjustudie med fjorten informanter fra et norsk sykehjem hadde til hensikt å beskrive sykepleiernes opplevelser med å arbeide med pasienter som befant seg i en tilstand mellom levende og døende (Hov, Athlin og Hedelin, 2009). Funnene i studien viser at sykepleierne var opptatt av å gjøre det beste for pasientene. Sykepleierne opplevde at det var de som kjente pasientene best, noe som også gjorde at sykepleierne følte at de forsto pasientenes ønsker (ibid.). Det samsvarer med funnene i en annen kvalitativ studie, foretatt av Jansson et al. (1995), der blant annet sykepleiere som arbeidet med personer med demens, ble intervjuet. Studien gikk ut på at sykepleierne ble presentert for en hypotetisk case som omhandlet en pasient med demens som ikke ønsket å spise. Deretter ble sykepleierne intervjuet om sine etiske resonnementer knyttet til casen. Sykepleierne som deltok i studien, var opptatt av å være «pasientens advokat». Det innebar at de ønsket å ivareta pasientens interesser og ønsker på best mulig måte. Et annet sentralt poeng var at sykepleierne opplevde det som svært viktig å ivareta pasientens autonomi, på tross av at pasientens demenssykdom gjorde det vanskelig for sykepleierne å forstå ønskene deres til enhver tid. Et annet funn var at sykepleierne forsøkte å se situasjonen fra pasientens ståsted, samtidig var de redd for å anta at de visste hvordan pasientene hadde det (Jansson et al., 1995).

Hov, Athlin og Hedelings funn (2009) viste at det var viktig for sykepleierne å kunne diskutere og lufte tankene sine med kollegene i avdelingene, særlig når de hadde pasienter som befant seg i en tilstand mellom levende og døende. Mangel på støtte eller uenighet blant kolleger om hvilke tiltak som skulle iverksettes, ble opplevd som en emosjonell belastning. Sykepleierne opplevde selv at de hadde et stort ansvar for pasientene og fremhevet opplevelsen av å ha ansvaret som positivt. Likevel opplevde de av og til ansvaret som vanskelig i møte med sykehjemslegen. Sykepleierne opplevde tidvis at de fikk for mye ansvar i situasjoner der det eksempelvis kunne være aktuelt å iverksette intravenøs væskebehandling. Det ble opplevd som ubehagelig når sykehjemslegen godtok deres faglige vurdering av pasienten uten selv å foreta en ytterligere vurdering eller diskusjon om

pasientens tilstand. Sykepleierne følte at de i slike situasjoner ble «minidoktorer». Samtidig kunne sykepleierne oppleve maktesløshet når det de anså som viktig kunnskap om pasientens tilstand, ble ignorert av sykehjemslegen. Noe som også kan oppleves som utfordrende for sykepleiere, er når de er uenig i det sykehjemslegen bestemmer. En sykepleier i studien beskriver et eksempel på slik uenighet. Det handlet om en pasient som fikk sondeernæring, der sykepleieren ga pasienten en mindre dose med sondeernæring enn legen hadde forordnet. Sykepleieren tok avgjørelsen fordi pasienten ga tydelig uttrykk for at han fikk plager av den store mengden sondeernæring (ibid.). Pasientens avhengighet av sykepleieren er i slike tilfeller stor, og selv om sykepleieren handler i samsvar med det som antas å være pasientens eget ønske og til det beste for vedkommende, blir avgjørelsene til dels fattet med utgangspunkt i svak paternalisme (Jansson et al., 1995).

2.6 Oppsummering av tidligere forskning

Vi har sett nærmere på den foreliggende forskningen om sykepleie og ernæringsarbeid i langtidsavdeling. Tidligere forskning og litteratur viser til at de pasientene som er innlagt i langtidsavdeling i dag, er gamle, skrøpelig og syke. Dette gjør at disse pasientene er en særlig utsatt gruppe når det kommer til problemer relatert til ernæring. En langtidsavdeling, enten i helsehus eller sykehjem, har to hovedfunksjoner. På den ene siden er det pasientens «nye» hjem, og på den andre siden skal avdelingen ivareta pasientens behov for pleie, omsorg og behandling. Ernæringsarbeid utgjør en viktig del av behandlingen og pleien som pasienten har krav på. Pasienter som er innlagt i en langtidsavdeling, har krav på tilstrekkelig og variert kosthold, samt å motta tilpasset hjelp i måltidssituasjonen.

Tilførsel av ernæring dekker ikke bare et grunnleggende fysiologisk behov. Flere studier peker på måltidets sosiale og kulturelle status, noe som igjen er nært forbundet med tradisjoner, minner og identitet. I langtidsavdelinger kan det være få organiserte sosiale treffpunkter for pasientene, og måltidene får dermed en særdeles viktig sosial funksjon. Imidlertid er måltidene i langtidsavdelinger ofte organisert som en rutine. Dette kan på den ene siden gi en opplevelse av trygghet, særlig hos personer med demens. I tillegg er en viss form for rutine og organisering viktig for de ansatte. På den andre siden kan det stilles spørsmålstegn ved om pasientenes mulighet til å delta begrenses betraktelig av de ulike måltidsrutinene. Flere studier viser til at den gamle pasienten enten forsøker å utfordre rutinen eller har en holdning om «å gjøre det beste ut av situasjonen», og dermed ikke opponerer mot rutinene.

Flere ulike faktorer kan påvirke matinntaket hos gamle mennesker. Blant annet trekker forskningen og faglitteraturen frem faktorer som: støy og uro under måltidene, tilrettelagt individuell hjelp, matens utseende og spisemiljø. Alle disse faktorene er det i stor grad mulig for

sykepleiere enten å forebygge eller å fremme, slik at pasienten får en rolig, individuell tilpasset og appetittlig måltidssituasjon.

Sykepleieres rolle og ansvar i ernæringsarbeid har vært gjenstand for flere studier. Sykepleieres ansvarsområde følger sykepleieprosessens oppsett – å kartlegge pasientens ernæringsstatus, å definere problemer eller behov, å iverksette tiltak og deretter å foreta en evaluering av måloppnåelse. Mange studier viser imidlertid at sykepleiere tar lite ansvar og er usikker på egen rollen i ernæringsarbeidet. Dette på tross av at rammeplanen for sykepleierutdanningen og de nasjonale faglige retningslinjene fastsetter sykepleiers ansvarsdomene. Den manglende deltakelsen fra sykepleieres side i ernæringsarbeidet kan skyldes uklare ansvarsområder mellom de ulike helseprofesjonene i det tverrfaglige teamet rundt pasienten. Uklare ansvarsforhold kan føre til en ansvarspulverisering, der sykepleieren ikke tar ansvar for det en sykepleier faktisk skal ta ansvar for. Dette kan ha en negativ virkning på pasientenes ernæringsstatus. En annen grunn til at sykepleiere ikke ivaretar sitt ansvar i ernæringsarbeidet, kan være manglende kunnskap om ernæring og ernæringsarbeid.

Ernæringsarbeid, som all annen sykepleieutøvelse, kan medføre etiske og faglige utfordringer. En spesiell utfordring i langtidsavdelinger er å ivareta ernæringsarbeidet når det er mangel på faglært personale og tiden er knapp. En annen utfordring som beskrives i litteraturen, er når pasienten ikke ønsker å spise. De to nevnte utfordringene kan oppleves som krevende for sykepleiere som arbeider i langtidsavdelinger, særlig ettersom de ofte er eneste sykepleier i avdelingen.

Den overstående litteraturgjennomgangen vil danne bakteppe for videre diskusjon i oppgaven. I kapittel 5, der analysen og funnene presenteres, vil litteraturen som er presentert i dette kapitlet, brukes for å utfordre og diskutere denne studiens funn.

3.0 Teoretisk referanseramme

Sykepleie er et fag som bygger på mange ulike fagkunnskaper og fagtradisjoner, blant annet har både medisinske, naturvitenskaplige, samfunnsvitenskaplige, etiske og filosofiske fag sin berettigelse (Kim, 2011). Alle disse fagene bringer inn kunnskap som er vesentlig for de som utøver sykepleie, men yrket har en kjerne som er sykepleierens særegne funksjon i praksis. Virginia Henderson beskriver og definerer sykepleie og hva som er sykepleiens gjenstandsområde.

I de følgende avsnittene utdypes Virginia Hendersons teori om grunnleggende behov og sykepleiers særegne funksjon. Deretter redegjøres det for omsorgsteoretiker Kari Martinsens forståelse av omsorg innenfor sykepleie og faglig skjønn.

Virginia Henderson og Kari Martinsen har ulik forståelse av sykepleie, og disse to teoretikerne er til dels i konflikt med hverandre. Likevel vil jeg hevde at de kan utfylle hverandre og slik sett kan skape en helhetlig forståelse av sykepleie. Henderson henvender seg til sykepleiere på et mer konkret nivå enn Martinsen, som befatter seg mer med sykepleie på et filosofisk og idéhistorisk nivå. Imidlertid kan begge teoriene gjøre seg gjeldende i ernæringsarbeid, ettersom pasients behov for ernæring og sykepleie ikke bare dreier seg om et rent fysiologisk behov. Sykepleieres evne til å utøve omsorg ovenfor pasienten vil også gjøre seg gjeldende i ernæringsarbeid. Dette vil det bli redegjort for ytterligere i de følgende avsnittene.

3.1 Virginia Hendersons sykepleieteori

3.1.1 Definisjon av sykepleie og grunnleggende behov

I boka *Sykepleiens natur. Refleksjoner etter 25 år* (1998) er Henderson opptatt av å forklare, definere og avgrense hva som er sykepleierens særegne funksjon. Hun definerer sykepleierens særegne funksjon defineres slik (Henderson, 1998, s. 45):

«Sykepleiers enestående funksjon er å hjelpe mennesket, enten det er sykt eller friskt, til å utføre de handlinger som bidrar til helse, eller gjenvinning av helse (eller til en fredfull død), som han ville utført uten hjelp hvis han hadde hatt den nødvendige styrke, vilje eller kunnskap til dette. Og det er å gjøre dette på en måte som hjelper han til å bli selvstendig så raskt som mulig.»

Kirkevold (1998) hevder at Henderson understreker tre sentrale ideer i denne definisjonen.

For det første konkretiseres visse aktiviteter som må opprettholdes for at personen skal oppnå helse, helbredelse eller en fredfull død. For det andre hevder Henderson at personen normalt ville ivarettatt disse aktivitetene selv, men at han på grunn av nedsatt funksjon, kunnskap eller vilje ikke kan gjøre det. Til slutt peker Henderson på at målet med handlingene at personen skal gjenvinne selvstendighet, helse eller en fredfull død (ibid.).

Begrepet aktiviteter som brukes i definisjonen, kan forstås som ivaretagelsen av de grunnleggende behovene (Kirkevold, 1998). Sykepleierens særegne funksjon er med andre ord å hjelpe pasienten til å ivareta sine grunnleggende behov, og i denne funksjonen er hun enestående og selvstendig utøvende. De grunnleggende behovene som Henderson (1998, s. 46) identifiserer, er

1. å puste normalt
2. å spise og drikke tilstrekkelig
3. å kvitte seg med avfallsstoffer
4. å bevege seg og å innta en behagelig kroppsstilling
5. å sove og hvile
6. å velge passende klær – å kle av og på seg
7. å opprettholde normal kroppstemperatur ved å velge passende klær og regulere omgivelsene
8. å holde kroppen ren og velpleid og å beskytte hudoverflaten
9. å unngå farer i miljøet og å skade andre
10. å kommunisere med andre ved å uttrykke følelser, behov, frykt eller oppfatninger
11. å dyrke sin tro
12. å arbeide på en måte som styrker selvfølelsen
13. å koble av eller å delta i ulike former for rekreasjon
14. å lære, oppdage eller tilfredsstille den nysgjerrigheten som fører til normal utvikling og helse, og å benytte de helsetjenester som finnes

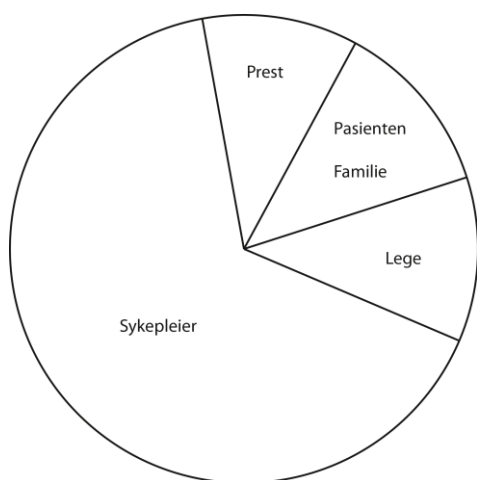
De åtte første behovene beskriver de fysiske aspektene pasienten kan trenge hjelp til, mens de resterende seks belyser pasientens psykososiale og åndelige behov. Behov nummer 2 er «å spise og drikke tilstrekkelig».

Henderson (1998) hevder altså at sykepleierens rolle og ansvar er å hjelpe eller tilrettelegge forholdene slik at pasienten selv klarer å spise og drikke tilstrekkelig. Videre peker hun på viktigheten av et behagelig og trivelig spisemiljø (Harmer og Henderson, 1939). Spisemiljøet blir fremhevet som sentralt både for pasientenes velvære under måltidene og for fordøyelsen. Sykepleierens deltakelse i måltidene fremheves som viktig. Det legges vekt på at sykepleieren som er til stede ved måltidene, bør forsøke å skape en positiv atmosfære.

Slik Henderson (1998) beskriver sykepleierens funksjon, er det et viktig trekk at sykepleieren er kontinuerlig i sin utøvelse. Det innebærer at sykepleieutøvelsen med utgangspunkt i de grunnleggende behovene foregår hele tiden, gjennom hele døgnet (ibid.).

Selv om sykepleierens særegne funksjon omfatter de fjorten grunnleggende behovene, har hun også andre funksjoner. Hun samarbeider med legen, og har i kraft av delegert ansvar en behandlende funksjon, for eksempel når legen i samråd med sykepleier bestemmer at det skal legges ned en ernæringssonde fordi pasienten spiser så lite (Henderson, 1998). I slike tilfeller

handler sykepleieren ut fra legens bestemmelse, og hun inngår dermed i den medisinske behandlingen av pasienten når hun foretar prosedyren med å legge ned sonden. Sykepleieren har en viktig rolle i behandlingsteamet rundt pasienten. Henderson (1998) illustrerer blant annet helsepersonellens og de pårørendes roller når pasienten er innlagt i en helseinstitusjon (se figur 2). Sykepleierens rolle i møte med pasienten vil variere fra avdeling til avdeling, og etter pasientens tilstand. Hvordan de forskjellige rollene til de ulike aktørene fordeler seg i møte med en eldre pasient i sykehjem, er illustrert i figur 2.



Figur 2 Sykepleiers rolle i møte med en eldre desorientert mann i sykehjem (Henderson, 1998, s. 50)

I sykehjem er sykepleieren den aktøren med den største «kakebiten» fordi det på sykehjem er flest oppgaver tilknyttet pleie og omsorg, ikke til helbredelse og behandling, som er legens funksjon. I dag vil sykepleierrollen, slik den fremstilles i figur 2, ivaretas av hjelpepleiere, helsefagarbeidere og ufaglærte, i tillegg til av sykepleier. Pasienten og hans familie vil alltid få en del av «kaken», selv om størrelsen kan variere (Henderson, 1998).

Sykepleieutøvelsen slik Henderson (1998) definerer og forstår den, er kompleks. Sykepleie anses som en slags erstatning for det pasienten «mangler» for å bli «hel» eller «fullstendig». Det innebærer at en pasient som ikke spiser tilstrekkelig, trenger sykepleie for nettopp å få i seg nok næring og væske, og på den måten enten oppnå selvstendighet, helse, gjenvinning av helse eller en fredfull død (ibid.).

3.1.2 En kritisk vurdering av Hendersons sykepleieteori

Henderson er en behovsteoretiker (Kirkevold, 1998), og hennes teori har blitt kritisert for å utelate pasientens opplevelse av sykdom og lidelse (Delmar, 2011). Det vil her redegjøres for hvorfor behovstilfredsstillelse ikke er nok for å utøve helhetlig sykepleie i forbindelse med ernæringsarbeid

i sykehjem. Sykepleieutøvelsen foregår i møte med sårbare mennesker, og det vil derfor være et møte med etiske og eksistensielle livsfenomener (Delmar, 2011).

Når et menneske får en sykdom eller en funksjonssvikt, uavhengig av alder, kan det oppleves som et tap – menneskets rolle forandres og livsutfoldelsen begrenses (Delmar, 2011). Pasientene som blir innlagt i en langtidsavdeling, kan på lik linje med andre brukere av helsetjenesten oppleve dette. Pasienten må venne seg til en ny situasjon og til et liv i institusjon. Det forutsetter at pasientens livsmot og håp blir ivaretatt, hvis ikke kan det skapes en opplevelse av håpløshet og fortvilelse (Delmar, 2011). For å imøtekomme pasientens opplevelse av situasjonen må sykepleierens oppmerksomhet være rettet mot mer enn å tilfredsstille hans behov (Alvsvåg, 2010). Sykepleien må være rettet mot livsfenomener på lik linje med behovstilfredsstillelse (Delmar, 2011). Som eksempel kan nevnes en pasient som spiser lite på grunn av dårlig matlyst. Hvis sykepleieren utelukkende møter pasienten med tiltak for å få ham til å spise, fordi tilførsel av mat er et grunnleggende fysiologisk behov, så vil hun kunne overse pasientens opplevelse og reaksjon på sin situasjon.

3.2 Livsfenomener

Begrepet livsfenomener kan forstås på ulike måter, blant annet hevder Delmar (2011) at det er synonymt med Løgstrups begrep «livsyttringer». Med utgangspunkt i Løgstrup og Feileberg beskriver Delmar (2011) to ulike fundamenter i livsfenomenene. Livsfenomene kan her forstås som enten eksistensielle eller etiske. Videre kan de eksistensielle livsfenomenene både være livsbefordrende og livsinnskrenkende. For å tydeliggjøre de ulike livsfenomenene kan de grupperes på følgende måte:

- *Etiske livsfenomener*: medfølelse, avhengighet, makt, avmakt
- *Livsbefordrende livsfenomener*: håp, livsmot, livsglede
- *Livsinnskrenkende livsfenomener*: ensomhet, håpløshet, avmakt, sårbarhet, lengsel

Det eksisterer flere livsfenomener, men alle er ikke nevnt i den overstående oversikten. Vi ser imidlertid at noen av fenomenene er nevnt flere steder. Dette henger sammen med at det i utgangspunktet er vanskelig å lage en klar kategorisering av hva som er eksistensielle og etiske livsfenomener. Hva som til enhver tid er livsbefordrende og livsinnskrenkende kan variere fra situasjon til situasjon. Livsfenomener må bli forstått som grunnleggende erfaringer med å være menneske og det meningsbærende i den menneskelig livsførselen (ibid.). Slik sett er både behov og livsfenomener noe som hører livet til og som er med å definere og gi livet innhold.

3.2.1 Sykepleie, ernæringsarbeid og livsfenomener.

Det kan være legitimt å spørre hvorfor livsfenomener er sentrale for sykepleie og ernæringsarbeid i langtidsavdeling. Først og fremst er det nødvendig å påpeke at et behov som å spise og drikke tilstrekkelig (Henderson, 1998) er et bevisst behov som kommer til uttrykk gjennom en mangelopplevelse (Delmar, 2011). Behovet for mat og drikke kan i utgangspunktet kun tilfredsstilles gjennom en målrettet aktivitet, inntak av mat og drikke, og da vil mangelopplevelsen forsvinne. Utfordringene knyttet til livsfenomene er at de lett kan overses, med mindre sykepleier er lydhør og opptatt av hvordan pasienten har det og hva som er viktig for ham (ibid.). En måltidssituasjon krever at sykepleieren er lydhør og sanselig til stede utover det å kartlegge og ivareta pasientens grunnleggende behov. Sanselighet dreier seg i denne sammenheng om å være til stede med hele seg og å anerkjenne og se pasientens situasjon slik den oppleves for ham selv. At sykepleieren er sanselig i sitt møte med pasienten, er en forutsetning for at hun skal forstå ham og de livsfenomenene han uttrykker (Delmar, 2011). Et eksempel kan være en pasient som ikke klarer å spise selv, men må mates. En slik situasjon kan gi pasienten følelse av avmakt. Hvis sykepleieren kun ser pasientens behov for å få i seg næring, og ikke samtidig sanser at pasienten kan oppleve det som lite verdig og føle avmakt ved å bli matet, vil hun ikke være i stand til å få øye på de livsfenomenene som uttrykkes, og dermed ikke kunne handle deretter heller (ibid.).

For å forstå begrepene livsfenomen og sansing er det nærliggende å sette begrepene inn i en videre teoretisk referanseramme. Delmar (2011) baserer mye av sine tanker på omsorgsteori, særlig på omsorgsteoretiker Kari Martinsens forståelse av omsorg. Sanselighet slik Delmar (2011) beskriver begrepsinnholdet, kan også forstås i samme referanseramme som begrepet skjønn. Videre utgjør omsorg en forutsetning for skjønn (Martinsen, 2005). Det er derfor sentralt å redegjøre for begrepene omsorg og skjønn, og deres plass innenfor sykepleie og ernæringsarbeid.

3.3 Kari Martinsens omsorgsteori

Martinsen (2003) beskriver omsorg som et ontologisk fenomen. Det innebærer at hun anser omsorg som noe grunnleggende i alle menneskers liv. Ifølge Martinsen (2003) er alle mennesker født med en fundamental avhengighet av andre mennesker, som særlig blir tydelig når mennesket rammes av sykdom eller lidelse. «Motsvaret» på denne avhengigheten karakteriseres som omsorg. Siden omsorgen er et svar på den andre parts avhengighet, blir omsorg i denne sammenheng et relasjonelt begrep. I møte med pasienten er det sykepleieren som utøver omsorg, ettersom pasienten er avhengig av sykepleieren (ibid.).

I relasjonen mellom pasient og sykepleier er det to forutsetninger som må være til stede for at omsorgen ikke skal utarte, slik at sensitiviteten forsvinner. For det første må det være en autoritetsstruktur i relasjonen mellom pasient og sykepleier. Sykepleieren innehar den

fagkunnskapen som situasjonen krever, noe pasienten mangler. For det andre må det være en svak paternalisme som er overordnet pasientens autonomi, til stede (Rossel, 1985, her fra Martinsen, 2005). Den svake paternalismen skal være overordnet pasientens autonomi fordi pasientens rett til selvbestemmelse kan komme i konflikt med sykepleierens ansvar for å utøve omsorg. Sagt på en annen måte kan autonomien føre til en ansvarsfraskrivelse fra sykepleierens side. Dette må imidlertid ses ut fra Martinsens (2005) kollektivistiske menneskesyn; hun påpeker at det å respektere den andre bare er mulig i personrelasjoner, ikke som alenestående, autonomt individ (Martinsen, 2005, s. 146). Samtidig er det en forutsetning for den svake paternalismen at sykepleiers hensikt alltid er å gjøre det beste for pasienten. Det innebærer at hvis det beste for pasienten er å delta i beslutningsprosessen om egen pleie, skal sykepleier legge til rette for det. For å finne ut hva som er best for pasienten, må sykepleieren bruke sitt faglige skjønn (Martinsen, 2005), som jeg kommer tilbake til på side 39.

3.3.1 Ulike former for omsorg

Martinsen (2003) skiller mellom to ulike typer omsorg: vekstomsorg og vedlikeholdsomsorg.

Vekstomsorg er den omsorgen sykepleier gir til pasienter som vil bli eller som er forventet å bli selvhjulpne. *Vedlikeholdsomsorgen* utøves først og fremst overfor pasienter som ikke kan bli selvhjulpne (ibid.). Utøvelse av vedlikeholdsomsorg er mest aktuelt i langtidsavdelinger, der pasientene ofte har behov for pleie fordi de er sterkt svekket av sykdom og alder, og målet først og fremst er å gi omsorg. Vekstomsorg vil i større grad dominere i for eksempel en kirurgisk avdeling, der pasienten i mange tilfeller trenger hjelp og omsorg i en avgrenset periode, og målet er at pasienten skal bli selvhjulpne.

Ifølge Martinsen (2005) inneholder omsorgsbegrepet tre dimensjoner: relasjonelle, praktiske og moralske.

3.3.1.1 Den relasjonelle dimensjon

Omsorgens relasjonelle dimensjon kjennetegnes ved at det eksisterer et mellommenneskelig forhold, for eksempel mellom pasient og sykepleier. Martinsens menneskesyn preges av en kollektivistisk tradisjon, der mennesket må ses i relasjon til andre og ikke bare som et isolert individ (Martinsen, 2005). Forholdet mellom sykepleier og pasient er basert på verdier som gjensidighet, solidaritet og respekt for den andre. Omsorgsyter, i dette tilfellet sykepleieren, har utviklet en forståelse for den andres, pasientens, situasjon (Martinsen, 2005). Å utøve omsorg er ifølge Martinsen (2003) en ikke-selvisk handling, det vil si at den sykepleieren som utøver omsorg overfor en pasient i langtidsavdeling, ikke forventer at pasienten skal bli selvhjulpne som en følge av

omsorgen, men heller at pasientens ressurser bevares gjennom god sykepleie. I møte med denne pasientgruppen vil omsorgen i seg selv være et mål.

En forutsetning for omsorg er tillit. Tillit er en livsytring som vi er født med (Martinsen, 2003, 2005, 2012; Delmar, 2006, 2010), og som vi har inntil vi opplever mistillit. Pasienten som er avhengig av sykepleiers hjelp, må ha tillit til at han får den hjelpen han trenger. Usikkerhet i relasjonen mellom pasient og sykepleier vil gi grobunn for mistillit (Martinsen, 2005; Alvsvåg, 2010).

3.3.1.2 Den praktiske dimensjonen

Omsorg vises ifølge Martinsen (2003, 2005) gjennom praktiske handlinger. Den praktiske utøvelsen skal ta utgangspunkt i pasientens tilstand og behov for hjelp. Gjennom handlingene skal sykepleier underbygge pasientens autonomi, det vil si at omsorgsyter ikke skal umyndiggjøre den hjelpetrengende (Martinsen, 2005). Handlingene har dessuten konkrete mål om å lindre eller hjelpe pasienten, det vil si at omsorgsyter strekker seg lenger enn å synes synd på eller føle med mennesket som lider (ibid.).

3.3.1.3 Den moralske dimensjon

Den moralske dimensjonen kommer til uttrykk gjennom hvordan omsorgsyter utfører sitt arbeid (Martinsen, 2005). Moralen er sentral i sykepleieres forvaltning av makt og avhengighet (Martinsen, 2003). Siden sykepleieren alltid vil ha kunnskaper som pasienten ikke har, vil det ifølge Martinsen (2005) alltid være en autoritetsstruktur i relasjonen mellom sykepleier og pasient. Relasjonen vil derfor være asymmetrisk og være preget av en svak paternalisme (Martinsen, 2005). En asymmetrisk relasjon krever at sykepleieren anerkjenner pasienten som et autonomt individ med rett til selvbestemmelse, og derfor er moralen sentral i omsorgsutøvelsen. Den svake paternalismen som Martinsen (2005) beskriver, bør forstås som sykepleierens ønske om å hjelpe hver enkelt pasient og samtidig hindre ham i å skade seg.

3.3.2 Omsorgens ufordring

Tillit er, som tidligere nevnt, en forutsetning for omsorg. Å vise tillit til den andre er til dels å utlevere seg selv (Martinsen, 2005). I utleveringen ligger det en antakelse om at den andre tar imot tilliten og foretar seg noe (Delmar, 1999). Det finnes to muligheter for å ivareta tilliten, enten å ta vare på den andre eller å bryte tillitsforholdet. Tilliten kan brytes ved at den andre for eksempel svarer på vår tillit med likegyldighet eller latterliggjøring, og da kan det oppstå mistillit. Vi blir da ikke ivaretatt av den andre, og den andre er ikke verdig vår tillit (Martinsen, 2005).

Videre er det en forutsetning for tillit og omsorg at sykepleieren er oppriktig interessert i pasienten og har til hensikt å hjelpe ham på best mulig måte. Likeledes kreves det en form for «utleverthet» fra sykepleier for at hun skal kunne sette seg inn i pasientens situasjon. Utleverthet kan forstås som en form for «sensitivitet, sårbarhet, emosjonell involvering» (Martinsen, 2005, s. 145). Samtidig står sykepleier og pasient i et potensielt dilemma mellom åpenhet (som kan gi sårbarhet) og beskyttelse i en sosial relasjon. Dette dilemmaet kan føre til overtramp og misbruk av omsorg fra sykepleiers side (ibid.).

I hovedsak er det to muligheter for overtramp fra sykepleiers side; omsorgen kan bli enten sentimental eller sterk paternalistisk. Dersom sykepleieren setter egne følelser i sentrum, blir omsorgen sentimental. Sykepleieren mister fokus i situasjonen fordi hun lar seg styre av egne følelser, og utgangspunktet for hennes omsorg er ikke lenger pasientens opplevelse av sin lidelse. En sterk paternalistisk omsorg vil på den annen side frata pasienten muligheten til å delta i prosessen omkring egne livsmuligheter. Sykepleieren ikler seg selv rollen som «bedreviter» og «formynder» overfor pasienten. Både sentimental omsorg og sterk paternalistisk omsorg kan forårsake likegyldighet, og kan forklares som utartet omsorg, som igjen fører til manglende sensitivitet i omsorgen og mistillit (Martinsen, 2005).

3.4 Skjønn i sykepleie

Skjønn i sykepleie har vært gjenstand for grundig forskning av ulike teoretikere (Hanssen et al., 2010). Skjønnnet benyttes i ulike kontekster, blant annet velger noen å omtale det som faglig skjønn (Grimen og Molander, 2008), mens andre kaller det moralsk skjønn (Nortvedt, 2006) eller klinisk skjønn (Alvsvåg, 2002). Det finnes ulike forklaringer på hva skjønn er, men flere teoretikere har benyttet Aristoteles' forklaring (Martinsen, 1993; Barbosa da Silva og Lungquist, 2000; Alvsvåg, 2010). Aristoteles (1980, her fra Alvsvåg, 2010) skiller mellom kunnskapssøylene *erfaringsbasert kunnskap*, *teoretisert praksis* og *vitenskapelig kunnskap*. Mellom disse ulike kunnskapssøylene finnes ulike formidlende instanser som skaper en sammenheng mellom kunnskapsformene og de konkrete situasjonene. Skjønn tilhører de formidlende instansene, og et godt skjønn kan sies å være den riktige bedømmelsen av hva som er rett i en praktisk situasjon (Alvsvåg, 2010). Martinsen (1993) tar utgangspunkt i denne forklaringen av begrepet skjønn i sykepleie.

3.4.1 Skjønn i Martinsens omsorgsteori

Martinsen (2000) benytter begrepet «personorientert profesjonalitet» for å forklare skjønnsutøvelsen i sykepleien. Skjønnsutøvelsen dreier seg om aktelse for livet, faglighet og normer og ettertenksomhet. Den personorienterte profesjonaliteten dreier seg om å være engasjert og å ville investere noe av seg selv i møtet med den andre, og om å gjøre sitt ytterste for å hjelpe eller pleie

den andre (ibid.). Videre kan skjønnets sies å bestå av både naturlig sansing og fagkunnskap. Disse står i et positivt spenningsforhold til hverandre (Martinsen, 1993). Den naturlige sansingen dreier seg om at sykepleieren bruker alle sine sanser i møte med pasienten, det vil si syn, hørsel, lukt, smak og berøring (ibid.). Samtidig er det ikke nok å bare bruke sansene, de må brukes på en god måte. Sykepleierens hensikt må være å gjøre det beste for pasienten, og hun må være oppmerksom ovenfor hans opplevelse og uttrykk (Martinsen, 2005).

Den naturlige sansingen danner bakteppet for den faglige forståelsen. Med utgangspunkt i det sykepleieren sanser, bruker hun sine fagkunnskaper (Austgaard, 2002). Martinsen (2000) forklarer sammenhengen mellom fagkunnskap og sansing på følgende måte: «Hun ser og ser etter ut i fra faglig innsikt. Initiativet er vendt til den profesjonelles øyne. Kunnskapene innleiret i kroppen uttrykker seg i profesjonsøyet (med blikket).» (Martinsen, 2000, s. 26). I sykepleierens utdanning ligger fagligheten, hun er utdannet for å hjelpe (ibid.). Kunnskap dreier seg imidlertid også om erfaring. Martinsen (2005) peker på den faglige dyktige sykepleieren som handler ut fra intuisjon, nettopp fordi hun ser løsningen på forhånd. Det har sammenheng med lang erfaring fra liknende situasjoner, som gjør sykepleieren i stand til å identifisere og gjenkjenne mønstre i situasjonene. Ifølge Aristoteles (1980, her fra Barbosa da Silva og Ljungquist, 2000) utvikler praktikerens skjønn gjennom øvelse og vane, noe som gjør at vi kan resonnerer analogisk i den gitte situasjonen. Erfaring i bruk av skjønn gjør sykepleieren i stand til å individualisere pleien ut fra den gitte situasjonen (Martinsen, 2005). Gjennom sitt arbeid med pasienter med ernæringsproblemer vil sykepleieren utvikle en erfaring som danner grunnlag for å «skjønne» ulike pasienters behov for en tilrettelegging av måltidssituasjonen.

Utøvelse av skjønn foregår alltid i konkrete situasjoner. Sykepleierens skjønn er basert på en analyse av situasjonen og en emosjonell involvering, slik at hun på den måten kan overveie ulike handlingsalternativer. Den skjønnsmessige vurderingen er å velge det handlingsalternativet som er til det beste for pasienten i den gitte situasjonen. Det at sykepleier foretar en faglig vurdering av hva som er best for pasienten, innebærer at hun handler ut fra en svak paternalisme. Det er samtidig sentralt at sensitiviteten i relasjonen mellom sykepleier og pasient ivaretas, slik at begge parter har status som deltakere. Hvis sensitiviteten ikke ivaretas, vil det kunne føre til en *sterk* paternalistisk omsorg (Martinsen, 2005).

