

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Kandidatnummer 1

KS4900-1 Masteroppgave

Sykepleieres kliniske beslutningstaking ved ernæringskartlegging. En kvalitativ studie.

Nurses` clinical decision-making in nutritional assessment.
A qualitative study.

Master i avansert klinisk sykepleie i kommunehelsetjenesten

2020

Forord og takk

Det var under tvil at jeg søkte på mastergradsutdanningen i avansert klinisk sykepleie i 2018. Det var noe helt nytt, og det fantes lite erfaringer fra andre sykepleiere som kunne støtte beslutningen jeg skulle ta for de to neste årene. Jeg lurte veldig på hva jeg egentlig skulle bli. Min kollega Hosein var i gang på andre semester i AKS-utdanningen, og forsikret meg om at dette ville passe min interesse for faget. Helt uavhengig av dette spurte min sykepleiermamma om dette kunne være noe for meg, og dermed satte tanken seg. Takk for motivasjon og støtte! Valget jeg tok om å begynne på studiet, ville jeg ikke vært foruten. Det har vært en humpete vei, men utdanningen har forbedret meg som sykepleier. Jeg vil takke virksomhetsleder Annbjørg E. Gentenaar for at hun på relativt kort tid gjorde det mulig for meg å starte på AKS-utdanningen.

Gjennom disse to årene har vi vært et lite kull, men den støtten vi har hatt i hverandre, har vært avgjørende for min trivsel og læring. Takk for dette kapittelet, jeg gleder meg til å fortsette i det neste, som avansert kliniske sykepleiere som samarbeider på tvers av kommuner. Takk til Kari og Sevald som har vært ildsjeler og veiledere, dere har fått meg til å se sykepleierfaget fra flere perspektiver, og åpnet nye dører til kunnskapsriket. Jeg vil også rette en takk til alle dyktige forelesere og bibliotekarer, som har bidratt med variert kunnskap og inspirasjon til hvordan vi kan utføre og forme rollen som AKS.

Midt under arbeidet med masteroppgaven brøt pandemien ut i verden, og Norge stengte ned. Jeg tok valget om å utsette innleveringen, for å være hjemme med barna. Det har vært utfordrende å ta opp igjen arbeidet, når medstudenter, lærere og bibliotek ikke kunne fysisk oppsøkes. En stor takknemmelighet rettes til min veileder under masteroppgaven, Trude Haugland, for konkrete og konstruktive tilbakemeldinger. Jeg setter pris på tilgjengeligheten din, selv etter den opprinnelige datoen for innlevering. Du har bidratt til en givende og lærerik prosess. Til sykepleierne som bidro som informanter i masterprosjektet: tusen takk for at dere stilte opp med deres kunnskap og erfaringer.

Til slutt vil jeg få takke Steinar. Du har støttet meg, og holdt ut med mange av mine frustrasjoner. Jeg er glad jeg har deg.

Stange, 10.09.20

Marita Pedersen Hauge

Sammendrag på norsk

Tittel: Sykepleieres kliniske beslutningstaking ved ernæringskartlegging. En kvalitativ studie.

Introduksjon: Helsedirektoratet anslår at rundt en tredjedel av eldre pasienter i sykehus og kommunehelsetjenesten er underernærte. Underernæring kan føre til økt sykdomsbyrde og høyere dødelighet, samt økt behov for sykehusinnleggelse og høyere sannsynlighet for reinnleggelse. *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring* skal danne grunnlag for å systematisere ernæringsarbeidet i helse- og omsorgstjenestene. Selv om ernæringsarbeidet er forbedret siden tilsyn fra 2011, antyder nasjonale kvalitetsindikatorer fra 2018 at kun 15,7% av de som mottar hjemmesykepleie, er blitt vurdert for ernæringsmessig risiko i løpet av det siste året. Ansvar for ernæringskartleggingen av hjemmeboende eldre hviler på sykepleierne.

Hensikt: Hensikten med prosjektet er å få kunnskap om hvordan sykepleiere utfører individuelle kartlegginger av ernæringsstatus, og på hvilket grunnlag beslutninger tas om oppfølging av ernæringsstatus.

Problemstilling: På hvilket grunnlag tar sykepleiere i hjemmesykepleien kliniske beslutninger ved ernæringskartlegging?

Metode: Et kvalitativt deskriptivt design basert på tematisk innholdsanalyse er valgt for studien. Datasamlingsmetoden er fokusgruppeintervjuer. Ti sykepleiere deltok, fordelt på to fokusgrupper. Data ble innhentet i februar 2020 i hjemmesykepleien i en norsk kommune.

Resultater: Sykepleierne opplever begrenset mulighet til å følge opp alle pasientene, og tar ofte beslutninger på grunnlag av kartlegginger og observasjoner gjort av helsefagarbeidere og assistenter. Sykepleierne beskriver dels at de har manglende dybdekunnskap om ernæring. Etter risikovurdering følger ikke sykepleierne opp med systematisk kartlegging av underliggende årsaker. Sykepleierne setter inn tiltak, men ernæringsplaner er ofte ustrukturerte og inneholder ofte kun konkrete tiltak. Ernæringskartlegging blir ofte bortprioritert, og ernæring har lite fokus. Sykepleierne gir uttrykk for at manglende oppfølging skyldes manglende tid, ressurser, kunnskap, opplæring og rutiner.

Konklusjon: Sykepleiernes beslutningstaking er oftest basert på intuitiv dømmekraft, som delvis er systemveiledet og pasientveiledet. Den individuelle kartleggingen utføres ikke systematisk, og variasjon i sykepleiernes erfaringsbaserte kunnskap kan påvirke observasjoner, vurderinger og beslutninger om ernæring. Det tverrfaglige samarbeidet fremstår som mangelfullt, og sykepleierne bærer et stort ansvar. Uten kompetansehevede tiltak kan lav selvtillit og avmaktsfølelse oppstå, fordi sykepleieres kompetanse ikke svarer til ansvaret.

Emneord: sykepleie, klinisk beslutningstaking, klinisk resonnement, ernæringskartlegging, hjemmesykepleie

Summary in english

Title: Nurses` clinical decision-making in nutritional assessment. A qualitative study.

Introduction: The Norwegian directorate of health estimates that a third of elderly patients in hospitals and municipal health care are malnourished. Malnutrition can lead to an increased burden of disease and higher mortality, as well as an increased need for hospitalization and a higher likelihood of re-admission. National professional guidelines for the prevention and treatment of malnutrition will form the basis for systematizing nutrition work in the healthcare services. Although nutrition care have improved since the 2011 audit, national quality indicators from 2018 suggest that only 15.7% of those receiving home nursing care have been assessed for nutritional risk over the past year. The responsibility for the nutritional mapping of home-based elderly rests with the nurses.

Purpose: The purpose of the project is to gain knowledge of how nurses carry out individual assessments of nutritional status, and on what basis decisions are made regarding follow-up of nutritional status.

Research question: On what basis do nurses in home nursing make clinical decisions in nutritional assessment?

Method: A qualitative descriptive design based on thematic content analysis was chosen for the study. The data collection method is focus group interviews. Ten nurses participated, divided into two focus groups. Data was obtained in February 2020 in home nursing in a Norwegian municipality.

Results: Nurses experience limited opportunity to follow up on all patients, and often make decisions based on screening and observations made by other care workers and assistants. The nurses describe in part that they lack in-depth knowledge about nutrition. After risk assessment, nurses do not follow up with systematic mapping of underlying causes. Nurses implement interventions, but nutrition plans are often unstructured and often contain only concrete tasks. Nutritional assessment is not prioritized, and nutrition has little focus. The nurses express that lack of follow-up is due to lack of time, resources, knowledge, training and routines.

Conclusion: Nurses' decision-making is most often based on intuitive judgment, which is partly system-guided and patient-guided. The individual assessment is not performed systematically, and variation in the nurses' experiential knowledge can influence observations, assessments and decisions about nutrition. The interdisciplinary collaboration appears to be deficient, and the nurses bear a great deal of responsibility. Without competence-enhancing measures, low self-esteem and feelings of powerlessness can arise, because nurses' competence does not correspond to responsibility.

Keywords: nursing, clinical decision-making, clinical reasoning, nutritional assessment, home nursing

Liste over forkortelser

AKS: Avansert klinisk sykepleie/sykepleier

HFA: Helsefagarbeider

KBT: Klinisk beslutningstaking

KBP: Kunnskapsbasert praksis

BMI: Body Mass Index/Kroppsmasseindeks

KR: Klinisk resonnement

MNA: Mini nutritional assessment

NSD: Norsk senter for forskningsdata

SKUV: Systematisk klinisk undersøkelse og vurdering

Innholdsfortegnelse

1. Innledning.....	8
1.1 Studiens hensikt	9
1.2 Avgrensninger.....	9
1.3 Masteroppgavens disposisjon	10
2. Bakgrunn med teoretisk rammeverk	10
2.1 Underernæring.....	10
2.1.1 Nasjonale faglige retningslinjer	11
2.1.2 Faktorer som kan påvirke matinntaket	12
2.2 Kompetanse.....	14
2.2.1 Organisatorisk kompetanse.....	15
2.2.2 Ansvarsfordeling.....	16
2.2.3 Samarbeid.....	16
2.2.4 Avansert klinisk sykepleie.....	17
2.3 Klinisk resonnement og beslutningstaking.....	18
2.3.1 Ti temaer innen klinisk beslutningstaking	19
2.3.2 Ni praksisformer	20
2.5 Søk i databaser	22
2.6 Tidligere forskning om sykepleieres ernæringskartlegging.....	22
3. Metode	25
3.1 Design	25
3.2 Populasjon og utvalg	26
3.3 Datainnsamling.....	27
3.4 Forskerrolle og refleksivitet.....	27
3.5 Gjennomføring	28
3.6 Analyse av datamaterialet.....	29
3.8 Etske overveielser.....	32
4. Resultater	33
4.1 Kompetanse.....	33
4.1.1. Kunnskaper.....	33
4.1.2. Ferdigheter	35
4.2 Samarbeid.....	36
4.2.1 Pasient og pårørende	36

4.2.2. Flerfaglige kollegaer	36
4.3 Organisering	37
4.3.1. System- og individnivå.....	37
4.3.2. Ansvarsfordeling.....	39
4.3.3. Tilgang til ressurser.....	40
5. Diskusjon	41
5.1 Kompetanse.....	41
5.1.1 Standardisering og systematikk.....	41
5.1.2 Erfaring, intuisjon og refleksjon	47
5.1.3 Observasjon.....	50
5.2 Samarbeid.....	51
5.2.1 Samarbeid og selvtillit	52
5.3 Organisering	54
5.3.1 Prioriteringer og ansvarlighet.....	54
5.9 Metodediskusjon.....	57
6. Konklusjon	60
7. Referanseliste	62
8. Vedlegg.....	67
Vedlegg 1 Informasjonsskriv	67
Vedlegg 2 Godkjenning fra NSD	71
Vedlegg 3 Intervjuguide	73

1. Innledning

Ernæring og måltider til eldre har vært på dagsordenen i Norge i mange år. Likevel anslår Helsedirektoratet at rundt en tredjedel av eldre pasienter i sykehus og kommunehelsetjenesten er underernærte. Årsakene til underernæring kan være svært sammensatt, med fysiologiske, psykiske og sosiale faktorer som påvirker inntaket av mat (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Underernæring kan føre til økt sykdomsbyrde og høyere dødelighet, samt økt behov for sykehusinnleggelse og høyere sannsynlighet for reinnleggelse (Nasjonalt råd for ernæring, 2017). *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring* skal danne grunnlag for å systematisere ernæringsarbeidet i helse- og omsorgstjenestene. Retningslinjene oppfordrer til at alle pasienter i kommunehelsetjenesten skal vurderes månedlig for ernæringsmessig risiko med et anbefalt screeningverktøy (Helsedirektoratet, 2009). Ernæringsmessig risiko er en tilstand som disponerer for underernæring og komplikasjoner som følge av dette (Helsedirektoratet, 2016). Omlag 30% av hjemmeboende pasienter som er ernæringscreenet, er i risiko for underernæring. Ernæringscreeningen skal danne utgangspunkt for ernæringsplan, men trolig har kun halvparten av disse pasientene fått utarbeidet en ernæringsplan (Helsedirektoratet, 2019b). Selv om ernæringsarbeidet er forbedret siden tilsyn fra 2011, antyder nasjonale kvalitetsindikatorer fra 2018 at kun 15,7% av de som mottar hjemmesykepleie, er blitt vurdert for ernæringsmessig risiko i løpet av det siste året (Helsedirektoratet, 2019b).

I følge Helsedirektoratet (2016) hviler ansvaret for ernæringskartlegging og oppfølging av hjemmeboende pasienter på sykepleierne. Sykepleierne må kunne resonnerer seg fram til kliniske beslutninger som fremmer pasientens behov, ønsker, helse og livskvalitet. Det kan se ut som gapet mellom anbefalinger og praksis er stort. Utfordringen krever både klinisk kompetanse og organisasjonskompetanse, samt evnen til å se når egen kunnskap ikke strekker til og annet fagpersonell må kobles inn (Helsedirektoratet, 2016). Det er behov for styrket klinisk breddekompetanse i kommunene, og Helsedirektoratet (2019a) anser sykepleierne som en viktig gruppe. Derfor utviklet Helsedirektoratet i 2018 et forslag til en ny mastergradsutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie (AKS), rettet mot behovet i kommunehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2019a). Forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie (2020) viser til at relevante kompetanseområder innen AKS skal være klinisk vurderings-, beslutnings- og

handlingskompetanse, helsekompetanse, pasientopplæring og veiledning, faglig ledelse og koordinering, og kunnskapsbasert fagutvikling og tjenesteforbedring.

Kunnskap om hvordan sykepleiere utfører ernæringskartlegging og følger opp ernæringsstatus kan bidra til verdifull innsikt, som grunnlag for å heve sykepleiernes beslutningskompetanse om ernæring hos hjemmeboende pasienter.

1.1 Studiens hensikt

Hensikten med prosjektet er å få kunnskap om hvordan sykepleiere utfører individuelle kartlegginger av ernæringsstatus, og på hvilket grunnlag beslutninger tas om oppfølging av ernæringsstatus. Målet med studien er å bidra til kunnskap om på hvilke områder sykepleiernes ernæringsarbeid kan styrkes, og om avanserte kliniske sykepleiere kan bidra til dette. Prosjektets problemstilling er: På hvilket grunnlag tar sykepleiere i hjemmetjenesten kliniske beslutninger ved ernæringskartlegging og oppfølging av ernæringsstatus?

Forsknings spørsmål:

Hvordan gjør sykepleiere individuelle kartlegginger etter utført risikovurdering?

På hvilken måte arbeider sykepleierne kunnskapsbasert om ernæring?

Hvem samarbeider sykepleieren med i beslutningsprosessen og hvordan foregår samarbeidet?

Hvilket ansvar har og tar sykepleiere for underernæring og ernæringskartlegging?

1.2 Avgrensninger

Det er valgt å utføre denne studien i hjemmesykepleien, hvor det arbeider sykepleiere, helsefagarbeidere (HFA) og ufaglærte assistenter, som alle kan utføre ernæringscreening. Siden sykepleierne tar de fleste beslutninger, vil studien ta utgangspunkt i sykepleiernes erfaringer rundt ernæringsvurderingen. Mange pasienter med ernæringsproblemer er eldre hjemmeboende over 65 år, og studien vil derfor ha fokus på disse pasientene. Beslutninger som tas om ernæring til pasienter i palliativ fase eller som har en demenssykdom er ekskludert. Studien omhandler heller ikke beslutninger om enteral eller parenteral ernæring.

1.3 Masteroppgavens disposisjon

Masteroppgaven vil i kapittel 2 gi en grundig gjennomgang av det som anses som relevant teori rundt oppgavens problemstilling. Deretter beskrives forskningsdesign og metode som er benyttet til planlegging og gjennomføring av studien i kapittel 3. Funnene presenteres i kapittel 4, og følges av diskusjonen i kapittel 5. Til slutt kommer en avslutning med refleksjoner over hvilke implikasjoner studien kan ha for praksisfeltet.

2. Bakgrunn med teoretisk rammeverk

Den teoretiske referanserammen brukes for å forstå og strukturere tolkninger. Teorien har betydelig for hvordan de empiriske dataene blir presentert i analysedelen av prosjektet (Malterud, 2018, s. 47). Empiriske undersøkelser får begrenset verdi og gir lite ny innsikt om de ikke forankres i teori (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2019, s. 47).

2.1 Underernæring

Det er en hovedvekt av eldre mennesker som er brukere av hjemmesykepleien. Innen geriatri brukes ofte begrepene «frail or fit», som på norsk kan oversettes som «sårbar eller robust». Sårbarhet, i denne sammenheng, handler om redusert evne til å opprettholde normal homeostase ved belastning. En sårbar person har altså en større risiko for å utvikle sykdom om noe spesielt inntreffer. Ofte er dette de eldre med multimorbiditet, polyfarmasi, kognitiv svikt, nedsatt funksjonsnivå eller underernæring (Wyller, 2015, s. 26-27). De fleste mennesker når sin maksimale vekt når de er mellom 60-70 år. Deretter kan et vekttap på rundt 0,5 kg i året regnes som normalt, grunnet generell organatrofi som følge av alderen. Raskere vekt nedgang er forbundet med dårligere prognose, uavhengig av årsak og utgangsvekt. Også «normalvekt» kan skjule et ernæringsproblem, om personen har et raskt vekttap som ikke avdekkes. Idealvekten øker med alderen. Yngre og middelaldrende bør ha en kroppsmasseindeks (KMI) mellom 20-25. Eldre mennesker har best levetidsprognose om de har en KMI mellom 24-28. Med økende alder vil mange ha problemer med å opprettholde inntaket av energi og protein, og mangel på vitaminer og sporelementer er vanlig (Wyller, 2015, s. 77-78).

Når en person er underernært betyr det derfor at vedkommende inntar for lite energi, proteiner eller andre næringsstoffer enn det vedkommende har behov for, som gir en målbar ugunstig effekt på kroppssammensetningen og funksjon (Helsedirektoratet, 2016, s. 257).

Underernæring kan oppstå grunnet sultindusert vekttap, som skyldes faktorer som gir dårlig matlyst og redusert inntak (Wyller, 2015, s. 79-81). Underernæring kan også være sykdomsrelatert, som forbindes med økt metabolisme. Sykdomsrelatert underernæring deles ofte inn i undergrupper: ingen, kronisk eller akutt inflammasjon. Basalmetabolismen øker ved økt inflammasjon, og dette gir et raskere tap av vekt og muskelmasse (Nasjonalt råd for ernæring, 2017). Ved for eksempel kreft, kols, hjertesvikt, uoppdaget diabetes, hyperthyreose eller cøliaki vil vekttap kunne være et tegn på sykdom, selv om personen selv ikke føler seg syk. En grundig utredning av helsestatus vil derfor være helt nødvendig (Wyller, 2015, s. 79). Helsedirektoratet (2009) nevner sykdom som den viktigste årsaken til underernæring, men påpeker at manglende kunnskap, interesse og oppmerksomhet blant helsepersonell er en betydelig medvirkende faktor (Helsedirektoratet, 2009, s. 12). I hjemmesykepleien har sykepleiere og HFA ofte mange forhåndsdefinerte oppgaver i løpet av dagen. Ikke alle pasienter mottar hjelp til mat og måltider, og dermed vil ernæringscreeningen kanskje være det eneste ernæringsrelaterte tiltaket de får utført. Det kan derfor være avgjørende at ansatte i hjemmesykepleien har kunnskap om faktorer som påvirker matinntak og ernæringsstatus.

2.1.1 Nasjonale faglige retningslinjer

Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring ble utgitt av Helsedirektoratet i 2009, og danner grunnlag for å systematisere ernæringsarbeidet i helse- og omsorgstjenestene. Retningslinjene oppfordrer til at alle pasienter i hjemmesykepleien skal vurderes for ernæringsmessig risiko med et anbefalt kartleggingsverktøy ved oppstart av tjenesten og deretter månedlig, eller etter et annet faglig begrunnet individuelt opplegg. Til kartlegging anbefales Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) eller Mini Nutritional Assessment (MNA) for primærhelsetjenesten. Hvis pasienten vurderes til å være i risiko for underernæring, krever dette en grundigere, detaljert kartlegging som inkluderer medisinsk og ernæringsrettet historikk, antropometriske målinger, kliniske undersøkelser og eventuelt laboratoriedata. Deretter skal individrettede tiltak utformes i en ernæringsplan, hvor ernæringsstatus, næringsbehov og -inntak, og tiltakene dokumenteres. Kommunene skal sikre

at ernæring blir en integrert del av behandlingstilbudet. Forutsetningene for dette er ledelsesforankring og tydelig ansvarsfordeling, dokumentasjonen skal implementeres i gjeldende dokumentasjonssystemer og videreføres ved overføringer til annet omsorgsledd, samt at kommunen må bidra til tilstrekkelig opplæring om ernæring hos sine ansatte (Helsedirektoratet, 2009, s. 8-9).

I følge Helsedirektoratet (2009) er ikke vurdering av ernæringsmessig risiko alene tilstrekkelig for å forebygge og behandle underernæring. Før ernæringsplan opprettes bør det kartlegges faktorer som kan påvirke matinntaket. I retningslinjene beskrives det hvordan energi- og væskebehov kan utregnes, og hvordan mat- og drikkeinntak kan kartlegges. Ernæringsplanen bør inneholde tydelige mål, og plan for oppstart, opptrapping, oppfølging og evaluering som tilpasses individuelt til den enkelte pasient (Helsedirektoratet, 2009, s. 17). Pasienten har rett til medvirkning, og bør alltid tas med i beslutningsprosessen. Så langt det lar seg gjøre skal pasientens ønsker og behov imøtekommes. Pårørende er en viktig ressurs, og bør etter pasientens ønske også bli hørt. Pasientrettighetsloven kapittel 4A gir adgang til å gi helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse, som motsetter seg helsehjelpen. Et av tiltakene vil kunne være innleggelse eller tilbakeholdelse i institusjon (Helsedirektoratet, 2009, s. 28).

2.1.2 Faktorer som kan påvirke matinntaket

Hvis matinntaket blir for lite og pasienten er i risiko for underernæring eller er underernært, skal det iverksettes tiltak i samråd med pasienten selv og eventuelt pårørende.

Ernæringstrappen er en modell for prioritering av ernæringstiltak. I noen tilfeller kan det være riktig å starte på et høyere trinn, men det bør være en målsetning å nå målet på et så lavt trinn som mulig (Helsedirektoratet, 2016, s. 98).

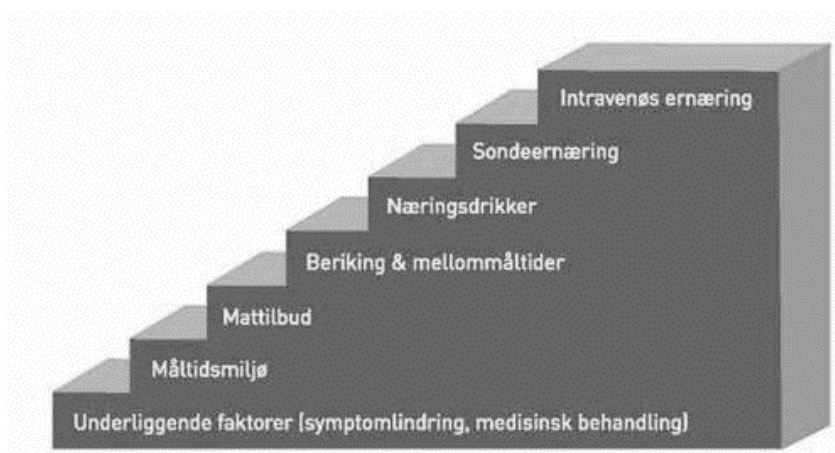


Fig. 1 Ernæringstrappen (Helsedirektoratet, 2016).

Kartlegging og behandling av underliggende faktorer kan være essensielt for å komme i mål med andre ernæringstiltak (Helsedirektoratet, 2016, s. 99). De underliggende årsakene kan være relatert til:

- Funksjonsnivå: munnmotorikk, svelgfunksjon, grovmotorikk/sittestilling, finmotorikk, mental og kognitiv funksjon, ork, syn, hørsel, smaks- og lukteevne og tannstatus.
- Maten som tilbys: utseende, lukt, smak, konsistens, temperatur, hygiene, næringsinnhold, porsjonsstørrelse og måltidsrytme.
- Miljøfaktorer: daglige rutiner, spiseplass, servering, personell, spisehjelp, redskaper og informasjon.
- Medisinske faktorer: Allmenntilstand, sykdom, behandling, medisiner, mage/tarmfunksjon, respirasjon og smerter.
- Kulturelle og psykososiale faktorer: erfaringer med spising og måltider, sosiale faktorer i måltidet, stress, uro, bekymring, depresjon, sorg, ensomhet, kunnskap om næringsbehov, rettigheter og tilbud, religion og etnisitet, vaner og trivsel (Helsedirektoratet, 2016, s. 277).

På mange av disse punktene vil sykepleierne i stor grad kunne bidra til observasjon og kartlegging. I hjemmesykepleien kan faktorer som begrenset tid og mange pleiere med ulik fagbakgrunn gjøre kartleggingen utfordrende og lite systematisk. Da kan rett kompetanse og ansvarfordeling være avgjørende. Om tilstrekkelig kompetanse ikke er tilstede, bør samarbeid

med blant annet tannhelsetjenesten, klinisk ernæringsfysiolog, kjøkkenpersonale, fysioterapeut, ergoterapeut, fastlege og/eller logoped initieres (Helsedirektoratet, 2016, s. 25-26).