Bruk av skjønn bidrar til å gjøre sykepleien individuell, i form av at den ikke er preget av rutiner eller regler. Fordi omsorg og skjønn er to fenomener som forutsetter hverandre, er skjønnets videre en sentral del av sykepleien. Sensiviteten i relasjonen mellom pasient og sykepleier fordrer skjønn. Som nevnt over kan omsorgen utarte, og i en slik situasjon vil sykepleierens skjønn ha betydning for at omsorgen verken blir sentimental eller sterk paternalistisk (Martinsen, 2005). Skjønnets kan ha

et moralsk aspekt når det brukes ansvarlig i møte med pasienten, og sykepleier kan legge til rette for at pasienten kan være med på å definere sin egen situasjon.

3.5 Oppsummering av teoretisk referanseramme

Utgangspunktet for denne studien er to ulike sykepleiefaglige teorier. Hendersons teori om grunnleggende behov definerer og beskriver sykepleierens særegne funksjon og ansvar innenfor ernæringsarbeid. Delmar peker imidlertid på at tilfredsstillende av grunnleggende behov ikke er tilstrekkelig for at pasientens skal motta god sykepleie. Dette vil gjelde også innenfor ernæringsarbeid. Ernæringsarbeid handler om mer enn det rent fysiologiske behovet for næring. Med utgangspunkt i Delmar har vi sett at matning kan føre til avmaktsfølelse hos pasienten dersom ikke sykepleier er lydhør og sanselig ovenfor avmaktens uttrykk. Likeledes kan sykepleieren underbygge pasientens opplevelse av livsglede ved å fremme det sosiale fellesskapet rundt måltidet. Slik sett kan vi si at måltidssituasjoner krever at sykepleier er lydhør og sanselig ovenfor disse og øvrige livsfenomener.

Slik Martinsen presenterer omsorgsbegrepet og skjønnet, har de et fundament i livsfenomenene. I ernæringsarbeidet kreves således et faglig skjønn for å vurdere hva den enkelte pasient trenger hjelp til i den konkrete situasjonen. På bakgrunn av sitt faglige skjønn kan sykepleieren prioritere ulike handlingsalternativer for å bedre pasientens ernæringsstatus. Ifølge Martinsen vil særlig vedlikeholdsomsorgen gjøre seg gjeldende i sykehjem og helsehus. For å ivareta pasientens ernæringsstatus må sykepleieren utøves i tråd med omsorgens tre dimensjoner: den praktiske, den relasjonelle og den moralske.

Temaet i denne studien er å undersøke sykepleieres opplevelse av ernæringsarbeid i langtidsavdelinger. Henderson understreker sykepleierens særegne funksjon i å hjelpe pasienten til å ivareta sitt grunnleggende behov for mat og drikke. Delmar og Martinsen utfyller dette perspektivet gjennom å rette søkelyset på hvordan livsfenomener og omsorg overskrider grunnleggende behov.

4.0 Metode

I dette kapitlet presenteres og begrunnes de metodologiske valg som er foretatt underveis i studien. Først blir det redegjort for metodevalg og forskningsdesign. Deretter gjennomgås valg foretatt med tanke på utvalgsstrategi og utvalg. I den siste delen av kapitlet blir etiske utfordringer belyst og diskutert.

4.1 Kvalitativ metode

I studien er det brukt kvalitativ metode for å besvare problemstillingen «Hvordan opplever sykepleiere å arbeide med ernæring i langtidsavdeling i sykehjem?» Kvalitativ metode egner seg som forskningsstrategi ved utforskning av menneskers opplevelser og erfaringer (Dalen, 2004; Kvale og Brinkmann, 2009; Malterud, 2011), og det var naturlig å velge denne metodiske innfallsvinkelen.

4.1.1 Semistrukturerte individuelle intervjuer

Fokuset i studien er sykepleieres «*opplevelse av å arbeide med ernæring*» i sykehjem. For å få informasjon om hvordan sykepleiere opplever og erfarer å arbeide med ernæring, har jeg valgt å bruke delvis strukturerte individuelle intervjuer siden denne tilnærmingen gir en god tilgang til informantenes livsverden (Kvale og Brinkmann, 2009; Thagaard, 2009; Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2010). Livsverden forstås her som hvordan sykepleierne opplever sin arbeidshverdag i forhold til ernæring (Dalen, 2004; Kvale og Brinkmann, 2009). En annen årsak til å samle inn data ved hjelp av semistrukturerte, kvalitative individuelle intervjuer er at mye av den eksisterende forskning som er foretatt på samme temaområde, har benyttet spørreskjemaer (Rasmussen et al., 1999; Hofseth og Norvoll, 2003; Mowe et al., 2008). Kvalitative individuelle intervjuer er slik sett en mindre benyttet metode for å innhente kunnskap om sykepleieres opplevelse av ernæringsarbeid, og jeg ønsket å nærme meg problemstillingen på en annerledes måte enn det som har blitt gjort i tidligere forskning. Semistrukturerte intervjuer ble valgt fremfor strukturerte fordi det var ønskelig å bevare fleksibiliteten i intervjusituasjonen. Thagaard (2009) fremhever fleksibilitet som sentralt fordi intervjuer da kan knytte spørsmålene opp til den enkelte informants forutsetninger.

4.2 Utvalgsstrategi

For å kunne gjennomføre prosjektet og for å kunne ta kontakt med sykehjemmene ble først enhetsleder for service og internkontroll i fylkeskommunen kontaktet. Kontakten ble opprettet gjennom en e-post, der jeg ba om tillatelse til å gjennomføre prosjektet i kommunen og til å

kontakte sykehjemmene ved avdelings-/enhetsleder. I forespørselen ble prosjektbeskrivelsen og intervjuguiden lagt som vedlegg. Tillatelsen fra fylkeskommunen ble gitt via e-post. Når tillatelsen til gjennomføring av prosjektet i fylkeskommunen forelå, ble det sendt brev til to sykehjem. Brevene ble sendt til leder for sykepleietjenesten, altså var de adressert til avdelingsleder eller enhetsleder ved de aktuelle langtidsavdelingene i sykehjemmene (se vedlegg 1). I brevene ba jeg om avdelings-/enhetsleders tillatelse til å gjennomføre prosjektet. Brevene var vedlagt informasjonsskriv og samtykkeerklæring til informantene (se vedlegg 2). Avdelings-/enhetsleder ble forespurt om å dele ut informasjonsskrivene til de sykepleiere som oppfylte inkluderingskriteriene, og jeg opplyste om at jeg ville ta kontakt med avdelings-/enhetsleder etter at brevet var mottatt. Denne kontakten ble tatt per telefon ca. ni dager etter at brevene til sykehjemmet og helsehuset ble sendt. Hensikten med å ringe avdelingslederne var å høre om de hadde noen spørsmål, samt å minne dem på prosjektet. Både sykehjemmet og helsehuset som ble kontaktet, var interessert i å delta i prosjektet. Avdelingsleder ga informasjonsskrivet til aktuelle sykepleiere som oppfylte inkluderingskriteriene. Hensikten var at sykepleierne som ønsket å delta i studien, skulle kontakte undertegnede direkte, enten på telefon eller via e-post. Det som imidlertid skjedde, var at avdelingslederne avtalte med informantene og deretter kontaktet meg. Ettersom dette ble vurdert å svekke informantenes anonymitet ovenfor ledelsen ved institusjonene, ble det diskutert med saksbehandler i Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). I samråd med saksbehandler ble det bestemt at informantene fortsatt kunne delta, men at det var viktig å tydeliggjøre for informantene at ledelsen visste om deltakelsen.

4.3 Utvalg

Det var i utgangspunktet åtte informanter som ble forespurt om å delta i studien. Én av informantene trakk seg imidlertid før intervjuet ble foretatt. Utvalget besto dermed av syv informanter fra to forskjellige institusjoner. Tre av informantene kom fra et sykehjem, mens de resterende fire kom fra et helsehus. Ifølge Malterud (2011) er det sentralt å unngå et homogent og tilfeldig utvalg i kvalitative studier, ettersom det kan svekke resultatenes gyldighet. Det er altså viktig å sikre variasjon i utvalget og samtidig avgrense det. For å sikre variasjon i utvalget ble derfor informantene hentet fra to forskjellige helseinstitusjoner. Sykepleierne fra sykehjemmet arbeidet i tre forskjellige langtidsavdelinger, mens de fire informantene fra helsehuset var fordelt på to ulike avdelinger. For å avgrense utvalget ble det fastsatt noen kriterier for å kunne inkluderes i studien. Sykepleierne måtte oppfylle følgende kriterier for å kunne delta: jobbet fast eller hatt et vikariat på over ett år ved de aktuelle avdelingene, ha minimum 50 % stilling og arbeide i enten todelt eller tredelt turnus. Det vil si at tilkallingsvakter og sykepleiere fra vikarbyrå i kortvarige vikariater ikke ble inkludert i studien, og heller ikke sykepleier som kun jobbet natt. Denne avgrensningen er gjort

fordi det var ønskelig å intervju sykepleiere som kjente rutinene, pasientene og ansvarsfordelingen i avdelingen. Nattsykepleiere ble ikke inkludert ettersom de i liten grad forholder seg til ernæring, kosthold og måltider. Videre var det et krav om at alle informantene som ble inkludert, arbeidet i en langtidsavdeling. Dette ønsket baserte seg på at hovedtyngden av plasser i sykehjem og helsehus er langtidsplasser (Hauge, 2008). Videre kan pasientenes tilstand og målene med sykepleien være annerledes i en spesialavdeling enn i en langtidsavdeling. I en korttidsavdeling, der pasientene bare er i et begrenset tidsrom, har ikke sykepleierne nødvendigvis samme fokus på ernæring.

For å ivareta anonymiteten er alle informantene i denne studien omtalt som «hun» eller «henne». En presentasjon av kjønns sammensetningen i utvalget ville gjort det mulig for en tredje part å identifisere noen av informantene.

4.4 Intervjuguide

Intervjuguiden er delt opp i fire deler/avsnitt med utgangspunkt i Johannessen, Tufte og Christoffersens (2010) oppdeling i introduksjonsspørsmål, nøkkelspørsmål, personlige spørsmål og avslutning (se vedlegg 3). Hensikten var altså å gå fra åpne og assosiasjonsskapende spørsmål, via mer utdypende og personlige spørsmål som ga tilgang på viktig informasjon i forhold til problemstilling, før det til slutt foretatt en avslutning (ibid.). Noen av spørsmålene i intervjuguiden er basert på spørsmålene til Hofseths og Norvolls (2003) SINTEF-rapport «Kommunehelsetjenesten – gamle og nye utfordringer. En studie av sykepleietjenesten i sykehjem og hjemmesykepleien». De øvrige spørsmålene ble laget ut fra tidligere forskning og litteratur, og følgelig hva jeg ønsker å redegjøre og drøfte i studien. I det første avsnittet ble det stilt introduksjonsspørsmål, og det ble bevisst fokusert på at ingen av spørsmålene kunne betegnes som personlige eller sensitive. Det første spørsmålet: «*Hvilke tanker gjør du deg om sykepleie og ernæring?*» er ment som et assosiasjonsskapende spørsmål, der informanten kunne reflektere rundt og påbegynne en tankeprosess om nettopp sykepleie og ernæring. I det andre avsnittet går spørsmålene over i nøkkelspørsmål. Det var her ønskelig å få kunnskap om informantenes opplevelse av ansvar og roller innenfor ernæringsarbeidet i avdelingen. Blant annet ble det stilt spørsmål om sykepleierens erfaring med tverrfaglig arbeid, og hvorvidt sykepleieren føler et særegent ansvar for pasientens ernæring. Hensikten var å få vite hvorvidt informantene opplever ernæringsbehovet til pasientene som en sentral del av deres ansvarsområde, samt hvilke tanker, erfaringer og opplevelser de har med dette ansvaret. De to siste avsnittene av intervjuguiden omhandler sykepleiernes opplevelse av egen praksis. Spørsmålene dreier seg blant annet om hvordan informantene opplever å iverksette ernæringsspesifikke tiltak, og hvordan de opplever egen praksis. Hensikten med spørsmålene var å innhente kunnskap om informantenes erfaringer fra egen praksis og hvordan de vurderer egen utøvelse av sykepleie relatert til ernæring. Videre ble det stilt spørsmål om hvordan informantene, i

en ideell verden, ville ivaretatt pasientens behov for ernæring. Disse spørsmålene ble vurdert til å være av mer personlig karakter enn de øvrige spørsmålene, og ble derfor i henhold til Johannessen, Tuft og Christoffersens (2010) anbefaling stilt mot slutten av intervjuet. Avslutningsvis fikk informantene mulighet til å utdype, tilføye eller konkretisere utsagn eller meninger, hvis de ønsket det. I avslutningen av alle intervjuene ble informantene oppfordret til å komme med tilbakemeldinger på spørsmålene eller andre forhold ved intervjuet (Johannessen, Tuft og Christoffersen, 2010). Det ble imidlertid gitt lite tilbakemeldinger direkte på spørsmålene, og informantene brukte heller anledningen til å reflektere rundt temaet. Det ble likevel foretatt en kontinuerlig evaluering av intervjuguidens spørsmål, og etter gjennomføring av tre intervjuer ble det foretatt en foreløpig analyse av datamaterialet. Malterud (2011) anbefaler å foreta en slik foreløpig analyse. Analysen ble brukt for å vurdere utvalget av informanter, men også for å vurdere det innsamlede datamaterialet. Etter den foreløpige analysen ble følgende spørsmål tilføyd i intervjuguiden: «Hva er din opplevelse av måltidene?», «Diskuterer dere ernæring mye innad i pleiegruppen? I så fall hva?» og «Tror du det er noen forbedring av ernæringsstatus med mange sykepleiere på jobb?» Disse spørsmålene ble føyd til fordi de tre første informantene mente de temaene disse spørsmålene representerte, hadde betydning for deres opplevelse av ernæringsarbeid. Ettersom de tre første informantene hadde fortalt om de nevnte temaene, ble det vurdert som unødvendig å foreta nye intervjuer med dem.

I tråd med Dalens (2004) og Malteruds (2011) anbefalinger ble det foretatt prøveintervjuer for å teste intervjuguiden. Intervjuene ble prøvd ut på to sykepleiere som ikke inngikk i utvalget. De ga tilbakemeldinger både på spørsmålene i intervjuguiden og på oppbygningen av intervjuguiden, og det ble foretatt endringer i tråd med tilbakemeldingene. I tillegg ga de to prøveintervjuene mulighet til å trene på intervjuerrollen, og på den måten kunne undertegnede stille bedre forbredt ved de «ordentlige» intervjuene.

4.5 Gjennomføring av intervjuene

Intervjuene ble gjennomført i løpet av mars 2012, og de varte mellom 60 og 108 minutter. Alle intervjuene ble foretatt i sykehjemmets og helsehusets lokaler i sykepleiernes arbeidstid. Ett av intervjuene ble foretatt om kvelden ettersom den aktuelle informanten hadde aftenvakt den dagen. De øvrige intervjuene ble gjort enten om morgenen eller om formiddagen.

I sykehjemmet ble avdelingenes pauserom benyttet; i helsehuset benyttet vi et konferanserom utenfor avdelingene. Alle rommene som ble benyttet til intervjuene, var i utgangspunktet rolige, og det var mulighet til å lukke igjen døren.

I forkant av intervjuene mottok informantene skriftlig informasjon, og den mest sentrale informasjonen om oppgaven ble gjentatt muntlig før intervjuet startet. Dette ble gjort for å sikre at

informantene var tilstrekkelig informert om prosjektet, og for at de skulle få anledning til å stille spørsmål om noe var uklart. I den muntlige informasjonen ble det også understreket at ledelsen i dette tilfellet kjente til informantenes deltakelse. Flere av informantene hadde deltatt i ulike forskningsprosjekter, både i individuelle semistrukturerte intervjuer og i fokusgrupper. Det bidro nok til at det ikke ble stilt så mange spørsmål før vi begynte, bortsett fra spørsmål om det skulle foretas noe oppfølningsintervju, noe som ble avkrefet av intervjuer.

Informantene ble spurt om tillatelse til å ta opp intervjuet på bånd. Ingen av informantene motsatte seg bruk av båndopptaker.

Intervjuene forløp uten store problemer. I to av intervjuene inntraff det imidlertid avbrytelser underveis, men i begge tilfellene ble avbrytelsene vurdert som små. Informantene hadde ikke problemer med å fullføre sine resonnementer, og det ble derfor vurdert at avbrytelsene hadde liten eller ingen betydning for kvaliteten på innsamlede data.

I utgangspunktet var det planlagt å ta notater underveis i intervjuet, for å kunne skrive ned oppfølgingsspørsmål til informanten, slik blant annet Thagaard (2009) anbefaler. I løpet av det første intervjuet ble imidlertid informanten tilsynelatende stresset av at jeg skrev ned stikkord. Jeg valgte derfor å avbryte skrivingen og unnlot også å gjøre det i de resterende intervjuene.

4.6 Dataanalyse

4.6.1 Transkribering

Alle intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert i etterkant. Intervjuene ble i hovedsak transkribert fortløpende etter hvert intervju. Transkriberingen ble, på lik linje med intervjuene, foretatt av studenten, slik Malterud (2011) anbefaler, ettersom det kan styrke kvaliteten av analysen. Transkriberingsprosessen var også viktig for å bli ytterligere kjent med stoffet, og det ble allerede da notert ned utsagn og ord som tilsynelatende utmerket seg. Det ble samtidig tatt høyde for at kontakten med datamaterialet kunne innebære at undertegnede satte sine spor i teksten, noe som igjen kunne påvirke meningen (ibid.).

Et sentralt prinsipp gjennom både transkriberingen og analyseprosessen har vært at det er informantens synspunkter, erfaringer og opplevelser som skal komme frem (Dragset og Ellingsen, 2010). Det har derfor vært viktig å være tro mot det informanten har sagt, og presentere dette på best mulig måte, og samtidig ivareta kravet om anonymitet, pålitelighet og gyldighet (Malterud, 2011). For å ivareta kravet om informantens anonymitet har jeg valgt å skrive om dialekt til bokmål, slik at deltakerne ikke kan identifiseres gjennom språklig særpreg. Informantene omtales konsekvent som NN i transkripsjonene, mens intervjuer er IN. I de tilfellene informantene henviste

til stedsnavn eller egennavn, har disse blitt skrevet om i en aidentifiserende form. For eksempel omtales ikke institusjonene ved sitt egentlige navn, men bare som «sykehjemmet» og «helsehuset».

Transkripsjonene er til dels en direkte nedskrivning av det informantene har sagt, men enkelte ord er utelatt. Eksempelvis er ikke pauseord som «ehm» og «hm» tatt med i transkripsjonen, ettersom disse ikke ble vurdert til å ha betydning for analysen. De gangene informantene tenkte seg om eller stoppet å prate, er markert i teksten med parentes med punktum inni – mange punktum ved lang pause, få punktum ved kort pause. Likeledes har det blitt anmerket i teksten hvis informanten ler, prater høyere eller lavere; dette er skrevet direkte inn i transkripsjonen. I etterkant av intervjuene ble det i enkelte tilfeller notert ned spesielle stemninger og ikke-verbale reaksjoner hos informanter; disse observasjonene ble skrevet inn i transkripsjonene.

Kvaliteten på lydfilene var gode, og det har i liten grad vært et problem at det informanten har sagt, har vært utydelig. Imidlertid har det i visse tilfeller vært utfordrende å forstå hva informantene har ment med noen bestemte ord. I de intervjuene det har vært et problem, har det blitt markert i teksten.

4.6.2 Systematisk tekstkondensering

For å kunne analysere de innsamlede dataene har jeg valgt å bruke systematisk tekstkondensering. Systematisk tekstkondensering ble valgt som analyseredskap av flere årsaker. Denne analysemetoden kan sies å være tverrgående, og den egner seg når analyseprosessen har til hensikt å utvikle beskrivelser og begreper (Malterud, 2011). Det var ønskelig å benytte en tverrgående analyseform fremfor en dyptgående ettersom fokuset har vært å fremstille informasjon fra forskjellige informanter, ikke å fremstille enkelthistorier eller kasuistikker (ibid.). Endelig var det ønskelig å utvikle beskrivelser og begreper på bakgrunn av det innsamlede datamaterialet, og det var derfor naturlig å benytte en analysemetode som var datastyrt, slik som systematisk tekstkondensering (ibid.).

Systematisk tekstkondensering er ifølge Malterud (2011) en tillempet versjon av Giorgis fenomenologiske analyse med inspirasjon av Glaser og Strauss «grounded theory». Ifølge Giorgi (1985) er hensikten med en fenomenologisk analyse å utvikle kunnskap om menneskets livsverden innenfor et bestemt fagområde. Dette er også grunntanken i Malteruds (2011) systematiske tekstkondensering. Imidlertid stilles ikke det samme kravet om fullstendig parentessetting av forforståelsen i Malteruds analyse, slik som Giorgi (1985) hevder forskere skal gjøre. For å gjennomføre analysen på en god måte var det sentralt å velge en analysemetode som ikke krevde fullstendig tilsidesettelse av forforståelsen, ettersom mye av årsaken til temavalg og problemstilling kom fra min egen erfaring som sykepleier i sykehjem. Jeg redegjør ytterligere om min forforståelse og etiske aspekter relatert til denne på side 50.

Analyseprosessen innen systematisk tekstkondensering kan teoretisk sett deles inn i fire deler (Jacobsen, Tanggard og Brinkmann, 2010; Johanessen, Tufte og Christoffersen, 2010; Malterud, 2011):

- helhetsinntrykk
- meningsbærende enheter
- kondensering
- sammenfatning

I analysens første trinn skal forsker bli kjent med datamaterialet og danne seg et helhetsinntrykk (Malterud, 2011). Alle transkripsjonene ble nøye gjennomlest, og det ble notert ned foreløpige temaer som tilsynelatende representerte sykepleiernes opplevelse av ernæringsarbeid i sykehjem. Etter første gjennomlesning ble følgende ti kategorier ansett som viktige: tidsaspektet, etiske og faglige utfordringer, sykepleierens kompetanse, rutiner, mat er medisin, positiv og rolig opplevelse, ivaretagelse av ressurser, ernæring er livsglede, veiledning og informasjon og sosial aktivitet.

De ulike temaene ble deretter vurdert opp mot hovedtemaene i intervjuguiden, slik Malterud (2011) anbefaler, for å «kontrollere» at det ikke var egen forforståelse som var gjengitt.

Det neste trinnet i analysen dreier seg om å identifisere de meningsbærende enhetene i teksten (ibid.). I denne fasen ble det laget en matrise der de meningsbærende enhetene ble systematisert i de nevnte kategoriene. Utarbeidelsen av matrisen ga en god oversikt over teksten og synliggjorde at flere av kategoriene omhandlet det samme. Følgelig ble flere av kategoriene slått sammen og gitt nye navn. Når datamaterialet var ferdig kodet, besto matrisen av følgende kategorier: tidsaspekt, stemning, individuell tilpasning, ansvar, mat er medisin, rutiner, utfordringer, oppfølging og personlige egenskaper.

I den siste delen av analysen ble den kunnskapen som hver av kategoriene representerer, abstrahert (Malterud, 2011). Underveis i dette trinnet ble det synlig at noen av kategoriene var overflødige og ikke representerte meningsbærende enheter. Til slutt var det derfor følgende fem kategorier som pekte seg ut:

1. opplevelse av ansvar
2. opplevelse av tverrfaglig samarbeid
3. engasjement
4. individet i fokus
5. opplevelse av stemning

I analysens siste trinn ble den dekonstruerte teksten rekonstruert i kategoriske sammenfatninger, slik Malterud (2011) anbefaler. Avslutningsvis i analysen ble de ulike sammenfatningene vurdert

opp mot matrisen og datamaterialet i sin helhet. Dette ble gjort for å vurdere om tekstsammenfatningene var tro mot informantenes beskrivelser og uttalelser.

4.7 Etiske vurderinger

Selv om denne studien ikke omhandler et tilsynelatende sensitivt tema eller har inkludert informanter fra en sårbar eller utsatt gruppe, er det nødvendig å redegjøre for etiske aspekter vedrørende *informantenes rett til informert samtykke og anonymitet*, samt *forskerens forforståelse og oppbevaring av datamaterialet*.

I forkant av studien ble det tatt kontakt med Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) for å undersøke om studien trengte godkjenning derfra. Studien falt utenfor REKs mandat, og den ble derfor søkt og godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) (se vedlegg 4).

4.7.1 Informert samtykke

Informert samtykke er i denne studien forstått ut fra de forskningsetiske retningslinjene for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi (Forskningsetiske komiteer, 2006). Før intervjuene påbegynt, ble den viktigste informasjonen gjengitt muntlig, og informantene fikk anledning til å stille spørsmål. Hvis de ønsket å delta, ble informantene deretter bedt om å signere samtykkeerklæringen. Denne fremgangsmåten var bevisst valgt for at informantene skulle kunne gi et samtykke som var gyldig, i form av at de var godt informert (Dalen, 2004).

4.7.2 Konfidensialitet

Sykepleierne som ønsket å delta i studien, ble lovet fullstendig anonymitet i informasjonsskrivet som de mottok (se vedlegg 2). For å sikre informantenes krav om konfidensialitet er det, både i transkripsjonen og oppgaven, konsekvent unnlatt å bruke personnavn, stedsnavn og organisasjonsnavn, samt andre forhold som kan avsløre informantens identitet, slik Fangen (2010) anbefaler. Informantenes bakgrunn er heller ikke presentert, det vil si at personidentifiserende kjennetegn som arbeidsansiennitet eller videreutdanning ikke vil gjøres kjent for leseren.

En utfordring knyttet til konfidensialitet er at lederne ved sykehjemsavdelingene hadde kjennskap til informantenes deltakelse i studien. Konfidensialiteten blir utfordret ved at leder kan gjenkjenne og identifisere informantene på bakgrunn av deres uttalelser og erfaringer som inngår i diskusjonsdelen. Thagaard (2009) peker på at en slik situasjon kan sette forskeren i et dilemma, og kanskje særlig når informantene kommer fra små og gjennomsiktige miljøer, slik nettopp en langtidsavdeling er. Det har derfor vært viktig å vurdere hvordan man kan ivareta pålitelighet og samtidig overholde kravet om konfidensialitet. På den ene siden vil det være metodisk korrekt å

fremstille funnene på en slik måte at de oppfyller kravene om pålitelighet og etterprøvbarehet. På den andre siden skal det tas hensyn til informantenes krav om anonymitet og konfidensialitet ved uttalelser som kan være personidentifiserende. Denne utfordringen har blitt løst i henhold til Fangens (2010) argumentasjon om at kravet om konfidensialitet skal prioriteres over kravet om etterprøvbarehet. For å forhindre at lederne eller en annen tredjepart skal kunne gjenkjenne informantene, presenteres funnene som temaer og eksemplifiseres med sitater, men uten at sitatene relateres til den enkelte informant. I enkelte tilfeller, der informanten har fortalt om opplevelser eller erfaringer som kan være personidentifiserende ovenfor leder eller tredjepart, er historiene noe omskrevet. Endringene påvirker ikke innholdet direkte, men er heller justering av språk, for eksempel kan «han» være omgjort til «hun».

Konfidensialiteten er også ivaretatt gjennom at alt datamateriale som har blitt samlet inn, har blitt oppbevart på en sikker måte. Lydfilene er lagret på en kryptert minnepenn som er nedlåst. Samtykkeerklæringene er låst inn i et skap, og lydfilene og samtykkeerklæringene oppbevares ikke på samme sted. Informantene har videre fått beskjed om at alle innsamlede persondata vil bli slettet etter muntlig høring, det vil si senest inne 31.10.2012.

4.7.3 Forforståelse

I det individuelle semistrukturerte intervjuet er det informantens meninger og synspunkter som skal stå i fokus og forstås (Dalen, 2004; Kvale og Brinkmann, 2009; Malterud, 2011). Likevel vil forsker i møte med både informanter og datamaterialet ha sine antakelser, verdier, interesser og erfaringer, altså sin forforståelse (Tanggard og Brinkmann, 2010). Forforståelsen kan påvirke oss både negativt og positivt. I tråd med Malteruds (2011) anbefaling foretok jeg i begynnelsen av studien et «aktivt» oppgjør med min forforståelse. Dette ble gjort for å opprettholde kvaliteten, gyldigheten og påliteligheten i studien (Tanggard og Brinkmann, 2010; Malterud, 2011).

Gjennom min utdanning som sykepleier har jeg arbeidet med ernæring og ernæringsproblematikk i møte med eldre mennesker. Praksisen min som sykepleier stammer både fra sykehus og sykehjem, og jeg har derfor erfart både spesialisthelsetjenestens og kommunehelsetjenestens fokus på ernæring i møte med den gamle pasienten. Sykepleieteoretikere som Virginia Henderson (1998) hevder at ernæring som grunnleggende behov er en sykepleiefaglig oppgave, og dermed også et sykepleiefaglig ansvar. Jeg opplevde imidlertid at ernæring ofte ble vurdert og behandlet som et sekundært behov, ofte var det ufaglærte eller hjelpepleiere som ble overlatt ansvaret for kosthold og mat i en travel sykehus- eller sykehjemshverdag. Samtidig så jeg at mange sykepleiere forsto at mat og riktig kosthold er viktig både i forhold til sykdom og helse. Jeg begynte derfor å lure på hvilket forhold sykepleiere egentlig hadde til ernæring, og hvordan de opplevde å jobbe med det. Min forforståelse har altså fungert som en motivasjonsfaktor i forhold til

valg av tema og gjennom datainnsamling. Gjennom å ha et reflektert og kritisk forhold til mine erfaringer har jeg forsøkt å la informantenes opplevelser og erfaringer stå i fokus (Malterud, 2011).

4.8 Gyldighet og pålitelighet

Gyldigheten (validiteten) i kvalitativ forskning kan vurderes ut fra relevans og overførbarhet (Malterud, 2003). I dette prosjektet har relevansen blant annet blitt vurdert ut fra spørsmålene i intervjuguiden og metodevalget. Intervjuguiden ble, som tidligere nevnt, forandret underveis i intervjuprosessen, nettopp for å sikre at spørsmålene som ble stilt, var relevante for å få frem sykepleiernes opplevelse knyttet til ernæringsarbeid i langtidsavdeling. Metodevalget har også betydning for studiens gyldighet. Som nevnt i kapitlets innledning ble semistrukturerte kvalitative intervjuer valgt ettersom de kan gi god tilgang til informantenes livsverden (Kvale og Brinkmann, 2009; Thagaard, 2009; Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2010).

Overførbarhet er også en faktor som kan benyttes i vurderingen av prosjektets gyldighet (Thagaard, 2009; Malterud, 2011). Overførbarhet dreier seg om hvorvidt de analytiske tolkningene som er utviklet, kan ha gyldighet i andre sammenhenger (Thagaard, 2009). Funnene i denne studien kan kanskje være med på å utdype og synliggjøre hvilke opplevelser som preger sykepleieres hverdag i forbindelse med ernæringsarbeid i sykehjem.

Pålitelighet (reliabilitet) dreier seg blant annet om relasjonen mellom informant og forsker (Thagaard, 2009). Jeg opplevde relasjonen til informantene som positiv og preget av åpenhet og tillit. Dette kan begrunnes med at informantene ga positive tilbakemeldinger på intervjuene, og at de pratet tilsynelatende fritt og åpent om egne erfaringer og opplevelser. Mitt fokus ble derfor å la informantene prate fritt om temaene, uten å forstyrre eller avbryte deres resonnement. Sammenlagt kan dette ha økt muligheten for at vesentlig og viktig informasjon kom frem, og ikke ble holdt tilbake. Det kan igjen ha vært med på å styrke påliteligheten i datamaterialet. Samtidig ble det i ettertid synlig at informantene tidvis ble stilt noen ledende spørsmål særlig i forhold til temaet «opplevelse av ansvar». Ifølge Kvale og Brinkmann (2009) kan ledende spørsmål fra intervjuer være med å forme og bestemme innholdet i svaret til informantene. På den ene siden kan mange ledende spørsmål dermed svekke påliteligheten i datamaterialet hvis spørsmålene ikke er forankret i informantenes forståelsesramme (Thagaard, 2009). På den andre siden kan ledende spørsmål gi utfyllende informasjon som kan bidra med troverdig og interessant kunnskap (Kvale og Brinkmann, 2009). I de tilfellene ledende spørsmål ble stilt, var det i hovedsak for å tydeliggjøre og konkretisere informantenes utsagn. Slike spørsmål var blant annet «Da forstår jeg det du sier som ...» eller «Slik jeg forstår deg, så opplever du ...» Ifølge Kvale og Brinkmann (2009) kan denne formen for ledende spørsmål være med på å styrke påliteligheten fordi vi får kontrollert våre egne fortolkninger av informantens utsagn.

Malterud (2003) peker på at omgjøringen fra muntlig til skriftlig språk ikke er uproblematisk. Før intervjuene ble transkribert, var det derfor sentralt å vurdere hvilke transkriberingsprosedyrer som best ivaretok informantens meninger og uttalelser på en gyldig og pålitelig måte, slik Malterud (2003) anbefaler. Det ble valgt å skrive intervjuet ordrett med noen små formelle justeringer av språket. Blant annet ble transkripsjonene skrevet på bokmål for å redusere risikoen for gjenkjennelse av bestemte dialekter. Fokuset gjennom hele transkripsjonsprosessen var at meningsinnholdet skulle endres så lite som overhodet mulig. Likevel vil en slik omskriving alltid innebære en risiko for redusert pålitelighet, noe som også er gjeldende i denne oppgaven.

Avslutningsvis i diskusjonsdelen redegjøres det ytterligere for gyldighet og pålitelighet relatert til studiens funn.

4.9 Kritisk vurdering

I kvalitativt forskningsarbeid anbefales det å styrke kvaliteten og troverdigheten av funnene ved å inkludere flere forskere i analyseprosessen (Tanggaard og Brinkmann, 2010; Malterud, 2011; Johannessen, Tuft og Christoffersen, 2010). I denne masteroppgaven har dette ikke latt seg gjøre, og studenten har derfor foretatt analysen alene. Ifølge Postholm (2010) og Dalen (2004) kan gyldigheten i kvalitative studier styrkes gjennom «member checking», som innebærer at informantene leser igjennom og validerer egne utsagn. Denne valideringsmåten forutsetter god tid og at informantene er tilgjengelige for deltakelse. På bakgrunn av dette har ikke «member checking» blitt foretatt i denne oppgaven.

Et forhold som kan ha svekket kvaliteten på innsamlede data, er at lederne i avdelingene var klar over hvilke informanter som deltok i studien. Informantene var informert om dette, og det kan ha påvirket hva sykepleierne ønsket å fortelle og meddele. Ifølge Thagaard (2009) kan de beskrivelsene informantene gir, være preget av hvordan de ønsker å fremstille seg selv. Sykepleierne kan kanskje ha holdt tilbake opplevelser og erfaringer som kan oppfattes som kritikk av ledelsen i «frykt» for negative sanksjoner i ettertid. Etersom fokuset i hovedsak var rettet mot sykepleiers egen opplevelse og erfaring, ble ikke informantene spurt direkte om forhold relatert til ledelsen ved sykehjemmet eller helsehuset. Imidlertid kan forhold som har blitt bestemt av ledelsen, og som informantene har opplevd som kritikkverdige eller negative, blitt utelatt i sykepleiernes beskrivelse. Det er imidlertid ikke noen tydelige holdepunkter i datamaterialet som indikerer det. Samtidig var det kjent i forkant av intervjuene at ledelsen visste om informantenes deltakelse, og det gjorde situasjonen «enklere» fordi det ga meg en mulighet til å forberede meg spesifikt i forhold til denne utfordringen. Det ble særlig viktig å skape et tillitsforhold til informantene, slik at de opplevde at de kunne fortelle det de ønsket, og at deres uttalelser ville bli anonymisert. Blant annet ble tiden før selve intervjuet, slik Postholm (2010) anbefaler, brukt til en oppvarmings samtale om

«løst og fast», slik at informantene ble litt kjent med intervjuer, og omvendt. Underveis i intervjuet fikk informantene positive tilbakemeldinger på sine uttalelser, slik Thagaard (2009) fremhever som viktig. Subjektivt vurdert virket det som informantene hadde tillit til meg som intervjuer, og at det i liten grad påvirket dem at leder visste om deres deltakelse. Informantene opplevdes som engasjerte og uttrykte et ønske om å diskutere mine fortolkninger. En slik atferd i intervjusituasjonen kan ifølge Thagaard (2009) tyde på at informantene har tillit til intervjuer.

I denne studien er systematisk tekstkondensering benyttet som analyseredskap. Dette er i utgangspunktet en fenomenologisk analyse, men den er modifisert. Den tradisjonelle fenomenologiske analysen til Giorgi krever at forsker tilsidesetter sin forforståelse fullstendig, og at hele teksten, og ikke bare deler, anses som meningsbærende enheter (Malterud, 2011; Giorgi, 1985). Min forforståelse, som tidligere nevnt, har vært en sentral motivasjonsfaktor for å skrive nettopp om denne tematikken. I møte med datamaterialet har jeg likevel hatt et refleksivt og bevisst forhold til forforståelsen, men ifølge Malterud (2011) er en fullstendig parentessetting av den umulig. Underveis i analyseprosessen har heller ikke hele datamaterialet blitt ansett som meningsbærende enheter, derimot har det blitt foretatt en seleksjon av tekst som frembringer kunnskap om sykepleieres opplevelse og erfaringer med ernæringsarbeid (jf. Malterud, 2011). Jeg vil derfor hevde at analysen som er foretatt, og studien i sin helhet er inspirert av en fenomenologisk tilnærming, men at det ikke direkte er en fenomenologisk studie slik Giorgi (1985) beskriver den.

5.0 Funn og diskusjon

I dette kapitlet presenteres funnene fra analysen. Funnene blir diskutert i lys av Martinsens omsorgsteori, Hendersons behovsteori og eksisterende forskning og litteratur som er nevnt i teorikapitlet. Hovedkategoriene som har fremkommet i analysen, er *opplevelse av ansvar*, *opplevelse av tverrfaglig samarbeid*, *engasjement*, *individet i fokus* og *opplevelse av stemning*. Under *opplevelse av ansvar* vil følgende undertemaer diskuteres nærmere: «opplevelse av overordnet ansvar», «organisering av ansvar», «fellesansvar» og «sykepleiers funksjoner i ernæringsarbeid». *Opplevelse av tverrfaglig samarbeid* har to undertemaer: «samarbeid med lege» og «samarbeid med eksterne fagpersoner». Hovedkategorien *individet i fokus* er delt inn i følgende undertemaer: «individuell oppfølging eller rutiner?», «antall måltider per dag», «matkort», «variasjon og vaner i kostholdet», «oppfølging av pasientens vekt» og «når pasienten ikke vil spise». Den siste hovedkategorien er *opplevelse av stemning*, og her vil følgende diskuteres: «måltider og mat som sosialt høydepunkt og livsglede», «personalets deltakelse og tilstedeværelse under måltidene», «opplevelse av ro», «opplevelse av estetikk» og «opplevelse av tid».

Underveis i diskusjonen illustreres funnene med sitater fra informantene. Det er benyttet sitater og bidrag fra alle deltakerne i studien, men de er brukt i ulik grad og på forskjellige områder.

5.1 *Opplevelse av ansvar i ernæringsarbeid*

I denne første delen av diskusjonen presenteres informantenes opplevelse av ansvar i forbindelse med ernæringsarbeid i langtidsavdeling. Opplevelsen av ansvar er et overordnet tema. Som et grunnlag for den videre gjennomgangen av funnene innledes kapitlet derfor med informantenes tanker og opplevelser av ansvar i ernæringsarbeid. Først presenteres informantenes opplevelse av overordnet ansvar, og i den forbindelse diskuteres organisering, fellesansvar og sykepleiers funksjon i ernæringsarbeid.

5.1.1 *Opplevelse av overordnet ansvar*

De syv informantene som deltok i studien, hadde alle en stilling som ledende sykepleier ved sin avdeling, det vil si at de fungerte som faglig ansvarlige sykepleiere for alle eller halvparten av pasientene i langtidsavdelingen. De hadde i hovedsak faglig ansvar, og ikke personalansvar. I tillegg hadde de ofte det sykepleiefaglige ansvaret for andre avdelinger når det var få eller ingen andre sykepleiere til stede i sykehjemmet eller helsehuset. Dette gjaldt særlig ved kveldsvakter og i helgene.

Sykepleiere har som tidligere nevnt et ansvar for pasientens ernæringsstatus (Hougaard, 2011; Suominen et al., 2007; Helsedirektoratet, 2009; Sortland et al., 2009; Jefferies et al., 2011).

Informantene som deltok i denne studien, hadde en todelt oppfatning av sitt ansvar. Noen opplevde et klart og definert ansvar for ernæringsarbeid, mens andre var mer tvilende til om ernæring var noe som eksplisitt tilhørte deres ansvarsområde. En av sykepleierne som opplevde at hun hadde mye ansvar, beskrev det slik:

«Vi har jo det faglige, sykepleiefaglige ansvaret. Det har vi jo, og det innebærer ernæring. Vi har jo et overordnet ansvar for ernæringen.»

Det overordnede ansvaret for ernæring identifiseres blant annet gjennom Hendersons (1998) teori om grunnleggende behov og sykepleiers særegne funksjon. De sykepleierne som mente at de hadde et overordnet ansvar, oppga følgelig at deres ansvarsområde var å dekke pasientens grunnleggende behov. En av informantene påpekte:

«Vi har en kjempeviktig oppgave. Det er jo vi som skal ivareta det daglige behovet til den brukeren (...)»

Alle informantene delte imidlertid ikke opplevelsen av at ernæringsarbeid var noe som eksplisitt tilhørte deres ansvarsområde. En av sykepleierne som uttrykte dette, sa følgende:

«Jeg føler ikke at det er en sykepleieroppgave (...) ikke i noe større grad enn at andre gjør det da.»

Tidligere forskning viser at sykepleiere i liten grad opplever et eksplisitt ansvar for pasientenes ernæring (Rasmussen, 1999; Mowe et al., 2008; Helsedirektoratet, 2009). Det var derfor lite overraskende at noen av informantene opplevde ernæring som et mer diffust sykepleiefaglig ansvar. Det kan ha sammenheng med uklare ansvarsforhold (Helsedirektoratet, 2009) eller manglende kunnskap (Aagaard, 2008). Det kan imidlertid også være konkrete rutiner i forbindelse med måltidene i den enkelte avdeling som gjør at sykepleiere ikke opplever ernæringsarbeid som en spesifikk sykepleieroppgave. Blant annet kan én forklaring være at det sykepleiefaglige ansvarsområde er så stort og lite avgrenset at sykepleierne selv blir tvilende til hva som *faktisk* er deres ansvar. En av informantene sa:

«Men det blir jo litt sånn som jeg føler her, som sikkert mange sykepleiere eller de fleste sykepleiere gjør overalt, nemlig at man ender stort sett opp med hovedansvaret for det aller meste (...) det er jo veldig mye som er sykepleieroppgaver, det er det.»

Som vi ser av sitatet over, oppleves ansvaret for ernæring som enda et ansvarsområde som faller inn under sykepleierens ekspertise. Dette samsvarer med tidligere funn av sykepleieres opplevelse av å arbeide i langtidsavdeling, der de etterlyste en klarere avgrensning av sitt ansvarsområde (Bergland, Vibe og Martinussen, 2010). En ansvarsavgrensning kan følgelig forhindre at sykepleierne blir usikre på hva som er *deres* ansvar innenfor ernæringsarbeid, og hva som eksempelvis er

hjelpepleiernes ansvar. Et anliggende kan være at retningslinjene for kosthold i helseinstitusjoner (Statens ernæringsråd, 1995) faktisk ikke klarerer et spesifikt sykepleiefaglig ansvar. De omtaler derimot et delegert ansvar fra avdelingssykepleier, et ansvar som både kan gjelde sykepleier og hjelpepleier. Det kan til dels fremstå som paradoksalt at mye forskning viser at sykepleiere ikke tar ansvar, samtidig som de ovennevnte retningslinjene som avdelingene er pålagt å følge, ikke fremsetter et konkret eller avgrenset ansvar for sykepleiere i forbindelse med ernæringsarbeid.

En av informantene konstaterte videre at ernæringsarbeidet ikke nødvendigvis er et sykepleiefaglig ansvar, informanten sa:

«Jeg tenker at det er en sykepleieroppgave i utgangspunktet, men så tenker jeg at det er og en hjelpepleieroppgave, sant, å sørge for at folk får nok mat.»

På en måte kan vi si at ernæring som ansvarsområde omfatter to helseprofesjoner, både sykepleiere og hjelpepleiere.

Samtidig var alle informantene, uansett om de opplevde ernæringsansvaret som eksplisitt sykepleiefaglig eller ikke, opptatt av at det var sykepleierens ansvar hvis pasienten ble akutt syk, eller det oppsto andre akutte forverringer. En av informantene sa:

«Hvis noen er syke eller noe sånt, så tenker jeg at jeg som sykepleier må tenke helhetlig.»

En annen informant uttrykte følgende om ernæringsarbeidet:

« (...) Når det er avvikende, så er det [behovet for ernæring] sykepleier sin oppgave.»

Som vi ser av overstående avsnitt, er informantene delt i sin oppfatning av hvorvidt ernæringsarbeidet og ernæring er noe som eksplisitt tilhører sykepleiers ansvarsområde eller om det også tilhører andres, og da særlig hjelpepleiernes, ansvarsfelt. Informantene er imidlertid enig om at det er sykepleiers ansvar å ivareta pasientens behov for ernæring hvis vedkommende blir akutt syk.

5.1.2 Organisering av ansvar

Hvordan pleien er organisert, det vil si hvilken type arbeidssystem som brukes, kan ha betydning for forståelsen av ansvar. Informantene som deltok i denne studien, var gruppeledere, og denne typen organisering av sykepleietjenesten omtales i litteraturen som *gruppesykepleie*, og skal fungere som et system som sikrer helhetlig sykepleie (Pfeiffer, 2002). Imidlertid brukte langtidsavdelingene også et organiseringssystem som kalles *primærsykepleie* eller *primærkontakt*.

Primærkontaktsystemet innebærer at alle pasientene i langtidsavdelingen får en primærkontakt, som regel en sykepleier eller en hjelpepleier, som har hovedansvaret for pasienten (ibid.). Flere av sykepleierne hadde i tillegg til gruppelederansvar også et primærkontaktansvar, men primærkontakten kunne også være en hjelpepleier eller en helsefagarbeider. Primærkontaktens

funksjon og ansvar innenfor ernæringsarbeidet varierte imidlertid i de forskjellige langtidsavdelingene. En av sykepleierne som mente at primærkontaktene hadde mye ansvar for pasientens ernæringsstatus, fortalte:

«De har jo et ansvar for pleieplanen, at den er oppdatert, og da blir det jo automatisk fokus på ernæring der, da. Også har vi også sånne kostplaner, da. Der det står oppført hva dem liker og hva dem ikke liker, og alle sånne ting. Og det er jo også viktig at primærkontaktene oppdaterer. Og i forhold til hjelpemidler og sånne ting at det er primærkontakten som skal oppdatere. Så alt det der skal primærkontakten ta seg av.»

Som sitatet viser oss, hadde primærkontaktene relativt mye ansvar for sine pasienters ernæringsstatus, blant annet gjennom dokumentasjon og oppfølging. I en annen avdeling hadde imidlertid ikke primærkontaktene det samme ansvaret for ernæring. En av de andre informantene påpekte at det i utgangspunktet var en primærkontaktoppgave å dokumentere om ernæring i pleieplanen, men hun forklarte:

«Men det er så varierende hvor mye ansvar folk tar, det er liksom. Kanskje folk er sykemeldt, og jeg ser for meg at dette med ernæring ikke er det som primærkontaktene har mest fokus på egentlig. Nei, det er ikke det, det er mer sånn som alle tar ansvar for, og som kanskje, ja, til slutt blir mer en sykepleieroppgave enn en primærkontakt oppgave da, ja.»

Informanten viser til at ernæring ikke nødvendigvis er en del av primærkontaktens ansvar. Det antydes at ernæring i større grad er et sykepleiansvar enn et primærkontaktansvar. Samtidig ser vi av sitatet at sykepleieren hevder at ernæringsarbeidet i avdelingen i all hovedsak er et fellesansvar.

5.1.3 Fellesansvar

Informantene omtalte ernæringsarbeid som et «fellesansvar». Fellesansvaret som informantene beskrev, var gyldig uansett om de så på seg selv som den som hadde det overordnede ansvaret, eller ikke; som en av sykepleierne sa det:

«Alle har et ansvar».

Det varierte imidlertid hva som tilhørte fellesansvaret, og hva som var det overordnede ansvaret.

Sykepleieprosessen er som nevnt et viktig arbeidsverktøy, også i ernæringsarbeidet (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug, 2006; Mikkelsen og Hage, 2007; Magnan og Maklebust, 2009).

Sykepleieprosessen kan deles inn i fire faser: planlegging, utførelse, evaluering og videre handling (Mikkelsen og Hage, 2007). Sykepleiers ansvar innenfor gruppesykepleie, som var den organisasjonsformen informantene arbeidet etter, refererer til hele sykepleieprosessen, det vil si identifisering av problem/behov, mål, tiltak og evaluering (Pfeiffer, 2002). Flere av informantene pekte på at fellesansvaret gjorde seg særlig gjeldende i utførelsen av de ulike tiltakene, mens

planleggingen av intervensjonene i stor grad ble ansett å være et sykepleiefaglig ansvar.

Planleggingen innebærer blant annet å dokumentere tiltakene og hvordan disse skal utøves. En av informantene beskrev at alle ansatte i avdelingen tok del i utøvelsen av sykepleietiltakene, men at det i hovedsak var hennes ansvar å skriftliggjøre og planlegge tiltakene. Sykepleieren sa det slik:

«Kanskje folk [de øvrige ansatte] gjør det mer [utøvelse av tiltakene], også er det jeg som går og skriver at sånn skal det være.»

En annen sa:

«Jeg må passe på at det [intervensjonene] blir gjort. Og at tiltakene følges opp av alle, og gjør da også kartlegging underveis, og har det vært noe effekt, og eventuelt om det må nye tiltak til.»

Som vi ser føler sykepleierne ansvar for ernæringsarbeidet i de fleste fasene av sykepleieprosessen, men selve utførelsen av tiltakene kunne utføres av annet personale. Sykepleierne som opplevde at de hadde et eksplisitt overordnet ansvar, var opptatt av at denne ansvarsfordelingen skulle bestå for nettopp å unngå ansvarspulverisering. En av informantene uttrykte:

«Det er jo greit at sykepleier har det ansvaret, tenker jeg. For hvis flere skal ha litt ansvar, så blir det gjerne at man stoler litt på hverandre, også kanskje flyter det litt ut i sanden.»

En annen informant mente at det hadde skjedd en utvikling, tidligere hadde hjelpepleierne ansvaret for pasientenes ernæring, siden det var så få sykepleiere ved avdelingen. De sykepleierne som var til stede, måtte utføre «autorisasjonspliktige oppgaver», som for eksempel å fordele legemidler i dosetter. Informanten påpekte imidlertid:

«Flere sykepleiere blir ansatt, og da blir vi bedre dekket, og da kan vi som sykepleiere ha mer fokus på hele pasienten, og ikke bare det som bare vi kan gjøre, som vi har autorisasjon til å gjøre. Hjelpepleierne har jo mange ting som de ikke kan gjøre, som vi har måttet gjøre.»

En forutsetning for at sykepleier skal føle ansvar for, og følgelig ta del i, ernæringsarbeidet, er at hun er til stede blant pasientene i avdelingen. Lav sykepleiedekning kan føre til at sykepleierne ikke har anledning til å følge opp pasientenes ernæringsstatus på samme måte som de ville gjort hvis det var flere sykepleiere på hvert vaktskift.

5.1.4 Sykepleiers funksjoner innen ernæringsarbeid

Alle informantene som deltok i studien, mente at ernæringsarbeid inngikk i det de omtalte som «helhetlig sykepleie». I forbindelse med ernæringsarbeid vektla sykepleierne særlig sin forebyggende, undervisende og veiledende funksjon. Sykepleierne som deltok i denne studien, vurderte ernæringsarbeidet relatert til disse funksjonsområdene og den tidligere nevnte sykepleieprosessen. Opplevelsen av egen funksjon og rolle hang sammen med hvilke oppgaver

sykepleierne mente at de hadde innenfor ernæringsarbeidet. Først blir sykepleieres rolle i det sykdomsforebyggende arbeidet drøftet, deretter presenteres sykepleieres undervisende og veiledende funksjon.

5.1.4.1 Sykepleierens forebyggende funksjon

Informantene fremhevet sin forebyggende funksjon innenfor ernæringsarbeid i langtidsavdeling. Den forebyggende funksjonen ble ansett som viktig ettersom den både reduserer sykdom relatert til feil- og underernæring og hindrer generelle problemer med ernæring. Forebygging ble ansett som en del av den helhetlige sykepleien som informantene utøvde på sine respektive arbeidsplasser. Informantene opplevde derfor at ernæringsarbeid var en naturlig del av den forebyggende sykepleien de utøvde ovenfor pasientene. En av sykepleierne sa det slik:

«Ernæring er forebygging i forhold til diverse sykdommer, sårtilheling og sånne ting. Og i forhold til dehydrering og generell allmenntilstand rett og slett.»

Informantenes fokus på forebygging som en sentral del av den sykepleien som utøves i langtidsavdelinger understøttes av eksisterende litteratur. Flere studier viser til at gamle pasienter i institusjon enten allerede er underernærte eller er i faresonen for å utvikle underernæring (Lauque et al., 2000; Van Nes et al., 2001; Christensson, Unosson og Ek, 2002; Gerber et al., 2003; Sørbye, 2003; Suominen et al., 2005; Gaskill et al., 2008). Sykepleierens forebyggende funksjon i møte med denne pasientgruppen er derfor viktig både for å begrense ytterligere komplikasjoner av kroniske sykdommer og for å forebygge nye sykdommer eller lidelser relatert til svekket ernæringsstatus (Brodtkorb, 2008). Videre fremheves det i «Rammeplan for sykepleieutdanning» (Kunnskapsdepartementet, 2008) at sykepleiere etter endt utdanning skal ha handlingskompetanse til å identifisere risikofaktorer for blant annet å forebygge sykdom og komplikasjoner. Sykepleierne som deltok i min studie, var tilsynelatende opptatt av og kjent med deres funksjon innenfor forebyggende arbeid. Blant annet var flere av informantene særlig bevisst på ernæringens betydning for forebygging av sår. En av sykepleierne sa:

«Vi har jo ingen sår, og det er jo bra, sant. Pasienter som sitter mye, ligger og sånne ting, kan jo ofte få sår, og spesielt hvis ernæringsstatusen er dårlig. Så vi har jo per nå ingen [sår], og det har vi ikke hatt på lange tider heller. Sant, så da må vi gjøre noe riktig i forhold til ernæring, tenker jeg (...) Ja, det er jo forebygging det altså.»

Sammenhengen mellom sår og ernæring er kompleks, men det er liten tvil om at en god ernæringsstatus forebygger sårutvikling hos gamle mennesker (Lindholm, 2012; Horn et al., 2005). Informanten påpekte at det er sentralt å ivareta ernæringsstatusen til pasientene for nettopp å forebygge komplikasjoner i form av sår. Imidlertid kan den forebyggende funksjonen innenfor

ernæringsarbeid, ifølge informantene, sies å være integrert i begrepet «helhetlig sykepleie». Nettopp fordi den forebyggende funksjonen er en sentral del av «god» sykepleieutøvelse. En informant forklarte det slik:

«Altså, det er jo sånn som sykepleier så skal du tenke helhetlig. Så det [ernæringsarbeid] er jo en viktig del da av det å gi god sykepleie, og det er jo på en måte å forebygge. Så det er viktig, det er det.»

Informantene opplevde den forebyggende funksjonen som en sentral del av den sykepleien som utøves innenfor ernæringsarbeid. Den forebyggende funksjonen inngår i det informantene anser som «helhetlig sykepleie». En helhetlig tilnærming i møte med den gamle pasienten i langtidsavdeling er viktig. Romøren (2001) fremhever at denne pasientgruppen ofte kjennetegnes av et komplekst sykdomsbilde med flere ulike medisinske diagnoser. I møte med disse pasientene er ikke hovedmålet alltid å behandle og kurere underliggende sykdommer, men heller å forbygge ytterligere komplikasjoner til underliggende sykdommer og å forhindre ytterligere funksjonssvikt. Informantene i min studie anser forebygging innen ernæringsarbeid som viktig både for å bedre allmenntilstanden, for å forhindre komplikasjoner som sår og for å gi helhetlig og god sykepleie til pasientene.

5.1.4.2 Sykepleierens veiledende og undervisende funksjon

Ifølge Kristoffersen, Nortvedt og Skaug (2006) dreier sykepleieres veiledende og undervisende funksjon seg om å bidra til utvikling, læring og mestring. Ifølge de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (Norsk Sykepleieforbund, 2011) har sykepleiere et ansvar for å veilede medarbeidere, for å ivareta både den faglige og den etiske standarden.

Informantene var opptatt av at de hadde en veiledende og undervisende funksjon i forbindelse med ernæringsarbeid ovenfor sine kolleger. Særlig var undervisning og veiledning tydelig i to forskjellige situasjoner. Den *første* situasjonen som krevde sykepleiefaglig veiledning og undervisning, var når medarbeiderne foretok faglige prioriteringer eller vurderinger som sykepleieren var uenig i. Sykepleierne var opptatt av at pasientens ulike ønsker og behov i matsituasjonene skal være styrende, og hvis de opplevde at medarbeiderne hadde et annet fokus forsøkte de å korrigere dette. En informant fortalte om en situasjon der en medarbeider hadde begynt å samle sammen oppvasken før pasientene hadde spist opp maten sin. Informanten sa:

«Men jeg har jo sett det før og tidligere at enkelte bare begynner å samle sammen [oppvasken], og da har jeg måttet stoppe dem og sagt 'Vær så snill, ikke gjør det der, vi må vente.'»

I kraft av sin rolle som faglig leder av sykepleien har sykepleieren også en kontrollfunksjon. Sykepleieren skal sørge for å kontrollere at de øvrige medarbeiderne iverksetter eller utfører de tiltakene eller oppgavene hun har delegert. Det er imidlertid sentralt å understreke at

«kontrollfunksjon» ikke er et negativt begrep, det er derimot snakk om at sykepleieren ivaretar sin rolle og sitt ansvar (Pfeiffer, 2002). Sykepleierne som deltok i studien, syntes å kontrollere kvaliteten, samtidig som de brukte den veiledende og undervisende funksjonen. I sitatet over forklarte informanten at hun måtte gripe inn i situasjonen og korrigere en av de andre ansatte ettersom vedkommende begynte å rydde av for tidlig og dermed forstyrret «matroen» for pasientene. Informanten fikk spørsmål om hvordan hun opplevde situasjoner som dette, og hun forklarte:

«Det kan virke som jeg er litt streng, da. Men jeg må jo forklare og begrunne det faglig da: nå må vi ikke begynne å samle sammen, nå må vi ta det med ro vi som jobber her, også får vi heller bare vente en halvtime med oppvasken.»

Overstående sitat viser at informanten forsøkte å gi den ansatte en faglig begrunnelse for hvorfor oppvasken kunne vente. Med utgangspunkt i Kristoffersen, Nortvedt og Skaug (2006) skal den veiledende og undervisende funksjonen bidra til læring, og vi kan anta at nettopp læring var hensikten med sykepleierens forklaring.

Den *andre* situasjonen som krevde at sykepleieren benyttet seg av sin veiledende og undervisende funksjon, var når hun opplevde at medarbeiderne sto i en vanskelig situasjon. Informantene ønsket da å gå aktivt inn i situasjonen og veilede medarbeiderne på en faglig måte, slik at situasjonen ble enklere å håndtere. En av informantene fortalte om en slik situasjon der pasientens matinntak burde begrenses på grunn av overvekt:

«Hvis man tar det at du har en [pasient] som spiser veldig mye, også skal du på en måte si stopp en gang. Så da har du på en måte (..) man har skrevet ned og ordnet noen kjøreregler for personalet, da er det alltid noen som synes det er litt vanskelig og på en måte å si nei til å gi mer. (...) Så det er litt sånn, jeg skulle til å si, noen klarer ikke å være 'the bad guy' heller da.»

Informanten viste til at det kan være vanskelig å sette grenser for pasientens tilgang til mat.

Samtidig sa informanten:

«Men jeg tror vi er ganske flinke på å snakke om det, og på en måte tar det på vaktrommet og snakker om at det er viktig fordi vedkommende blir tung i pusten og veldig tung i kroppen, altså det går utover hele pasienten.»

I dette sitatet ser vi at sykepleier tok tak i situasjonen og forsøkte å forklare det øvrige personalet hvorfor det er viktig at pasientens tilstand blir tatt på alvor på en faglig måte. Alle informantene var tydelige på at de ikke hadde til hensikt å være «belærende» i de situasjonene der de gikk inn for å veilede eller undervise det øvrige personalet, men heller forsøkte å hjelpe til. En av informantene mente at det var særlig viktig med veiledning hvis medarbeiderne var uerfarne og unge. Hun fortalte:

«Det er jo ikke lett å komme å være 18 år og si nei til noen som sier at jeg vil ha mer, og som kanskje er 80 år eldre enn deg. Nei, det må være vanskelig.»

Informantene uttrykte forståelse for at det kan være vanskelig for medarbeidere med mindre erfaring eller kolleger uten utdanning å stå i forskjellige situasjoner. Sykepleierne arbeidet aktivt for å hjelpe kollegene til å mestre situasjonen ved hjelp av veiledning og undervisning, slik Kristoffersen, Nortvedt og Skaug (2006) anbefaler. En av informantene fortalte følgende:

«Det er jo vanskelig. Og jeg ser det jo og på de som går helsefagarbeider nå, de er 16–17 år. Og kommer hit som elev eller læring. Altså, de har jo lært mye på skolen, men det er jo vanskelig. Det er vanskelig å stå i den der at noen blir sint på deg fordi du nekter dem et eller annet. Og i hvert fall i forhold til mat, som du tenker er så genuint viktig liksom. Så jeg har full forståelse for at de synes det er vanskelig. Og da er det på en måte min jobb å snakke mer om det, altså det å ufarliggjøre det å si nei og sette grenser.»

En annen informant var særlig opptatt av at det kunne være vanskelig for noen av medarbeiderne når pasienten ikke ville spise maten de serverte. Informanten forklarte det slik:

«Det vanskeligste er jo at det ikke går på den personen som er til stede og ikke får pasienten til å spise. For det er jo mange som blir ganske fortvilet hvis de ikke får pasienten til å spise, i dag har han ikke spist noen ting liksom. Hva skal vi gjøre med det? Ikke sant, også tar de det personlig.»

I likhet med de øvrige sykepleierne påpekte denne informanten viktigheten av å snakke med kollegene når det oppsto en vanskelig situasjon. Informanten påpekte:

«Vi må jo ta det opp med vedkommende, som kanskje tror at han har gjort for dårlig jobb siden pasienten ikke vil spise.»

Vi har sett at sykepleierne opplevde at de hadde et ansvar for å veilede og undervise sine medarbeidere i ernæringsarbeid. Hensikten var enten å tilføye ny kunnskap eller å fremme mestring i ernæringsarbeid. Funnene indikerer at sykepleierne oppfatter den undervisende og veiledende funksjonen som viktig, særlig overfor yngre helsefagarbeidere/elever og ufaglærte.

Tidligere studier har pekt på ulike situasjoner som kan oppleves som belastende for sykepleiere som arbeider i langtidsavdelinger (Moyle et al., 2003; Prentice og Black, 2007; Bergland, Vibe og Martinussen, 2010). En type situasjon som kan oppleves som belastende for sykepleierne, er mye veiledning av ufaglærte (Moyle et al., 2003; Prentice og Black, 2007). Belastningen på den enkelte sykepleier kan bli stor fordi den generelle sykepleierdekningen i langtidsavdelinger er lav (Johannessen, 2004). Det innebærer at sykepleiere i tillegg til øvrige oppgaver også må bruke mye tid på å veilede og undervise ufaglærte. Det kan gå på bekostning av andre sykepleiefaglige oppgaver. For mange oppgaver og krav til sykepleiere kan på sikt oppleves som en belastning i arbeidssituasjonen (Sørensen, Dahl-Jørgensen og Skogstad, 1998). Informantene som deltok i min studie, hadde tilsynelatende ikke denne opplevelsen. De var interessert i ernæringsarbeid, og flere

av dem var personlig interessert i ernæring. Den personlige interessen og engasjementet kan følgelig, slik Alvsvåg (2010) beskriver, være en pådriver for at sykepleierne ønsker å videreformidle kunnskap til sine medarbeidere.

5.2 *Opplevelse av tverrfaglig samarbeid*

I en langtidsavdeling er det sentralt at det praktiseres et tverrfaglig samarbeid om ernæring, der ulike helseprofesjoner og fagpersoner deltar (Hauge, 2008). Tverrfaglig samarbeid er imidlertid avhengig av en viss form for ansvarsfordeling, og av at den enkelte fagperson kjenner sitt hovedansvar (Helsedirektoratet, 2012). Hvis ansvarsfordelingen i det tverrfaglige teamet er uklar, kan det føre til at ansvaret pulveriseres, noe som igjen kan resultere i liten oppmerksomhet på ernæringsarbeid (Aagaard, 2010b). Informantene i min studie var opptatt av betydningen av det tverrfaglige teamet i arbeidet med pasientenes ernæring. En av informantene fortalte om aktørene som deltok i det tverrfaglige ernæringsarbeidet:

«Vi er jo stort sett sykepleiere, vernepleiere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere som er her. Og på en måte, vi diskuterer jo, så det er jo en tverrfaglighet der.»

Det tverrfaglige samarbeidet opplevdes som sentralt for at informantene skulle kunne utøve god sykepleie til pasienter med særlige ernæringsbehov. Denne opplevelsen støttes blant annet av Hauge (2008) og Granbo og Helbostad (2006), som fremhever at tverrfaglig samarbeid har betydning for ivaretagelsen av pasientenes grunnleggende behov i sykehjem. Samtidig påpekte noen av informantene at det hadde vært ønskelig med flere ulike helseprofesjoner i det tverrfaglige teamet. En av informantene fortalte:

«Jeg ser det godt, for der jeg jobbet før, hadde vi både ergoterapeut og fysioterapeut, og da, du ser på en måte at vi ser ting på forskjellige måter når man har forskjellig utdanning og erfaring, selvfølgelig. Men det er veldig fruktbart et sånt samarbeid, for du ser hvor mye du kan lære av hverandre, og det at man ser ting på forskjellige måter, det tror jeg er sunt altså.»

Hauge (2004) fant i sitt doktorgradsarbeid at de pasientene som hadde behov for mye hjelp under måltidet, ble «ekskludert» fra fellesskapet. Dette funnet bekreftes også i min studie. På spørsmål om mulig forbedringspotensial i ernæringsarbeidet svarte en av informantene at det var særlig viktig at alle pasientene, også de som trengte hjelp, ble inkludert i fellesskapet. Informanten sa følgende:

«Jeg tenker kanskje spesielt på beboere som trenger hjelp rundt måltidene. Hvordan bedre inkludere dem i fellesskapet? Der tror jeg nok vi har et forbedringspotensial, for nå blir det veldig sånn at trenger du hjelp rundt måltidet, så blir du ikke en del av den gruppen som sitter på langbord (...)»

Ved å utvide det tverrfaglige teamet rundt pasienten kan vi tenke oss at de ulike aktørene kan bidra på hver sin måte. Eksempelvis kan ergoterapeuter identifisere pasientens ressurser og eventuelle

behov for hjelpemidler. Ved å ta i bruk de riktige hjelpemidlene kan pasienten spise tilnærmet selv, og dermed slippe å bli tatt ut av fellesskapet (Norsk Ergoterapeutforbund, 2011). En av informantene sa:

«For i forhold til ergoterapi for eksempel, hvor viktig det hadde vært og hatt en ergoterapeut sitt blikk og fått et tverrfaglig samarbeid der. Tilpasning av hjelpemidler og ressurser og alt det der.»

Informantene fremhever altså betydningen av et tverrfaglig samarbeid rundt ernæring. Imidlertid virker det som at sykepleierne i liten grad opplevde at andre helseprofesjoner, som ergoterapeuter, var deltakende i ernæringsarbeidet.

5.2.1 Samarbeid med lege

Det tverrfaglige teamet anses ifølge informantene å omfatte hovedsakelig sykepleiere, hjelpepleiere, helsefagarbeidere, omsorgsarbeidere og pleieassistenter, men også legen regnes som en viktig aktør i ernæringsarbeidet. Men informantene opplevde legen som en mer perifer aktør i dette arbeidet. En av informantene sa:

«Legen er siste utvei.»