2.2 Kompetanse

Helsedirektoratet (2009) henviser til Helsepersonelloven §4, og trekker frem begrepene faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. Her poengteres det at helsepersonells kompetanse, erfaring og ferdighet kan ha stor betydning for et vellykket resultat. De må ha tilstrekkelig kunnskap om ernæring, og om hvordan spesielle ernæringsmessige behov kan imøtekommes. Anerkjent ernæringspraksis vil endre seg over tid, og samtidig må helsepersonell holde seg oppdatert og arbeide kunnskapsbasert. Innarbeidede rutiner og vaner betyr ikke nødvendigvis forsvarlig praksis (Helsedirektoratet, 2009). Kunnskapsbasert praksis (KBP) innebærer å ta beslutninger basert på ulike kunnskapskilder, det vil si systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov. KBP har som formål å styrke beslutningsgrunnlaget og å øke bevisstheten rundt hvor helsepersonell henter kunnskap fra. KBP beskrives som en prosess som begynner med å reflektere over egen praksis, formulere spørsmål, gjøre litteratursøk, kritisk vurdere forskningen og deretter kombinere denne med egen erfaring og brukerkunnskapen. Deretter kan egen praksis evalueres (Helsebiblioteket, 2020). Kompetansebegrepet blir ofte brukt om kunnskap og ferdigheter hos et enkeltindivid, og Orvik (2015) beskriver at kompetanse oppstår når kunnskapen og ferdighetene deles med andre. Helsepersonell kan ikke utføre arbeidet sitt på en kompetent måte uten å samarbeide (Orvik, 2015). Kirkevold (1996) beskriver at kompetanse formes av den teoretiske, praktiske og etiske kunnskapen som den enkelte sykepleier har tilegnet seg. Den teoretiske kunnskapen er person-uavhengig, ofte skriftlig og forskningsbasert. Den praktiske kunnskapen derimot, er konkret og av mer subjektiv art. Den er knyttet til vedkommende som har opplevd en situasjon, som man i tilfeller kan bruke i møte med andre tilsvarende situasjoner. Dette kan til en viss grad føre til generalisering av erfaringene vi gjør oss. Sykepleiere må tilpasse kunnskapen til den konkrete situasjonen på en fleksibel måte, for at den skal være kyndig og kompetent. Det er et klart skille mellom å ha kunnskap om noe og å mestre konkrete ferdigheter, og det å ha evnen til å bruke dem på en god måte (Kirkevold, 1996). I hjemmesykepleien arbeider sykepleiere, HFA, studenter og ufaglærte assistenter, alle med varierende arbeidslengde og erfaringer. Hvordan kompetansen opprettholdes er i stor grad opp

til den enkelte, men ledelsen har også ansvar for at alle ansatte har tilstrekkelig kompetanse til å utføre sine arbeidsoppgaver. Det kan være at kompetansehevende tiltak ikke har fokus, og derfor kan bli glemt i en hektisk arbeidshverdag.

2.2.1 Organisatorisk kompetanse

Orvik (2015) skiller mellom organisasjonskompetanse, som betyr kunnskap om hvordan organisasjonen er oppbygd og fungerer, og organiseringskompetanse som er evnen til å organisere og lede det kliniske arbeidet (Orvik, 2015, s. 26). Det viser seg at kvaliteten på tjenestene kan bli bedre dersom helsepersonell har både fagspesifikk kompetanse og organisatorisk kompetanse. Dobbeltkompetansen er spesielt viktig i en klinisk virksomhet, der endringer i arbeidshverdagen kan skje uplanlagt, og det er behov for rask omstilling (Orvik, 2015, s. 30). Organisatorisk kompetanse kan fremstilles i et kulturelt, strukturelt og prosessuelt perspektiv. Orvik (2015) presiserer at det ikke er tre former for kompetanse, men at de tre perspektivene hver for seg eller sammen forklarer organisatorisk kompetanse, som er én. Kompetansen er både refleksiv og handlingsrettet, men refleksjon er spesielt viktig innen et kulturelt og strukturelt perspektiv, mens handling er sentralt innen et prosessuelt perspektiv. Organisatorisk kompetanse i et *kulturelt perspektiv* kan kobles til verdier og normer, og hva organisasjonen står for. Kulturen kan komme til syne i handlinger, holdninger og mellommenneskelige prosesser. For eksempel er ikke alltid det beskrevne verdigrunnet i en organisasjon synlig i daglige prioriteringer og adferd hos helsepersonell og ledere. Krittisk refleksjon rundt det helsepersonell opplever som konkurrerende verdier i ernæringsvurderingen, kan være nyttig for å tydeliggjøre hva som er egne utfordringer og som er påført av organisasjonen (Orvik, 2015, s. 59-61). Fra det *strukturelle perspektivet* fokuserer Orvik (2015) på at for sykepleierne er pasientens behov den fremste autoriteten, kombinert med den faglige innsikten som forteller hva som må gjøres. Helsepersonell kan være kritiske til modeller som forbindes med målstyring i produksjonsbedrifter, men slike modeller kan være verdifulle hvis helsepersonellet har vært involvert i utviklingen og utviklet et eierforhold. Et godt målsystem kan fremme organisasjonens mål og synliggjøre prioriteringer innen ernæringsområdet, men må evalueres med åpenhet rundt målkonflikter og forebygging av målforskyvning. Et annet viktig punkt er den kliniske ledelsens betydning på helhetlig og pasientnært nivå, samt en effektiv organisering av sykepleietjenesten (Orvik, 2015, s. 62-63). I det *prosessuelle perspektivet* har den løpende organiseringen av ernæringskartleggingen

hovedfokus. Kartleggingen kan omtales som en kjerneprosess, som omfatter datasamling, beslutning, prioritering, planlegging, samhandling om iverksetting av tiltak, kontinuerlig oppfølging og evaluering. Ernæringsvurdering av hjemmeboende pasienter kan være krevende grunnet bemanning, helsepersonellens kvalifikasjoner, og sammensetning av pasientgrupper som ofte er komplekse. Uklare grenser mellom sykepleie og medisin kan føre til udefinerte ansvarsforhold og moralsk stress, men forplikter også dermed til gjensidig samarbeid og samhandling. Organisatorisk kompetanse i et prosessuelt perspektiv innebærer derfor å arbeide for en forbedring i pasientforløpet ved ernæringskartlegging (Orvik, 2015, s. 65-66).

2.2.2 Ansvarsfordeling

Helsedirektoratet (2016) beskriver at ledere må gjøre ansvarsfordelingen kjent for de ansatte, da denne er en forutsetning for å sikre kvalitet og kontinuitet i ernæringsbehandlingen. Ledelsen har systemansvaret, som skal fremme en god ernæringspraksis. I dette ligger ansvaret for å sikre gode prosedyrer og rutiner, samt tilstrekkelig kompetanse blant ansatte. Ansvaret for at pasientene kan tilbys et forsvarlig kosthold ligger også hos ledelsen. Virksomheten er pålagt systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid i tjenesten. Legene har det overordnede ansvaret for medisinsk utredning, diagnostisering og behandling. De har også ansvar for å innhente bistand fra kvalifisert personale, som kliniske ernæringsfysiologer, dersom pasientens tilstand krever det. Sykepleiers ansvar er å sørge for at pasienten får tilstrekkelig og tilpasset mat og drikke etter den enkeltes behov og ønsker. Dette følges opp med systematisk vurdering og observasjon, dokumentasjon og evaluering. Sykepleierne har ansvaret for ernæringskartlegging, og utarbeidelse av ernæringsplan og oppfølging av denne. De har også ansvar for å innhente bistand fra kvalifisert personell i situasjoner som krever det (Helsedirektoratet, 2016, s. 24-25).

2.2.3 Samarbeid

Sykepleiernes arbeidsmåte har alltid vært individ- og relasjonsorientert, men det kliniske arbeidet i komplekse pasientsituasjoner preges stadig mer av økt behov for samarbeid og samhandling. Tjenestene skal møte pasientenes behov på en helhetlig måte. Sykepleiere og

annet helsepersonell har ansvar for å kommunisere og informere om sitt bidrag til ernæringskartleggingen og den løpende organiseringen av arbeidet (Orvik, 2015, s. 210-212). Helsedirektoratet (2016) understreker nødvendigheten av samarbeid mellom ulike fagpersoner ved underernæring eller risiko for dette (Helsedirektoratet, 2016, s. 26). I hjemmesykepleien kartlegges ofte pasienter av en gruppe helsearbeidere, men mange har behov for tverrfaglig vurdering og oppfølging i et samarbeid mellom ulike fagpersoner (Næss & Helbostad, 2012, s. 63-64). Næss og Helbostad (2012) beskriver flerfaglig samarbeid som når flere yrkesgrupper arbeider med samme pasient, uten felles mål. Ved forebygging eller behandling av underernæring vil et tverrfaglig samarbeid sannsynligvis ha større sjanse for å lykkes. Tverrfaglig samarbeid kjennetegnes av at personer med ulik fagbakgrunn bruker sine kunnskaper, erfaringer og ferdigheter for å oppnå felles mål. Deltakerne i teamet trenger kompetanse på å utføre omfattende observasjoner, kartlegginger og vurderinger, for å formulere faglige resonnementer som fremmer bedring av ernæringsstatus. De må kunne argumentere for, og dokumentere behov for nødvendig helsehjelp, og fatte beslutninger som kommer pasienten til gode (Næss & Helbostad, 2012, s. 66).

2.2.4 Avansert klinisk sykepleie

Masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie (AKS) er ett av Helse- og omsorgsdepartementets tiltak for å møte de varierte og sammensatte utfordringene de kommunale helse- og omsorgstjenestene står overfor i årene som kommer. Det beskrives blant annet at AKS «har avansert kunnskap om hvordan ernæringsmessige og sosioøkonomiske forhold påvirker helse, sykdom, behandling og sykepleie». AKS skal kunne gjennomføre systematiske kliniske undersøkelser, føre faglige resonnementer i bedømmingen av pasientens helsetilstand og gjøre kvalifiserte beslutninger (Helsedirektoratet, 2019a). AKS har fått en viktig og sterk rolle i eldreomsorgen og primærhelsetjenesten i mange land. En AKS kan bidra til økt effektivitet og pasienttilfredshet, og en utvikling av den kliniske virksomheten. Spesielt er deres helhetlige tilnærming til pasientene og pårørende meget verdifullt (Fagerström, 2019a). Blant kjernekompetansene i AKS er pasientnær klinisk sykepleie, konsultasjon, samarbeid og ledelse relevant i ernæringsarbeidet. Pasientnær klinisk sykepleie er helhetlig, kunnskapsbasert og refleksiv. AKS utfører systematisk klinisk undersøkelse og vurdering (SKUV) i møte med pasienten (Fagerström, 2019b, s. 90-91). Gjennom konsultasjoner med pasienter eller kollegaer kan AKS bruke sin ekspertkompetanse for å

forbedre pasientbehandlingen, og støtte og hjelpe kollegaer i utfordrende pasientsituasjoner. AKS` konsulentfunksjon kan også fungere som en deling av kunnskap og erfaringer, hvor AKS kan motivere til utvikling av tjenesten (Fagerström, 2019b, s. 107). Erfaringer viser at AKS kan ha en sentral og ledende rolle i utviklingen av teamarbeid (Fagerström, 2019b, s. 112). Ved klinisk ledelse er oppmerksomheten først og fremst på pasientens helsebehov. Faglig ledelse kjennetegnes av godt samarbeid, og å være i stand til å anerkjenne når en kollega trenger støtte i form av veiledning eller myndiggjøring. Gjennom lederskapet kan AKS påvirke organisatoriske strukturer og systemer som kan ha betydning for hvordan ernæringsvurdering utføres, som igjen kan sikre at systemet best tjener pasientenes behov. AKS vil kunne bidra til å identifisere sykepleiere og annet helsepersonells behov for opplæring og klargjøre ressurser for å møte disse behovene (Fagerström, 2019b, s. 123-124).