Dette betyr ikke at sykepleierne ser på legens bidrag i ernæringsarbeid som lite betydningsfullt, men heller at samarbeid med legen stort sett blir aktuelt hvis sykepleieren ikke klarer å finne en løsning på pasientens ernæringsarbeid alene. En av informantene påpekte:

«Vi har på en måte vært så heldig at vi har sluppet å ha noen sånn der ernæringsdiskusjon med lege.»

Samarbeidet med legen oppleves dessuten som viktig hvis sykepleieren vurderer at pasientens problemer eller behov går utover hennes kompetanse. En av informantene forklarte at legen som regel ble kontaktet hvis hun selv hadde forsøkt å igangsette tiltak og disse ikke førte frem.

Informanten fortalte:

«Vi setter først i gang noen tiltak for å se hvordan det går. Hvis det ikke går, og vi tenker nei, denne saken går utover min kompetanse, da bruker jeg å snakke med legen om hva vi kan gjøre med pasienten når han eller hun ikke vil spise.»

Sykepleierens ansvar er å vurdere pasientens ernæringstilstand og deretter iverksette aktuelle tiltak. Dersom intervensjonene ikke fører frem, skal lege kontaktes (Helsedirektoratet, 2009).

Informantens beskrivelse av når det var aktuelt å kontakte lege, stemmer overens med denne anbefalingen. Samtidig påpekte flere av sykepleierne at legen i liten grad var til stede i avdelingen.

En av informantene sa følgende om samarbeidet med legen:

«Det blir jo veldig kort tid, det blir en kort visitt.»

Siden legen sjelden var til stede og i liten grad kjente pasientene, løste informantene pasientenes ernæringsproblemer gjennom å diskutere med andre sykepleiere. Samarbeidet med andre sykepleiere, enten fra samme avdeling eller fra en annen, opplevdes som betydningsfullt for informantene. En av sykepleierne beskrev samarbeidet slik:

«Vi sykepleierne kan jo diskutere, jeg kan stå fast på noe, ikke sant, og liksom ikke komme videre, og da kan jeg selvfølgelig gå til de andre [øvrige personale] og spørre 'Hva tror du?' Og da får vi ofte en diskusjon på det.»

Nødvendigheten av å ha andre sykepleiere å diskutere faglige utfordringer i sykehjem med, styrkes også av andre studier (Bergland og Lærum, 2002; Johannessen, 2004; Bergland, Vibe og Martinussen, 2010).

Informantene fremhevet at tilstrekkelig sykepleiedekning var viktig for at sykepleierne skulle oppleve at de fikk observert og kartlagt pasientenes ernæringsstatus, og på den måten kunne dokumentere eventuelle problemstillinger de ønsket å drøfte med legen. En av informantene forklarte det slik:

«Når legen har så kort tid, så krever det at sykepleierne gjør jobben sin. At jeg dokumenterer, og at jeg har observert det jeg trenger for å komme med en reell problemstilling til legen.»

Sykepleierne opplevde seg selv til dels som et bindeledd mellom pasienten og legen, og det var sentralt at sykepleierne hadde foretatt de «nødvendige observasjonene». Sykepleieres opplevelse av å være bindeledd eller mellomledd mellom legen og avdelingens pasienter støttes av tidligere forskning (Hamran, 1992). En av informantene fortalte hvordan hun opplevde samarbeidet med legen:

«Det krever at det er sykepleiere på jobb som gjør observasjoner, og at det er fagfolk, hvis ikke vet ikke legen det [pasientens problem]. For legen er her i fem timer, så han eller hun klarer jo ikke å få den informasjonen som vedkommende trenger for å ta en god avgjørelse. Så da må vi hjelpe til, da må vi komme med all informasjonen legen trenger for å ta den avgjørelsen.»

En faktor som påvirker samarbeidet med legen, er altså hvorvidt det er sykepleiere til stede i avdelingen. Hvis det er sykepleiere på jobb som foretar nødvendige observasjoner og vurderinger av pasienten, vil samarbeidet fungere godt. Legen vil da få tilgang til aktuell informasjon. En utfordring i samarbeidet med legen i ernæringsarbeid kan dermed være lav sykepleiedekning, og dermed utilstrekkelig observasjon og vurdering av pasientens problem. Imidlertid virker det som andelen sykepleiere er lavest på kveldsvakter, i helger og høytider, mens den på dagvakter på ukedagene er høy (Hofseth og Norvoll, 2003; ECON, 2009).

5.2.3 Samarbeid med eksterne fagpersoner

I retningslinjene for forebygging av underernæring i helseinstitusjoner (Helsedirektoratet, 2009) fremholdes det at klinisk ernæringsfysiolog skal kontaktes hvis legens forordnende tiltak ikke fører frem. I så måte kan vi si at klinisk ernæringsfysiolog er den siste instansen som kontaktes når både sykepleier og lege har forsøkt og evaluert ulike tiltak (ibid.). Kun én av de syv informantene som ble intervjuet, hadde opplevd at en pasient hadde blitt vurdert av klinisk ernæringsfysiolog. Ingen av de øvrige informantene hadde selv tatt kontakt med ernæringsfysiolog. Informantene mente at heller ikke legene ved avdelingene hadde henvist pasienter til klinisk ernæringsfysiolog. Dette kan tyde på at tiltakene som sykepleier og lege iverksetter, har ført til måloppnåelse. På spørsmålet om hun hadde hatt kontakt med klinisk ernæringsfysiolog, svarte en av informantene:

«Vi har på en måte ikke hatt behov for det.»

Samtidig var det en felles oppfatning blant sykepleierne at det måtte være et spesielt tilfelle for at de skulle kontakte klinisk ernæringsfysiolog. En av informantene mente at det var en «skyhøy terskel» for at hun skulle kontakte en klinisk ernæringsfysiolog. En annen informant påpekte:

«Som regel bruker vi ikke så mye ernæringsfysiolog, det gjør vi ikke, for det er ikke sånne problemer som regel, det er ikke forhold til, hva skal jeg si, regne kalorier og sånne ting, det har vi jo litt kontroll på selv.»

Dette utsagnet kan tyde på at sykepleierne opplevde at de hadde tilstrekkelig kunnskap om ernæring i møte med «sine» pasienter i avdelingen. Samtidig understreket en av informantene at hun ville kontaktet klinisk ernæringsfysiolog hvis en pasient hadde en spesiell eller for henne ukjent sykdom. Informanten sa det slik:

«Hvis det for eksempel hadde kommet noen med noe magesykdom eller ett eller annet der det er veldig viktig at de ikke skal ha noen typer mat, eller kanskje i forhold til, kanskje, nå har vi ikke hatt det her, men en sånn [pasient] med diabetes som er ustabil og det er mye styr, da hadde jeg, som ansvarlig sykepleier, kanskje vurdert å kontakte ernæringsfysiolog.»

Tilsynelatende skal det mye til før sykepleiere kontakter ernæringsfysiolog. En mulig forklaring er at det er svært få stillinger* for kliniske ernæringsfysiologer i primærhelsetjenesten (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Følgelig begrenser dette sykepleierens tilgang til og mulighet for å kontakte en ernæringsfysiolog i de tilfellene det kanskje hadde vært ønskelig. En informant konkluderte:

«Men stort sett har ikke vi noe tilgang på ernæringsfysiolog.»

En forskjell mellom sykepleierne fra sykehjemmet og sykepleierne fra helsehuset var imidlertid kontakten med kjøkkenet. Begge institusjonene tilhørte det samme desentraliserte produksjonskjøkkenet, som leverer ut mat til langtidsavdelingene i kommunen. Sykepleierne fra helsehuset tok, i motsetning til sykepleierne fra sykehjem, kontakt med produksjonskjøkkenet dersom de hadde spørsmål om enkeltpasienters ernæring. En av informantene fra helsehuset forklarer det slik:

«Hvis vi har problemer eller spørsmål, så ringer vi til kjøkkenet, også får vi svar over telefonen.»

En av de andre sykepleierne fra helsehuset fortalte:

«Vi har jo hovedkjøkkenet her i kommunen som skal være behjelpelig med det meste.»

Sykepleierne fra helsehuset opplevde at de kunne ta kontakt med kjøkkenet angående det meste som angikk pasientenes ernæring og mattilbud. En av informantene fra helsehuset fortalte følgende:

«Altså, det er noen som spiser veldig lite, også kan du jo få næringstett mat, for det er jo viktig da at det lille den spiser er, ikke sant, næringstett, mye næring i det. Men det kan være andre ting, og det kan være andre som plages med andre problemstillinger. Så da har de jo folk som kan gi oss litt råd (...) Vi har jo hatt pasienter som har hatt ernæring gjennom PEG-sonde[†] eller sånn nesesonde, og da kan det være ting som diaré og andre ting. Og da ringer vi dit, for de har folk som er litt spesialisert og har litt mer kjennskap enn det vi har.»

Som vi ser av overstående sitat, ble produksjonskjøkkenet brukt til å besvare spørsmål både om relativt små utfordringer, som å bestille næringstettmat, og om mer avanserte faglige problemstillinger. Sykepleierne fra sykehjemmet hadde ikke det samme samarbeidet med produksjonskjøkkenet, men de var på lik linje med sykepleierne fra helsehuset klar over at de kunne bestille ulike former for mat, eksempelvis moset mat og næringstett mat. Det viste seg at helsehuset hadde egne «ressurspersoner» med et spesielt ansvar for kontakten med produksjonskjøkkenet. Ved å ha en person som er ansvarlig for kommunikasjonen og koordinasjonen mellom avdelingen og kjøkkenet, kan samarbeidet bli mer strukturert og samlet (Helsedirektoratet, 2012). En av informantene forklarte det slik:

* I 2007 var det ingen stillinger for kliniske ernæringsfysiologer i primærhelsetjenesten i Norge.

† Hvis pasienten ikke klarer å tilfredsstille behovet for næring per os, kan sondeernæring benyttes. Sonden kan enten legges ned via nesen eller det kan lages en stomi. Hvis stomien anlegges i magen, gjøres dette ved hjelp av metoden perkutan endoskopisk gastrostomi (PEG) (Wyller, 2005).

«Vi har egen kjøkkenansvarlig, vi da, som vi henvender oss til og som tar kontakt direkte med kjøkkenet (...) De har ikke så mye ekstra ansvar for det [maten på avdelingen], men de har med bestillinger også koordinasjon og kommunikasjon med storkjøkkenet.»

Informantene var tilsynelatende opptatt av å løse eventuelle ernæringsproblemer lokalt fremfor å kontakte eller trekke inn eksterne fagpersoner. Sykepleierne hadde så å si aldri kontakt med klinisk ernæringsfysiolog, og terskelen for å kontakte denne typen fagpersoner synes høy. Dette gjaldt sykepleierne fra både helsehuset og sykehjemmet. En forskjell mellom informantene fra helsehuset og fra sykehjemmet var imidlertid samarbeidet med produksjonskjøkkenet. Sykepleierne fra helsehuset hadde et samarbeid med kjøkkenet og hadde organisert samhandlingen gjennom en egen kontaktperson. Sykepleierne fra sykehjemmet hadde derimot lite kontakt med produksjonskjøkkenet.

5.3 Engasjement

Informantene identifiserte tre ulike forutsetninger for at de skulle ta del i og utøve god sykepleie ernæringsarbeidet på avdelingene. De tre forutsetningene er *kunnskap*, *personlig interesse* og *erfaringer*. Alle disse tre forutsetningene kan ifølge Alvsvåg (2010) forstås ut fra engasjement. Sykepleiere er i likhet med alle andre mennesker født med et engasjement (ibid). Det er ikke noe vi velger; derimot velger vi hva vi vil engasjere oss i. Ved å være engasjert og eksempelvis tilegne seg kunnskap om ernæring kan sykepleieren vise ansvar ovenfor pasienten (ibid.). Martinsen (2005) hevder at det gjelder å *vise* ansvar og å *ta* ansvar. Gjennom å vise og å ta ansvar vil sykepleieren ivareta det andre menneskets liv på en konkret måte. I dette avsnittet vil de tre forutsetningene, kunnskap, personlig interesse og erfaring, diskuteres nærmere.

5.3.1 Kunnskap

Tilstrekkelig kunnskap er en forutsetning for god utøvelse av sykepleie i forbindelse med ernæringsarbeid (Hougaard, 2011). Informantene var generelt opptatt av hvordan de kunne bidra med sin kunnskap i ernæringsarbeidet i avdelingen. En av informantene forklarte det slik:

«Da forstår du at det å spise er ikke bare at du skal spise de to fiskekakene dine med poteten ved siden av. Men det er på en måte hele opplevelsen rundt det. Også er det at du trenger næring. Kroppen trenger næring. Du må vite og forstå hvorfor det. Hvorfor trenger vi næring? Du må kunne noe om ernæring, du må forstå hvorfor det er viktig å få nok drikke (...) Alt det der må du kunne, og du må ha kunnskap om det, hvis du ikke har det, ja, da forstår du det ikke.»

Fagkunnskap ble av informantene beskrevet som sentralt. Informanten i sitatet over viser til at kunnskap gir forståelse for hvorfor ernæring er viktig. En av de andre informantene pekte på at kunnskap er elementært for å kunne se helheten. Sykepleieren sa det slik:

«Du må ha kunnskap for å forstå hele bildet.»

Alvsvåg (2010) hevder at for å kunne være engasjert og deltakende i den andres liv, og dermed også ivareta pasienten, så trenger sykepleier kunnskap. Slik jeg fortolker informantenes utsagn, er kunnskap en nødvendighet for at de skal kunne hjelpe og utøve god sykepleie til pasientene innen ernæringsarbeid. Behovet for kunnskap ble bant annet fremhevet av informantene i relasjon til andel ufaglærte assistenter ved avdelingene. Sykepleierne som deltok i studien, påpekte en opplevelse av usikkerhet knyttet til ufaglærte assistenters evne til å observere og vurdere pasientenes tilstand og til å iverksette relevante tiltak. Dette hang sammen med de ufaglærte assistentenes mangel på fagkunnskap. En av informantene fortalte om en situasjon der tilstanden til en pasient var blitt endret. Sykepleieren påpekte at hun som fagperson, på bakgrunn i sine fagkunnskaper, «enkelt» kunne identifisere endringen, men som hun sa det:

«Hadde det kommet en ufaglært på jobb, så hadde ikke vedkommende tenkt noe på det [at pasientens tilstand var endret].»

Dette samsvarer med Hofseth og Norvolls (2003) funn. De fremhever at sykepleierne som deltok i deres studie, uttrykte usikkerhet knyttet til ufaglærte assistenters deltakelse i pleien. Sykepleierne påpekte at ufaglærte manglet kunnskap, og at de dermed kunne foreta mangelfulle observasjoner av pasientenes tilstand (ibid.) Funnene i min studie indikerer at sykepleierne anser fagkunnskap som en forutsetning for et godt ernæringsarbeid. Det er imidlertid viktig å påpeke at sykepleierne ikke opplevde at de ufaglærte assistentene gjorde en dårlig eller uviktig jobb i ernæringsarbeidet, men heller at kvaliteten på observasjoner av og tiltakene overfor pasienten var avhengig av sykepleierens faglighet og kunnskap.

5.3.2 Personlig interesse

Engasjementet slik Alvsvåg (2010) beskriver det, kan vise seg i våre personlige egenskaper, nettopp fordi vi velger hva vi vil engasjere oss i. Informantene fremhevet personlig interesse for ernæring som vesentlig for å ville ta ansvar og å utøve god sykepleie. En av informantene uttalte:

« (...) Her [på avdelingen] tror jeg det med mat handler mye om det kunnskapsnivået du har personlig, og den interessen du har, og fokuset du har på mat, da.»

Det at sykepleieres ansvarsfølelse i ernæringsarbeid styres av personlig interesse eller egenskaper, kan være en potensiell utfordring. På den ene siden har sykepleiere et ansvar for å holde seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde, og bidra til at ny og relevant kunnskap benyttes i praksis (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2011). Hvis en sykepleier har en særlig personlig interesse for ernæring, kan vi anta hun velger å holde seg oppdatert om utviklingen innenfor det fagfeltet. På den andre siden kan eventuell manglende

personlig interesse for ernæring hindre at sykepleiere sørger for nødvendig oppdatering av egen kunnskap. En av informantene påpekte nettopp hvordan sykepleiere kan styres av personlig interesse:

«Som sykepleier trenger du ikke å ha fokuset ditt på ernæring, for å si det sånn. Du kan jo ha enda mer fokus på blodprøver, sant, at det er det som er viktig for deg. Så jeg tror det er veldig personavhengig.»

Samtidig er det viktig å understreke at den enkelte helsearbeider, herunder sykepleiere, har et selvstendig ansvar for egen yrkesutøvelse. Det innebærer at en sykepleier skal utøve helsehjelpen i samsvar med kravet til omsorgsfull hjelp og faglig forsvarlighet som kan forventes av ut ifra situasjonen, arbeidets karakter og sykepleierens kvalifikasjoner (jf. helsepersonelloven § 4). Følgelig kan ikke en sykepleier velge bort ernæringsarbeid som fokusområde hvis pasientens situasjon krever et slikt fokus. Den personlige interessen for ernæring kan imidlertid være et problem hvis sykepleierens kostråd er basert på private erfaringer, og dermed ikke er faglig forsvarlige. Det kan være direkte uforsvarlig å overføre kostråd som er basert ene og alene på personlige erfaringer, til pasienten (Helsedirektoratet, 2012). Personlig interesse kan slik sett virke fremmede, men også begrensende på sykepleiers kunnskap om ernæring.

Imidlertid kan personlig interesse være en pådriver for økt motivasjon og engasjement, og på den måten bidra til at det å ta ansvar for ernæring oppleves som viktig og meningsfylt. En informant fremhevet følgende:

«Jeg må på en måte ha motivasjon og et ønske om å gjøre en god jobb i forhold til ernæring jeg og. Fordi det er jo, jeg må jo bruke mine personlige egenskaper og.»

Som vi ser av sitatet, hadde denne sykepleierens motivasjon sammenheng med hennes personlige egenskaper og ønske om å gjøre en god jobb. Motivasjonen for og ønsket om å gjøre en god jobb kan ha betydning for viljen til å ta ansvar i ernæringsarbeid. Det å bry seg personlig, altså å bruke personlig egenskaper og å ha et ønske om å gjøre det beste for pasienten, har betydning for å opptre profesjonelt og for å kunne utøve omsorg (Martinsen, 2005; Alvsvåg, 2010). Det å være profesjonell og en ansvarlig profesjonell sykepleier er å bruke fagkunnskap, men også å være personlig til stede (Alvsvåg, 2010).

5.3.3 Erfaringer

Alle informantene fremhevet erfaringer som vesentlig for å ivareta pasientens ernæring på en god måte. Sykepleierens egne eller deres kollegers erfaringer ble ansett som verdifulle i ulike situasjoner som omhandlet ernæring. En av informantene sa det slik:

«For det er ofte erfaring som er viktig i forhold til ernæring, da. Altså, ikke bare det (...) kunnskap, ja absolutt, men også erfaring.»

Slik informantene beskriver sin bruk av egne og andres erfaringer i ulike situasjoner, er det nærliggende å trekke frem begrepet erfaringsbasert kunnskap. Ifølge Alvsvåg (2010) er kunnskap som er erfaringsbasert, praktisk og konkret. Kunnskapen er, i likhet med skjønnets, situert (ibid.; Martinsen, 2005). Det handler om å gjenkjenne elementer fra ulike situasjoner og dra nytte av disse opplevelsene i den gitte situasjonen (ibid.). En av informantene beskrev en slik type situasjon, der hun benyttet seg av kollegenes erfaringer. Sykepleieren fortalte det slik:

«Vi har noen parkinsonpasienter for eksempel, som kniper igjen munnen veldig mye, og kan ha dager der de sover mye for eksempel, og dager der de kan ha store spasmer og det kan være problematisk å få i de mat, altså. Og da kan det være enkelte triks og råd fra enkelte erfarne pleiere som har prøvd det før på liknende tilfeller.»

Som vi ser av sitatet, fremhever informanten betydningen av erfaring i møte med pasienter som har spesielle sykdommer eller problemer, som igjen kan påvirker deres ernæringstilstand. Erfaring kan dermed bli særlig viktig i arbeid med pasienter som har vansker med å få i seg maten. Slike situasjoner krever at sykepleieren må ta utgangspunkt i tidligere erfaringer for å finne ut hva som kan gi et godt resultat i den gitte situasjonen.

Vi kan altså oppsummere med å si at informantene mente at forutsetningene for å utøve god sykepleie og å ta ansvar i ernæringsarbeid er avhengig av kunnskap, erfaring og personlig interesse. En av informantene sa det slik:

«Så jeg tror det er viktig med, det holder ikke med bare kunnskap, og at du er utdannet sykepleier, men hvis du skal gjøre en god jobb, så må du bruke erfaringene dine, og du må ha ønske om å gjøre en god jobb, og vite og ha kunnskaper om hvorfor det er viktig.»

Med utgangspunkt i Alvsvåg (2010) kan vi tolke dette som at engasjement fra sykepleierens side er viktig innenfor ernæringsarbeid, ettersom dette er grunnpilaren for at sykepleieren skal tilegne seg kunnskap, erfaring og ha en personlig interesse i fagfeltet.

5.4 Individet i fokus

Henderson (1998) mener utgangspunktet for all sykepleie skal være pasientens behov. Ifølge Foss og Wahl (2002) innebærer det i praksis at sykepleierens fokus skal være rettet mot pasientens individuelle behov, ikke mot rutinene i avdelingen. Her skal informantenes opplevelse av å utøve individuell sykepleie i ernæringsarbeid drøftes nærmere. Først diskuteres forholdet mellom pasientens individuelle behov og avdelingens rutiner, deretter settes søkelyset på hvordan informantene opplevde at pasientenes individuelle ønsker om mat og måltider blir ivaretatt. Til slutt gjennomgås sykepleierens opplevelse av oppfølging av pasientene ernæringstilstand.

5.4.1 Individuell oppfølging eller rutiner?

Informantene beskrev rutiner som de hadde organisert måltidene og ernæringsarbeidet etter i de ulike avdelingene. De enkelte avdelingenes rutiner varierte, i tillegg var det ulike matrutiner i sykehjemmet og i helsehuset. Informantene uttrykte at de på den ene siden var opptatt av at pasientenes behov og ønsker skulle ivaretas, men mente samtidig at rutiner var viktig for å opprettholde en form for struktur og organisering av hverdagen, både for pasientene og for dem selv. Tidligere forskning har vist at pasientens individuelle behov og langtidsavdelingens rutiner kan stå i et motsetningsforhold til hverandre (Hamran, 1992; Leirvik et al., 2010). Etersom rutiner er standardiserte og dermed vil være like for alle pasientene, kan de virke begrensende på sykepleieutøvelsen.

I de følgende avsnittene vil de ulike rutinene som informantene omtalte i sammenheng med ernæringsarbeidet i avdelingene, presenteres og diskuteres.

5.4.2 Antall måltider per dag

De fleste langtidsavdelinger har måltidsrutiner som innebærer at det serveres et bestemt antall måltider til faste tidspunkter i løpet av dagen (Helsevernetaten, 2001; Hauge, 2004; Aagaard, 2008; Sortland et al., 2009). Informantenes avdelinger hadde også faste måltidsrutiner.

Langtidsavdelingene ved helsehuset hadde imidlertid ett måltid mer enn sykehjemmet, ellers var tidspunktene for måltidene ganske like. Sykehjemmet hadde fire måltider per dag, og en av informantene fortalte følgende om tidspunktene for måltidene:

«Vi serverer frokost rundt klokken ni, så har vi lunsj halv ett, middag halv fire og kveldsmat rundt halv syv–syv.»

Langtidsavdelingene ved helsehuset hadde derimot følgende måltidstidspunkter:

«Vi starter med frokost klokken ni, klokken tolv har vi varm lunsj, (...) også ca. klokken halv 3 så har vi middagsmat (...), klokken halv fem serverer vi kaffe og kake. Neste er kveldsmat, ca. klokken halv syv.»

Informanten forteller i sitatet over at pasientene får fire faste måltider per dag, og ett mellommåltid. Denne måltidsserveringen er i tråd med anbefalingene i retningslinjene for kosthold i helseinstitusjoner (Statens ernæringsråd, 1995), der det tilrås at pasienter i sykehjem får fire faste måltider per dag, i tillegg til ett mellommåltid. I de nye retningslinjene som presenteres i *Kosthåndboken. Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*[†] (Helsedirektoratet, 2012), gis det ingen konkrete anbefalinger om antall måltider. Derimot påpekes det at pasienter som spiser lite, gjerne kan tilbys fra seks til åtte måltider per dag. Dette inkluderer både «faste måltider» og

mellommåltider (ibid.). Det kan virke som måltidene blir servert med relativt kort tid imellom. Det er imidlertid sentralt å understreke at gamle mennesker ofte blir fortere mette og dermed spiser lite eller mindre enn yngre personer til hvert måltid (Brodtkorb, 2008).

Informantene som deltok i min studie, var opptatt av at pasientene skulle få mat når de ønsket det. Det innebærer at sykepleierne mente at pasientene gjerne kunne få noe å spise også mellom dagens faste måltider. En av informantene fortalte:

«Men selvfølgelig får de (pasientene) mat ved behov. Vi har jo beboere som spiser åtte ganger i døgnet, for eksempel (...) Nei, de får mat akkurat når de vil.»

Sykepleierne var opptatt av at pasientene skulle få mat når de selv ønsket det, selv om dette gikk på tvers av måltidsrutinene. Flere av informantene pekte på at pasientene ofte fikk mat om natten. En av informantene fortalte:

«De får mat på natten hvis de vil ha det, så det er ikke noe sånn dette er måltidene dere skal spise, ikke noe mer. Det er det ikke.»

Den samme informanten pekte videre på at det ble servert mat om natten ettersom dette tilsynelatende roet ned pasientene. En annen informant trakk frem at pasienter med demensdiagnoser ofte kunne vandre rundt i avdelingen om natten:

«Hvis de er mye oppe og går på natten, så får de jo måltid da. Da er de i aktivitet, de er aktive, og da trenger de litt mer mat, sånn som urolige demente.»

I forhold til problemet med nattfaste, altså at det går for lang tid mellom kveldsmat og frokost, er det et fornuftig tiltak å tilby våkne og eventuelt vandrende pasienter mat om natten (Aasgaard, 2008). Slik informantene beskrev situasjonen, var det en faglig begrunnelse for å avvike måltidsrutinene, nemlig å roe ned og øke energiinntaket til personer med demens som vandrer eller er urolige om natten. Avviket fra rutinene gjør det mulig å identifisere og ivareta disse personenes individuelle behov for ernæring. Sykepleierne som deltok i studien, hadde altså en klar prioritet når det gjaldt måltidene, nemlig at pasientenes behov var styrende, ikke rutinene. Samtidig er det viktig å understreke at sykepleierne var opptatt av at det skulle være en form for rutine. Informantene påpekte at det var ønskelig å bevare en form for struktur og organisering av måltidene i avdelingen, og det var dermed viktig å opprettholde måltidsrutinene. Ettersom pasientene fikk mat ved behov også utenom måltidene, betydde ikke det å opprettholde måltidsrutinene at pasientene skulle være sultne. Informantene syn på rutiner samsvarer med Hamrans (1992) funn om at blant annet mat og ernæring var et grunnleggende strukturerende element i en sykehusavdeling, og følgelig ble

* *Kosthåndboken* ble utgitt av Helsedirektoratet i juni 2012 og erstatter dermed retningslinjene som ble presentert av Statens ernæringsråd i 1995.

personalets arbeidsoppgaver strukturert ut ifra måltidsrutinene. Selv om måltidene kan regnes som grunnleggende for strukturen i sykepleiernes arbeidsdag, var rutinene i institusjonene som var representert i min studie, noe mer fleksible enn rutinene i sykehusavdelingen i Hamrans undersøkelse. En av informantene fortalte eksempelvis følgende:

«Vi har noen beboere som synes det blir litt for mye mat (...) og da velger å hoppe over et måltid eller ta det litt senere eller, ja, gjøre litt sånn.»

Dette samsvarer med funnene i studien til Clark og Bowling (1990), som viste at måltidsrutinene i langtidsavdelingen bar preg av fleksibilitet i form av at pasientene fikk tilbud om senere måltider hvis de ikke hadde spist ved de faste måltidstidspunktene (ibid.).

5.4.3 Matkort

Det samme individuelle fokuset lå til grunn for hva pasientene ønsket å spise. Informantene var opptatt av å ta hensyn til pasientenes preferanser og ønsker. Dette er i tråd med blant annet Hougaard's (2011) anbefaling om at den sykepleiefaglige innsatsen skal rettes mot den enkelte pasients behov og ønsker, noe som fordrer en individuelt tilpasset sykepleie. Sykepleierne fra helsehuset brukte et system med matkort. I denne sammenhengen er et matkort et skjema som fylles ut i samråd med pasienten og eventuelt pårørende, om hvilke preferanser pasienten har med hensyn til mat og drikke. Ofte inkluderes også størrelsen på porsjonen ved de ulike måltidene, for eksempel hvor mange brødsiver pasienten ønsker til frokost (Kommunerevisjonen, 2008). En av sykepleierne fra helsehuset fortalte følgende om matkortsystemet:

«Der står det på hva de liker og ikke liker, da. Og hvor mye mat de ønsker, hvor mye de spiser, så har vi en liten pekepinn.»

I utgangspunktet kan matkortsystemet være gunstig ettersom pasientens egne ønsker blir ført opp og dokumentert. På den måten blir måltidet i stor grad individuelt tilrettelagt. Matkortene ble oppbevart lett tilgjengelig i avdelingene; en av informantene fortalte:

«For de (matkortene) ligger på kjøkkenet da, i forbindelse med måltidene da tar vi frem dem.»

Sykepleierne opplevde systemet med matkort som særlig viktig når det var ukjente vikarer i avdelingen. Flere av sykepleierne pekte på at matkortene ga pasientene mulighet til å få tilrettelagt måltidene på en individuell måte selv om det var flere ukjente vikarer eller ekstravakter på vakt. En av informantene fortalte følgende:

«På lørdag og søndag så bruker vi å sette inn vikarer. Og for at de skal gjøre en like god jobb som oss, så er de avhengig av matkort. Og det er noen pasienter som ikke snakker tydelig, så det kan være vanskelig for en pleier som ikke kjenner han eller hun. Så da er matkortet til hjelp.»

Matkortet har altså en viktig funksjon for å videreformidle pasientens preferanser. Men det forutsetter at matkortet blir endret i tråd med pasientenes ønsker. Hvis ikke kan matkortet bli til et «rutineverktøy» som ikke tar hensyn til pasientens ønsker om variasjon i mengde og om valg av mat. Vi har tidligere hevdet at mat og måltider er mer enn bare en fysiologisk nødvendighet (Mäkelä, 1991; Kofod, 2000; Melheim, 2004). Liten valgfrihet og en rutinebasert pleie kan føre til mistriivsel hos pasienten (Garsjø, 2008a; Bergland, 2010), som igjen kan utvikle seg til tilstanden «geriatric failure to thrive». «Geriatric failure to thrive» vil forverre ernæringstilstanden ettersom hovedkjennetegnet på denne tilstanden er nedsatt appetitt, dårlig ernæringsstatus og ikke-planlagt vekttap (Bergland og Kirkevold, 2001; Robertson og Montagnini, 2004). Forutsetningen for å anvende matkort er at pasientens ønsker og preferanser faktisk blir ivaretatt, eksempelvis gjennom jevnlig oppdatering eller noe så enkelt som å spørre pasienten om han ønsker å spise noe annet enn det han pleier å få. Sykepleierne fra helsehuset poengterte imidlertid at matkortene ikke skulle være et «rutinebasert tiltak». En av sykepleierne forklarte det slik:

«Selv om jeg vet at hun liker kokt egg til frokost, eller at han liker jordbær på brødsken, så spør jeg likevel, fordi kanskje hun liker kokt egg hver dag, men kanskje en dag så liker hun ikke egg, for eksempel. Så jeg bruker å spørre.»

I sitatet over understreker informanten at hun spurte pasienten selv om hun visste hvilke matpreferanser vedkommende vanligvis hadde. Med utgangspunkt i Martinsen (2005) kan vi si at sykepleieren i dette eksemplet brukte sitt faglige skjønn til å ivareta pasientens ønske om selv å velge hva slags mat han ville ha. En skjønnsmessig vurdering innebærer at sykepleieren analyserer situasjonen og de ulike handlingsalternativer som er til det beste for pasienten i den gitte situasjonen (ibid.). Slik jeg har fortolket informantens utsagn, ligger det en slik en skjønnsmessig vurdering til grunn for hennes utsagn om at «pasientens beste» er å bli spurt fremfor at en sykepleier skal ta avgjørelsen om hva han skal spise.

Sykepleierne fra sykehjemmet hadde som nevnt ikke det samme matkortsystemet. Likevel var det også i disse avdelingene et fokus på å etterkomme pasientens matønsker. En av informantene fortalte følgende om hvorfor det var viktig at personalet ikke kom inn i en rutine i måltidssammenheng:

«Selv om han Svein har spist sursild til frokost siden 1940, så kanskje gjør han det ikke nå.»

Mine informanter opplevde at individuell oppfølging og tilrettelegging av maten til den enkelte pasient var viktigere enn rigide avdelingsrutiner. Sykepleierne var opptatt av å forhindre en rutinepreget omsorg i ernæringsarbeidet. I argumentasjonen for å ivareta pasientens individuelle ønsker og behov brukte sykepleierne sin fagkunnskap for å forstå pasienten. En studie gjort av Meyer, Eilertsen og Ytrehus (2010) i to langtidsavdelinger i Norge viser at sykepleierne som ble

intervjuet, var opptatt av at fagkunnskap og faglig oppdatering var viktig for å unngå en rutinepreget sykepleieutøvelse. Dette funnet støttes av Foss og Wahl (2002), som fant at personalets kunnskaper og personlige forutsetninger var viktig for at pasientens grunnleggende behov skulle bli ivaretatt på en individuell måte, fremfor en rutinepreget tilnærming til pasientens behov. Ut ifra dette kan vi anta at den rigide pleiekulturen slik Leirvik et al. (2010) beskriver den, ikke er fremtredende i de respektive langtidsavdelingene. Et argument for nettopp dette er at sykepleierne trakk frem fagkunnskaper som viktig. Ifølge Leirvik (2007) og Jakobsen (2001) er kjennetegn på den problematiske pleiekulturen at den ikke er basert på kunnskap, noe som igjen vil føre til at medlemmene blir avhengig av faste og rigide rutiner og atferdsmønstre. I min studie kommer det frem at informantene ikke opplevde at måltidsrutinene i seg selv var et mål; derimot var målet at pasientene skulle få god og individuell oppfølging – en praksis som altså «strider mot» den «problematiske» pleiekulturen, ettersom det der kan synes som at arbeidet er utført når rutinene er fulgt til punkt og prikke (Leirvik et al., 2010).