2.3 Klinisk resonnement og beslutningstaking

Ifølge de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere har «sykepleieren et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie, og setter seg inn i det lovverk som regulerer tjenesten» (Norsk sykepleierforbund, 2016). På bakgrunn av dette er det viktig å sette seg inn i hva klinisk resonnement og klinisk beslutningstaking (KBT) kan bety for ernæringsvurderingen. Higgs og Jensen (2019) hevder at klinisk resonnement er kjernen i den kliniske praksisen, og betyr at sykepleiere må gjøre *kloke handlinger* i den spesifikke konteksten de står i, *profesjonelle handlinger* som omfatter etiske, ansvarlige, selvregulerte beslutninger og handlinger, og *personsentrerte handlinger* som yter respekt for og fremmer samarbeid med pasienter, pårørende og kollegaer. Når sykepleiere foretar kliniske resonnement, settes de i stand til å ta informerte, ansvarlige beslutninger, som responderer på pasientens ernæringsproblem (Higgs & Jensen, 2019, s. 3). Klinisk resonnement er en kritisk kompetanse hos helsepersonell, sentralt for profesjonell autonomi i faget. Klinisk resonnement er viktig ved ernæringskartlegging og -vurdering for at sykepleiere skal kunne forstå relevans av innsamlet data. Informasjonen som samles, skal bidra til at sykepleier identifiserer ernæringsbehov og formulere sykepleiediagnostiske hypoteser. Videre innhentes supplerende informasjon for å bekrefte eller avkrefte hypotesene, før sykepleiediagnostiske beslutninger tas og handlinger utføres. Prosessen inkluderer vurdering av evidens for å tilrettelegge for optimal ernæringsstatus (Ritter & Witte, 2019, s. 236). Higgs og Jensen (2019) presiserer forskjellen på *klinisk resonnement*, som den overordnede tankeprosessen, og

klinisk beslutningstaking, som vektlegges som utgangen eller avgjørelsen. Det finnes ingen overordnet modell for klinisk resonnement, grunnet blant annet at det er kontekstavhengig og påvirkes av den enkelte fagpersons ekspertise, som gjør det problematisk å måle eller forske på (Higgs & Jensen, 2019, s. 3).

2.3.1 Ti temaer innen klinisk beslutningstaking

Beslutningstakingsmodeller kan klassifiseres som normative, forskrivende og beskrivende modeller. Normative modeller er forbundet med rasjonelle, logiske, vitenskapelige, evidensbaserte beslutninger tatt på bakgrunn av forskning som er representativ for en målpopulasjon. Forskrivende modeller vil være retningslinjer og rammeverk som er utformet for å forbedre bestemte oppgaver, som for eksempel de nasjonale faglige retningslinjene fra Helsedirektoratet (2009). Deskriptive modeller kan utformes fra studier som observerer, beskriver og analyserer hvordan beslutninger tas av ledere og fagfolk i forhold til deres daglige ansvar (Standing, 2010b, s. 8-9).

Standing (2010b) utviklet en deskriptiv modell på bakgrunn av sykepleieres refleksjoner om praksis, hvor deres erfaringer og forståelse av klinisk beslutningstaking (KBT) beskrives. Sykepleiernes oppfatninger av KBT ble samlet i ti temaer, som er samarbeid, erfaring og intuisjon, selvtillit, systematikk, prioriteringer, observasjoner, standardisering, refleksjon, etisk sensitivitet og ansvarlighet (Standing, 2010b, s. 13). De ti temaene har lagt grunnlaget for Standings definisjon av KBT:

«Clinical decision-making is a complex process involving observation, information processing, critical thinking, evaluating evidence, applying relevant knowledge, problem solving skills, reflection and clinical judgement to select best course of action which optimizes a patient`s health and minimizes any potential harm, the role of the clinical decision-maker in nursing, is therefore, to be professionally accountable for accurately assessing patients` needs using appropriate sources of information, and planning nursing interventions that address problems and which they are competent to perform» (Standing, 2010b, s. 7).

Basert på definisjonen og de ti temaene for beslutningstaking, kan det forstås slik at ernæringskartlegging først og fremst må bestå av systematiske observasjoner og informasjonsbehandling. Det må benyttes relevante kilder for innhenting av informasjon, som kan bety samarbeid med pasient, pårørende, fastlege og andre fagpersoner. Sykepleier er profesjonelt ansvarlig for å foreta en grundig kartlegging av pasientens ernæringstilstand. Vurdering av evidens og relevant kunnskap, som for eksempel de nasjonale faglige retningslinjene og kosthåndboken, må legges til som en hjørnestein for å kunne planlegge tiltak som svarer til pasientens ernæringsproblematikk. Gjennom hele vurderings- og beslutningsprosessen må sykepleier reflektere over sine egne handlinger og prioriteringer, og være bevisst på sitt ansvar. Tiltakene som utformes skal være til det beste for pasientenes helse og livskvalitet, og minimere eventuelle helseplager. Sykepleier skal ikke gå ut over eget ansvar og sin kompetanse, noe som betyr at samarbeid med andre fagpersoner må kobles inn om nødvendig (Standing, 2010b, s. 7).

Innen beslutningsteori finnes to rivaliserende teorier, hvor den ene baserer seg på den intuitive, erfaringsbaserte kunnskapen og den andre fokuserer på den analytiske, rasjonelle kunnskapen. Begge teoriene søker etter å finne den beste løsningen på et problem, men på forskjellige måter (Standing, 2010a, s. 101). Ved bruk av kun den ene eller andre teoriens prinsipper i ernæringskartlegging, vil det sannsynligvis ikke føre til en beslutning som optimaliserer pasientens ernæringstilstand. Standing (2010a) beskriver at de to teoriene bør ses på i et kontinuum. Dette kan tolkes som at sykepleierne må bevege seg mellom den erfaringsbaserte og forskningsbaserte kunnskapen når de skal ta beslutninger om ernæringsbehandling. Som oftest tenker man ikke kun intuitivt eller kun rasjonelt, men en kombinasjon av begge. Slik bør sykepleiere ta i bruk sin tause kunnskap og ta hensyn til den sosiale konteksten ved ernæringsvurdering, men samtidig ta forskning med i betraktningen for å unngå uhensiktsmessige tankesett som forårsaker feil beslutning (Standing, 2010a, s. 111).

2.3.2 Ni praksisformer

Ideen om et kognitivt kontinuum som spenner fra intuisjon til analyse, rommer både sykepleiebeslutninger som vektlegger ekspert-intuitivt skjønn, og de som vektlegger evidensbasert praksis og anvender beslutningsverktøy for å redusere beslutningsfeil. Det

kognitive kontinuum rommer også det vide spennet mellom de deskriptive, forskrivende og normative beslutningsmodellene. Standing (2010b) utformet en figur med ni praksisformer, spesielt relevant for sykepleiere. Figuren viser spennet mellom intuitiv beslutningstaking og eksperimentell forskning. De ni praksisformene er ikke hierarkisk fremstilt, nettopp fordi sykepleiere beveger seg mellom forskjellige praksisformer, basert på hvilke beslutninger som skal tas (Standing, 2010a, s. 116). De fem første praksisformene anses som relevante i diskusjonen av resultatene i prosjektet, og beskrives av Standing slik:

- Intuitiv dømmekraft (judgement): ideer eller meninger som formes uten bevissthet over hva som leder til dem. Dette kan være tanker som oppstår når sykepleiere møter pasienter, og observerer en forandring i pasientens tilstand, som krever en videre kartlegging av symptomer og en evne til å se «det store bildet» - helheten. Den underbevisste faktoren i intuitiv dømmekraft gjør det imidlertid vanskelig å beskrive og gjøre rede for beslutninger.
- Refleksiv dømmekraft: evnen til å bevisst og uavhengig tenke og reflektere over beslutninger og handlinger her-og-nå og i etterkant. Dette kan være refleksjoner over hvordan sykepleiere vet det de vet, hvilke symptomer og tegn som ledet til en bestemt beslutning, og effektiviteten av beslutningen i en gitt situasjon.
- Pasient og fagfelleveiledet dømmekraft: Pasientens preferanser og ekspertise om eget liv påvirker beslutningen i samarbeid med sykepleieren. Sykepleiers samarbeid med kollegaer og andre fagpersoner kan nyansere egne observasjoner, og forbedre forståelsen av pasientsituasjonen og tiltakene som settes i gang. Gjennom mentorskap og veiledning kan dømmekraften også forbedres.
- Systemveiledet dømmekraft: validerte screeningskjemaer, faglige veiledere, prosedyrer, kliniske retningslinjer og beslutningsverktøy bidrar til en støtte for sykepleiere i klinisk dømmekraft og beslutningstaking.
- Kritisk vurdering av relevant forskning: Sykepleiere tar et steg tilbake fra praksis for å kritisk reflektere over deres egen intuitive, refleksive, pasient- og fagfelleveilede, og systemveilede dømmekraft, samt søke opp og evaluere forskning for øke egen forståelse og kunnskap om praksis, klinisk dømmekraft og forskningsmetode. Denne praksisformen er plassert i midten av kontinuumet, for å markere en overgang mellom klinikk og akademia.

(Standing, 2010a, s. 116-119).

Lengst oppe på listen tar beslutninger mindre tid og de tas gjerne pasientnært, men synligheten i prosessen blir mindre, og sykepleiere må stå ansvarlig for beslutningene. Jo lenger ned en kommer, jo mer støtte har beslutningen i en kollektiv og forskningsbasert kunnskap, som kan forsvares på bakgrunn av dette (Standing, 2010a, s. 117).

2.5 Søk i databaser

Søk etter forskningsartikler ble utført i oktober 2019. Databasene som ble brukt er SveMed+, Cinahl, Cochrane og Medline. Det er brukt søkeord som: malnutrition, underernæring, nutritional status, ernæringsstatus, nutritional assessment, nutritional screening, ernæringskartlegging, clinical decision-making, clinical competence, clinical judgement, clinical reasoning, home based*, home care og home nurs*. Søkeordene ble kombinert med OR for å gå bredt ut, og deretter ble søket avgrenset ved bruk av AND. Siste søk ble utført 30.03.20 med ytterligere ett funn av relevans. Det er brukt supplerende søk i artiklenes litteraturlister.

2.6 Tidligere forskning om sykepleieres ernæringskartlegging

Fjeldstad, Thoresen, Mowe og Irtun (2018) sin spørreskjemaundersøkelse hadde som hensikt å evaluere effekten av innføringen av de nasjonale faglige retningslinjene. Resultatene viser at rutineene er signifikant forbedret de ti siste år, men kunnskap og ansvarsfordeling er fortsatt viktige barrierer for god ernæringspraksis (Fjeldstad et al., 2018).

En norsk, kvalitativ studie der hensikt med studien var å utforske hvordan hjemmesykepleiere fortolker og ivaretar faglig forsvarlig ernæringspraksis, viste at sykepleiere i hjemmetjenesten ofte erfarte at det er utfordrende å kartlegge ernæringsstatus systematisk. De sto også i spenningsfeltet mellom pasientenes selvbestemmelse, anbefalingene om systematisk ernæringskartlegging og tidspress. De 19 sykepleierne som ble intervjuet satte spørsmålsteget ved om retningslinjene er overambisiøse og ikke godt nok tilpasset hjemmetjenestekonteksten, med tanke på at alle brukere skal screenes månedlig (Meyer, Velken & Jensen, 2017).

Aagaard og Grøndahl (2017) sin kvantitative tverrsnittstudie inkluderte svar fra 212 helsepersonell og 273 ledere fra 13 forskjellige kommuner i Norge. Hensikten var å beskrive rutinene ved ernæringskartlegging. Kun tretti prosent av helsepersonell rapporterte at de vet hvem som har ansvar for pasientenes ernæringsstatus. I underkant av førti prosent av helsepersonell kjente til de nasjonale faglige retningslinjene, mot 67% blant lederne. Dette kan bety at retningslinjene må publiseres bedre for helsepersonellet og at opplæringen burde bedres. Om lag halvparten av helsepersonellet mente at opplysninger om mat og måltider dokumenteres i en individuell plan (Aagaard & Grøndahl, 2017).

I en svensk, kvantitativ studie basert på spørreskjemasvar fra 765 sykepleiere som arbeidet i omsorgsboliger, hevder Johansson et al. (2009) at ernæringsbehandling av eldre mennesker er et delvis bortglemt perspektiv. Studien antydte at det var helsefagarbeiderne som hadde overblikket og ivaretok ernæringsbehovet til pasientene. Sykepleierne hadde ansvaret, men ikke overblikket. De hadde heller ikke kompetanse som stod i forhold til ansvaret. Videre fremkom det at helsefagarbeiderne så appetittløshet tydelig, og at sykepleierne var klar over dette uten å analysere det videre. Det ble rapportert at sykepleierne selv mente de hadde for lite kunnskap om ernæring til å identifisere og iverksette tiltak for underernæring.

Sykepleierne mente i stor grad at de selv hadde hovedansvaret for brukernes ernæring, men kun en tredjedel visste hvordan man utarbeider en ernæringsplan og beregner næringsbehov. Legene arbeidet ikke tett på sykepleierne, og hadde heller ikke tid avsatt til ernæringsspørsmål (Johansson et al., 2009).

Kuven og Giske (2017) undersøkte norske sykepleieres erfaring med legens rolle i ernæringsarbeidet til sykehjemspasienter. 15 sykepleiere deltok i fokusgruppeintervjuer, og de erfarte at samarbeid med sykehjemslegen er viktig, både for sykepleiere, pasientene og pårørende. Legens kjennskap til og interesse for ernæring hadde også betydning, men sykepleierne opplevde varierende grad av engasjement fra legene. Dette kunne føre til at sykepleierne ble mindre oppmerksomme på pasientens ernæringsbehov (Kuven & Giske, 2017).

Juul og Frich (2013) undersøkte avdelingssykepleiere i norske sykehus sine erfaringer med å ta i bruk screeningverktøy for identifisering av underernæring. Studien er basert på kvalitative individuelle intervjuer. Forhold som hemmet bruk av verktøy var uklare ansvarsforhold, manglende engasjement og involvering fra sykehusledelsen, dårlig samarbeid, manglende pasientinnflytelse og utilstrekkelig ernæringskunnskap. Faktorer som fremmet bruken av screeningskjema var gode dokumentasjonssystemer, diagnosekoding og engasjerte leger som etterspurte informasjon om ernæringsstatus. Studien konkluderte med at både ledelsen og

fagprofesjonene må anerkjenne ernæringens betydning i pasientbehandlingen. Ledelsen må ansvarliggjøre de ulike faggruppene, og ernæringskompetansen blant helsepersonellet må kartlegges og kvalitetssikres. Tydelig ansvarsfordeling ble trukket frem som en viktig faktor i kvalitetsutviklingen (Juul & Frich, 2013).

I en britisk, kvalitativ studie utført av Green, James, Latter, Sutcliffe og Fader (2013), ble 20 sykepleiere fra kommunehelsetjenesten intervjuet med henblikk på å undersøke hemmende og fremmende faktorer for ernæringscreening. Sykepleierne satte fokus på at de ofte identifiserte underernæring basert på egen kunnskap og erfaring, og unnlot å bruke skjemaet. Kjennskap til pasienten var sentralt for å kunne gjøre dette. Studien konkluderte blant annet med at sykepleiernes synspunkter bør tas hensyn til når ernæringspraksisen skal endres (Green et al., 2013).

I en kvalitativ studie utført av Hestevik, Molin, Debesay, Bergland og Bye (2020) ble helsepersonells erfaringer med pasienters og pårørendes medbestemmelse om ernæring utforsket. De fant barrierer på både individ- og systemnivå, inkludert motstand fra pasient og pårørende, konflikter mellom pasientens ønske og ernæringsprosedyrer, og organiseringsstrukturer som ikke la til rette for medvirkning (Hestevik et al., 2020).

I de nasjonale faglige retningslinjene anbefales MNA eller MUST til ernæringscreening i kommunehelsetjenesten, men Gjerlaug, Harviken, Uppsata og Bye (2016) sin systematiske litteraturstudie viser at MNA-SF (MNA Short-Form) er best egnet til å avdekke underernæring i sykehjem og hjemmesykepleie, og denne studien fant fire valideringsstudier for MNA-SF (Gjerlaug et al., 2016).

I den tidligere forskningen vektlegges sykepleiernes kunnskaper, samt hemmende og fremmende faktorer i ernæringskartleggingen. Det mangler fokus på sykepleiernes kliniske vurderinger, resonnement og beslutningstaking. På bakgrunn av det ovenstående er hensikten med prosjektet er å få kunnskap om hvordan sykepleiere utfører individuelle kartlegginger av ernæringsstatus, og på hvilket grunnlag beslutninger tas om oppfølging av ernæringsstatus. Prosjektets problemstilling er: På hvilket grunnlag tar sykepleiere i hjemmetjenesten kliniske beslutninger ved ernæringskartlegging og oppfølging av ernæringsstatus?

3. Metode

3.1 Design

Studien har til hensikt å frembringe kunnskap om hvordan sykepleiere utfører individuelle kartlegginger av ernæringsstatus, og på hvilket grunnlag beslutninger tas om oppfølging av ernæringsstatus. Et kvalitativt deskriptivt design basert på tematisk innholdsanalyse er valgt for studien. *Deskriptivt design* vil si at studien er utformet slik at den skal underbygge og dokumentere (Johannessen et al., 2019, s. 52).

Problemstillingen er: På hvilket grunnlag tar sykepleiere i hjemmetjenesten kliniske beslutninger ved ernæringskartlegging og oppfølging av ernæringsstatus?

Forskningsspørsmålene det ønskes svar på er:

Hvordan gjør sykepleiere individuelle kartlegginger etter utført risikovurdering?

På hvilken måte arbeider sykepleierne kunnskapsbasert om ernæring?

Hvem samarbeider sykepleieren med i beslutningsprosessen og hvordan foregår samarbeidet?

Hvilket ansvar har og tar sykepleiere for underernæring og ernæringskartlegging?

Kvalitative metoder er forskningsstrategier som skal beskrive, analysere og fortolke karaktertrekk, egenskaper eller kvaliteter ved fenomenet som skal undersøkes. Med kvalitative metoder søkes forståelse snarere enn forklaring. Ved bruk av kvalitativ metode kan man frembringe en større forståelse av hvorfor sykepleiere gjør som de gjør, på bakgrunn av deres egne erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger (Malterud, 2018, s. 30). Innen kvalitativ forskning finnes det flere ulike metodetradisjoner. Denne studien følger ikke en spesiell metode eller disiplin, derfor kan den kalles kvalitativ-deskriptiv studie. I følge Polit og Beck (2017) har slike studier en tendens til å være granskende, og låner ofte metodeteknikker fra andre tradisjoner (Polit & Beck, 2017, s. 479). Metoden for datainnsamling er fokusgruppeintervjuer. Sykepleierne har ansvar for å avdekke, forebygge og behandle underernæring, i samarbeid med andre faggrupper. Det er derfor høyst relevant at sykepleierne bidrar med sine tanker, refleksjoner og synspunkter omkring temaet. Det er mitt inntrykk at ernæringskartlegging er et tema sykepleierne kan og mener mye om, og det ble vurdert at fokusgruppeintervjuer vil kunne generere gode diskusjoner og refleksjoner som

datagrunnlag. Fokusgruppeintervjuer ble derfor valgt som datasamlingsmetode. Ifølge Malterud (2018) er dette en god metode for å frambringe felles erfaringer og assosiasjoner man ikke får i individuelle intervjuer, ved å utnytte samhandlingen mellom deltakerne (Malterud, 2018, s. 138). Ulempen med fokusgrupper er at verdifull informasjon kan bli holdt tilbake hvis gruppedynamikken ikke er optimal. Dette krever at moderatoren er aktiv og strukturert styrer gruppen slik at alle deltakere får en stemme, og at intervjuet holdes innenfor temaets rammer (Malterud, 2012, s. 65).

3.2 Populasjon og utvalg

For å få kunnskap om hvordan sykepleiere tar beslutninger, var det mest hensiktsmessig å samle data direkte fra sykepleiere. Det har blitt brukt et strategisk utvalg av informanter, som betyr at det velges de personene som best mulig kan belyse problemstillingen (Malterud, 2018, s. 58). Kriteriene for utvalget var at det skal være sykepleiere, som jevnlig utfører ernæringskartlegginger hjemme hos brukerne. For at datamaterialet skulle komme frem så praksisnært som mulig, var det ønskelig med en variert gruppe sykepleiere med tanke på grad av videreutdanning og erfaring. Det ble forespurt sykepleiere av begge kjønn. Det ble gjort en vurdering på hvor mange informanter som skulle rekrutteres. Det bør tas hensyn til den tid og de ressursene man har til rådighet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 148). Med tanke på dette, og samtidig bevissthet over at gruppene ikke skulle bli verken for store eller små, ble det som utgangspunkt bestemt at antall informanter måtte være mellom 8-12. For å frembringe varierte data ble det vurdert som nødvendig med minst to fokusgrupper, slik at ikke all informasjon kom fra samme gruppe. Malterud (2012) fremhever at om det tas utgangspunkt i to fokusgrupper, kan det eventuelt suppleres med én eller to grupper om datakvaliteten ikke er tilstrekkelig eller om interessante poeng må følges opp (Malterud, 2012, s. 38). Malterud (2012) anbefaler i tilstrebe grupper med 5-8 deltakere (Malterud, 2012, s. 40).

Utvalgsstørrelsen ble satt til 12 informanter, fordelt på to grupper. Ved eventuelt frafall, kunne det likevel være mulighet for å gjennomføre intervjuene. Det ble imidlertid vurdert at grupper med mindre enn fire deltakere ville bli utsatt.

Det ble opprettet kontakt med virksomhetsleder for hjemmetjenestene i kommunen via email og det ble avtalt et informasjonsmøte. Virksomhetsleder ble informert om studien, og

samtykket til å delta i studien ved å opprette kontakt mellom forsker og fagutviklingssykepleieren i hjemmetjenesten. Fagutviklingssykepleieren rekrutterte informanter som svarte til inklusjonskriteriene, og delte ut informasjonsskrivet. Totalt ble 10 sykepleiere (n=10) intervjuet. Fire deltok i den første gruppen og seks deltok den andre gruppen. Alle sykepleierne var kvinner, og gjennomsnittlig alder var 37,5 år (23-58, median 38). Sykepleierne hadde varierende erfaring som utdannede sykepleiere, med et gjennomsnitt på 8,3 år (0,25-31, median 3). To hadde sykepleiefaglig videreutdanning, men ikke innen ernæring.

3.3 Datainnsamling

Den enkelte kommune har prosedyre for ernæringskartlegging, som alle sykepleierne på hvert arbeidssted forholder seg til. Å skape diskusjon og refleksjon om hvordan kartleggingen blir utført og hvordan beslutninger blir fattet, ses som mest hensiktsmessig for å frembringe svar på forskningsspørsmålene. En semistrukturert intervjuguide ble utarbeidet, for så å bli utprøvd i et pilotintervju på eget arbeidssted. Under gjennomføringen av piloten ble det tydelig at det innledende spørsmålet tok for mye fokus, og samtidig ikke ga svar som var direkte relatert til problemstillingen. Flere av spørsmålene ga lignende svar. Det ble derfor gjort endringer i intervjuguiden, som endte opp med seks spørsmål, samt forslag til oppfølgingsspørsmål (vedlegg 3). Ikke alle spørsmålene ble direkte stilt, da informantene diskuterte seg fram til temaet selv. Da ble heller andre oppfølgende spørsmål stilt. Malterud (2012) påpeker at det er omdiskutert om deltakerne i en fokusgruppe bør kjenne hverandre på forhånd. Dette er med bakgrunn i at man ville ha frem friske dialoger uten hensyn til den etablerte måten deltakerne diskuterer temaet. Ifølge Malterud (2012) er innstillingen til deltakernes kjennskap til hverandre blitt mer nyansert, i det man antar at det kommer an på studiens formål (Malterud, 2012, s. 45). Fordelen med at deltakerne kjenner hverandre, er at de arbeider etter samme prosedyre, de får tilnærmet samme opplæring og undervisning om ernæring og arbeider i en kultur som antas å være rimelig lik på tvers av sonene. Derfor ble det valgt at informantene skulle bestå av kollegagrupper som kjente hverandre fra før.

3.4 Forskerrolle og refleksivitet

Den hermeneutiske tradisjon dreier seg om forståelse og fortolkning av tekster. To begreper som er typiske i denne tradisjonen er forståelseshorison og fordom. Det er nødvendig for forskere å være oppmerksom på hvilke oppfatninger og holdninger man har om temaet som forskes på, og hvordan dette kan tenkes å påvirke analyse og resultat, da forståelse aldri er forutsetningsløs (Thornquist, 2018, s. 167-171). Forforståelsen vil kunne prege utforming av intervjuguide, samt utførelse av datasamling og analyseprosessen. På bakgrunn av at jeg har erfaring som sykepleier i hjemmetjenesten, har jeg et inntrykk av hvor «skoen trykker», både når det kommer til egen og kollegaers kunnskap, og hvilke forutsetninger som ligger til grunn for å utføre ernæringsvurderinger på vår arbeidsplass. Samtidig har jeg tilegnet meg ny kunnskap gjennom planleggingen og gjennomføringen av prosjektet. Jeg har derfor måttet tydeliggjøre for meg selv hva mitt ståsted er. Min sannhet er ikke andres sannhet, og dette har vært et tema til refleksjon. Det kan også være andre faktorer som påvirker gjennom forskningsprosessen, både bevisst og ubevisst. Malterud (2012) påpeker at under selve intervjuet vil forskerens motiver for studien kunne påvirke hvilke historier som blir fortalt, noe som igjen krever refleksjon over eget ståsted (Malterud, 2012, s. 134). Jeg har reflektert over temaet og min forforståelse, både alene og i samtaler med kollegaer og medstudenter. I studiens oppstartfase var egen holdning noe kritisk til sykepleieres oppfølging av ernæringsmessig risiko, men på bakgrunn av egen refleksjon og læringsprosess har inntrykket blitt nyansert. Det har derfor vært et viktig fokus å kunne belyse tematikken fra flere synsvinkler, da ernæringskartlegging og oppfølging avhenger av mange faktorer.

3.5 Gjennomføring

Hjemmesykepleietjenesten i kommunen hvor data er innsamlet, er delt inn i geografiske soner med forskjellige kontorer. De har en sykepleiedekning på rundt 50-60% i grunnbemanning, noe lederen beskriver som tilfredsstillende. De øvrige ansatte er helsefagarbeidere og assistenter (ufaglært personale). Assistentene er ikke ansatt i faste stillinger.