Sammenfattende kan vi si at måltidene er grunnleggende strukturerende elementer i en avdeling (Hamran, 1992), men sykepleierens fagkunnskap og faglig skjønn danner grunnlaget for å avvike fra matrutinene for å ivareta pasientens individuelle behov.

5.4.4 Variasjon og vaner i kostholdet

Det å sikre variasjon og samtidig fremme en individuell sykepleie innenfor ernæringsarbeidet ble ansett som viktig av alle informantene, både fra sykehjemmet og fra helsehuset. Dette vil bli diskutert nærmere i neste avsnitt.

Alle informantene opplevde det som en sentral sykepleieroppgave å tilrettelegge for at pasientene fikk variasjon i kostholdet sitt. Sykepleierne mente at de gjennom å motivere pasientene kunne bidra til å sikre et variert kosthold. Det ble beskrevet som viktig at pasienten ikke fikk den samme maten hele tiden; både fordi vedkommende da kunne bli lei, men også fordi næringsinntaket bør varieres. En av informantene fortalte følgende:

«Eldre folk kan jo endre seg, da. Og det er jo viktig, da, at vi endrer mat, altså matvaner har de jo, men det endrer jo seg og da. Også er det jo om å gjøre å ikke bli låst fast og da. Hvis de sier at de liker en ting, også blir det kjørt på det i det uendelige, så til slutt blir dem jo lei av det.»

Gamle mennesker har i utgangspunktet mindre energibehov enn yngre og mer aktive mennesker. De har imidlertid det samme behovet for vitaminer, mineraler og andre mikronæringsstoffer (Brodtkorb, 2008; Sortland, 2007). Variasjon i kostens sammensetning er derfor like viktig for gamle mennesker som for yngre. De fleste mennesker har i løpet av livet opparbeidet vaner både i forhold til måltidsmønstre og hva slags mat de liker. En del av sykepleieres ansvar i ernæringsarbeid vil være å tilrettelegge for variasjon i pasientenes kosthold, samtidig som de må ta

hensyn til pasientenes individuelle preferanser og avdelingens strukturelle organisering (Hougaard, 2011). Informantene som deltok i denne studien, var opptatt av variasjon i matveien. En av informantene var særlig opptatt av at hennes ansvar blant annet besto i å bryte gamle rutiner for nettopp å variere kosten. Hun sa:

«At det ikke blir den der brødiskiven med syltetøy til hvert måltid, men at vi på en måte er observante på at kanskje du skal prøve litt sånn, få litt mer protein, kanskje litt mer egg. Altså at vi må være flinke på å være med på å variere, ikke sant. Og det gjelder jo til alle måltidene.»

Samtidig opplevde flere av informantene at det kunne være utfordrende å sikre variasjon i kostholdet, fordi pasientene ikke alltid ønsket å spise det sykepleierne mente var fornuftig for nettopp å variere. En av informantene pekte på dette:

«Det er jo utfordrende med enkelte [pasienter], å overtale de, for noen spiser jo for eksempel bare omelett.»

En av de andre informantene fremhevet den samme utfordringen. Informanten fortalte om betydningen av å motivere pasientene til å velge forskjellige typer pålegg, særlig til frokost:

«Det er noen som er veldig glad i syltetøy og helst vil ha det, men da er det (...) da kan jo vi kanskje gjennom litt motivasjon og skal du ikke prøve noe annet og hva med litt sånn, ja, ikke sant. Så det ikke blir bare syltetøy da.»

Begge sitatene over viser at sykepleierne søker å «overtale» eller «motivere» pasientene til å foreta et riktig valg, som i denne situasjonen er å variere kostholdet. Med utgangspunkt i Martinsen (2005) kan vi si at det må foreligge en autoritetsstruktur i relasjonen mellom pasient og sykepleier. Ifølge Martinsen (2005) er det sykepleier som besitter fagkunnskapen, som pasienten mangler og er avhengig av i den gitte situasjonen. Ut fra kunnskap om ernæring som sykepleierne har tilegnet seg, vet de at hvis pasienten ikke varierer kostholdet tilstrekkelig, kan det få konsekvenser for hans allmenntilstand og opplevelse av velvære. Med bakgrunn i denne kunnskapen forsøker sykepleierne å motivere eller påvirke pasienten til å gjøre et godt valg og sikre variasjon i kostholdet. Dette kan imidlertid være vanskelig hvis pasienten faktisk ikke vil ha noe annet enn eksempelvis syltetøy. En av informantene fortalte at noen pasienter for eksempel tidvis bare ville ha dessert, og hun påpekte at det er viktig at pasientene får sine matønsker oppfylt av og til. I slike situasjoner var informantene bevisst på å ikke overkjøre pasienten, og hun fortalte følgende:

«Og da er det ikke jeg som skal trumfe igjennom at du skal ha havregrøt først også dessert etterpå, men det er klart vi kan ikke bare gjøre det da [gi dessert], og i så fall så må vi begrunne det veldig godt.»

Som vi ser fremhever sykepleieren at hun ikke ønsker å overstyre pasienten. Samtidig peker hun på at pasientene ikke alltid kan få matønskene sine oppfylt, med mindre det er en god grunn til dette.

Martinsen (2005) fremhever at det ligger en svak paternalisme til grunn for sykepleier–pasient-relasjonen, en paternalisme som er overordnet pasientens autonomi. Med utgangspunkt i den svake paternalismen vil sykepleieren forsøke å fremme variasjon og et godt kosthold i møte med pasienten. Det innebærer at sykepleieren skal vurdere hva som er til det beste for pasienten, og handle deretter. Imidlertid må dette gjøres på en måte som ivaretar pasienten og hans ønsker (Martinsen, 2005). I overstående sitat ser vi at sykepleieren vurderte den enkelte situasjon, og noen ganger vurderte hun det dit hen at pasienten burde få oppfylt sitt ønske om å spise dessert, men at dette ikke burde bli en vane fordi det på sikt ikke ville tjene pasientens ernæringsstatus. I en slik vurderingsprosess om hva som er til det beste for pasienten i den gitte situasjonen, må sykepleieren bruke sitt faglige skjønn (Martinsen, 2005).

5.4.5 Oppfølging av pasientenes vekt

Ifølge Helsedirektoratets (2009) «Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring» bør vekten og ernæringsstatusen til den enkelte pasient følges nøye opp.

Avdelingene som informantene arbeidet på hadde tilsynelatende ikke rutine for å benytte screeningsverktøy for å kartlegge ernæringsstatusen til pasienten. Screeningsverktøy som MNA fremheves av eksisterende forskning som et nyttig og anbefalt verktøy for å identifisere risiko for underernæring og konstatering av underernæring (Vellas et al., 1999; Nes et al., 2001; Bauer et al., 2008; Kaiser et al., 2010). Videre anbefaler Helsedirektoratet (2012) at det foretas vektkontroll én gang per måned når pasienten er innlagt i en avdeling. Seks av de syv informantene viste til at de fulgte opp pasientenes vekt på det de mente var en adekvat måte. Én informant mente at avdelingen hadde et forbedringspotensial med hensyn til vektkontroll av pasientene. Informanten fortalte:

«Nå i det siste har vi vært litt sløve på det (veiging), så det er en av de tingene vi burde vært bedre på.»

En av årsakene til dette var mangel på riktig utstyr. Den aktuelle avdelingen manglet «sittevekt», noe som gjorde det problematisk å veie pasienter som ikke kunne stå. Informanten fortalte videre:

«Så de som sitter i rullestol, ja, det blir litt vanskelig. Vi kan liksom ikke bare lempe de eller bære de og holde de oppe på en vanlig ståvekt. Det blir litt vanskelig.»

Mangel på fungerende utstyr gjør det vanskelig for sykepleierne å følge opp pasientens vekt. Dette samsvarer med Rugås og Martinsens (2003) veieprosjekt i et sykehjem, der nettopp tekniske feil ved vektene var det største problemet.

De øvrige informantene i min undersøkelse mente at vektkontrollen i avdelingene de tilhørte, var tilstrekkelig for å følge opp pasientenes vekt. Imidlertid virket det som informantene hadde ulik oppfatning av hvor ofte pasientene burde veies. Noen av sykepleierne fortalte at de forholdt seg til

Helsedirektoratets (2012) anbefaling om å veie alle pasientene én gang per måned, mens andre foretok vektkontroll sjeldnere. En av sykepleierne sa:

«Vi har jo vekt hver tredje måned.»

En av de andre mente at alle pasientene skulle veies hver annen måned. Selv om det var ulik oppfatningen av hvor hyppig vektkontrollene skulle foretas, hadde alle informantene en felles opplevelse av at pasientenes individuelle behov gikk foran rutinene. Det innebærer at hvis pasientens tilstand krevde det, skulle vekten følges opp ofte. En av informantene fortalte at de hadde en pasient som krevde nøye oppfølging av vekten på grunn av en sykdom. Hun sa:

«Vi har jo en pasient for eksempel, og hun veier vi hver uke (...) Så, det er jo for å se om det går opp eller ned.»

Sykepleierne som deltok i min studie, hadde videre en felles forståelse av at det var sentralt å reagere raskt hvis en pasient gikk ned i vekt. En rask reaksjon på et begynnende vekttap er viktig for å forebygge ytterligere vektreduksjon (Helsedirektoratet, 2009). En av informantene fortalte:

«Jeg merket det veldig godt her i går, for det var en pasient som ble veid, og hjelpepleier reagerte med en gang og sa: 'Se her, han har gått ned så mye i vekt' (...)»

Sitatet viser at personalet ikke bare veide pasienten fordi det var en rutine som skulle gjøres, men de vurderte også resultatet av veiingen mot tidligere vekt for å se om det var endringer. Informantene var opptatt av å dokumentere kartleggingen og oppfølgingen av pasientenes vekt, slik at de kunne oppdage en eventuell endring. En slik rutine sikret at pasientenes vekt ble fulgt opp på en strukturert måte, og at avvik ble oppdaget. Rutinen er imidlertid ikke rigid i form av at det tas hensyn til individuelle behov om hyppigere vektkontroll, enn det som er standardisert rutine på avdelingene.

5.4.6 Når pasientene ikke vil spise

Flere av informantene hadde opplevd at en pasient på et tidspunkt hadde sluttet å ta til seg næring og væske. Ifølge Hjort (2010) er det ikke uvanlig at pasienter som nærmer seg slutten av livet, avviser næring. Pasientene gir ofte klart uttrykk for at de ikke ønsker å ta til seg noe ved eksempelvis å knipe igjen munnen når de tilbys mat eller drikke. Ofte er det ikke en konkret sykdom som er opphav til en slik situasjon, men pasienten har tilsynelatende mistet «livsgnisten» (Hjort, 2010). Informantene i min studie identifiserte det at en pasient nekter å spise og drikke, som en av vanskeligste etiske utfordringene i forbindelse med ernæringsarbeid. Ethvert menneske må ha mat og drikke for å overleve, og når en pasient, uten en innlysende grunn, slutter å ta til seg næring og væske, kan det oppstå en vanskelig situasjon for sykepleieren. En av informantene beskrev en slik situasjon på følgende måte:

«Det er tøft. Det er det, ja.»

Imidlertid pekte flere av informantene på at pasientens valg måtte respekteres, i alle fall hvis de var «klare» i kognitiv forstand. En av informantene fortalte følgende:

«Samtidig så må vi jo prøve å respektere det, hvis de er klare også.»

Sykepleierne opplevde det som enda større etisk utfordring hvis pasienten hadde en form for demens eller kognitiv svikt. Ifølge Engedal og Hauge (2009) har mange av dagens pasienter i langtidsavdelinger en form for demens, noe som aktualiserer det sykepleierne i denne studien opplevde. En av informantene fortalte:

«De [pasientene] trenger ikke å være klare, det er ofte demente, egentlig, som slutter å spise (...) Også skyver de seg unna. De vil ikke ha, de kommer med hånden. Ofte er de uten språk, og det er et skikkelig dilemma.»

Hvis pasienten har en langtkommet demensdiagnose og nekter å ta til seg næring, vil samarbeidet med andre faggrupper være viktig. En av informantene sa:

«Da er vi i diskusjon med legen, hele tiden. Pårørende og. Det må vi være.»

Imidlertid har pårørende noen ganger en annen oppfatning av situasjonen enn både helsepersonell og pasient har. Ifølge informantene hadde pårørende noen ganger et sterkt ønske om at pasienten skulle få i seg mat og drikke, på tross av at vedkommende motsatte seg det. Sykepleierne befant seg da mellom to motstridende interesser. På den ene siden pårørende, som ville at pasienten skulle få i seg næring, på den andre siden pasienten, som ikke ønsket verken å spise eller å drikke. En av sykepleierne forklarte det slik:

«Men så er det i de tilfellene hvor pasienten ikke vil [spise og drikke], og at han gir uttrykk for at jeg har bestemt meg for det. Og jeg tror nok vi synes det er litt vanskelig det, for ofte så har pårørende en formening om at dem må nå spise i hvert fall, ikke sant.»

Sykepleieren settes her i en krevende situasjon. På den ene siden skal hun i følge de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (Norsk Sykepleieforbund, 2011) og respektere pasientens rett til å foreta egne valg. På den andre siden skal hun samhandle med pårørende og sørge for at de mottar tilstrekkelig informasjon. Når pasienten i tillegg har en demenssykdom, kan det stilles spørsmål ved pasientens samtykkekompetanse. Imidlertid hevder Johnsen og Smebye (2009) at selv langt ut i demensforløpet vil det å ta til seg mat og drikke oppfattes som en nødvendighet for å opprettholde livet. Når pasienten da nekter å ta til seg næring, kan det tolkes som et uttrykk for at pasienten faktisk ikke ønsker å leve lenger. At pasienten skyver maten unna med hånden, slik det beskrives i det tidligere sitatet, kan ifølge Johnsen og Smebye (2009, s. 215) være et uttrykk for at pasienten

skjønner at han får mat, men faktisk ikke ønsker det, og dermed er samtykkekompetent i den gitte situasjonen. Samtidig fritar ikke dette sykepleieren fra å tilby mat, gjerne små og hyppige måltider. En av informantene fortalte en historie om en pasient med demens som hadde sluttet å spise:

«Vi hadde jo en pasient som sluttet å spise, som var dement. Den pasienten var kvalm i tillegg. Vedkommende kastet opp en del, også ville han ikke ha noe mat. Han sluttet å spise. Og da var det jo å prøve litt granne hele tiden, og måle drikke og få ernæringsdrikke og, ja.»

De yrkesetiske retningslinjene (Norsk sykepleierforbund, 2011) inneholder også ett punkt om at dersom det skulle oppstå en konflikt mellom pasientens og de pårørendes interesser, så skal hensynet til pasienten prioriteres. Selv om retningslinjene tydelig prioriterer pasientens behov, kan det være utfordrende for sykepleieren å formidle dette til pårørende. En av informantene sa følgende:

«Jeg tror nok det er mange pårørende og som tenker sånn at bare dem får mat så, at de ikke ligger og er tørste og sultne og sånt. For vi selv ser jo hvor fort vi blir tørste og, ikke sant.»

Samtidig mente informantene at situasjoner der pasienten ikke ønsket verken å spise eller drikke var en større personlig belastning for nyutdannede og uerfarne sykepleiere. Hvis pårørende og pasient i tillegg hadde motstridende interesser, var situasjonen å betegne som «ekstra tøff». En av informantene fortalte at hun som nyutdannet sykepleier syntes det var særlig vanskelig når pasienten ikke ville drikke, og som hun selv fortalte:

«Det var vanskelig for meg og i starten når jeg begynte som sykepleier. For jeg tenkte at jeg må nå i hvert fall gi de [pasientene] drikke, men så snakket jeg med en lege om det, og han sa det at når de har kommet så langt, så kjenner ikke de på den der tørsten. Og det synes jeg var greit å vite, og at han sa det altså.»

Som vi ser av overstående sitat, opplevde sykepleieren det som sentralt å diskutere og utveksle kunnskap med legen. Hov, Athlin og Hedeling (2009) beskriver det som viktig for sykepleiere å kunne prate med kolleger når pasienten befinner seg i en tilstand mellom levende og død eller er terminal. En av de andre informantene i min studie fremhevet også dette aspektet. Hun mente at det var sentralt å prate med kollegene når en pasient ikke ønsket å ta til seg næring lenger. Informanten fortalte:

«Og da snakker vi [personalet] sammen om det, sant, reflekterer over det.»

En av de andre informantene opplevde det som viktig at alle medlemmene i pleieteamet hadde en felles forståelse av pasienten. Informanten fortalte følgende:

«Når det begynner å gå mot slutten hos pasientene, så merker man jo at de ikke vil ha mat. Da er det på en måte godt å ha et sånt fellesskap og en felles forståelse, jeg skulle til å si at det er lov å si nei.»

At det er viktig med en felles forståelse, støttes blant annet av funnene i studien til Hov, Athlin og Hedeling (2009). Der fremkom det at sykepleiere opplever det som emosjonelt belastende hvis de ikke får støtte fra kollegene i forbindelse med tiltak overfor pasienter som befinner seg i en tilstand mellom levende og død (ibid.).

En annen situasjon som informantene opplevde som vanskelig, var når en gammel pasient som hadde nektet å ta til seg mat, fikk lagt ned nasalsonde eller PEG-sonde. En av informantene mente at det å legge ned en sonde på en pasient som ikke ville spise, lett kunne oppleves som urettmessigtvang. Sykepleieren fortalte:

«Så er det jo tvangsparagrafen eller kapittel 4a da, med tvang, og da må det jo eventuelt bli sondeernæring, da. Det er jo ikke noe annet. Og den kan de (pasientene) jo og trekke ut, og avslutte.»

Å legge ned nasalsonde eller PEG-sonde var ifølge informantene ikke en god løsning for gamle langtidspasienter som ikke ønsket å spise. En av informantene uttalte eksempelvis:

«Nei, jeg tror vi har rimelig bra forståelse for når pasienten skal få si at nok er nok i forhold til mat. Det er en selvfølge.»

En av informantene hadde hatt det hun beskrev som en tøff opplevelse relatert til bruk av sonde. Sykepleieren fortalte om en pasient på over 90 år som var blitt innlagt i avdelingen. Pasienten hadde fått nedlagt nasalsonde på sykehuset på grunn av svelgevansker. Informanten fortalte:

«Vi hadde problemer med sonden fordi pasienten rev den ut hele tiden. Men pasienten skulle ha den sonden. Og til slutt så ble det lagt inn sånn PEG-sonde, og den rev han også ut (...) Men vi satte jo den inn igjen da. Og det er litt sånn dramatisk, synes jeg. I forhold til at vedkommende var over 90 år og ikke hadde svelgefunksjon, og nasalsonden rev jo pasienten også opp, og da fikk han pneumoni[§]. Og hvor lenge skal man holde på sånn?»

Sitatet over kan i ytterste konsekvens forstås i lys av det Hjort (2010) beskriver som «futile care». Med «futile care» forstås medisinsk behandling som er meningsløs, hensiktsløs og forgjeves, det er kun snakk om behandling som sikter på å forlenge livet, altså ikke lindrende behandling (ibid.). Slik jeg tolker informantens utsagn, opplevde hun ernæringsbehandlingen som hensiktsløs i det gitte eksemplet. Samtidig må dilemmaer knyttet til «futile care» forstås på bakgrunn av at helsepersonell, både sykepleiere og leger, ofte utsettes for et press om «å handle» eller «å gjøre noe» når pasientens

[§] Pneumoni er den latinske betegnelsen på lungebetennelse. Hvis pasienter, særlig med svelgevansker, selvseponerer nasalsonden, er det fare for aspirasjonspneumoni, altså at væske, enten fra magen eller selve sondeoppløsningen, kommer ned i lungene og forårsaker en betennelse (Wyller, 2005).

tilstand forverres. Hvis behandling, som sondeernæring, først startes, er det i tillegg svært vanskelig å avslutte den (ibid.). Informanten i min studie pekte på akkurat dette:

«Men det er veldig vanskelig å avslutte en sånn sondebehandling som de har fått. Det var dilemmaet våres, vi måtte jo bare fortsette. For pasienten hadde jo fått det på sykehuset (...) Så da var det vanskelig.»

Informantens opplevelse kan her forstås ut fra Martinsens (2003) beskrivelse av vedlikeholdssorg. Den omsorgen og pleien som sykepleieren utøver i langtidsavdelinger, vil ha til hensikt å skape en god «her og nå»-situasjon for pasienten. Målet er altså ikke å gjøre pasienten selvhjulpel gjennom eksempelvis medisinsk behandling (ibid.). I fortellingen om pasienten som fikk sondeernæring, spurte informanten «hvor lenge skal man holde på sånn?» I min fortolkning av informantens utsagn legger jeg til grunn at sykepleieren ikke opplevde situasjonen som bra for pasienten. Til dels fordi pasienten ikke ønsket å ha sonden der, men også fordi informanten opplevde hele situasjonen rundt som vanskelig og etisk utfordrende. Informanten fortalte følgende:

«Pasienten hadde jo ikke noe lyst til å ha det der [nasalsonden]. Men om det var ubehag eller om vedkommende skjønnte hvorfor han fikk det, at det var mat, det er jeg litt i tvil om (...) Det var VANSKELIG. Et skikkelig etisk dilemma.»

Av det overstående avsnittet forstår vi at ernæringsarbeid kan by på en del etiske utfordringer. Å ta til seg mat og drikke er grunnleggende for ethvert levende menneske, og når en pasient nekter å ta til seg næring, kan det oppleves som et uttrykk for at vedkommende ønsker å dø. En slik situasjon kan være vanskelig å håndtere for både pasienten, de pårørende og sykepleierne. Helsepersonell kan føle seg presset til å gjøre noe i situasjonen, slik at pasienten ikke blir dårligere, særlig hvis pårørende uttrykker et sterkt ønske om at mor eller far må få i seg væske og mat. Sykepleierne som deltok i denne studien, var opptatt av å tale pasientenes sak. Det vil si at dersom pasienten ikke ønsker å spise eller drikke, så må man respektere det. Det finnes imidlertid gråsoner, for eksempel hvis pasienten har en langtkommet demenssykdom og nekter å ta til seg næring. Likeså mente sykepleierne at det kunne være etisk utfordrende å starte sondeernæring hos gamle og syke pasienter som faktisk ikke ønsket slik behandling. Begge disse tilfellene opplevde sykepleierne som ekstra vanskelig.

5.5 Opplevelse av stemning

Alle informantene var opptatt av at ernæringsarbeid skulle dreie seg om mer enn mat og drikke. Det å skape en god atmosfære og stemning rundt måltidene ble beskrevet av sykepleierne som vesentlig. I de følgende avsnittene vil ulike forhold og faktorer som kan påvirke måltidssituasjonen i avdelingen beskrives nærmere. Først vil måltidet som sosialt høydepunkt og livsglede diskuteres,

deretter personalets deltakelse i måltidene. Opplevelse av ro, estetikk og tid i relasjon til mat og måltider vil også drøftes nærmere i denne delen.

5.5.1 Måltidet og mat som sosialt høydepunkt og livsglede

Vi har sett at flere studier har argumentert for måltidets status som et sosialt samlingspunkt og høydepunkt (Mäkelä, 1999; Kofod, 2000; Melheim, 2004, 2008; Aagaard, 2008). Informantene som deltok i denne studien, var opptatt av det sosiale aspektet i ernæringsarbeidet, herunder det å skape det å skape en fellesskapsopplevelse for pasientene under måltidene. En av informantene fortalte eksempelvis:

«Vi har bra fokus på det her med mat i avdelingen her, og fokus på det her sosiale rundt måltider, og at vi stort sett samles inne på kjøkkenet til måltidene.»

Sykepleierne opplevde maten og måltidene som høydepunkt for pasientene i løpet av dagen, både på grunn av det sosiale aspektet og fordi de syntes måltidene var koselige.

I Melheims (2004) hovedoppgave fremkom det at sykehjemspasientene som deltok i hennes studie, mente at måltidene, og da særlig middagen, utgjorde et sosialt treffpunkt. Dette samsvarer til dels med den opplevelsens til sykepleierne som deltok min studie, at måltidene generelt, og middagen spesielt, utgjorde høydepunkter for pasientene. En av informantene fortalte:

«For de aller fleste så er det her med måltider koselig og et høydepunkt, de [pasientene] er glad i mat.»

Som tidligere nevnt er mat og drikke en nødvendighet og et grunnleggende behov slik Maslow (1943) viser i sin behovspyramide. Henderson (1998) mener at det er sykepleieres oppgave å hjelpe pasienten til å få dekket sine grunnleggende behov, inkludert behovet for ernæring. Imidlertid identifiserte sykepleierne som deltok i min studie, måltidene som noe mer enn en ren spisesituasjon, der pasienten får «maten fra A til B». Som en av informantene sa det:

«For mange så er maten livsglede, det er ikke bare noe de (...) det er ikke bare en nødvendighet for dagen, men at de [pasientene] faktisk koser seg med maten og at det betyr mye for de.»

Sykepleieren opplevde at maten og måltidene innebar hygge og livsglede for pasientene. Dette støttes blant annet av Skulberg (2005), som hevder at det «gode måltid» i institusjon innebærer en opplevelse av god stemning og fellesskap. Videre ser vi at informantene fremhever begrepet «livsglede» i sammenheng med mat og måltid. Livsglede forklares av Delmar (2011) som et livsbefordrende livsfenomen. Som tidligere beskrevet er livsfenomener, på lik linje med behov, noe som hører livet til. Ved å bruke sine sanser og å være lydhør i sitt møte med pasientene vil sykepleieren kunne identifisere hans uttrykk (ibid.). Flere av informantene var opptatt av forholdet mellom livsfenomenet livsglede og mat. En av de andre informantene uttalte:

«God mat er jo livsglede. Og for enkelte mennesker er jo mat veldig viktig, for enkelte som er veldig glad i mat, og som tenker sånn at hvor viktig det er, og hvordan de gleder seg til frokosten. Vi har jo noen [pasienter] som er sånn 'Åh, når er det frokost?' 'Det er om 10 minutter', sier jeg for eksempel. 'Åh, det skal bli godt, jeg har så lyst på kaffe'»

Forholdet mellom måltider og livsglede kan forstås i lys av omsorgsteori og livsfenomener. Ifølge Delmar (2011) dreier sykepleiernes omsorgsutøvelse seg om å ta vare på den andre slik at dennes utfoldelsesmuligheter utvides (s. 492). Av sitatene over ser vi at sykepleierne identifiserte måltidene som situasjoner som kan fremme livsglede, som et livsbefordrende livsfenomen. Ved å se det enestående i situasjonen, kombinert med profesjonell faglighet, sanselig situasjonsbestemt oppmerksomhet og anvendelse av erfaringsbasert viten om livsfenomener kan sykepleieren ivareta pasienten på en omsorgsfull måte (ibid). Livsglede som livsbefordrende livsfenomen kan altså fremmes gjennom ernæringsarbeid, herunder måltider.

Flere av informantene påpekte at de opplevde at pasienter og pårørende uttrykte at det var godt å være i avdelingen ettersom det var et trivelig fellesskap rundt måltidene. En av informantene fortalte:

«De fleste [pasientene] sier jo det at det er så godt å komme hit, for her er det flere sammen rundt måltidene, og det vet man jo selv også, man spiser jo bedre når man er sammen.»

Sykepleierne identifiserte fellesskapet rundt måltidet som en viktig grunn til at pasientene spiste mer og hadde god matlyst. En informant svarte på spørsmål om det sosiale rundt måltidene:

«Det er veldig viktig for eldre mennesker, fordi de trenger ikke bare mat og drikke, men de trenger også en sosial aktivitet.»

Pasientens rett til å få dekket behovet for sosial kontakt og fellesskap bekreftes i forskriften om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (2003). Sykepleieren skal altså gi pasienten mulighet for sosial aktivitet, også under måltidene. Samtidig fremhever forskriften at pasienten skal ha mulighet for ro og skjermet privatliv. Et menneske som har bodd alene store deler av sitt liv og har spist måltidene sine i eget selskap, kan oppleve det som vanskelig å bli «tvunget» inn i et fellesskap rundt måltidene. Flere av informantene var opptatt av nettopp dette; fellesskapet rundt måltidene skulle ikke være fremtvunget av personalet. En av informantene fortalte følgende:

«Kanskje pasienten har sittet ved kjøkkenbordet sitt alene og spist hele livet. Også plutselig skal (...) når de kommer på sykehjem, skal de sitte sammen med masse folk å spise. Kanskje det blir helt feil? Det må vi ha respekt for. Kanskje han eller hun har lyst til å sitte på rommet sitt å spise. Det må være rom for individuelle behov blir dekket.»

Som informanten påpeker i sitatet over, kan det bli helt feil hvis pasienten tvinges inn i et måltidsfellesskap som han eller hun faktisk ikke trives med. Dette støttes av Hauge (2004), som

peker på at den private livsformen kan bli truet av institusjonelle rutiner hvis disse er rigide og strider i mot egne private rutiner. Ifølge Brodtkorb (2008) bør den gamle pasientens ønsker være utslagsgivende for hvor måltidet skal inntas, særlig kan miljøet rundt måltidet påvirke matlysten. Innen ernæringsarbeidet i langtidsavdelinger er det tross alt viktig å finne løsninger som fremmer pasientens matlyst (ibid.). I ytterste konsekvens kan det å «overkjøre» pasientenes ønsker og etablere rigide rutiner gi assosiasjoner til Goffmans (1961) beskrivelse av den totale institusjon. Flere tidligere studier har visst til likheter mellom langtidsavdelingens rutiner og den totale institusjonen (Bennett, 1980; Ice, 2000; Kofod og Brikemose, 2004; Harnett, 2010). Imidlertid uttrykte informantene i min studie at pasientenes ønsker skulle legges til grunn for ulike avgjørelser. En av informantene forklarte det slik:

«Å få bestemme over sitt eget liv er viktig. Hvis du ikke vil sitte på stuen sammen med de andre, så er det ingen som tvinger deg dit. Da får du maten din dit du vil ha den. Og det er viktig, ja. For har du vært vant til å spise alene hele tiden, så skal du ikke være tvunget til å sitte sammen med andre.»

Som vi har sett i det overstående avsnittet, opplevde sykepleierne at måltidene utgjorde et høydepunkt for pasientene. Sykepleierne var opptatt av at måltidet ikke bare skulle dekke det nødvendige behovet for mat og drikke, men også bidra til en opplevelse av fellesskap, sosialt samhold og kontakt. Livsbefordrende livs fenomener som livsglede kan, ifølge sykepleierne, fremmes gjennom gode måltidssituasjoner. Samtidig opplevde sykepleierne at en god måltidssituasjon skulle defineres av pasientene. Det vil si at dersom en pasient var vant med og ønsket å spise alene, så skulle verken sykepleier eller øvrig personale trosse pasientens ønske ved å «tvinge» vedkommende til å spise sammen med de andre. Det var sentralt å skape rom for sosialt samvær og trivsel i forbindelse med måltidene, og samtidig ta høyde for pasientens individuelle ønsker, ettersom disse faktorene vil påvirke pasientenes matlyst.

5.5.1.1 Bordplassering

Ifølge Brodtkorb (2008) kan pasientenes plassering rundt bordet påvirke både matlyst og matinntak. Informantene hadde erfart at pasientenes plassering i spisemiljøet kunne bidra til enten å fremme eller å hemme den sosiale interaksjonen under måltidet.

En av sykepleierne fortalte at avdelingen hadde valgt å innføre «langbord» ettersom dette tilsynelatende var noe pasientene opplevde som trivelig. Informanten sa:

«Vi fant ut eller vi så at rundt høytider så hadde vi alltid langbord, og da så vi at det fellesskapet og den samtalen som gikk rundt bordet da, altså uavhengig av beboere, for det skiftes jo ut beboere, det var så fint. Det var så, jeg skulle til å si, trygt å sitte rundt bordet. Fordi du opplevde noen ganger når vi hadde mange små bord, så kunne det bli litt mer sånn, nesten litt mobbing mellom bordene. For da ble det liksom litt sånn: nei, dem ville sitte der, for dem ville ikke sitte der for der satt dem som gjorde sånn og

sånn eller det og det. Så vi satte alle sammen på samme bordet, så ble det noe helt annet. Og vi ser at dem spiser godt og trives sammen altså.»

Bruken av langbord så ut til å fremme en fellesskapsfølelse og øke trivselen blant pasientene. Ved bruk av småbord var sykepleiernes opplevelse at man ikke oppnådde den samme positive stemningen rundt bordene. Hauge (2004) fant i sin studie med deltakende observasjon at mange småbord førte til at ikke alle pasientene deltok i fellesskapet rundt måltidene, noen var ekskludert. I min studie var langbord kun vanlig i én av avdelingene. De seks øvrige informantene fortalte at de vanligvis brukte mange småbord, i stedet for ett felles. Plasseringen av pasientene ved de ulike bordene kunne imidlertid variere. I hovedsak hadde alle en fast plass, men hvis noen ikke trivdes sammen, kunne de få bytte plass. En av informantene fortalte:

«Vi varierer plasser i forhold til hvem som passer sammen, i forhold til uro og i forhold til spiseferdighet. Noen kan jo bli støtt av noen sine spiseferdigheter. Så langbord er ikke bestandig like gunstig. Mange ganger må vi sette flere småbord. Sånn at de som har det bra sammen, kan sitte sammen, også med måltidene.»

Brodtkorb (2008) peker på at det er mange hensyn som skal tas ved vurderingen av hvor pasientene skal sitte rundt bordet. Hun bekrefter informantens oppfatning av at pasientene bør plasseres sammen med medpasienter som de trives med (ibid.). Dette støttes også av Kofods (2000) studie, der pasientene uttrykte at det å sitte sammen med noen de kjenner, var viktig i forbindelse med måltidene.