Hjemmesykepleien har som oppgave å yte helse- og omsorgstjenester hjemme hos brukere som oppfyller kriteriene for slike tjenester.

Intervjuene ble gjennomført på møterom på sykepleiernes arbeidsplass. Det var avsatt 90 minutter til intervjuene. På det første intervjuet møtte fire sykepleiere. Det kom frem at disse

hadde blitt bedt om å møte opp, uten at de opplevde at dette var frivillig. De hadde heller ikke fått noe særlig informasjon om hva prosjektet handlet om. Det ble derfor brukt god tid til muntlig informasjon på begynnelsen av møtet. Deltakerne fikk også lese gjennom informasjonsskrivet, og det ble gitt tydelig beskjed om at det var basert på frivillighet og at det ikke ville ha noen konsekvenser om de valgte å forlate intervjuet. Samtlige skrev under på samtykkeskjemaet. Det andre fokusgruppeintervjuet fant sted åtte dager etter. Det møtte seks sykepleiere denne dagen. Da det var usikkert hvor mye informasjon denne gruppen hadde fått, ble det avsatt tid til informasjon og spørsmål. Disse hadde fått informasjonsskrivet på forhånd, og hadde ingen spørsmål. Det ble likevel informert muntlig om taushetsplikt, og behandling av personopplysninger, lydopptak og transkribert materiale. Intervjuene varte i 33 og 46 minutter. Under begge intervjuene ble noen oppklarende spørsmål stilt underveis, og de ble avsluttet med å spørre om noen informanter hadde andre innspill som de anså som viktige. Her ble det i begge intervjuene supplert med mer informasjon på spørsmålene som hadde blitt stilt tidligere. I etterkant av intervjuene ble lydopptakene transkribert av prosjektleder.

3.6 Analyse av datamaterialet

Hensikten med å analysere dataene er å organisere, danne struktur og få fram mening. Ifølge Polit og Beck (2017) foreligger det ingen standard prosedyre for hvordan analysen skal foregå innen kvalitativ forskning. Det blir dermed utfordrende å beskrive detaljert hvordan man har gått frem i prosessen. Den kvalitative analysen må være så transparent som mulig for å kunne vurderes som valid (Polit & Beck, 2017, s. 530). I denne analysen er Graneheim og Lundman (2004) sin kvalitative innholdsanalyse brukt. Analyseenheten er den transkriberte teksten fra fokusgruppeintervjuene.

Teksten ble først gjennomlest flere ganger for å få oversikt og en helhetlig forståelse. Graneheim og Lundman (2004) beskriver at innholdet i det transkriberte materialet kan være både manifest og latent, som betyr henholdsvis at det er både åpenlys eller underliggende betydning. Etter gjennomlesningen startet arbeidet med å finne fram til meningsbærende enheter. Dette er ord eller setninger som kan relateres til hverandre gjennom sitt innhold eller kontekst. Ifølge Graneheim og Lundman (2004) skal ikke meningsenhetene dekke for bredt, da de kan bli vanskelige å håndtere. De skal heller ikke være for snevre, som for eksempel et

enkelt ord kan føre til fragmentering av innholdet. Meningsenhetene ble hentet ut på bakgrunn av problemstilling og forskningsspørsmålene, og fremstilt systematisk i en tabell. Videre ble de meningsbærende enhetene kondensert. Gjennom denne prosessen forkortes enhetene, men kjernen i innholdet bevares (Graneheim & Lundman, 2004). I tabellen under vises eksempler på denne prosessen:

Meningsenheter	Kondenserte meningsenheter	Kode
«Vi er pliktige til å gjøre det. Det er for å unngå sykdom og underernæring da, de komplikasjonene det fører med seg, sår og...»	Vi er pliktig til det, for å unngå sykdom og underernæring, og komplikasjoner som sår	Pålagt oppgave for å unngå sykdom og komplikasjoner.
«Men det er jo slik at vi skal spørre folk da, det går jo an å stille spørsmåla litt riktig – «du vil vel egentlig ikke være med på dette her?» nei men jeg mener at sykepleierne som ser pasientene nesten hver dag burde hatt litt mer innvirkning på at detta... greit.. du trenger det ikke, der kan vi tenke oss å følge opp. Hvis det er folk som har vært syke en periode, vi ser at de har gått ned i vekt, er i dårlig forfatning, tenker... jo her må vi følge opp. Men å ta alle over en kam, det... bortkastet tid og ressurser, må jeg si altså Noen får vi ikke gjort noe med heller»	Stille spørsmål på en måte som gjør at de kanskje ikke ønsker ernæringskartlegging? Mener sykepleierne bør ha mer innvirkning på hvem som følges opp, for å ha mer tid til de som har vektnedgang og er dårlige, bortkastet tid og ressurser å følge opp alle. Får ikke hjulpet alle.	Påvirker pasientens valg mot å ikke ernæringskartlegges, for å fordele tid og ressurser hensiktsmessig til de sykeste pasientene.
«Hvertfall at det med en gang det er hjemmesykepleie. Så skal vi rett inn å ernæringskartlegge med en gang, samme om de veier 50 eller 100 kg liksom. Blir litt mye bortkasta tid kanskje?»	Bortkastet å ernæringskartlegge med en gang, hos alle.	Alle trenger ikke umiddelbar kartlegging
«Men det var jo noe som på en måte ble tredd nedover hodet på oss. I tillegg til alt anna vi hadde. Og det jeg reagerer mest på er jo at alle skal ha tilbud om det».	Ble tredd over hodet på oss som en tilleggsoppgave Reagerer på at alle skal ha tilbud, selv om de har vært like tynne bestandig.	Opplevs som tilleggsoppgave. Uenig i at alle skal ha tilbud

Flere av de lignende kondenserte meningsenhetenes innhold ble abstrahert til en mer underliggende betydning - «hva handler dette om?», og merket med en kode. Dette ble spesielt viktig når sykepleierne diskuterte et av spørsmålene, og flere utsagn måtte kombineres for å se helheten i meningsenhetene. Eksempel vises i tabellen under:

Kondenserte meningsenheter	Abstrahert meningsinnhold	Subkategori
Påvirker pasientens valg mot ikke å ernæringskartlegges, for å fordele tid og ressurser hensiktsmessig til de sykeste pasientene	Ikke alle pasienter trenger ernæringskartlegging, mer hensiktsmessig å prioritere de sykeste pasientene og at sykepleier kan vurdere hvem som har behov for kartlegging.	Kompetanse
Alle trenger ikke umiddelbar kartlegging		
Tid- og ressurskrevende å kartlegge alle		
Uenig i at alle skal ha tilbud		
Ønsker tilliten til å vurdere selv hvem som trenger oppfølging		

De kodede meningsenhetene ble sett på i sin helhet flere ganger, og fordelt i sju sub-kategorier: kunnskap, kompetanse, pasient og pårørende, flerfaglige kollegaer, organisering på system- og individnivå, ansvar og ressurser. Kodet innhold som handler om det samme ble trukket sammen i nye utsagn, uten at innholdet eller betydningen ble endret, i tråd med Graneheim og Lundman (2004) sin beskrivelse. Sub-kategoriene ble, i samråd med veileder, tilslutt fordelt under tre overordnede temaer, som ble lest og forstått ut fra det teoretiske perspektivet: Kompetanse, samarbeid og organisering. Resultatene presenteres i kapittel 4.

3.8 Ethiske overveielser

Det er i forbindelse med prosjektet vist aktsomhet for informantenes personvern, i henhold til Personopplysningsloven (2018). Informantene har fått skriftlig informasjon om prosjektet, og hvordan dataene skal innsamles og lagres (Informasjonsskriv, vedlegg 2). Informantene ble informert om at de kan trekke seg, eller slette utsagn, uten konsekvenser helt frem til dataene er inngått i analysen. Informantene har også fått muligheten til å stille spørsmål, både før og etter intervjuene. Samtykkeerklæring er levert gjennom nettskjema. Innhentet data har blitt anonymisert under transkribering, slik at informantenes personvern blir ivaretatt.

Kontaktinformasjon og lydopptak er kun lagret i nettskjema. I tillegg har det blitt valgt å ikke angi geografisk område, da inkludert datamateriale kan være gjenkjennbart. Prosjektet er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD) (saksnr. 792445) og ligger som vedlegg 1. NSDs mal for informasjon og innhenting av samtykke er brukt. Studien utføres i henhold til Helseforskningsloven (2009) og Helsinkideklarasjonens etiske prinsipper (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2010).

4. Resultater

Funnene oppsummert viser at sykepleierne forstår hensikten med ernæringskartlegging og langsiktig forebygging. De arbeider i team med helsefagarbeidere (HFA) og assistenter for å finne den beste løsningen for pasienten, ut fra de forutsetningene som ligger til grunn. Sykepleierne har begrenset mulighet til å følge opp alle pasientene, og tar ofte beslutninger på grunnlag av kartlegginger og observasjoner gjort av HFA og assistenter. Sykepleierne beskriver dels at de har manglende dybdekunnskap om ernæring, og ønsker blant annet klinisk ernæringsfysiolog som støttespiller. Dette finnes ikke i kommunehelsetjenesten. Sykepleierne forteller at de ikke følger opp med systematisk kartlegging av underliggende årsaker, men informerer fastlegene ved underernæring eller risiko for dette. Sykepleierne uttrykker at legene har ansvar for videre utredning, men erfarer at det ikke følges opp. Videre uttrykker de at ernæringsplan er et sykepleiefaglig ansvar. Det fremkommer utsagn om at pasientene som trenger oppfølging får tilbud om næringsdrikker, og følges opp med vekt og tilrettelegging av måltider. Ernæringsplaner er imidlertid ustruktureerte og inneholder i stor grad kun konkrete tiltak. Sykepleierne tilbereder ikke mat, annet enn oppvarming av middag. Ernæringskartlegging blir ofte bortprioritert, og ernæring har lite fokus slik sykepleierne beskriver det. Sykepleierne gir uttrykk for at manglende oppfølging skyldes manglende tid, ressurser, kunnskap, opplæring og rutiner.

4.1 Kompetanse

4.1.1. Kunnskaper

Sykepleierne viser forståelse for hvorfor ernæringskartlegging skal utføres, men mener at det er manglende fokus på ernæring i arbeidshverdagen. De beskriver at hensikten er å følge opp ernæringsstatus og iverksette tiltak som bedrer fysisk og kognitiv funksjon, samt forebygge sykdom, komplikasjoner og innleggelser. De mener også at langsiktig forebygging lønner seg. Ingen nevner de faglige retningslinjene, men flere uttrykker at de er «pliktilig til å utføre» kartleggingen. Dette oppleves for sykepleierne som en unødvendig tilleggsoppgave, som krever mer tid og ressurser enn de har til rådighet. Sykepleierne mener at ikke alle trenger ernæringskartlegging, og uttrykker at det er mer hensiktsmessig å prioritere de sykeste. Det stilles spørsmålsteget ved at kartleggingen skal utføres uavhengig av om pasienten fremstår

som undervektig, normalvektig eller overvektig. De ønsker å selv kunne vurdere hvem som har behov for kartlegging og oppfølging. En sykepleier uttrykker seg slik:

«Vi er jo hos de fleste ganske ofte, så vi vurderer dem jo. Vi gjør faglige vurderinger når vi er innom».

Kommunen bruker rutinemessig MNA som kartleggings skjema. Skjemaet brukes hovedsakelig til å avklare risiko. Hvis det påvises underernæring eller risiko for dette, kommer det frem varierende strategier for videre arbeid. Noen kartlegger næringsinntak og kaloribehov, mens de fleste opplever at dette ikke blir gjort nytte av i ernæringsplanen. Intervallene på kartlegging og vektmåling økes eller reduseres etter behov. Det blir nesten rutinemessig bestilt resept på næringsdrikker, og ofte opprettes ernæringsplan uten å vite hvorfor pasienten er underernært. Sykepleierne nevner likevel at kjennskap til pasienten er viktig. Det kan observeres noen faktorer som tannstatus og mage-tarmfunksjon, og tar hensyn til diagnoser som kreft. Det er fokus på om pasienten har gjennomgått kriser som dødsfall i familien, eller samtykkevurdering hvis det mistenkes kognitiv svikt. Det er enighet om at kartlegging av underliggende faktorer ikke gjøres systematisk og at oppfølgingen er mangelfull. Videre undersøkelser oppleves som en legeoppgave.

«...vi klarer å nøste opp en del og, kanskje dårlig tannstatus som gjør at det er vondt å spise, proteser som sitter dårlig. Vi får da med oss en del, men om vi på en måte klarer å.. vi setter ikke ting i system! Det gjør vi ikke...».

Sykepleierne etterlyser opplæring i ernæringskartlegging/MNA og økt kunnskap om ernæring. Det erkjennes at dybdekunnskapen om ernæring ikke er god nok. Sykepleierne antar at pasientene ville bedre etterleve råd gitt av ernæringsfysiolog enn fra dem selv. Det kommer også frem eksempler på krav fra ledelsen kommer i konflikt med egen kunnskap, og at kunnskapen ikke oppleves som god nok til å si imot disse kravene. En sykepleier beskriver det på denne måten:

«Jeg syns noen ganger det blir litt mye da. Jeg hadde en veldig dårlig kreftpasient med lungekreft og kols grad 4. Raser ned i vekt, men var der i livet at nå er det snakk om kort tid da, til han skulle dø... og det var så fokus fra øverste hold med ernæring. Så jeg var da den som måtte gå inn og ta den samtalen med å fete opp maten og diverse ...det var en

kjempedårlig pasient ...og jeg sa det at jeg er pliktig til å ta den samtalen med deg, men både dere og jeg vet at det er sykdommen som gjør deg så marginal. Så dere får ta det så langt dere vil».

4.1.2. Ferdigheter

Sykepleierne mener delvis at MNA er vanskelig i bruk og lite nyttig, men at det gir noe brukbar informasjon. Resultatet stemmer ikke alltid med egen vurdering av pasienten, en sykepleiers erfaring er:

«Egentlig.. så kanskje, vet ikke om jeg sitter igjen med så mye i forhold til kartlegginga, tror jeg heller jeg bruker andre kunnskaper. Det jeg ser og gjør selv, utenom skjemaet. Tror jeg...»

De fleste pasientene blir regelmessig kartlagt med MNA, men ikke alle ønsker det. Alle blir tilbudt, men hvis sykepleier vurderer kartlegging som uhensiktsmessig, stilles i noen tilfeller ledende spørsmål som gjør det mer sannsynlig at pasienten avslår. Sykepleierne informerer om at de er pålagt å tilby ernæringskartlegging, og de dokumenterer hvis pasientene avslår dette. De forsøker i noen tilfeller å veie pasienten og spørre om matinntak, som et minimum. Ernæringsplan opprettes ved vektnedgang over tre måneder, ved underernæring eller risiko, og i noen tilfeller ved overvekt. Planen kan inneholde kaloriutregning, vekt, tiltak og nødvendige observasjoner og tilrettelegging av måltider. Sykepleierne er opptatt av at ernæringsplanen skal være kort og konkret med enkelt formulerte tiltak. Det påpekes at det ikke blir lest om det blir for mye tekst.

«...det må være kort og konsist og gjennomførbart. Så alle kan se at nå gjør vi det sånn».

Ernæringstiltakene innebærer oftest å gi næringsdrikker, oppfølging av måltidene eller råd om innkjøp av mat. Sykepleierne erfarer få valgmuligheter når de skal opprette tiltak.

«Vi har ikke så mye vi kan tilby, det er middag fra sykehjemskjøkkenet, så er det ernæringsdrikk, noe annet gjør vi ikke».

4.2 Samarbeid

4.2.1 Pasient og pårørende

Samarbeid med pasient og pårørende kommer ikke tydelig frem i intervjuene, men sykepleierne vektlegger pasientenes autonomi når de tilbyr ernæringskartlegging. Pasientene bestemmer selv om de ønsker kartlegging, men det følges opp med samtykkevurdering om det mistenkes kognitiv svikt. Sykepleierne forsøker å motivere pasienten hvis de fremstår undervektige. De bringer frem flere utfordringer knyttet til samarbeid med pasienten. Det er en usikkerhet rundt om pasienten forstår hensikten med kartleggingen og innholdet i spørsmålene, selv om språk og formulering tilpasses. Hjemmesykepleiekonteksten gjør det også utfordrende å observere pasientens matinntak. Samtidig opplever sykepleierne begrenset tid til den enkelte pasient, og at de må forholde seg til vedtaket som er gitt. En uttrykker det slik:

«Men tid, det har noe med tida og. Hvis du skal gå så i dybden på alle du er hos, da... må vi snart være en til en her».

Sykepleierne opplever også at med en gang pasienten får tjenester, så har hjemmesykepleien ansvaret for det meste. De mener at oppegående pasienter må ta mer ansvar selv, også for ernæring. De mener også at samboende pårørende bør og må ta ansvar for handling av matvarer og beriking av maten.

4.2.2. Flerfaglige kollegaer

Sykepleierne samarbeider hovedsakelig med kollegaer på eget arbeidssted, og verdsetter samarbeidet med helsefagarbeiderne (HFA) og assistentene. Ernæringskartlegging med MNA blir ofte utført av assistenter, som rapporterer til sykepleierne. De yngre sykepleierne mener at erfarne HFA kan utarbeide bedre ernæringsplaner enn dem selv. Ofte diskuteres pasientsituasjoner blant kollegaer når de har pasientmøter på kontoret to ganger i uken. Slik drar de nytte av hverandres kunnskap. Samtidig erfarer flere at det er mest effektivt å stole på egen kunnskap og utføre arbeidsoppgavene selv.

«Ofte tenker man bare at det er lettere å bare gjøre det selv. Da blir det gjort. Å ikke involvere alle andre og».

Fastlegene kan ha en viktig rolle i samarbeidet. Sykepleierne melder i høy grad fra til fastlegene ved underernæring eller risiko for dette. De opplever at rapporteringen kun er til informasjon, og at samarbeidet ofte går ut på at legen skriver ut resept på næringsdrikker. En opplever det slik:

«...de går jo veldig sjeldent inn. Det er alltid vi som må gjøre all jobben. Så det å involvere legen er jo bare til info. Ofte da».

I noen tilfeller ber sykepleierne legen om å ta blodprøver på grunn av ernæringsproblematikk. Sykepleierne verdsetter ros fra legene når de finner gode løsninger for pasienter med underernæring.

Sykepleierne etterlyser flere ulike samarbeidspartnere til kommunen. Det savnes kliniske ernæringsfysiologer som kunne gi faglige ernæringsråd og hjelp til utforming av ernæringsplan, men det oppleves at denne kompetansen ikke prioriteres på eldre mennesker. Sykepleierne kjenner seg ofte som et mellomledd, og mener at pasienten gjerne kunne hatt direkte kontakt med ernæringsfysiolog. De mener fastlegene kan henvise til ernæringsfysiolog på sykehuset i spesielle tilfeller. Sykepleierne antar at pasienten ville etterlevd råd i høyere grad fra fagpersoner med spesiell ernæringskompetanse. En sykepleier uttaler:

«...tenker hvis det hadde gjeldt meg selv da og jeg virkelig hadde fått besøk av en ernæringsfysiolog, som hadde utdanning på det, så hadde jeg kanskje kjøpt informasjonen litt bedre».

Andre samarbeidspartnere er verge ved økonomiske utfordringer, hovedkjøkken for bestilling av måltider og beriking av maten, apoteket for veiledning og korttidsavdelingen ved behov for tettere oppfølging av pasienten.

4.3 Organisering

4.3.1. System- og individnivå

Sykepleierne kjenner ofte ikke alle primærpatientene sine. Dette er på grunn av at de ofte må reorganisere arbeidslistene ut fra kompetanse, slik at sykepleierne utfører sykepleieoppgaver.

Det er sykepleiere som har primæransvar hos alle pasienter, men mange har hovedsakelig besøk av assistenter eller HFA. Sykepleierne delegerer ofte bort MNA til assistenter til fordel for andre oppgaver. De opplever godt samarbeid, men erkjenner at assistentene har for dårlig opplæring. Ved oppstart av prosedyre for ernæringskartlegging erfarte sykepleierne at denne var dårlig planlagt. Dette førte til en del ekstraarbeid, blant annet var det utfordringer med personvekter. Det er heller ikke utarbeidet en strukturert måte for utforming av ernæringsplan, som ofte er uoversiktlig. Sykepleierne opplever det utfordrende å jobbe alene ute hos pasientene, og at det ikke er avsatt nok tid til oppfølging av ernæring. Grunnet manglende ressurser smøres ikke mat til pasienten i eget hjem, men det bestilles ferdige matpakker for en uke på hovedkjøkkenet. Dette oppleves som en etisk utfordring, og sykepleierne uttrykker at dette er udelikat. Under samtale om tilbereding av måltider, kommer dette frem:

«Men altså når dem får en brødpakke på tirsdag, som skal holde til neste tirsdag da, det er ikke logisk det, det kan ikke være særlig mye næring da. Så har du en med salami, så smaker resten salami».

Sykepleierne diskuterte rutiner for vurderingsbesøket, det første møtet med pasienten. Det viser seg at det brukes forskjellige sjekklister for dette, og dette påvirker om tiltak for ernæringskartlegging iverksettes. I tillegg har de fått beskjed fra ledelsen om at vedtaket for tjenesten skal være styrende for sykepleien, og dermed ernæringskartlegges ikke pasienter med tidsbegrenset behov for hjelp. Sykepleierne diskuterer nytten av å spørre alle pasientene om de ønsker kartlegging. Noen mener det er viktig å forebygge økt hjelpebehov i fremtiden, mens andre er mer tro mot instruksene de har fått fra ledelsen. Diskusjonen ga utsagn som:

«Er det snakk om Fragmin i 1 ½ uke liksom, det.. setter ikke i gang full ernæringskartlegging da, for da blir vi jo der gående».

«Og det går jo litt i rutinene våre, at vi følger jo tida. Jeg tror alle tenker sånn, at en får en ny pasient som skal dryppe øyer i to uker, så da er det fokuset vårt på en måte».

«Men det er litt det vi har fått beskjed om og da! Fra ledelsen så...».

Ernæringskartlegging prioriteres heller ikke i de travleste periodene med mye sykdom og underbemanning. Da er det andre prekære behov som kommer foran, som for eksempel medisint levering.

«Hvis vi ikke får inn folk så er det jo for eksempel at man må avlyse besøk, så regner jeg med at en dusj med MNA-kartlegging blir bortprioritert, foran det å sette en Fragmin eller gi tabletter og sånn».

Sykepleierne mener at dette er en årsak til manglende oppfølging. I tillegg oppleves det som en utfordring at antall pasienter øker, men bemanningen er den samme. Sykepleierne oppsummerer med at kunnskap, opplæring og rutiner er de største hindringene for god oppfølging av ernæringsstatus.

«Bemanningen står på stedet hvil, og så øker pasientgruppa».

4.3.2. Ansvarsfordeling

Det kommer frem i intervjuene at ansvarsfordelingen er uklar. Flere sier at sykepleierne eller den med primæransvar har ansvar for utarbeiding av plan og oppfølging av ernæringsstatus. Samtidig er det ikke alltid den med primæransvar eller en sykepleier tilstede. Da er det den som er hos pasienten som har ansvaret. Dette kan være både sykepleier, HFA og assistenter. Noen mener at HFA kan ha ansvaret for ernæringsplan, men de avklarer gjerne med sykepleierne først. De forteller at det ofte er mange forskjellige ansatte hos hver enkelt pasient, og at dette kan bli uoversiktlig. Det som spesielt er sykepleiers ansvar, er å melde fra til fastlege, og bestille resept på næringsdrikker. De følger også opp om pasienten har fått refusjon fra HELFO. Sykepleierne mener at de har et overordnet ansvar for at alle får kartlegging og nødvendig oppfølging, men det er utfordrende med en uklar ansvarsfordeling.

«Akkurat det med ansvar, det er litt vanskelig når man jobber i hjemmesykepleien synes jeg, fordi det er ikke en sykepleier sitt ansvar – alt. Men det blir ofte det. Selv om det ikke er det».

Sykepleierne får ansvaret, og de tar ansvaret ved å delegere bort deloppgaver til HFA og assistenter. Sykepleierne opplever at det er de som tar de fleste beslutninger vedrørende ernæringsplan og oppfølging, selv om øvrige ansatte kan komme med forslag.

4.3.3. Tilgang til ressurser

På arbeidsplassen har de ernæringskontakter, som er sykepleiere med kurs innen ernæring. Disse rådføres i liten grad, men tar i noen grad mer ansvar for å sende rapporter til fastlege. Sykepleierne nevner at de har hatt undervisning om næringsdrikker fra leverandør. Det har også vært informasjon fra hovedkjøkkenet om hvilke muligheter de har for beriking av mat. Det finnes også en perm på kontoret som omhandler dette. Apoteket kan brukes til veiledning. Andre ressurser kan være overvektspoliklinikk og habiliteringstjeneste ved spesielle situasjoner. Pasient og pårørende nevnes som ressurs, men hovedsakelig brukes egen og kollegaers kunnskap i utfordrende situasjoner.

«Vi kan jo diskutere det i gruppa og da. Hva gjør vi her?»

5. Diskusjon

I diskusjonen vil funnene i studien tolkes fra et teoretisk perspektiv for å finne svar på problemstillingen: «På hvilket grunnlag tar sykepleiere i hjemmetjenesten kliniske beslutninger ved ernæringskartlegging og oppfølging av ernæringsstatus?». Hensikten med prosjektet er å få kunnskap om hvordan sykepleiere utfører individuelle kartlegginger av ernæringsstatus, og på hvilket grunnlag beslutninger tas om oppfølging av ernæringsstatus. Målet med studien er å bidra til kunnskap om på hvilke områder sykepleiernes ernæringsarbeid kan styrkes, og om avanserte kliniske sykepleiere kan bidra til dette.