Informantens utsagn om at det bør tas spesielt hensyn ved plassering av pasienter med en spiseatferd som kan ha en negativ innvirkning på andre pasienter, bekreftes av Brodtkorb (2008). Flere av informantene opplevde at det kunne være vanskelig hvis en pasient hadde en spiseatferd som kunne føre til redusert appetitt hos de øvrige pasientene. I slike situasjoner mente sykepleierne at det var viktig å fokusere på å skjerme pasienten. En av informantene fortalte om et slikt tilfelle:

«Hvis pasienten har nedsatt funksjon, at du trenger smekke og sikler mye, og synes det er ekkelt å sitte i fellesskap, så tar vi hensyn til det. Men det er jo individuelt. Så da skjermer vi, hvis dem ønsker det.»

Som vi ser av de overstående avsnittene, er sykepleiernes grunnsyn basert på hva som er til det beste for pasientene, de tok tilsynelatende utgangspunkt i de enkelte pasientenes preferanser og behov. Det var utgangspunktet for informantenes begrunnelse for pasientenes plassering ved bordet, og for hvorvidt langbord var å foretrekke fremfor småbord, og omvendt.

5.5.2 Personalets deltakelse og tilstedeværelse under måltidene

Harmer og Henderson (1939) fremhever at det er en sentral sykepleieroppgave å tilrettelegge for en god spiseopplevelse for pasientene. Tidligere forskning har vist at personalets tilstedeværelse under

måltidene er viktig både for at pasientene skal oppleve samvær, ha en samtalepartner og oppleve trygghet (Hauge, 2004; Melheim, 2004, 2008). Sammenlagt kan vi altså si at personalets tilstedeværelse under måltidene kan bidra til å gi pasientene en god spiseopplevelse.

Informantene som deltok i denne studien, opplevde at deres tilstedeværelse under måltidene var viktig. Både i sykehjemmet og i helsehuset ble det ansett som en viktig sykepleieroppgave å sitte sammen med pasientene rundt matbordet. Tilstedeværelsen under måltidet ble beskrevet av informantene som en sentral del av ernæringsarbeidet i avdelingene av flere grunner.

Sykepleierne mente at personalet hadde en positiv innvirkning på det sosiale samværet under måltidene. En av informantene fortalte:

«Vi prøver at vi setter oss ned i hvert fall én på hvert bord da, og det tror jeg pasientene setter pris på og da, for da får du i gang en dialog og.»

Hauge (2004) viser til at personalet fungerer som en pådriver for samtale under måltidet. Deres tilstedeværelse er med andre ord viktig for at det skal skapes rom for dialog. Dette fremheves også av informantene i min studie. Blant annet fortalte en av sykepleierne:

«Det er jo mange ganger viktig at personalet sitter der da, for å få i gang en god samtale rundt måltidet.»

Samtidig opplevde ikke mine informanter at deres tilstedeværelse var totalt avgjørende for at pasientene skulle starte eller opprettholde en samtale. En av informantene fortalte at pasientene ofte pratet mye sammen under måltidene:

«Og da går praten, og ja, selv om de [pasientene] ikke snakker så mye sammen ellers, så kan et godt måltid mat få praten til å gå. Samtalen kan komme i gang, men nå går det mange ganger uten at personalet sitter der og.»

Likevel blir personalets tilstedeværelse identifisert som en grunn til at pasientene spiste mer under måltidene; slik en av informantene sa det:

«Vi ser jo det at pasientene spiser mer når vi setter oss ned.»

Et tiltak som ble nevnt for at personalets deltakelse under måltidet skulle oppleves som naturlig, var høytlesning av avisen under frokosten. En av informantene sa at dette skapte god stemning og førte til at pasientene spiste litt mer. Hun fortalte:

«Da tar de [pasientene] seg et glass ekstra drikke og litt mer mat for eksempel.»

Med utgangspunkt i den relativt høye forekomsten av underernæring blant gamle pasienter i langtidsavdeling (Helsedirektoratet, 2009) kan tiltak som fremmer pasientenes matlyst, være en viktig prioritering. Samtidig viser Aagaard (2008) til at sykepleiere og det øvrige personalet i langtidsavdelinger ofte har en travel og hektisk jobbhverdag. Aagaards studie (2008) viser at

personalet sjelden hadde anledning til å sitte sammen med pasientene nettopp på grunn av mangel på tid og personale. Utfordringer i ernæringsarbeidet knyttet til knapphet på tid blir utdypet nærmere på side 93.

5.5.3 Opplevelse av ro

Alle informantene hadde en felles oppfatning av at ro, eller «matro», var viktig for både pasientenes matlyst, faktiske matinntak og ernæringsstatus. Ifølge Hougaard (2011) er det sentralt å eliminere støykilder, slik at pasientene får ro til å få i seg tilstrekkelig mat. Sykepleierne i min studie opplevde tilrettelegging av måltidsmiljøet, herunder det å skape ro, som en sentral del av ernæringsarbeidet. Bråk og støy under måltidet ble fremhevet som årsaker til at pasientene spiste dårlig. En av sykepleierne sa det slik:

«De [pasientene] skal i alle fall ikke få ødelagt appetitten av uro.»

Sykepleierne pekte på flere ulike tiltak som ble benyttet for å skape ro i avdelingen i forbindelse med måltidene. En fortalte:

«Tv-en er selvfølgelig avslått, og radioen likeså.»

Alle informantene mente at fjernsyn, radio og liknende skulle være avslått under måltidene. Dette tiltaket virker å være vanlig praksis i mange langtidsavdelinger. Blant annet viser Aagaard (2008) i sin studie til at litt over halvparten av informantene som deltok, mente at tv-en og radioen alltid skulle være avskrudd når pasientene spiste. Tidligere forskning har vist at en bevisst bruk av rolig bakgrunnsmusikk under måltidene kan ha positiv effekt på urolige personer med demens (Denney, 1997; Thomas og Smith, 2009). I disse studiene er imidlertid musikken brukt på en miljøterapeutisk måte for å forbygge agitert atferd og dermed øke matinntaket. Ingen av informantene uttrykte at deres avdelinger brukte denne formen for miljøterapeutiske tiltak under måltidene. Trolig vil heller ikke en radio eller et fjernsynsapparat som «summer» i bakgrunnen, ha samme effekt som en bevisst bruk av miljøterapeutiske tiltak, men heller være en kilde til støy.

Videre opplevde sykepleierne i min studie at personalets atferd i spisesalen var avgjørende for hvorvidt det var rolig eller ikke under måltidene. To av informantene mente at det hadde skjedd en utvikling i forhold til dette i avdelingen. En av dem forklarte det slik:

«Tidligere så var det veldig mye støy da rundt måltidene, for vi har hatt en del urolige demente og sånne ting. De vandret litt og sånt. Også kan det være litt dårlig kultur, og med tanke på at ansatte og kanskje har det veldig travelt og springer rundt omkring, og tv-er og radioer står på og det bråker, og vi ansatte flirer og prater og skråler og sånn. Og det ble veldig mye uro rundt måltidene. Men det er noe som vi har satt fokus på nå, og snakket mye om at det blir feil.»

Sitatet over viser at informanten mente at de nå hadde oppmerksomheten rettet mot det å skape ro under måltidene. Den samme informanten forklarte videre at de etter at det ble et større fokus på dette, hadde iverksatt visse tiltak:

«Fjerne støy, vi [personalet] snakker med rolig stemme og beveger oss litt rolig, og lar de eldre få matro.»

Den andre informanten fortalte at måltidene tidligere ble servert i en felles spisesal sammen med en annen avdeling, og sa:

«Når vi serverte mat, så var situasjonen litt kaotisk for det var for mange pasienter (...) Så jeg synes det ble litt for mye for pasientene (...) Det var bråkete.»

Informanten hevdet at det ble betraktelig roligere etter at avdelingen fikk egen spisesal:

«Etter at vi skilte lag [mellom avdelingene], så er det mye roligere.»

Som vi ser opplevde de to informantene at situasjonen rundt måltidene ble bedre i små grupper. Ved å se og innse problemene og iverksette konkrete tiltak for å løse dem, opplevde informantene at måltidene ble roligere. I hovedsak opplevde alle sykepleierne at de klarte å skape ro under måltidene. Eksempelvis beskrev en av informantene hvordan hun og hennes kolleger forsøkte å skape ro rundt måltidet:

«Det er veldig viktig at når maten blir utdelt, så får dem sitte i fred å spise, og at vi ikke går rundt og bøyer oss over dem og snakker og skråler, men at vi holder oss litt i bakgrunnen og at vi setter oss ned. At vi er rolig vi og, sånn at dem får den fred og ro som dem trenger til å spise maten sin.»

Som vi ser av overstående sitat, søker sykepleierne å holde seg litt i bakgrunnen. De er til stede under måltidet, men lar pasientene spise i fred uten unødvendige avbrytelser. Dette sammenfaller med Sellevolds (2005) utsagn om at et måltid kan beskrives som godt når det blant annet skapes ro i spisemiljøet.

En av informantene som deltok i min studie, mente at det kunne være utfordrende å redusere støyen under måltidene. Denne informanten arbeidet i en langtidsavdeling med flere pasienter med demens, og det kan ha betydning for muligheten til å skape ro under måltidene. Informanten fortalte:

«Arbeidshverdagene her er veldig varierende, og formen til beboerne er veldig varierende og arbeidsmengden kan være veldig stor, sånn at det varierer litt hvor mye ro og hvor liksom godt vi får til det der [måltidene].»

Samtidig var denne informanten særlig opptatt av at de skulle tilstrebe å «skape nok ro» under måltidene. Sykepleieren sa:

«Vi klarer stort sett å få ro, nok ro i alle fall, slik at det fungerer.»

Oppsummert så kan vi altså si at informantene mente at det var sentralt at det var rolig under måltidene. I hovedsak påpekte sykepleierne at det som regel var rolig, men at det av og til kunne være utfordrende å skape en rolig atmosfære under måltidene.

5.5.4. *Opplevelse av estetikk*

Alle informantene mente at maten og spisemiljøets utseende var av betydning for pasientenes appetitt og matinntak. Oppmerksomheten til sykepleierne var derfor rettet mot at maten skulle frembringe matlyst, samtidig som spisemiljøet rundt pasienten skulle være skikkelig og ryddig. Den estetiske opplevelsen av måltidet ble forklart som en viktig del av ernæringsarbeidet ettersom det var et relativt enkelt og effektivt tiltak som kunne forebygge underernæring. Sykepleierne både fra helsehuset og sykehjemmet var opptatt av estetikken rundt måltidet. Informantene fra helsehuset hadde nylig hatt et prosjekt som blant annet omhandlet estetikk og mat, i avdelingen. Sykepleierne derfra var derfor spesielt opptatt av dette temaet. En av informantene fra helsehuset fortalte følgende om de refleksjonene hun og hennes kolleger hadde gjort seg i forhold til prosjektet og temaet estetikk:

«De [pasientene] skal sitte rundt et bord sammen, det skal se ordentlig ut, bordet skal pyntes. Det skal se skikkelig ut sånn at forholdene skal bli lagt til rette for at de skal få en god opplevelse rundt måltidet.»

Et estetisk spisemiljø, blant annet med pyntet bord slik informanten fremhevet, kan bidra til en hjemlig atmosfære og redusere institusjonspreget rundt måltidet, slik Melheim (2008) beskriver. En av de andre informantene fra helsehuset fortalte at de pleide å pynte bordene, eksempelvis til høytidene:

«For eksempel i forbindelse med påskefeiringen så dekker vi bordet med gul duk og blomster, påskeliljer for eksempel.»

Selv om de ikke hadde hatt et spesielt prosjekt om mat og estetikk, var også sykepleierne fra sykehjemmet opptatt av å skape en fin og estetisk opplevelse for pasientene. En av informantene fortalte følgende:

«Jeg er litt opptatt av det med estetikk, og at det skal være fint og sånt.»

Sykepleierne fra sykehjemmet opplevde imidlertid at det kunne være vanskelig å prioritere pynting av bord og andre estetiske tiltak. En av grunnene til dette var pasientgruppen. Pasientene ved enkelte av avdelingene i sykehjemmet hadde i større grad demenssykdom enn pasientene i helsehuset. En av informantene forklarte:

«Vi kan ikke ha noe på bordet, vi kan ikke ha lys, vi kan ikke ha duk. Alt sånn må vekk fra bordet når vi spiser (...) Det må være veldig enkelt og tilrettelagt.»

Flere av pasientene med demenssykdom klarte ikke å spise hvis det var for mye stimuli og forstyrrende elementer, for eksempel pyntegjenstander. Ifølge Holthe (2009) er det et viktig tiltak å forenkle det fysiske miljøet rundt pasienter med demens. Riktignok kan et innbydende spisemiljø med for eksempel duk og lys øke noen pasienters appetitt (Aagaard, 2008), men det hjelper lite hvis dette fører til at andre pasienter blir forstyrret og faktisk ikke klarer å spise. Ved å tilrettelegge miljøet, slik informantene viser til, vil trolig pasientene mestre måltidssituasjonen bedre, ettersom tilretteleggingen er foretatt med utgangspunkt i pasientenes individuelle behov (Holthe, 2009).

Den estetiske opplevelsen dreier seg imidlertid om mer enn et «pyntet» spisemiljø. Informantene hadde en felles oppfatning om at maten som ble servert, skulle se delikat og appetittlig ut. Denne oppfatningen var fremtredende hos sykepleierne både fra sykehjemmet og fra helsehuset. En av sykepleierne fortalte:

«Vi snakket mye om hvor viktig det er at maten ser appetittlig ut.»

Sykepleierne opplevde dette som en sentral del av ernæringsarbeidet, og mente at måten maten ble presentert og servert på, hadde innvirkning på pasientens matlyst og appetitt. En av sykepleierne fortalte at hun opplevde at pasientene spiste mer hvis eksempelvis brødmaten ble anrettet på en fin måte. Hun sa:

«Hvis det ser veldig delikat ut, så får du lyst på litt mer [mat].»

Det å lage appetittvekkende mat ble også ansett som viktig for at pasientene skulle få tilstrekkelig variasjon i kosten. En av informantene sa:

«Da glemmer de [pasientene] syltetøyet. Ja, for det er det her første inntrykket og at det ser delikat ut.»

Informantene fremhevet også at det samme kravet til delikat anretning skulle gjelde for pasienter som trengte moset mat på grunn av svelgevansker. En av informantene uttalte følgende:

«Og når vi moser maten da, så moser vi det hver for seg da, vi moser ikke alt sammen. Vi moser liksom fiskekakene for seg selv, og potetmosen der, også tar vi gulrøttene der. Sånn at alt sammen ligger for seg selv (...) Vi kan ikke rote alt sammen til en sånn brun grøt, for det er det ingen som vil spise. Da får vi dårlig appetitt, og vi må tenke litt på sånt.»

Sykepleierne var opptatt av at maten skulle se delikat ut uansett om pasienten trengte tilpasset kost eller ikke. Informantenes fokus på den betydningen matens anretning og presentasjon hadde for matlysten, støttes av eksisterende forskning og litteratur (Brodtkorb, 2008; Aagaard, 2008; Carrier, West og Ouellet, 2009; Helsedirektoratet, 2009; Hougaard, 2011). Likevel opplevde sykepleierne at det i perioder kunne være utfordrende å imøtekomme egne ønsker om at maten skulle være anrettet på en bestemt måte. Informantene mente at den største utfordringen var manglende

personalressurser. Flere av sykepleierne etterlyste særlig en kjøkkenassistent som kunne tilbrede maten. En av informantene uttalte i den forbindelse:

«Så jeg skulle ønske meg en kjøkkenassistent som kunne bake litt og sånn.»

Ved å øke bemanningen med en kjøkkenassistent mente sykepleierne at de i større grad kunne delta under måltidene, og observere og prate med pasientene. En av sykepleierne fortalte om det hun karakteriserte som en drømmedag i avdelingen:

«Sånn som tirsdagen var en sånn drømmedag, da var det jeg som er sykepleier, og en som var vernepleier og en hjelpepleier (...) vi fikk ordnet alt, og maten var så delikat (...) og si at vi hadde vært tre istedenfor to, så får man til det der veldig mye bedre.»

Som vi ser av dette sitatet, mente sykepleieren at økt bemanning i forbindelse med måltidene kunne bidratt til både bedre spisemiljø, ro og delikat anrettet mat.

5.5.5 Opplevelse av tid

Sykepleierne som deltok i min studie, beskrev en hektisk jobbhverdag, der tiden ofte var knapp. Informantene beskrev at knappheten på tid også kom til uttrykk i ernæringsarbeidet i avdelingen. Samtidig identifiserte og beskrev sykepleierne flere løsninger på hvordan eksempelvis måltidene kunne tilrettelegges på tross av tidsknapphet. Den generelle holdningen blant informantene var å utøve ernæringsarbeid så godt som overhodet mulig. En av informantene sa det slik:

«Vi prøver jo så godt vi kan da, ut ifra ressursene og sånt vi har å tilrettelegge best mulig da.»

Samtidig opplevde alle informantene at de hadde dårlig tid. En av dem sa det slik:

«Vi har veldig dårlig tid (...) Det er travle dager. Og det går på sånn helt grunnleggende ting, det er travle dager bare for å få dekket grunnleggende behov rett og slett.»

Tidsaspektet og tidsbruken i helsevesenet er tidvis gjenstand for medias søkelys. I 2012 utførte blant annet NRKs program «Forbrukerinspektørene» en spørreundersøkelse i samarbeid med Fagforbundet. Tabloidundersøkelsen inkluderte 1474 pleiere som var ansatt i sykehjem. Gjennom undersøkelsen ble det slått fast at ansatte i sykehjem hadde svært dårlig tid, noe som gikk på bekostning av pasientenes krav på pleie og omsorg (se Høye et al., 2012).

Studier viser at det nettopp på grunn av knapp tid er en utfordring for sykepleiere å følge opp og vurdere pasientenes ernæringsstatus (Hofseth og Norvoll, 2003; Førde et al., 2006). Mine funn indikerer at informantene ikke delte denne opplevelsen, men de påpekte at tiden ikke alltid strakk til. Den knappe tiden forklarte informantene som en direkte følge av at de fikk flere og flere oppgaver. En av informantene sa det på denne måten:

«Det er klart det at man får mer og mer oppgaver, og det stilles flere krav og. Det blir ikke noe (...) vi får ikke noe bedre tid, for å si det sånn.»

Likevel opplevde informantene at ernæringsarbeidet og måltidene i avdelingen var en prioriteringssak. En av sykepleierne uttalte følgende:

«Jeg tar meg god tid. For det kan vi gjøre rundt måltidene, så kan vi gjøre andre ting litt fort etterpå.»

En av de andre informantene mente:

«Så da får det heller bare ta tid.»

Dette med «å ta seg tid» var felles for alle informantene. Selv om hverdagene var hektiske, skulle ikke den dårlige tiden gå utover måltidene. Måltidenes status i avdelingene ble av sykepleierne ansett som så viktig at det på tross av dårlig tid var sentralt å gjennomføre måltidene «ordentlig». Et sitat som underbygger dette er følgende:

«Måltidene er jo på en måte ganske hellige da. Vi hopper aldri over lunsj for eksempel eller middagen, eller slenger ut en brødiskive til de [pasientene], måltider er måltider.»

Som vi ser av sitatene over, er tid en knapp ressurs i avdelingene. Imidlertid opplevde ikke sykepleierne at manglende tid gikk utover måltidenes kvalitet eller pasientenes ernæringstilstand. I tidligere forskning har sykepleiere pekt på at dårlig tid har ført til mangelfull oppfølging av pasientenes grunnleggende behov, herunder ernæring (Hofseth og Norvoll, 2003). Dette synes ikke å samsvare med informantenes opplevelse i min studie. En mulig forklaring på hvorfor informantene i min studie ikke opplevde at tidsaspektet førte til mangelfull ernæring hos pasientene, kan være at de hadde en klar holdning om å prioritere ernæring uansett. En av sykepleierne beskrev det slik:

«Det er litt med det å legge av seg den der med at 'jeg jobber til da og da', så da skal alt være i boks. Men heller ha fokus på beboeren må få gjøre seg ferdig, må få spist ferdig, uten å føle at vi står over, og ok, nå er klokken så mye, nå skal du legge deg. Ikke sant, den vil vi ikke ha. Og den holdningen er det viktig at vi ikke har og. Fordi at da blir det ikke en god situasjon, vet du. Og særlig hvis du tenker over tid da, så kan det jo føre til at pasienten spiser mindre fordi han vet at vi har det travelt. Vi skal liksom gjøre sånn og sånn, og da skal ikke den være til bry. Så vi må gi uttrykk for at vi har tiden, og vi skal skape den roen og den tiden som trengs.»

Som vi ser beskriver sykepleieren over en klar prioritering av måltidene fremfor andre gjøremål, som eksempelvis kveldsstell og legging av pasienter. I tillegg fremhever informanten at det er sentralt at pasienten ikke føler seg til bry på grunn av at personalet har dårlig tid. Fafo-rapporten «Takk, bare bra ...?» viser til at pasientene som ble intervjuet, hadde forståelse for at pleiepersonalet hadde dårlig tid og mye å gjøre. Samtidig var noen av dem redd for å være til bry, og unnlot derfor

å spørre om hjelp til ulike ting (Houg, 1996). Informantene i min studie var derfor inne på et viktig tema nettopp fordi mange gamle mennesker ofte forsøker å gjøre det beste ut av situasjonen, og dermed ikke ønsker å bry personalet hvis de gir tydelig inntrykk av at de har dårlig tid (Kahn, 1999). Informantene fremhevet også betydningen av å prioritere måltidene, og som en av sykepleierne fortalte:

«De må ha frokost, men sengen må også vaskes og res opp. Men det kan jeg gjøre når jeg får tid. Jeg synes det er viktigere at vi prioritere frokosten.»

Alle informantene hadde en klar forståelse av at forefallende arbeid, som å re senger og kaste søppel, hadde lav prioritert i forhold til måltidene.

Knapphet på tid kunne også by på etiske utfordringer. To av sykepleierne hadde opplevd det de beskrev som etisk vanskelige situasjoner på grunn av manglende tid. Den ene informanten fortalte at hun av og til opplevde at pasienter som egentlig kunne spist selv, ble matet. Sykepleieren fortalte at pasientene ville brukt for lang tid på å spise maten selv, og at det dermed gikk fortere å mate dem. Som informanten selv formulerte det:

«Hvis du hadde sittet en halvtime–time ved siden av den pasienten, så kunne han kanskje spist selv, istedenfor at vi mater.»

Den andre informanten hadde en liknende erfaring. Sykepleieren beskrev at det tidligere hadde vært en kultur i avdelingen for å mate pasienter på tross av at de egentlig kunne spise selv. Informanten forklarte det slik:

«Jeg tenker tilbake så kunne vi jo ha 15 matinger, halve avdelingen måtte vi mate. Men hvorfor gjorde vi det, tenker jeg nå. Kanskje det var på grunn av tidsaspektet det og. At vi syntes at vi måtte hjelpe til for at det skulle gå litt fort (...) Det kan jo være det, at det var litt mer sånn funksjonssvikt som gjorde at vi var inne og matet litt fort.»

Opplevelsen av å ha dårlig tid kan føre til det sykepleierne omtalte som «vanskelige situasjoner». I begge sitatene over blir det nevnt at pasientene egentlig kunne klart å spise selv, men som den ene informanten sa:

«Kanskje vi ikke lot de få tilbake ressursene sine. Vi fortsatte med matning etter at de egentlig kunne klart det selv.»

Informantene pekte på at det ved tidsmangel var vesentlig å prioriterere hvilke tiltak som skulle ha forrang. Denne prioriteringen har forankring i faglig kvalitet og holdninger til mennesker som trenger hjelp til å få dekket sine grunnleggende behov.

5.6 Generell diskusjon

Funnene og fortolkningene av disse viser at sykepleierne hadde en positiv opplevelse av det ernæringsarbeidet de utøvde til sine pasienter. Ernæringsarbeid ble ansett som en viktig del av pleien til pasienter i langtidsavdelinger. Funnene indikerer at dersom sykepleierne opplever at de har et overordnet ansvar for ernæringsarbeidet, så vil de observere, kartlegge og iverksette tiltak ut fra pasientenes individuelle behov. Likeledes vil opplevelsen av ansvar styre om sykepleierne aktivt går inn og tilrettelegger forholdene rundt måltidene, blant annet forhold som kan påvirke stemningen. Særlig var deres ansvar for og rolle i ernæringsarbeidet tydelig dersom en pasient hadde problemer med å få i seg nok næring eller var svært syk. Sykepleiernes beskrivelse av ansvaret for pasientens ernæring rommes i Kari Martinsens (2005) omsorgsbegrep; den relasjonelle, den moralske og den praktiske dimensjonen. Den relasjonelle dimensjonen ivaretas gjennom at sykepleier tar ansvar for pasienten. Ved å utøve sitt ansvar innen ernæringsarbeid ivaretar sykepleier tilliten til pasienten, fordi pasienten er avhengig av sykepleiers hjelp. Hvis sykepleier ikke hadde vist ansvar og dermed ikke svart på pasientens avhengighet, kunne det vært grobunn for mistillit i relasjonen (Martinsen, 2005; Delmar, 2006; 2010). Den praktiske dimensjonen av omsorgen kommer til uttrykk ved at sykepleier har et konkret mål med handlingene hun utøver (Martinsen, 2005). Når informantene forteller at de eksempelvis opplever et tydelig og eksplisitt ansvar for pasientens ernæring hvis vedkommende blir akutt syk, så vil de, i kraft av at de opplever et ansvar, utøve sykepleie som har til hensikt å hjelpe og tilrettelegge for pasienten i hans konkrete situasjon. Hvis sykepleier ikke hadde opplevd et ansvar, ville hun heller ikke handlet i tråd med pasientens ønske om hjelp eller lindring (Martinsen, 2005). Sykepleiers ansvarsutøvelse kommer også til uttrykk gjennom den moralske dimensjonen av omsorg. Martinsen (2005) hevder at relasjonen mellom pasient og sykepleier er asymmetrisk og preget av en svak paternalisme. Hvis sykepleier ikke ivaretar sitt ansvar innen ernæringsarbeid, vil hun ikke ivareta den svake paternalismen. Den svake paternalismen må blant annet forstås som sykepleiers ønske om å hjelpe pasienten ut fra sin fagkunnskap om vedkommendes situasjon (Martinsen, 2005).

I denne studien indikerer funnene at sykepleierne selv opplever at de tar ansvar for ernæringsarbeidet og pasientens ernæring. Noen av informantene opplever ansvaret mer eksplisitt enn andre. Tidligere forskning har antydnet at sykepleiere, og øvrig helsepersonell, i liten grad opplever et tydelig ansvar for pasientenes ernæringsstatus (Rasmussen et al., 1999; Mowe et al., 2008; Helsedirektoratet, 2009). En mulig årsak til at mine funn strider mot tidligere forskning på området, kan være at min studie har et kvalitativt design og dermed også et mindre utvalg. Den tidligere forskningen er i hovedsak kvantitativ, og har dermed også et større utvalg. Hvis flere sykepleiere hadde blitt inkludert i min studie, kunne resultatet blitt annerledes når det gjelder opplevelse av ansvar. Som nevnt i diskusjonen var det noen av sykepleierne som ikke opplevde et

eksplisitt ansvar, og ved å inkludere flere informanter kunne dette funnet muligens blitt styrket ytterligere.

Informantene identifiserer tre forutsetninger som de mener er nødvendig for å utøve god sykepleie innen ernæringsarbeid. Sykepleierne fremhever fagkunnskap, personlig interesse og erfaringer som sentralt for at de skal oppleve å gi god sykepleie. Alvsvåg (2010) setter begrepene i relasjon til engasjement. Ved å være engasjert vil sykepleieren bli mer enn en tilskuer, hun vil bli en deltaker (ibid.). Engasjementet befestes videre i handlingene våre, og fagpersoner skal vise engasjement for pasienten, både i en her-og-nå-situasjon og i tiden fremover (ibid.). Informantenes beskrivelse av engasjement, gjennom fagkunnskap, personlig interesse og erfaring, viser et fokus på å ivareta pasientens ernæring, hovedsakelig i en her-og-nå-situasjon. Dette er imidlertid legitimt hvis vi tar utgangspunkt i Martinsens (2005) beskrivelse av vedlikeholdsomsorg. Denne omsorgen kjennetegnes av å skape en god situasjon for pasienten i nåtid, målet er verken selvstendighet eller egenomsorg (ibid.). Ut fra informantenes uttalelser vil vedlikeholdsomsorgen være det viktigste innenfor ernæringsarbeidet i langtidsavdeling. Dette bekreftes av Martinsen (2005).

Et tverrfaglig samarbeid ble fremhevet av informantene som sentralt for at de skulle oppleve å utøve god sykepleie. Tidligere forskning har vist at et tverrfaglig samarbeid rundt pasienten er sentralt for å ivareta grunnleggende behov i sykehjem (Hauge, 2008; Granbo og Helbostad, 2006). Dette er funn som altså bekreftes i min studie. Helsedirektoratet (2009) viser til at alle aktørene i det tverrfaglige teamet må ha kunnskap om eget hovedansvar innen ernæringsarbeid, slik at ansvarspulverisering unngås. Sykepleierne har ansvar for å observere, vurdere og sette mål for og iverksette handlinger som skal bedre eller vedlikeholde pasientenes ernæringsstatus. Dette er deres ansvar i det tverrfaglige teamet, men sykepleierne kan undervise og delegere utøvelsen til andre yrkesgrupper. Informantenes opplevelse av egen rolle i det tverrfaglige samarbeidet er i overensstemmelse med Hendersons (1998) beskrivelse av sykepleiers funksjon i langtidsavdeling. Direkte utøvelse av sykepleie er en stor del av den behandlingen pasienter i langtidsavdelinger mottar. Få av informantene hadde hatt kontakt med klinisk ernæringsfysiolog eller andre eksterne fagpersoner. Det kan dermed virke som at det «viktigste» tverrfaglige samarbeidet foregikk innad i avdelingen, mellom sykepleierne og øvrige kolleger i pleieteamet. Legen ble beskrevet som en mer perifer aktør som ble kontaktet ved behov.

For å sikre et godt og målrettet ernæringsarbeid ble det å se enkeltindividet oppfattet som en nødvendighet. Ved å benytte seg av kartleggings-, vurderings- og evalueringsverktøy mente sykepleierne at de ivaretok pasientenes individuelle behov og preferanser innenfor ernæring. Den enkelte pasientens behov syntes å være overordnet avdelingens rutiner, både når det gjaldt organisering og tidspunktene for måltidene, matvalg og oppfølging av vekt. Sykepleierne brukte det Martinsen (2005) omtaler som det faglige skjønn, til å tilrettelegge ernæringsarbeidet etter den

enkelte pasientens behov. Den skjønnsmessige vurderingen er å velge det handlingsalternativet som er til det beste for pasienten i den gitte situasjonen (Martinsen, 2005). Sykepleierne foretok tilsynelatende skjønnsmessige vurderinger i ernæringsarbeidet for å gjøre det individuelt tilpasset, fremfor å gjøre det til en rutinebasert handling. Rutinene ble imidlertid ansett som viktige fordi de skaper en viss form for struktur i hverdagen, både for pasientene og for sykepleierne. Dette samsvarer med Hamrans (1992) funn om at måltidsrutiner var viktig for strukturen i en sykehusavdeling. Imidlertid kan ikke måltidsrutinene sies å være så styrende at det kan omtales i tråd med Goffmans (1961) «den totale institusjon». Flere studier har tidligere fremhevet likhetstrekk mellom rutinene i langtidsavdelinger og Goffmans begrep «den totale institusjon» (Bennett, 1980; Ice, 2000; Kofod og Brikemose, 2004; Harnett, 2010). Mine funn indikerer derimot at rutinene ikke er rigide, og at hvis det skulle oppstå konflikt mellom avdelingens rutiner og pasientens behov, ville pasientens behov bli prioritert. Det individuelle fokuset lå også til grunn når sykepleierne opplevde etisk utfordrende situasjoner, slik som når pasienten ikke ønsket å ta til seg næring. I slike situasjoner strakk sykepleierne seg langt for «å tale pasientens sak», men det kunne oppleves som problematisk hvis beslutninger ble tatt utenfor avdelingen, og hvis sykepleieren opplevde manglende støtte av kolleger. Opplevelsen til informantene bekreftes av en tidligere studie som fremhever nødvendigheten av at sykepleiere i etisk vanskelige situasjoner får støtte fra sine kolleger (Hov, Athlin og Hedelings, 2009).

Sykepleierne opplevde at stemningen rundt måltidet var av betydning for å fremme pasientenes matlyst, og de søkte å gjøre pasientenes måltidsopplevelse så positiv som overhodet mulig. Særlig fremhevet de tiltak som estetikk i spisemiljøet, at maten så delikat ut, og at pasientene trivdes sosialt i måltidsfellesskapet. I tidligere forskning og litteratur har dette blitt påpekt som viktig tiltak for å bedre pasientens appetitt og dermed også matinntak (Aagaard, 2008; Melheim, 2008; Sellevold, 2005). Sykepleierne anså seg selv som «stemningsskapere» i form av at deres tilstedeværelse var av betydning for at måltidet skulle inneha et sosial aspekt, samtidig som de sørget for å skape ro. I sin studie fremhevet Hauge (2004) blant annet at personalets tilstedeværelse under måltidene var viktig for at det skulle skapes rom for dialog. Dette samsvarer med funnene i min studie. Samtidig var noen opptatt av at de skulle være til stede for å være en «pådriver» for dialog, mens andre mente at de skulle holde seg i bakgrunnen og la pasientene få matro.

Sykepleierne opplevde at dårlig tid og lav bemanning i avdelingen kunne påvirke ernæringsarbeidet negativt. Flere studier styrker og bekrefter dette funnet (Hofseth og Norvoll, 2003; Førde et al., 2006). Imidlertid mente informantene i min studie at det var snakk om prioriteringer, de prioriterte måltidene fremfor andre oppgaver i avdelingen. På den måten ble det skapt tid, ro og rom for måltidene og ernæringsarbeidet på tross av tidspress og lav bemanning. I motsetning til tidligere forskning (Hofseth og Norvoll, 2003; Førde, et al., 2006) uttrykte ikke

informantene i min studie bekymring for pasientenes ernæringstilstand som følge av dårlig tid. Dette kan henge sammen med at informantene som deltok i min studie, hadde en klar formening om at ernæringsarbeidet og måltidene ikke skulle prioriteres under eksempelvis forfallende arbeid i avdelingen. Informantene fokuserte på viktigheten av «å ta seg tid» til måltidene, selv om dette kunne føre til en nedprioritering av andre arbeidsoppgaver.

Funnene i studien og informantenes uttalelser indikerer at sykepleierne anser ernæring som et grunnleggende behov i tråd med Hendersons (1998) teori. Noen av sykepleierne uttrykker en opplevelse av at det ikke bare er sykepleieres ansvar å følge opp den enkelte pasientens behov for ernæring. De hevder at også andre yrkesgrupper har en rolle i den daglige oppfølgingen av ernæring i avdelingen. Imidlertid er det ingen av informantene som mener at ernæring og ernæringsarbeid *ikke* er en sykepleieroppgave. Henderson (1998) har definert sykepleiers særegne funksjon som å ivareta pasientens grunnleggende behov når han ikke klarer dette selv.

6.0 Avslutning

Hensikten med denne oppgaven har vært å beskrive hvordan sykepleiere opplever å arbeide med ernæring i langtidsavdeling. Avslutningsvis vil studiens hovedfunn konkluderes kort.

Undersøkelsens gyldighet, pålitelighet og overførbarhet vurderes. Tilslutt beskrives kort behov og implikasjoner for videre forskning.

6.2 Konklusjon

Denne studien har hatt til hensikt å studere sykepleieres opplevelse av ernæringsarbeid i langtidsavdelinger. Funnene indikerer at sykepleiere opplever et eksplisitt ansvar for pasientens ernæring hvis vedkommendes tilstand forverres ved eksempelvis akutt sykdom. I det daglige ernæringsarbeidet i avdelingen er informantenes opplevelse delt, noen mener at de har et eksplisitt ansvar for pasientenes ernæring, mens andre anser ansvaret som delt. Et tverrfaglig samarbeid i avdelingen fremheves som sentralt for at informantene skal oppleve å utøve god sykepleie innen ernæringsarbeidet. Sykepleierne peker på fagkunnskap, personlig interesse og erfaring som viktige forutsetninger for engasjement i ernæringsarbeidet. Informantene opplevde det som sentralt at pasientens egne behov og preferanser ble satt i fokus. Informantene beskrev en praksis som satte individuelle ønsker og behov foran rutiner, så langt det lot seg gjøre. Sykepleierne opplevde stemningen rundt måltidene som viktig for at pasientene skulle få dekket sitt behov for næring. Informantene nevnte i denne forbindelse at det var nødvendig med en bevisst prioritering av måltidene, ettersom tiden og bemanningen var knapp.

Funnene og fortolkningene av disse gir grunnlag for å hevde at informantene anvendte det Martinsen (2005) omtaler som faglig skjønn i sitt arbeid med ernæring. Sykepleierne ga uttrykk for at faglig skjønn ble brukt for å vurdere både pasientens situasjon og andre forhold, som rutinene i avdelingen. Ved å bruke sitt faglige skjønn i de enkelte situasjonene la også sykepleierne føringer for å utøve «god» vedlikeholdsomsorg. Informantenes beskrivelser viser oss at de utøver omsorg innen ernæringsarbeid i tråd med den relasjonelle, praktiske og moralske dimensjonen av omsorgsbegrepet, slik Martinsen (2005) beskriver det.

6.3 Undersøkelsens gyldighet, overførbarhet og pålitelighet

Gyldigheten i studien er blant annet vurdert ut ifra metodevalg og intervjuguidens innhold.

Kvalitative individuelle intervjuer er blitt vurdert som et godt «verktøy» for å få tilgang til informantenes opplevelse av ernæringsarbeid. Dette støttes blant annet av Kvale og Brinkmann (2009), Thagaard (2009) og Johannessen, Tuft og Christoffersen (2010), som fremhever at kvalitative semistrukturerte intervjuer kan gi god tilgang til informantenes livsverden.

Intervjuguidens innhold har som nevnt blitt justert og endret i tråd med informantenes vektlegging

av ulike aspekter. På den måten har jeg forsøkt å ta tak i det informantene fremhever som sentrale opplevelser.

Overførbarhet dreier seg om hvorvidt de analytiske tolkningene som er utviklet, kan ha gyldighet i andre sammenhenger (Thagaard, 2009; Malterud, 2011). Funnene i min studie kan ikke generaliseres i en statistisk forstand til å gjelde alle sykepleiere som arbeider med ernæring i langtidsavdelinger. Imidlertid peker Kvale og Brinkmann (2009) på muligheten for analytisk generalisering. I studien har funnene blitt presentert på en slik måte at leserne forhåpentligvis kan vurdere om de kan bruke funnene eller ikke. I funn- og diskusjonskapitlet har det blitt fokusert på å gi leserne «thick descriptions» nettopp for å kunne gi mulighet for analytisk generalisering (jf. Kvale og Brinkmann, 2009). Videre er det ønskelig at funnene kan være med å utdype og synliggjøre hvilke opplevelser som preger sykepleierens hverdag i forbindelse med ernæringsarbeid i langtidsavdelinger

I kvalitative studier med individuelle intervjuer vil forsker samhandle mye med informantene, og dermed vil også forsker påvirke forskningen (Thagaard, 2009; Malterud, 2011). Min opplevelse av samhandlingen mellom informantene og meg selv var positiv. Informantene var tilsynelatende engasjert i tematikken og ønsket å besvare spørsmålene jeg stilte. På bakgrunn av dette og informantenes tilbakemeldinger har jeg inntrykk av at informantene opplevde intervjusituasjonen som grei, og at spørsmålene ikke var ubehagelige. Min oppfatning er at de nevnte funnene i studien besvarer problemstillingen om hvordan sykepleiere opplever ernæringsarbeid i langtidsavdelinger, og at informantenes egne uttrykk og utsagn er bevart etter beste evne. Dette er med på å styrke påliteligheten av resultatene.

6.4 Videre forskning og implikasjoner for praksis

I denne studien har en liten del av et relativt stort fagfelt blitt undersøkt. Det er trolig flere aspekter ved sykepleieres opplevelse av ernæringsarbeid som det ville være interessant å studere nærmere i senere forskningsprosjekter.

Et slikt aspekt kan være sykepleieres tilrettelegging for pasientenes trivsel under måltidene. Flere av informantene som deltok i min studie, opplevde at måltidet var et høydepunkt for pasientene. Det ville derfor vært interessant å innhente kunnskap om hvordan måltidene i langtidsavdelinger kan brukes miljøterapeutisk, ikke bare generelt, men også spesielt for personer med demens.

I fremtidig forskning vil det trolig være hensiktsmessig å inkludere et større utvalg sykepleiere. På den måten kan sykepleieres opplevelser og erfaringer belyses ut i fra en større gruppe. I den sammenhengen vil det også være av betydning med forskning med både en kvalitativ og en kvantitativ tilnærming. Innenfor en kvalitativ tilnærming ville det vært særlig interessant å avdekke

sykepleieres *faktiske* engasjement og deltakelse i ernæringsarbeid i langtidsavdeling. Dette kan gjennomføres ved bruk av deltakende observasjon for eksempel i kombinasjon med kvalitative dybdeintervjuer.

Fremtidig forskning bør videre ta sikte på å kartlegge sykepleieres og andre helseprofesjoners ansvarsopplevelse relatert til ernæringsarbeid. Med tanke på den høye forekomsten av underernæring i helseinstitusjoner vil det være interessant å se på hvilke ansvarsfordeling som foreligger, samt helsearbeidernes opplevelse av hvordan ansvaret er fordelt dem imellom. Sykepleieres arbeid med ernæring innebærer ansvar for andre mennesker, og derfor har etiske overveielser en sentral plass i denne forskningen. Informantene som deltok i denne studien, var særlig opptatt av situasjoner der pasientene ikke ønsket å ta til seg næring. Forskning om sykepleieres håndtering og opplevelse av slike situasjoner kan gi en bredere kunnskapsplattform om tematikken, og dermed også en bedre innsikt i sykepleiernes egne løsnings- og mestringsstrategier, samt den etiske refleksjonen i klinikken.

Et annet område som fortjener oppmerksomhet i fremtidig forskning, er pasientenes opplevelse av ernæringsarbeid. Viktige spørsmål i denne forskningen vil blant annet være hvorvidt pasientene opplever at deres individuelle behov og ønsker blir ivaretatt i avdelingen.

I denne studien har vi sett at sykepleierne er opptatt av den forebyggende funksjonen de har innenfor ernæringsarbeidet. Sykepleiere har imidlertid også en helsefremmende funksjon (Kunnskapsdepartementet, 2008). I fremtidig forskning vil det være interessant å undersøke sykepleieres opplevelse av helsefremmende funksjon og ernæringsarbeid. I takt med at andel gamle i befolkningen øker, vil et helsefremmende perspektiv på ernæring være relevant.

Studien funn kan være nyttige for sykepleiere som arbeider i langtidsavdelinger. Helsedirektoratet (2012) tydeliggjorde i juni 2012 at sykepleiere faktisk har et eksplisitt ansvar innen ernæring i helseinstitusjoner. Etter hvert som disse retningslinjene blir implementert i klinikken, kan studien forhåpentligvis bidra med litteratur og refleksjoner rundt sykepleiers rolle, ansvar og oppgaver i forbindelse med ernæringsarbeid.

Referanser

- Aagaard, H. (2008) *Mat og måltider i sykehjem: undersøkelse utført for Sosial- og helsedirektoratet*. Halden: Høgskolen i Østfold (Rapport 2008: 3). Tilgjengelig fra: http://brage.bibsys.no/hiof/bitstream/URN:NBN:no-bibsys_brage_5382/1/hefte3-08.pdf (hentet: 07. mai 2012).
- Aagaard, H. (2010a) «Ærlig talt» *Mat og måltider i sykehjem: En undersøkelse blant beboere i somatiske sykehjem i Østfold*. Halden: Høgskolen i Østfold (Oppdragsrapport 2010: 1). Tilgjengelig fra: http://brage.bibsys.no/hiof/bitstream/URN:NBN:no-bibsys_brage_11243/1/hefte1-2010.pdf (hentet: 07. mai 2012).
- Aagaard, H. (2010b) 'Mat og måltider i sykehjem: en nasjonal kartleggingsundersøkelse', *Sykepleien Forskning*, 1(10), s. 37-41. Tilgjengelig fra: <http://www.sykepleien.no/ikbViewer/Content/337784/Forskning0110.pdf> (hentet: 03. februar 2012).
- Akner, G. (2009) 'Analysis of multimorbidity in individual elderly nursing home residents. Development of a multimorbidity matrix', *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49(3), s. 413-419. Tilgjengelig fra: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167494308002501> (hentet: 23. mai 2012).
- Alvsvåg, H. (2002) 'Klinisk skjønn', i Bjørk, I.T., Helseth, S. og Nortvedt, F. (red.) *Møte mellom pasient og sykepleier*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Alvsvåg, H. (2010) *På sporet av et dannet helsevesen. Om nære pårørende og pasienters møte med helsevesenet*. Oslo: Akribes.
- Austgard, K. (2002) *Omsorgsfilosofi i praksis: å tenke med filosofen Kari Martinsen i sykepleien*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Aylward, S. et al. (2003) 'Effectiveness of continuing education in long-term care: a literature review', *The Gerontologist*, 43(2), s. 259-271. Tilgjengelig fra: <http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/43/2/259.full> (hentet: 19. juni 2012).
- Barbosa da Silva, A. og Ljungquist, M. (2000) 'Prinsippbasert og ikke-prinsippbasert yrkesetikk', i Barbosa Da Silva, A. (red.) *Etikk i helsetjenesten: en moralfilosofisk analyse av forholdet mellom livssyn, menneskesyn og sykdomsbegrep i historisk og systematisk perspektiv*. Stavanger: Misjonshøgskolens Forlag, s. 135-198.
- Bauer, J.M. et al. (2008) 'The Mini Nutritional Assessment: its history, today's practice, and future perspectives', *Nutrition in Clinical Practice*, 23(4), s. 388-396. Tilgjengelig fra: <http://ncp.sagepub.com/content/23/4/388.full.pdf+html> (hentet: 25. mai 2012).

- Bengtsson, J. (2006) 'En livsverdentilnærming for helsevitenskapelig forskning', i Bengtsson, J. (red.) *Å forske i sykdoms- og pleieerfaringer: livsverdensfenomenologiske bidrag*. Kristiansand: Høyskoleforlaget, s. 13-58.
- Benner, P. et al. (2010) *Å utdanne sykepleiere. Behov for radikale endringer*. Oslo: Akribe.
- Bennett, C. (1980) *Nursing home life: What it is and what it could be*. New York: Tiresias.
- Bergland, Å. (2010) 'Trivsel og mistrivsel hos eldre mennesker', i Knutstad, U. (red.) *Sentrale begreper i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 2*. Oslo: Akribe, s. 56-70.
- Bergland, Å. og Kirkevold, M. (2001) 'Thriving – a useful theoretical perspective to capture the experience of well-being among frail elderly in nursing homes?' *Journal of Advanced Nursing*, 36(3), s. 426-432. Tilgjengelig fra: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.2001.01990.x/pdf> (hentet: 19. juni 2012).
- Bergland, Å. og Lærum, H. (2002) 'Norske sykepleiestudenters syn på eldreomsorgen som arbeidsplass etter endt utdanning', *Vård i Norden*, 22(2), s. 21-26.
- Bergland, Å., Vibe, O. og Martinussen, N. (2010) 'Hvordan få sykepleiere til å se på sykehjem som en fremtidig arbeidsplass?' *Sykepleien* 98(01), s. 52-54. Tilgjengelig fra: <http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/313497/hvordan-fa-sykepleiere-til-a-se-pa-sykehjem-som-en-fremtidig-arbeidsplass?> (hentet: 01. juni 2012).
- Bjørnstad, K. (2012) 'En fars død', *Aftenposten*, 12. januar. Tilgjengelig fra: <http://www.aftenposten.no/meninger/kronikker/En-fars-dod-6739833.html> (hentet: 08. juni 2012).
- Blackburn, G.L. et al. (1977) 'Nutritional and metabolic assessment of the hospitalized patient', *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 1(1), s. 11-22.
- Bostick, J.E. et al. (2006) 'Systematic review of studies of staffing and quality in nursing homes', *Journal of the American Medical Directors Association*, 7(6), s. 366-376. Tilgjengelig fra: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S152586100600051X> (hentet: 03. februar 2012).
- Brodtkorb, K. (2008) 'Ernæring, mat og måltider', i Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A.H. *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 254-265.
- Carrier, N., West, G.E. og Ouellet, D. (2009) 'Dining experience, foodservices and staffing are associated with quality of life in elderly nursing home residents', *The Journal of Nutrition, Health and Aging*, 13(6), s. 565-570.
- Christensson, L., Unosson, M. og Ek, A.C. (2002) 'Evaluation of nutritional assessment techniques in elderly people newly admitted to municipal care', *European Journal of Clinical Nutrition*,

- 56(9), s. 810-818. Tilgjengelig fra:
<http://www.nature.com/ejcn/journal/v56/n9/full/1601394a.html> (hentet: 13. oktober 2011).
- Christiansen, B. og Aasgaard, T. (2007) 'Hvem bestemmer døgnrytmen?' *Sykepleien*, 95(3), s. 62-63. Tilgjengelig fra: <http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/117671/hvem-bestemmer-dognrytmen?> (hentet: 13. februar 2012).
- Clark, P. og Bowling, A. (1990) 'Quality of everyday life in long stay institutions for the elderly. An observational study of the long stay hospital and nursing home care', *Social Science and Medicine*, 30(11), s. 1201-1210. Tilgjengelig fra:
http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MiamiImageURL&_cid=271821&_user=10851059&_pii=027795369090260Y&_check=y&_origin=article&_zone=toolbar&_coverDate=31-Dec-1990&view=c&originContentFamily=serial&wchp=dGLbVlk-zSkzV&md5=bc4415470c3cb18abec7f316bb16f838&pid=1-s2.0-027795369090260Y-main.pdf
(hentet: 04. mai 2012).
- Corgan, N.L. og Pasvogel, A. (2003) 'The influence of protein-calorie malnutrition on quality of life in nursing home', *Journal of Gerontology*, 58(2), s. 159-164. Tilgjengelig fra:
<http://biomedgerontology.oxfordjournals.org/content/58/2/M159.full.pdf+html> (hentet: 13. oktober 2011).
- Cowan, D.T, et al. (2004) 'Nutritional status of older people in long term care settings: current status and future directions', *International Journal of Nursing Studies*, 41(3), s. 225-237.
Tilgjengelig fra: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748903001317> (hentet: 07. mai 2012).
- Dalen, M. (2004) *Intervju som forskningsmetode – en kvalitativ tilnærming*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Delmar, C. (1999) *Tillid & Magt. En moralsk utfordring*. København: Munksgaard.
- Delmar, C. (2006) 'The phenomenology of life phenomena – in a nursing context', *Nursing philosophy*, 7(4), s. 235-246. Tilgjengelig fra:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1466-769X.2006.00282.x/full> (hentet: 04. mai 2012).
- Delmar, C. (2011) 'Livsfenomener', i Knutstad, U. (red.) *Sentrale begreper i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 2*. 3. utg. Oslo: Akribe, s. 481-495.
- Denney, A. (1997) 'Quiet Music: An intervention for mealtime agitation?' *Journal of Gerontological Nursing*, 23(7), s. 16-23. Tilgjengelig fra:
<http://ot.creighton.edu/community/EBLP/Question4/Denney%201997%20Quiet%20Music.pdf>
(hentet: 17. april 2012).

- Departementene (2007) *Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007–2011). Oppskrift for et sunnere kosthold* (I-1121B). Tilgjengelig fra:
<http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/304657-kosthold.pdf> (hentet: 10. juni 2012).
- Dickinson, A., Welch, C. og Ager, L. (2008) 'No longer hungry in hospital: improving the hospital mealtime experience for older people through action research', *Journal of Clinical Nursing*, 17(11), s. 1492-1502. Tilgjengelig fra: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2007.02063.x/full> (hentet: 12. april 2012).
- Drageset, S. og Ellingsen, S. (2010) 'Å skape data fra kvalitativt forskningsintervju', *Sykepleien Forskning*, 5(4), s. 332-335. Tilgjengelig fra:
<http://www.sykepleien.no/forskning/nyttestoff/590472/a-skape-data-fra-kvalitativt-forskningsintervju-> (hentet: 21. april 2012).
- Econ (2009) *Bemanning i kommunal pleie og omsorg* (Rapport 2009-072). Tilgjengelig fra:
http://www.econ.no/stream_file.asp?iEntityId=4421 (hentet: 26. mai 2012).
- Engedal, K. og Haugen, P.K. (2009) *Demens. Fakta og utfordringer*. 5. utg. Oslo: Aldring og helse. Nasjonalt kompetansesenter.
- Evans, B.C., Corgan, N.L. og Shultz, J.A. (2004) 'Resident coping strategies in the nursing home: an indicator of the need for dietary services change', *Applied Nursing Research*, 17(2), s. 109-115. Tilgjengelig fra: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0897189704000230> (hentet: 08. mai 2012).
- Fangen, K. (2010) *Deltagende observasjon*. 2. utg. Oslo: Fagbokforlaget.
- Forskningsetiske komiteer (2006) *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. Tilgjengelig fra: <http://www.etikkom.no/Documents/Publikasjoner-som-PDF/Forskningsetiske%20retningslinjer%20for%20samfunnsvitenskap,%20humaniora,%20juss%20og%20teologi%20%282006%29.pdf> (hentet: 06. mars 2012).
- Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie (1988). Tilgjengelig fra:
<http://www.lovdata.no/for/sf/ho/xo-19881114-0932.html#map004> (hentet: 23. mai 2012).
- Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien) (2010). Tilgjengelig fra:
http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/lover_regler/forskrifter/2010/Forskrift-om-en-verdig-eldreomsorg-verdighetsgarantien.html?id=624655 (hentet: 05. mars 2012).
- Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting (2003). Tilgjengelig fra:
<http://www.lovdata.no/for/sf/ho/to-20030627-0792-0.html#1> (hentet: 05. februar 2012).
- Foss, G. og Wahl, A.K. (2002) 'Pasienters behov viktigere enn rutiner', *Sykepleien*, 90(18), s. 35-39. Tilgjengelig fra: <http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/121282/pasienters-behov-viktigere-enn-rutiner> (hentet: 06. juli 2012).

- Førde, R. et al. (2006) 'Får eldreomsorgen nok ressurser?' *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 126(15), s. 1913-1916. Tilgjengelig fra: <http://tidsskriftet.no/article/1404216> (hentet: 12. april 2012).
- Ganzini, L. et al. (2003) 'Nurses' experiences with hospice patients who refuse food and fluids to hasten death', *The New England Journal of Medicine*, 349, s. 359-365. Tilgjengelig fra: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa035086#t=articleDiscussion> (hentet: 28. mai 2012).
- Garsjø, O. (2008a) *Institusjon som hjem og arbeidsplass. Et arbeidstaker- og brukerperspektiv*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Garsjø, O. (2008b) *Institusjonssosiologi. Perspektiver på helse- og omsorgsinstitusjoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Gaskill, D. et al. (2008) 'Malnutrition prevalence and nutrition issues in residential aged care facilities', *Australasian Journal on Ageing*, 27(4), s. 189-194. Tilgjengelig fra: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1741-6612.2008.00324.x/full> (hentet: 13. oktober 2011).
- Gerber, V. et al. (2003) 'Nutritional status using the Mini Nutritional Assessment questionnaire and its relationship with bone quality in a population of institutionalized elderly women', *The Journal of Nutrition, Health and Aging*, 7(3), s. 140-145. Tilgjengelig fra: <http://www.mna-elderly.com/publications/176.pdf> (hentet: 13. oktober 2011).
- Giorgi, A. (1985) 'Sketch of a psychological phenomenological method', i Giorgi, A. (red.) *Phenomenology and psychological research*. Pittsburgh: Duquesne University Press, s. 8-22.
- Goffman, E. (1961) *Asylums. Essays on the social situation of the mental patients and other inmates*. Middelsex: Penguin Books.
- Granbo, R. og Helbostad, J.L. (2006) 'Hvordan ivareta sykehjemsbeboernes behov for bevegelse?' *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 126(15), s. 1934-1936. Tilgjengelig fra: <http://tidsskriftet.no/article/1406819> (hentet: 28. juni 2012).
- Grimen, H. og Molander, A. (2008) 'Profesjon og skjønn', i Molander, A. og Terum, L.I. (red.) *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Gullestad, M. (1989) *Kultur og hverdagsliv. På sporet av det morderne Norge*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hamran, T. (1992) *Pleiekulturen – en utfordring til den teknologiske tenkemåten*. Oslo: Gyldendal.
- Hanssen, H. et al. (2010) 'Faglig skjønn i utøvelse av profesjonelt helse- og sosialfaglig arbeid', i Hanssen, A. et al. (red.) *Faglig skjønn og brukervedvirkning*. Bergen: Fagbokforlaget, s. 21-45.
- Harmer, B. og Henderson, V. (1939) *Textbook of the principles and practice of nursing*. 4. utg. New York: The Macmillian Company.

- Harnett, T. (2010) 'Seeking exemptions from nursing home routines: Residents' everyday influence attempts and institutional order', *Journal of Aging Studies*, 24(4), s. 292-301. Tilgjengelig fra: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0890406510000642> (hentet: 12. april 2012).
- Hauge, S. (2004) *Jo mere vi er sammen, jo gladere vi blir? – ein feltmetodisk studie av sjukeheimen som heim*. Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, Institutt for sykepleievitenskap og helsefag.
- Hauge, S. (2008) 'Sykepleie i sykehjem', i Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A.H. (red.) *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 219-236.
- Heap, K. (1994) *Samtalen i eldreomsorgen. Kommunikasjon - Minner - Kriser - Sorg*. 2. utg. Oslo: Kommuneforlaget. Tilgjengelig fra: http://www.nb.no/utlevering/contentview.jsf?urn=URN:NBN:no-nb_digibok_2008020504133#&struct=DIV2 (hentet: 29.05.2012).
- Helse- og omsorgsdepartementet (2005) *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer* (St.meld. nr. 25 (2005–2006)). Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/Rpub/STM/20052006/025/PDFS/STM200520060025000DDDPDFS.pdf> (hentet: 08.06.2012).
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009) *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid* (St.meld. nr. 47 (2008–2009)). Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/pages/2206374/PDFS/STM200820090047000DDDPDFS.pdf> (hentet: 27.06.2012).
- Helsedirektoratet (2009) *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring* (IS-1580). Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-underernering/Publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-underernering.PDF> (hentet: 15. april 2012).
- Helsedirektoratet (2012) *Kosthåndboken. Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/kosthandboken-veileder-i-erneringsarbeid-i-helse-og-omsorgstjenesten/Publikasjoner/kosthandboken.pdf> (hentet: 25. juni 2012).
- Helsevernetaten (2001) *Måltider i alders- og sykehjem. Oppsummering av kartlegging våren 2001*. Avdeling for samfunnshelse (Rapport 2/2001). Tilgjengelig fra: http://www.helseetaten.oslo.kommune.no/getfile.php/helse-%20og%20velferdsetaten%20%28HEV%29/Internett%20%28HEV%29/Dokumenter/dokument/samfunnshelse/kartlegging_maltider_alders_og_s-hjem.pdf (hentet: 03. februar 2012).

- Henderson, V.A. (1998) *Sykepleiens natur. Refleksjoner etter 25 år. En definisjon og dens konsekvenser for praksis, forskning og utdanning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hjort, P.F. (2010) *Alderdom. Helse, omsorg og kultur*. Oslo: Universitetsforlaget
- Hofseth, C. og Norvoll, R. (2003) *Kommunehelsetjenesten – gamle og nye utfordringer. En studie av sykepleietjenesten i sykehjem og hjemmesykepleien*. Oslo: SINTEF Helse. Tilgjengelig fra: <http://www.sintef.no/Publikasjoner-SINTEF/Publikasjon/?pubid=SINTEF+A6364> (hentet: 10. januar 2012).
- Holter, E. (1995) *Ledelse og ledere i sykehus. Administrasjon av sengeposter*. 2. utg. Oslo: Tano.
- Holthe, T. (2009) 'Handlingssvikt og tilrettelegging', i Rokstad, A.M.M. og Smebye, K.L (red.) *Personer med demens. Møte og samhandling*. Oslo: Akribe, s. 114-150.
- Horn, S. et al. (2005) 'RN staffing time and outcomes of long-stay nursing home residents. Pressure ulcers and other adverse outcomes are less likely as RNs spend more time on direct patient care'. *American Journal of Nursing*, 105(11), s. 58-70. Tilgjengelig fra: http://journals.lww.com/ajnonline/Fulltext/2005/11000/RN_Staffing_Time_and_Outcomes_of_Long_Stay_Nursing.28.aspx (hentet: 12. april 2012).
- Houg, T. (1996) «Takk, bare bra ...?» *Flytteprosessen og hverdagen på sykehjem*. Oslo: Forskningsstiftelsen Fafo (Fafo-rapport 200). Tilgjengelig fra: <http://www.fafo.no/pub/rapp/200/200.pdf> (hentet: 05. august 2012).
- Hougaard, L. (2011) 'Ernæring', i Mekki, T.E. og Pedersen, S. (red.) *Grunnleggende sykepleie. Sykepleieboken 1*. 3. utg. Oslo: Akribe, s. 453-490.
- Hov, R., Athlin, E. og Hedelin, B. (2009) 'Being a nurse in nursing home for patients on the edge of life', *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(4), s. 651-659. Tilgjengelig fra: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-6712.2008.00656.x/full> (hentet: 27. mai 2012).
- Høye, E. et al. (2012) 'Les pleiernes rystende beskrivelser av tilstanden på sykehjem', *NRK Helse, forbruk og livsstil*. Tilgjengelig fra: <http://www.nrk.no/helse-forbruk-og-livsstil/1.8053721> (hentet: 01. august 2012).
- Ice, G.H. (2002) 'Daily life in a nursing home: Has it changed in 25 years?' *Journal of Aging Studies*, 16(4), s. 345-359. Tilgjengelig fra: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0890406502000695> (hentet: 29. april 2012).
- Jacobsen, B., Tanggaard, L. og Brinkmann, S. (2010) 'Fænomenologi', i Brinkmann, S. og Tanggaard, L. (red.) *Kvalitative Metoder. En grundbog*. København: Hans Reitzels Forlag, s. 185-205.
- Jacobsson, C. et al. (2001) 'Evaluation of the QALY model for analysis of cost-effectiveness of eating training after stroke', *Journal of Nursing Management*, 9(5), s. 295-303. Tilgjengelig fra:

- <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2834.2001.00246.x/full#b57> (hentet: 02. juni 2012).
- Jakobsen, R. (2001) 'Sykepleie på sykehjem', i Gjengedal, E. og Jakobsen, R. (red.) *Sykepleie. Praksis og utvikling*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag, s. 974-993.
- Jansson, L. et al. (1995) 'When the severely ill elderly patient refuses food. Ethical reasoning among nurses', *International Journal of Nursing Studies*, 32(1), s. 68-78. Tilgjengelig fra: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/002074899400024E> (hentet: 27. mai 2012).
- Jefferies, D., Johnson, M. og Ravens, J. (2011) 'Nurturing and nourishing: the nurses' role in nutritional care', *Journal of Clinical Nursing*, 20(3-4), s. 317-330. Tilgjengelig fra: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2010.03502.x/full> (hentet: 17. mai 2012).
- Johannessen, A. (2004) 'Recruitment problems in Norwegian nursing homes: experiences and ideas of registered nurses', *Vård i Norden*, 24(4), s. 45-7.
- Johannessen, A., Tuft, P.A. og Christoffersen, L. (2010) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. 4. utg. Oslo: Abstrakt forlag.
- Johnsen, L. og Smebye, K.L. (2009) 'Bruk av tvang i demensomsorgen', i A.M.M, Rokstad, A.M.M. og Smebye, K.L. (red.) *Personer med demens. Møte og samhandling*. Oslo: Akribes, s. 207-229.
- Juthberg, C. og Sundin, K. (2009) 'Registered nurses' and nurse assistants' lived experience of troubled conscience in their work in elderly care: a phenomenological hermeneutic study', *International Journal of Nursing Studies*, 47(1), s. 20-29. Tilgjengelig fra: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748909001837> (hentet: 18. mai 2012).
- Kagansky, N. et al. (2005) 'Poor nutritional habits are predictors of poor outcome in very old hospitalized patients', *American Journal of Clinical Nutrition*, 82(4), s. 784-791. Tilgjengelig fra: <http://www.ajcn.org/content/82/4/784.full#ref-7> (hentet: 19. juli 2012).
- Kahn, D.L. (1999) 'Making the best of it: Adapting to the ambivalence of a nursing home environment', *Qualitative Health Research*, 9(1), s. 119-132. Tilgjengelig fra: <http://qhr.sagepub.com/content/9/1/119.full.pdf+html> (hentet: 07. mai 2012).
- Kaiser, M.J. et al. (2010) 'Frequency of malnutrition in older adults: A multinational perspective using the Mini Nutritional Assessment', *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(19), s. 1734-1738. Tilgjengelig fra: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1532-5415.2010.03016.x/full> (hentet: 25. mai 2012).
- Kayser-Jones, J. (2009) 'Nursing homes. A health-promoting or dependency-promoting environment?' *Family & Community Health. The Journal of Health Promotion & Maintenance*, 32(1), s. 66-74. Tilgjengelig fra:

- http://journals.lww.com/familyandcommunityhealth/Fulltext/2009/01001/Nursing_Homes__A_Health_promoting_or.9.aspx (hentet: 24. mai 2012).
- Kim, H.S. (2011) 'Sykepleieutøvelsen', i Holter, I.M. og Mekki, T.E. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1*. 4. utg. Oslo: Akribe, s. 169-174.
- Kirkevold, M. (1998) *Sykepleieteorier. Analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kirkevold, M. og Brodtkorb, K. (2008) 'Kartlegging', i Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A.H. (red.) *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 113-122.
- Kofod, J. (2000) *Du er dem du spiser sammen med – et brukerperspektiv på den offentlige måltidsservice* (Fødevarer rapport). Fødevaredirektoratet Danmark. Tilgjengelig fra: <http://www.fodevarestyrelsen.dk/fdir/Pub/2000009/rapport.htm> (hentet: 29. mai 2012).
- Kofod, J. og Birkemose, A. (2004) 'Meals in nursing homes', *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(2), s. 128-134. Tilgjengelig fra: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-6712.2004.00276.x/pdf> (hentet: 23. mai 2012).
- Kommunerevisjonen (2008) *Kvalitet i sykehjem – Nordseterhjemmet*. Oslo kommune (Rapport 9/2008). Tilgjengelig fra: <http://www.kommunerevisjonen.oslo.kommune.no/getfile.php/kommunerevisjonen%20%28KR%20V%29/Internett%20%28KRV%29/Dokumenter/dokument/forvxrevxrapp/Rapport9-2008.pdf> (hentet: 21. mai 2012).
- Kowanko, I., Simon, S. og Wood, J. (1999) 'Nutritional care of the patient: nurses' knowledge and attitudes in an acute care setting', *Journal of Clinical Nursing*, 8(2), s. 217-224. Tilgjengelig fra: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2702.1999.00251.x/full> (hentet: 12. april 2012).
- Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F og Skaug, E-A. (2006)'Om sykepleie', i Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., og Skaug, E-A. (red.) *Grunnleggende sykepleie. Bind 1*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s 13-27.
- Kunnskapsdepartementet (2008) *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Tilgjengelig fra: http://www.regjeringen.no/upload/KD/Vedlegg/UH/Rammeplaner/Helse/Rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf (hentet: 05. juli 2012).
- Kvale, S. og Brinkmann, S. (2009) *Det kvalitative forskningsintervjuet*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lamy, M. et al. (1999) 'Oral status and nutrition in the institutionalized elderly', *Journal of Dentistry*, 27(6), s. 443-448. Tilgjengelig fra: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300571299000020> (hentet: 14. februar 2012).

- Lauque, S. et al. (2000) 'Protein-energy oral supplementation in malnourished nursing-home. A controlled trial', *Age Ageing*, 29(1), s. 51-56. Tilgjengelig fra: <http://ageing.oxfordjournals.org/content/29/1/51.full.pdf+html> (hentet: 13. oktober 2011).
- Leirvik, Å. (2007) *Fagutvikling på et sykehjem – et aksjonsforskningsprosjekt*. Masteroppgave i yrkespedagogikk, Høgskolen i Akershus, Avdeling for yrkeslærerutdanning.
- Leirvik, Å.M. et al. (2010) *Mat, måltider og ernæring på sykehjem – til beboernes helse, glede, trivsel og livslyst. Utvikling av kunnskapsbasert praksis på sykehjem innenfor området ernæring gjennom etablering av og arbeid i et sykepleiernettverk (Midtveisrapport)*. Elverum: Høgskolen i Hedmark. Tilgjengelig fra: http://fulltekst.bibsys.no/hihm/notat/2010/01/not01_2010.pdf (hentet: 06. juli 2012).
- Lesourd, B. og Mazari, L. (1999) 'Nutrition and immunity in the elderly', *Proceedings of the Nutrition Society*, 58, s. 685-695. Tilgjengelig fra: http://journals.cambridge.org/download.php?file=%2FPNS%2FPNS58_03%2FS002966519900907a.pdf&code=d269ec96cdd4857d79829c68c457666d (hentet: 14. oktober 2011).
- Lindholm, C. (2012) *Sår*. 3. utg. Oslo: Akribe.
- Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) (1999). Tilgjengelig fra: <http://www.lovdatab.no/all/nl-19990702-064.html> (hentet: 28. mai 2012).
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) (2011). Tilgjengelig fra: <http://www.lovdatab.no/all/hl-20110624-030.html#map001> (hentet: 04. mars 2012).
- Magnan, M.A. og Maklebust, J.A. (2009) 'The Nursing process and pressure ulcer prevention: Making the connection', *The Journal for Prevention and Healing*, 22(2), s. 83-92. Tilgjengelig fra: <http://www.nursingcenter.com/pdf.asp?AID=839887> (hentet: 23. juni 2012).
- Malterud, K. (2003) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2011) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (1993) *Fra Marx til Løgstrup. Om etikk og sanselighet i sykepleien*. Oslo: Tano.
- Martinsen, K. (2000) *Øyet og kallet*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Martinsen, K. (2003) *Omsorg, sykepleie og medisin. Historisk-filosofiske essays*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2005) *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe
- Martinsen, K. (2012) *Løgstrup og sykepleie*. Oslo: Akribe.
- Maslow, A.H. (1943) 'A theory of motivation', *Psychological Review*, 50, s. 370-396. Tilgjengelig fra: <http://psychclassics.yorku.ca/Maslow/motivation.htm> (hentet: 08. mars 2012).
- McDaniel, J.H. et al. (2001) 'Impact of dining room environment on nutritional intake of Alzheimer's residents: A case study', *American Journal of Alzheimer's disease and Other*

- Dementias*, 16(5), s. 297-302. Tilgjengelig fra:
<http://aja.sagepub.com/content/16/5/297.full.pdf+html> (hentet: 01. juni 2012).
- McWhirter, J.P. og Pennington, C.R. (1994) 'Incidence and recognition of malnutrition in hospital'. *British Medical Journal*, 308(6934), s. 945-948. Tilgjengelig fra:
<http://www.bmj.com/content/308/6934/945.full> (hentet: 19. mars 2012).
- Meijers, J.M.M. et al. (2009a) 'Defining malnutrition: Mission or mission impossible?' *Nutrition*, 26(4), s. 432-440. Tilgjengelig fra:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0899900709002585> (hentet: 08. juni 2012).
- Meijers, J.M.M. et al. (2009b) 'Malnutrition prevalence in The Netherlands: results of the Annual Dutch National Prevalence Measurement of Care Problems', *British Journal of Nutrition*, 101(3), s. 417-423. Tilgjengelig fra:
<http://www.unimaas.nl/hcns/websiteVW/publications/Publication%20scans/Meijers.%20Malnutrition%20prevalence%20in%20The%20Netherlands.pdf> (hentet: 19. juli 2012).
- Meijers, J.M.M. et al. (2009c) 'Malnutrition in Dutch health care: Prevalence, prevention, treatment, and quality indicators', *Nutrition*, 25(5), s. 512-519. Tilgjengelig fra:
<http://www.unimaas.nl/hcns/websiteVW/publications/Publication%20scans/Meijers.%20Malnutrition%20in%20Dutch%20health%20care.%20Prevalence,%20prevention,%20treatment,%20and%20quality%20indicators.pdf> (hentet: 19. juli 2012).
- Melheim, B.G. (2004) *Å gå til duk og dekkja bord. Eldre og matkultur i sjukeheim*. Hovedfagsoppgave i sykepleievitenskap: Universitetet i Bergen.
- Melheim, B.G. (2008) 'Pasientopplevelser av måltidsfellesskap i sykehjem', *Sykepleien Forskning*, 3(4), s. 212-219. Tilgjengelig fra:
<http://www.sykepleien.no/forskning/forskningsartikkel/117235/pasientopplevelser-av-maltidsfellesskap-i-sykehjem> (hentet: 13. april 2012).
- Meyer, S., Eilertsen, G. og Ytrehus, S. (2010) 'Meningsfullt arbeid på sykehjem – erfarne sykepleieres perspektiv', *Sykepleien Forskning*, 5(2), s. 148-154. Tilgjengelig fra:
http://brage.bibsys.no/hibu/bitstream/URN:NBN:no-bibsys_brage_26506/1/Vitenskapelig2010Meyer.pdf (hentet: 23. juni 2012).
- Mikkelsen, J. og Hage, I. (2011) 'Prosesskunnskap i sykepleie' i Holther, I.M. og Mekki, T.E. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken I*. 4. utg. Oslo: Akribe, s. 247-263.
- Mowe, M., Böhmer, T. og Kindt, E. (1994) 'Reduced nutritional status in an elderly population (> 70 y) is probable before disease and possibly contributes to the development of disease', *The American Journal of Clinical Nutrition*, 59(2), s. 317-324. Tilgjengelig fra:
<http://www.ajcn.org/content/59/2/317.full.pdf+html> (hentet: 19. juli 2012).

- Mowe, M. et al. (2008) 'Insufficient nutritional knowledge among health care workers?' *Clinical Nutrition*, 27(2), s.196-202. Tilgjengelig fra:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0261561407002142> (hentet: 13. desember 2011).
- Moyle, W. et al. (2003) 'Views of job satisfaction and dissatisfaction in Australian long-term care', *Journal of Clinical Nursing*, 12(2), s. 168-176. Tilgjengelig fra:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2702.2003.00732.x/full> (hentet: 14. juni 2012).
- Mäkelä, J. (1991) 'The meal – a social event', i Fürst, E.L. et al. (red.) *Palatable Worlds. Sociocultural food studies*. Oslo: Solum Forlag, s. 87-96. Tilgjengelig fra:
http://www.nb.no/utlevering/contentview.jsf?urn=URN:NBN:no-nb_digibok_2007111404061#&struct=DIV2 (hentet: 12. april 2012).
- Nasjonalt råd for ernæring (2006) *Når matinntaket blir for lite. Forslag til strukturelle tiltak for forebygging og behandling av underernæring*. Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra:
<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nar-matintaket-blir-for-lite/Publikasjoner/nar-matintaket-blir-for-lite.pdf> (hentet: 07. mai 2012).
- Nestlé Nutrition Institute (2006) *Mini Nutritional Assessment MNA*. Tilgjengelig fra:
http://www.mna-elderly.com/forms/MNA_norwegian.pdf (hentet: 26. mai 2012).
- Nieuwenhuizen, W.F. et al. (2009) 'Older adults and patients in need of nutritional support: Review of current treatment options and factors influencing nutritional intake', *Clinical Nutrition*, 29, s. 160-169. Tilgjengelig fra:
http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MiamiImageURL&_cid=272493&_user=10851059&_pii=S0261561409001836&_check=y&_origin=article&_zone=toolbar&_coverDate=30-Apr-2010&view=c&originContentFamily=serial&wchp=dGLzVlt-zSkWz&md5=bc01280e57db4693c77d25b39e84a4c0&pid=1-s2.0-S0261561409001836-main.pdf (hentet: 17. april 2012).
- Nijs, K.A.N.D. et al. (2006) 'Effect of family style mealtimes on quality of life, physical performance, and body weight of nursing home residents: cluster randomised controlled trial', *British Medical Journal*, 332(7551), s. 1180-1184. Tilgjengelig fra:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1463975/pdf/bmj33201180.pdf> (hentet: 03. juni 2012).
- Norberg, A. et al. (1980) 'Ethical conflicts in long-term care of the aged: nutritional problems and the patient-care worker relationship', *British Medical Journal*, 280(6211), s. 377-378. Tilgjengelig fra: <http://www.bmj.com/content/280/6211/377.pdf%2Bhtml> (hentet: 04. januar 2012).

- Norsk Ergoterapeutforbund (2011) *Retningslinjer for kunnskapsbasert hjelpemiddelformidling*. Tilgjengelig fra: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/kosthandboken-veileder-i-erneringsarbeid-i-helse-og-omsorgstjenesten/Publikasjoner/kosthandboken.pdf> (hentet 13. juni 2012).
- Norsk Sykepleierforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. ICNs etiske regler*. Tilgjengelig fra: https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf (hentet: 02. juni 2012).
- Nortvedt, P. (2006) 'Etisk skjønn og moralsk dømmekraft', i Slettebø, Å. og Nortvedt, P. (red.) *Etikk for helsefagene*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Pfeiffer, R. (2007) *Sykepleier og leder*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Postholm, M.B. (2010) *Kvalitativ metode. En innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Prentice, D. og Black, M. (2007) 'Coming and staying: a qualitative exploration of Registered Nurses' experiences working in nursing homes', *International Journal of Older people Nursing*, 2(3), s. 198-203. Tilgjengelig fra: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1748-3743.2007.00072.x/pdf> (hentet: 03. juni 2012).
- Rasmussen, H.H. et al. (1999) 'Clinical nutrition in Danish hospitals: a questionnaire-based investigation among doctors and nurses', *Clinical Nutrition*, 18(3), s. 153-158. Tilgjengelig fra: http://ac.els-cdn.com/S0261561499800053/1-s2.0-S0261561499800053-main.pdf?_tid=e0448e3dbbbc9e3b80e184053e3d4d91&acdnat=1344457361_e82231e7ee9f76ca0742a0c079b6ecb2 (hentet: 19. juni 2012).
- Reitan, A.M. (2010) 'Mestring', i Knutstad, U. (red.) *Sentrale begreper i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 2*. 3. utg. Oslo: Akribe, s. 74-107.
- Rekve, K.H. (2009) 'Tilrettelegging av måltider for personer med atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens', *Tidsskrift for sykepleiere i geriatri og demens*, 1(3), s. 18-20. Tilgjengelig fra: https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/759618/Geriatrisk%20Sykepleie%203_2009.pdf (hentet: 03. april 2012).
- Repstad, P. (1991) *Sosiologiske perspektiver for helse- og sosialarbeidere*. Oslo: Tano Aschehoug. Tilgjengelig fra: http://www.nb.no/utlevering/contentview.jsf?urn=URN:NBN:no-nb_digibok_2009012000064#&struct=DIV4 (hentet: 30. mai 2012).
- Robertson, R.G. og Montagnini, M. (2004) 'Geriatric failure to thrive', *American Family Physician*, 70(2), s. 343-350. Tilgjengelig fra: http://familymed.uthscsa.edu/geriatrics/reading%20resources/virtual_library/PGY2_%20Article%20s/Geri%20FTT04.pdf (hentet: 19. juni 2012).

- Rokstad, A.M.M. (2008) 'Utfordrende atferd', i Rokstad, A.M.M. og Smedbye, K.L. (red.) *Personer med demens. Møtet og samhandling*. Oslo: Akribe, s. 180-204.
- Romøren, T.I. (2001) *Den fjerde alderen: Funksjonstap, familieomsorg og tjenestebruk hos mennesker over 80 år*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Romøren, T.I. (2008) 'Eldre, helse og hjelpebehov', i Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A.H, (red.) *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 29-37.
- Rugås, L. og Martinsen, K. (2003) Underernæring er vanlig på sykehjem. *Sykepleien*, 91(6), s. 34-37. Tilgjengelig fra: <http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/118524/underernaring-er-vanlig-pa-sykehjem> (hentet: 05.03.2012).
- Sellevold, G.S. (2005) 'Et kvalitetssikringsprosjekt', i Sellevold, G.S. og Skulberg, V.B. (red.) *Nok mat, rett mat og trivelige måltider for eldre sykehjemspasienter: et kvalitetssikringsprosjekt*. Bergen: Nasjonalt formidlingscenter i geriatri, s. 26-60. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nok-mat-rett-mat-og-trivelige-maltider-for-eldre-sykehjemspasienter-et-kvalitetssikringsprosjekt/Publikasjoner/nok-mat-rett-mat-og-trivelige-maltider-for-eldre-sykehjemspasienter-et-kvalitetssikringsprosjekt.pdf> (hentet: 05. februar 2012).
- Shahin, E.S.M. et al. (2010) 'The relationship between malnutrition parameters and pressure ulcers in hospitals and nursing homes', *Nutrition*, 26(9), s. 886-889. Tilgjengelig fra: <http://www.unimaas.nl/hcns/websiteVW/publications/Publication%20scans/Shahin.%20The%20Relationship%20between%20malnutrition%20parameters%20and%20pressure%20ulcers%20in%20hospitals%20and%20nursing%20homes.pdf> (hentet: 14. oktober 2011).
- Shaughnessy, P.W. og Kramer, A. (1990) 'The increased needs of patients in nursing homes and patients receiving home health care', *The New England Journal of Medicine*, 322(1), s. 21-27. Tilgjengelig fra: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199001043220105#t=articleTop> (hentet: 19. juni 2012).
- Sidenvall, B., Fjellstrøm, C. og Ek, A.C. (1994) 'The meal in geriatric care – intentions and experiences', *Journal of Advanced Nursing*, 4(20), s. 613-621. Tilgjengelig fra: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.1994.20040613.x/pdf> (hentet: 01. mai 2012).
- Simmons, S.F., Osterweil, D. og Schnelle, J.F. (2001) 'Improving food intake in nursing home residents with feeding assistance. A staffing analysis', *The Journals of Gerontology: Medical Sciences*, 56(12), s. 790-794. Tilgjengelig fra: <http://biomedgerontology.oxfordjournals.org/content/56/12/M790.full.pdf+html> (hentet: 07. mai 2012).

- Simmons, S.F. og Schnelle, J.F. (2004) 'Individualized feeding assistance care for nursing home residents: staffing requirements to implement two interventions', *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 59A(9), s. 966-973. Tilgjengelig fra: <http://biomedgerontology.oxfordjournals.org/content/59/9/M966.full> (hentet: 08. mai 2012).
- Skulberg, V.B. (2005) 'Mat og måltider i sykehjem – oppfinnsomhet og omtenkksomhet i praksis', i Sellevold, G.S. og Skulberg, V.B. (red.) *Nok mat, rett mat og trivelige måltider for eldre sykehjemspasienter: et kvalitetssikringsprosjekt*. Bergen: Nasjonalt formidlingssenter i geriatri, s. 7-24. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nok-mat-rett-mat-og-trivelige-maltider-for-eldre-sykehjemspasienter-et-kvalitetssikringsprosjekt/Publikasjoner/nok-mat-rett-mat-og-trivelige-maltider-for-eldre-sykehjemspasienter-et-kvalitetssikringsprosjekt.pdf> (hentet: 05. februar 2012).
- Smedshaug, G.B. (2009) 'Ernæring til eldre – med bakgrunn i nye nasjonale retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring'. *Geriatrisk sykepleie. Tidsskrift for sykepleiere i geriatri og demens*, 1(3), s. 6-10. Tilgjengelig fra: https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/759618/Geriatrisk%20Sykepleie%203_2009.pdf (hentet: 23. juni 2012).
- Sortland, K. (2007) *Ernæring – mer enn mat og drikke*. 3. utg. Oslo: Fagbokforlaget.
- Sortland, K. et al. (2009) 'Eldre personers ernæring og matinntak ved et sykehjem – en pilotstudie', *Vård i Norden*, 29(4), s. 25-29. Tilgjengelig fra: https://oda.hio.no/jspui/bitstream/10642/821/1/vaardinorden_4_2009_sortland.pdf (hentet: 04. mars 2012).
- Sosial- og helsedirektoratet (2007) *Ernæring i helsetjenesten*. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/annus-socialis-2007/Publikasjoner/Ernæring-i-helsetjenesten.pdf> (hentet: 10. mars 2012).
- Spilsbury, K. et al. (2011) 'The relationship between nurse staffing and quality of care in nursing homes: A systematic review', *International Journal of Nursing Studies*, 48(6), s. 732-750. Tilgjengelig fra: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748911000538> (hentet: 17. juni 2012).
- Statens ernæringsråd (1995) *Retningslinjer for kostholdet i helseinstitusjoner*. Oslo: Universitetsforlaget. Tilgjengelig fra: <http://www.nb.no/utlevering/nb/4fb6727dfb3254f546f7da8304641a70#&struct=DIV2> (hentet: 06. november 2011).
- Statistisk sentralbyrå (SSB) (2011) *Bebuarar i institusjonar for eldre og funksjonshemma, etter alder. 1992-2010*. Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/pleie/tab-2011-07-08-02.html> (hentet: 27. mai 2012).

- Stratton, R.J. og Elia, M. (2007) 'A review of reviews: A new look at the evidence for oral nutritional supplements in clinical practice', *Clinical Nutrition Supplement*, 2, 5-23.
- Stratton, R.J., Elia, M. og Green, C.J. (2003) *Disease related malnutrition: An evidence base approach to treatment*. Wallingford, UK: CABI publishing.
- Stubberud, D.G. (2010) 'Ernæring'. i Gulbrandsen, T. og Stubberud, D.G. (red.). *Intensivsykepleie*. Oslo: Akribe, s.164-193.
- Suominen, M.H. et al. (2005) 'Malnutrition and associated factors among aged residents in all nursing homes in Helsinki', *European Journal of Clinical Nutrition*, 59, s. 578-583. Tilgjengelig fra: <http://www.nature.com/ejcn/journal/v59/n4/abs/1602111a.html> (hentet: 28. april 2012).
- Suominen, M.H. et al. (2007) 'How well do nurses recognize malnutrition in elderly patients?' *European Journal of Clinical Nutrition*, 63(2), s. 292-296. Tilgjengelig fra: <http://www.nature.com/ejcn/journal/v63/n2/pdf/1602916a.pdf> (hentet: 03. juni 2012).
- Sørbye, L.W. (2003). *Hjemmetjenester til eldre i Bærum og Ullern. Sammenlignende data fra AdHOC studiet*. Oslo: Diakonhjemmets høgskole.
- Sørensen, B.A., Dahl-Jørgensen, C. og Skogstad, A. (1998) *Arbeid og arbeidshelse i pleie- og omsorgssektoren – En kunnskapsoversikt med forslag til modellforsøk*. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet (AFI-rappprt nr. 6/1998).
- Tanggaard, L. og Brinkmann, S. (2010) 'Kvalitet i Kvalitative studier', i Brinkmann, S. og Tanggaard, L. (red.) *Kvalitative Metoder. En grundbog*. København: Hans Reitzels Forlag, s. 489-499.
- Thagaard, T. (2009) *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. 3. utg. Oslo: Fagbokforlaget.
- Thomas, D.W. og Smith, M. (2009) 'The effect of music on caloric consumption among nursing home residents with Dementia of the Alzheimer's type', *Activities, Adaptation & Aging*, 33(1), s. 1-16. Tilgjengelig fra: <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/01924780902718566> (hentet: 01. juni 2012).
- Trondheim Kommune (2011) *Produksjonskjøkkenet*. Tilgjengelig fra: <http://www.trondheim.kommune.no/produksjonskjokken/> (hentet 02. juli 2012).
- Vanderwee, K. et al. (2010). 'Malnutrition and associated factors in elderly hospital patients: A Belgian cross-sectional, multi-centre study', *Clinical Nutrition*, 29(4), s. 469-476. Tilgjengelig fra: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0261561410000063> (hentet: 22. november 2011).
- Van Nes, M.C. et al. (2001) 'Does the mini nutritional assessment predict hospitalization outcomes in older people?' *Age Ageing*, 30:(3), s. 221-226. Tilgjengelig fra: <http://ageing.oxfordjournals.org/content/30/3/221.full.pdf+html> (hentet: 13. oktober 2011).

- Vellas, B. et al. (1999) 'The Mini Nutritional Assessment (MNA) and its use in grading the nutritional state of elderly patients', *Nutrition*, 15(2), s. 116-122. Tilgjengelig fra: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0899900798001713> (hentet: 25. mai 2012).
- Wansink, B. (2004) 'Environmental factors that increase the food intake and consumption volume of unknowing consumers', *Annual Reviews Nutrition*, 24, s. 455-479. Tilgjengelig fra: <http://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev.nutr.24.012003.132140> (hentet: 20. april 2012).
- Wright, L., Hickson, M. og Frost, G. (2006) 'Eating together is important: using a dining room in an acute elderly medical ward increases energy intake', *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 19(1), s. 23-26. Tilgjengelig fra: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-277X.2006.00658.x/full> (hentet: 21. april 2012).
- Wyller, V.B. (2005) *Det friske og det syke menneske. Det syke mennesket. Mikrobiologi, patofysiologi, farmakologi, klinisk medisin*. Oslo: Akribes (bind 1).

Vedlegg 1, informasjonsskriv/forespørsel til enhetsleder

Forespørsel om tillatelse til gjennomføring av forskningsprosjektet ”Sykepleie og ernæring i langtidsavdeling” ved Helsehus/Sykehjem

I forbindelse med sin masteroppgave i helsevitenskap ved Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap (ISH) ved NTNU ønsker masterstudent Ellisiv Lærum Jacobsen å gjennomføre en studie om sykepleieres opplevelse av å arbeide med ernæring i sykehjem. Hun ønsker i den forbindelse å intervju 3-4 sykepleiere ved langtidsavdelingen ved Helsehus/Sykehjem.

Vi ber med dette om lov til å gjennomføre undersøkelsen og om din hjelp til å rekruttere informanter til studien. Trondheim kommune v/ Enhetsleder for Service og internkontroll har gitt tillatelse til at studien gjennomføres. Studien er også godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Bakgrunn og hensikt

Ernæring i sykehjem et viktig og aktuelt tema innen sykepleiefaget. Hensikten med studien er å studere sykepleierens opplevelser og å skape en dypere og mer nyansert forståelse av deres jobbhverdag med ernæringsarbeid i sykehjem. Sykepleiere har det daglige ansvaret for ernæringsarbeid i sykehjem og vil derfor ha ulike erfaringer, opplevelser og kunnskaper om ernæringsarbeid i møte med eldre mennesker.

Hva innebærer studien for enhetsleder?

Det bes om at leder deler ut ” Forespørsel om å delta i intervju i forbindelse med masteroppgaven ”Sykepleie og ernæring i langtidsavdeling ” til de aktuelle sykepleiere på avdelingen og informere om at hvis de ønsker å delta må de kontakte Jacobsen enten på telefon eller e-post. Det bes videre om at enhetsleder informerer aktuelle sykepleiere om at signert samtykke-erklæring må medbringes til intervjuet.

Sykepleierne som kan inkluderes i studien må oppfylle følgende kriterier:

- Fast ansatt/ vikariat i over ett år på langtidsavdelingen
- Stillingsandel over 50%
- Arbeide todelt eller tredelt turnus (sykepleier som kun arbeider natt vil ikke bli inkludert)

Etter at undersøkelsen er gjennomført presenterer Jacobsen gjerne sine funn og deres relevans for praksis i sykehjemmet dersom det er ønskelig.

Hva innebærer deltagelse i studien for sykepleierne?

Sykepleierne som velger å delta vil bli intervjuet av Jacobsen. Intervjuene vil være delvis strukturerte og temaene er presentert i intervjuguiden (se vedlegg 1). Intervjuguiden er delt inn i fire deler. Den første delen har til hensikt å være assosiasjonsskapende, slik at informanten får mulighet til å reflektere rundt ernæring og sin egen rolle i ernæringsarbeid. I den andre delen stilles det utdypende spørsmål om informantens opplevelse av ansvar og rolle i ernæringsarbeid på avdelingen. Blant annet spørres det om sykepleiers erfaring med tverrfaglig arbeid og hvorvidt sykepleier opplever et særegent ansvar for pasientens ernæring. Hensikten er å få kunnskap om hvorvidt informantene opplever ernæringsbehovet til pasientene som en sentral del av deres ansvarsområde, og hvilke tanker, erfaringer og opplevelser de har med dette ansvaret. De to siste delene av intervjuguiden går spesifikt inn på sykepleiers opplevelse av egen praksis. Spørsmålene

dreier seg blant annet om hvordan informantene opplever å iverksette ernæringsspesifikke tiltak, og hvordan de opplever egen praksis. Hensikten med spørsmålene er å få kunnskap om hvilke erfaringer informantene har med egen praksis og hvordan de vurderer egen utøvelse av ernæringsarbeid.

Intervjuene vil bli tatt opp på bånd og deretter transkribert. Intervjuet vil vare i ca. 1 time og tidspunkt og sted avtales med den enkelte informant.

Forskningsetiske hensyn

Konfidensialitet, anonymitet og respekt for deltagerens integritet er overordnet ved alle valg som foretas underveis og i gjennomføringen av studien. Kommunen og sykehjemmet vil få fiktive navn og informantene vil være fullstendig anonymisert i masteroppgaven.

Dersom det er spørsmål til studien kan masterstudent Ellisiv Lærum Jacobsen (tlf. eller epost eller veileder professor Heidi Hjelmeland (tlf. eller epost) kontaktes.

Håper på raskt og positivt svar.

Med vennlig hilsen

Heidi Hjelmeland
Professor/Veileder

Vedlegg 2, Informasjonsskriv og samtykkeerklæring til informantene.

Forespørsel om å delta i intervju i forbindelse med masteroppgaven ”Sykepleie og ernæring i langtidsavdeling.”

I forbindelse med min masteroppgave i helsevitenskap ved Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap (ISH) ved NTNU ønsker masterstudent Ellisiv Lærum Jacobsen å gjennomføre en studie som ser på sykepleieres opplevelse av å jobbe med ernæring i langtidsavdelinger. Det er ønskelig å intervju 3-4 sykepleiere ved langtidsavdelingen ved Helsehus/Sykehjem. Trondheim kommune v/enhetsleder for Service og internkontroll har gitt tillatelse til at studien gjennomføres. Studien er også godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Bakgrunn og hensikt

Dette er en forespørsel til sykepleiere ved Helsehus/Sykehjem om å delta i forskningsstudien ”Sykepleie og ernæring i langtidsavdeling.” Denne forespørselen går til sykepleiere som oppfyller følgende kriterier: sykepleieren har vært fast ansatt/ vikariat i over ett år på avdelingen, har en stillingsandel over 50 % og arbeider todelt eller tredelt turnus.

Ernæring i langtidsavdelinger et viktig og aktuelt tema innen sykepleiefaget som det er sentralt å undersøke nærmere. Hensikten med studien er å tydeliggjøre sykepleieres opplevelser og å skape en dypere og mer nyansert forståelse av deres jobbhverdag med ernæringsarbeid i langtidsavdeling. Sykepleiere har det daglige ansvaret for ernæringsarbeid i langtidsavdeling og vil derfor ha ulike erfaringer, opplevelser og kunnskaper om ernæringsarbeid i møte med eldre mennesker.

Hva innebærer deltagelse i studien?

Sykepleierne som velger å delta vil bli intervjuet av Jacobsen. Intervjuene vil være delvis strukturerte og vil ta utgangspunkt i noen fastsatte tema. Hovedtemaene for intervjuet vil være: opplevelse av ansvar og opplevelse av egen praksis relatert til arbeid med ernæring. Det vil stilles spørsmål om disse hovedtemaene og sykepleierne vil blant annet spørres om de har noen konkrete historier eller eksempler til å belyse temaene.

For sykepleierne som ønsker å delta, kan studien være med å bidra til at de får satt ord på sine opplevelser, erfaringer og kunnskaper om ernæring i sin jobbhverdag. Informantene vil få mulighet

til å snakke om sin erfaring med ernæringsarbeid, samtidig som de bidrar til forskning innen eget fagfelt. Intervjuene vil bli tatt opp på bånd og deretter transkribert. Intervjuet vil vare i ca. 1 time og tidspunkt og sted avtales med den enkelte informant.

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke deg som deltaker fra studien. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i innlevert masteroppgave.

Forskningsetiske hensyn

Konfidensialitet, anonymitet og respekt for deltagerens integritet er overordnet ved alle valg som foretas underveis og i gjennomføringen av prosjektet. Kommunen og helseinstitusjonen vil ikke nevnes ved navn og deltagerne vil være fullstendig anonymisert i masteroppgaven.

Ved deltakelse i studien bes sykepleierne om å dele sine personlige opplevelser og erfaringer om egen sykepleieutøvelse og det er derfor sentralt å understreke at undertegnede har taushetsplikt. Videre er det kun veileder og masterstudenten som vil ha tilgang på datamaterialet.

Lydopptaket fra intervjuet vil bli oppbevart i et låst skap, hvor det kreves personlig kort og kode for å komme inn. Båndopptaket av intervjuet vil kun bli lyttet til av studenten, og opptakene vil bli slettet når oppgaven er ferdig, det vil si innen 31.10.2012.

Hvis du ønsker å delta i studien bes du om å kontakte masterstudent Ellisiv Lærum Jacobsen på telefon eller e-post. Samtykke-erklæringen er det viktig at du signerer og tar med på intervjuet.

Dersom du ønsker å delta i prosjektet eller har noen spørsmål kan jeg kontaktes på telefon:

.....eller epost: Du kan også kontakte min veileder professor Heidi Hjelmeland ved Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap på telefon: eller epost:

Vennlig hilsen

Ellisiv Lærum Jacobsen
Sykepleier/Mastergradsstudent

Heidi Hjelmeland
Professor/Veileder

Samtykke-erklæring

Jeg har mottatt informasjon om studien ”Sykepleie og ernæring i langtidsavdeling” og ønsker å stille til intervju:

Signatur:..... *Telefonnummer*:

Vedlegg 3, Intervjuguide

Intervjuguide

Innledning:

- Presentasjon av meg og mitt forskningsprosjekt
 - Mitt navn, utdanning og kort om oppgaven.
 - Informert samtykke. Gjenta noe viktig informasjon (informanten kan trekke seg når som helst uten å oppgi begrunnelse, jeg har taushetsplikt og aidentifisering av persondata, oppgavens bruksområde og hensikt)
- Bruk av båndopptaker og notater underveis i samtalen
 - Bruk av båndopptaker: for å sikre en mest mulig riktig gjengivelse av samtalen. (informere om sletting av lydfil innen 31.10.2012)
 - Bruk av notater: for å kunne notere ned sentrale poeng, samt stille oppfølningsspørsmål.
- Intervjuets form
 - Intervjuet vil trolig vare i ca 1 time
 - Eventuelle spørsmål om intervjuet/prosjektet i sin helhet?

Samtaleemner

- Hvilke tanker har du om sykepleie og ernæring?
- Kan du fortelle litt om matrutinene på din avdeling? (Når serveres maten, hvor spiser pasientene, er personalet tilstede under måltidene? Måltidsfrekvens?)
- Hva er din opplevelse av måltidene? (Ro etc?)

- Hvilke opplevelser har du med tverrfaglig arbeid og ernæring på din avdeling? (fortell gjerne en historie)
- Diskuterer dere mye innad i pleiegruppen? I så fall hva? (Noe om ernæringsarbeid/ernæring?)
- Hvilke rolle og funksjon opplever du at du har som sykepleier i forhold til ernæring? (Hva gjør du med tanke på ernæringsarbeid på din avdeling? Iverksetting av tiltak? Oppfølging og evaluering? Dokumentasjon om pasientens daglige ernæringsstatus? Sykepleieprosessen?)

- Opplever du å ha et særegent ansvar for ernæring på din avdeling (Primærsykepleie eller gruppesykepleie)?
- Hvordan opplever du at du får fulgt opp pasientene med tanke på ernæringsstatus ?
- Hva tenker du skal til for at du kontakter noen med mer spesialisert kompetanse? (for eksempel ernæringsfysiolog).
- Samarbeider du eller ønsker du å samarbeide med andre yrkesgrupper om ernæring?

- Hvordan opplever du ernæringspraksisen på din avdeling? (forbedringspotensial eller bra? Hva synes du er god sykepleie med tanke på ernæring?)
- Tror du det er noen forbedring av ernæringsstatus med mange sykepleier på jobb?
- Hvordan opplever du å iverksette og å følge tiltak? (Hvordan synes du det er å følge opp tiltak som for eksempel drikke/kostliste? Evalueres disse tiltakene?)
- Hvilke faktorer/ forhold er viktig for at du skal oppleve at du utøver god sykepleie med tanke på ernæring?

- Er det noe du synes er spesielt vanskelig med tanke på ernæring?
- Hvordan opplever du dette med tid rundt måltidene?
- Opplever du noen utfordringer på din avdeling mtp ernæringsarbeid? Fortell gjerne en historie
- Noe du tenker har forbedringspotensiale?

- Hvordan ville du i ”en ideell verden” ivaretatt pasientens ernærings situasjon en vanlig dag på jobb? (hvis du hadde tid, ressurser etc?)
- Er det noe mer du ønsker å utdype?

Vedlegg 4, vedtak fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Heidi Hjelmeland
Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap
NTNU
Dragvoll
7491 TRONDHEIM

Vår dato: 02.03.2012

Vår ref:29797 / 3 / KH

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 11.02.2012. Meldingen gjelder prosjektet:

29797	<i>Sykepleie og ernæring i sykehjem</i>
Behandlingsansvarlig	<i>NTNU, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Heidi Hjelmeland</i>
Student	<i>Ellisiv Lærum Jacobsen</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.10.2012, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Kjersti Håvardstun

Kjersti Håvardstun tlf: [REDACTED]

✓ Vedlegg: Prosjektvurdering

✓ Kopi: Ellisiv Lærum Jacobsen, [REDACTED]

Avdelingskontorer / District Offices

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kjtte.svanse@svt.ntnu.no
TRONHØI: NSD, SVE, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsd@uakva.uib.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 29797

Personvernombudet legger til grunn at sykepleiere som er interessert i å delta melder fra om dette direkte til student, jf. telefonsamtale 02.03.12.

Informasjonsskrivet er tilfredsstillende utformet, men rettes opp med hensyn til sluttdato.

Prosjektslutt er 31.10.12. Datamaterialet anonymiseres ved at verken direkte eller indirekte personidentifiserbare opplysninger fremgår. Koblingsnøkkel og lydopptak slettes, indirekte personidentifiserbare opplysninger fjernes, omskrives eller grovkategoriseres.