Diskusjonens hovedkapitler inndeles etter de tre temaene som ble analysert frem av innsamlet data: Kompetanse, samarbeid og organisering. Underkapitlene inspireres av de ti temaene om klinisk beslutningstaking (KBT) som inngår i Standing (2010b) sin matrisemodell. Det har vært hensiktsmessig i denne diskusjonen å slå sammen flere av temaene, slik at de presenteres som standardisering og systematikk, erfaring, intuisjon og refleksjon, observasjon, samarbeid og selvtillit, og prioriteringer og ansvarlighet. Standing (2010b) beskriver etisk sensitivitet som en del av KBT, hvor sykepleiere må håndtere behandlingsdilemmaer (Standing, 2010b, s. 14). Grunnet fokus for masteroppgaven, og dens rammer, er dette temaet utelukket fra diskusjonen. Det gjør det ikke mindre betydningsfullt. Forskningsspørsmålene er:

Hvordan gjør sykepleiere individuelle kartlegginger etter utført risikovurdering?

På hvilken måte arbeider sykepleierne kunnskapsbasert om ernæring?

Hvem samarbeider sykepleieren med i beslutningsprosessen og hvordan foregår samarbeidet?

Hvilket ansvar har og tar sykepleiere for underernæring og ernæringskartlegging?

5.1 Kompetanse

5.1.1 Standardisering og systematikk

I denne studien beskrev sykepleierne at de vet hvorfor screeningen skal utføres, med eksempler som «for å iverksette nødvendige tiltak», «unngå sykdom og komplikasjoner» og «unngå unødvendig legebeseøk og innleggelse». De uttrykte forståelse for at dette er viktig,

og at langsiktig forebygging lønner seg. Sykepleierne viste til at screening er noe de er pålagt å gjøre, og at dette gjennomføres hos de fleste pasientene. Samtidig ble ikke de nasjonale faglige retningslinjene nevnt i løpet av intervjuene, og kosthåndboken nevntes heller ikke som et verktøy i kartleggingsprosessen. Funnene kan tolkes dithen at retningslinjene ikke er godt nok kjent for sykepleiere, noe som er i tråd med studien til Aagaard og Grøndahl (2017) hvor det ble avdekket en betydelig forskjell i prosentandel mellom helsepersonell (37%) og ledere (67%) som kjente til de nasjonale faglige retningslinjene. Meyer et al. (2017) fant i sin studie at felles lesning i retningslinjene ga en ny forståelse av hva underernæring er, noe som kan være en måte å gjøre retningslinjene kjent for sykepleiere på.

Sett i lys av klinisk beslutningstaking (KBT) betyr standardisering å følge retningslinjer og prosedyrer, og å bruke kartleggingsverktøy i arbeidet (Standing, 2010b, s. 14). Standing (2010a) henviser til at en systemveiledet praksis støtter sykepleierne i beslutningstakingsprosessen, og sikrer at de er i stand til å forklare og forsvare beslutninger som tas (Standing, 2010a, s. 118). Sykepleiere må ha kjennskap til hvordan de skal utføre ernæringsarbeidet og hvilke dokumenter som er retningsgivende. Helsedirektoratet (2016) fastslår at det er ledelsen har ansvaret for å sikre et system for tilfredsstillende opplæring og kompetanse hos personalet, og videre påpekes det at ledelsesforankring er en forutsetning for kvalitet og kontinuitet i ernæringsbehandlingen (Helsedirektoratet, 2016, s. 24). Samtidig har sykepleierne et selvstendig ansvar for å holde seg faglig oppdatert og bidra til at kunnskapen brukes i praksis (Helsedirektoratet, 2016; Norsk sykepleierforbund, 2016). Helsedirektoratet (2009) fastslår at: *«Nasjonale faglige retningslinjer er ikke rettslig bindende for mottakerne, men skal som faglig normerende langt på vei være styrende for de valg som skal tas. Ved å følge oppdaterte Nasjonale faglige retningslinjer vil fagpersonell bidra til å oppfylle kravet om faglig forsvarlighet i lovverket»* (Helsedirektoratet, 2009, s. 32). Selv om den praksisen som utføres ute i kommunene er vanlig, betyr ikke at den er riktig og forsvarlig. Derfor bør de nasjonale faglige retningslinjene og kosthåndboken inngå som en del av kunnskapsbasert praksis (KBP), og om dette kombineres med erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap kan sykepleierne kunne gjøre faglig forsvarlige beslutninger og valg av tiltak (Helsedirektoratet, 2016, s. 22).

Retningslinjene beskriver at ernæringskartlegging med screeningskjema skal utføres månedlig. Det påpekes imidlertid at dette ikke er tilstrekkelig for å forebygge og behandle underernæring, men resultatene screeningen gir, skal vise om det er indikasjon for en grundigere individuell kartlegging, samt utforming av ernæringsplan med tiltak og oppfølging. Ernæringsplanen skal inneholde pasientens energi- og væskebehov og inntak (Helsedirektoratet, 2009). Faglig forsvarlighet ved oppfølging av eldre hjemmeboende pasienters ernæringsstatus innebærer å utforme ernæringsplan basert på individuelle kartlegginger (Helsedirektoratet, 2016, s. 23). Informantene i denne studien ga uttrykk for at screening og risikovurdering blir gjennomført hos de fleste pasientene, men at videre oppfølging ofte var mangelfull og ustrukturert. Sykepleierne beskrev at de tok individuelle faktorer med i vurderingen, hvis de observerte at pasienten hadde kognitiv svikt, mage-tarmproblemer eller dårlig tannstatus. De undersøkte derimot ikke videre systematisk etter symptomer som ikke var åpenbare, som kunne avdekket andre årsaker til vekttap. Dette er i tråd med Meyer et al. (2017) sine funn, hvor sykepleierne erfarte utfordringer med å kartlegge ernæringsstatus systematisk. Innen KBT beskriver Standing (2010b) at systematikk krever kartlegging, planlegging, implementering og evaluering av sykepleien, utført av en logisk og kritisk tenkende sykepleier (Standing, 2010b, s. 13). Sykepleieres resonnementsferdigheter kan være avgjørende for å kunne yte helsehjelp av høy kvalitet, og slik at kostbare feil kan unngås. Kritisk tenkning kan bety at når sykepleiediagnostiske hypoteser om underernæring er formulert, må sykepleier innhente mer informasjon for å bekrefte eller avkrefte hypotesene før kliniske beslutninger tas (Ritter & Witte, 2019, s. 235-236). Ut fra resultatene i studien kan en tenke seg at ustrukturert kartlegging fører til en opplevelse av manglende sammenheng i arbeidet. Dermed blir det vanskelig for sykepleierne å holde på den «røde tråden», spesielt når flere forskjellige pleiere skal følge opp samme pasient. Dermed kan kartleggingsprosessen lett bli fragmentert og uoversiktlig. Slik sykepleierne i denne studien beskrev sin utførelse av ernæringskartleggingen, kan det se ut som at tiltakene ofte ble iverksatt før all relevant data var innsamlet. Dette kan være hensiktsmessig i en travel arbeidshverdag, for å sikre at ernæringstiltak faktisk blir iverksatt. Men tiltaket må evalueres, og i tillegg må underliggende årsaker kartlegges for å komme i mål med ernæringstiltakene. Av og til kan det være nok å lindre plager som kvalme eller forstoppelse, smerte eller psykososiale forhold (Helsedirektoratet, 2016, s. 99), men dette forutsetter at helsepersonell avdekker hovedproblemet.

De nasjonale faglige retningslinjene (Helsedirektoratet, 2009) og kosthåndboken (Helsedirektoratet, 2016) gir en god beskrivelse av hvordan ernæringsarbeidet kan og bør utføres, men det vies ikke mye plass til hvordan spesielt sykepleiere kan avdekke underliggende faktorer på en systematisk måte. Det kan derfor oppfattes som usikkert om dette er en sykepleieroppgave eller en legeoppgave. Leger og sykepleiere rapporterte i Fjeldstad et al. (2018) sin kvalitative studie, at uklare ansvarsforhold var en av de viktigste hindringene for god ernæringskartlegging (Fjeldstad et al., 2018). Informantene i denne studien beskrev at når de avdekket ernæringsmessig risiko ved hjelp av screeningverktøy, ga sykepleierne ofte direkte beskjed til fastlegen uten å kartlegge pasientens ernæringsstatus selv først. Det kan tolkes som at informantene mener kartlegging av underliggende årsaker til ernæringssvikt er en legeoppgave. Men er det slik at kartlegging av funksjonsnivå, mattilbud, miljøfaktorer, kulturelle og psykososiale faktorer, og til dels medisinske faktorer ikke bør vurderes av sykepleiere i hjemmetjenesten? En kunne påstå at disse punktene *er* sykepleie, og at en strukturert kartlegging og dokumentasjon av disse er like viktige, om ikke viktigere, enn å fylle ut screeningskjemaer.

Noen av sykepleierne i denne studien så på ernæringskartlegging som påtvunget ekstraarbeid, og flere etterlyste muligheten til selv å kunne ta faglige vurderinger på hvem som burde følges opp. Hektiske arbeidsdager gjorde at sykepleierne ønsket å prioritere de pasientene som har størst behov. Sykepleierne uttrykte at det er tid- og ressurskrevende å risikovurdere alle, inkludert pasientene som fremstår som normal- og overvektige. De opplevde at dette er så omfattende at det ikke ble igjen tid til kvalitetsmessig oppfølging av underernærte pasienter med kritisk behov. Dette samsvarer med resultatene fra studien til Meyer et al. (2017) som fant at sykepleierne mente det var viktigst å risikovurdere de sykeste og de som hadde gått betydelig ned i vekt (Meyer et al., 2017). Her bruker sykepleierne sin organisatoriske kompetanse fra et strukturelt perspektiv, hvor pasientens behov er den fremste autoriteten, kombinert med sykepleierens faglige innsikt som sier hva som bør prioriteres (Orvik, 2015). Selv om de sykeste pasientene blir satt i første rekke, bør sykepleierne være oppmerksomme på at normalvekt kan skjule et ernæringsproblem, hvis pasienten har hatt et raskt vekttap fra et høyere nivå. Kroppsmasseindeksen (BMI) anbefales å være høyere hos eldre personer, mellom 24-28 (Wyller, 2015, s. 78), og at uansett må et utilsiktet vekttap på 5-10% anses som et varselsignal (Wyller, 2015, s. 171). Resultatene i studien kan tyde på at den forebyggende delen av ernæringskartleggingen må vike, da sykepleierne må prioritere pasienter som trenger

behandling for allerede oppstått underernæring. Sykepleierne i denne studien mente selv at de hadde for lite dybdekunnskap om ernæring, og etterlyste mer opplæring i ernæringskartlegging. Tidligere studier har også rapportert at sykepleiere ikke har tilfredsstillende kunnskap om ernæring (Aagaard & Grøndahl, 2017; Fjeldstad et al., 2018; Johansson et al., 2009; Juul & Frich, 2013; Meyer et al., 2017). Funnene kan tyde på at sykepleierne anerkjenner sitt eget behov for kompetansehevende tiltak innen ernæring, men at de selv ikke tar ansvar for eller initiativ til opplæring og faglig oppdatering. Til tross for dette ønsker de tillit til å selv kunne vurdere hvem som er i behov av kartlegging og oppfølging.

Ifølge retningslinjene skal «personer i ernæringsmessig risiko ha en individuell ernæringsplan med dokumentasjon om ernæringsstatus, behov, inntak og tiltak» (Helsedirektoratet, 2009). I denne studien beskrev sykepleierne at mange pasienter får utformet ernæringsplan, og at det i noen tilfeller ble regnet ut næringsbehov og -inntak. Sykepleierne rapporterte imidlertid at disse utregningene verken blir lest eller brukt til noe nyttig, noe som kan være en årsak til at det ikke gjøres rutinemessig. Funnene tyder på at ved ernæringsmessig risiko eller underernæring unnlater sykepleierne å dokumentere ernæringsstatus, behov og inntak, slik retningslinjene beskriver. Sykepleierne beskrev riktignok at de iverksetter ernæringstiltak som tar sikte på å øke energiinntaket, som bestilling av næringsdrikker og hjelp til middagsoppvarming, men poengterte at tiltakene måtte være korte og enkelt beskrevet om de skulle bli lest. Ifølge Helsedirektoratet (2016) avhenger tiltakene som igangsettes av faktorene som innvirker på matinntak og ernæringsstatus for den enkelte. Kostregistreringen må utføres nøyaktig hvis den skal ha noen verdi, og ved energiinntak på mindre enn 60-75% av behovet bør tiltak opprettes (Helsedirektoratet, 2016, s. 92). Funn fra studien til Meyer et al. (2017) viste at sykepleierne fikk ny forståelse for sammenhengen mellom næringsinntak og -forbruk ved underernæring gjennom felles lesning av retningslinjene (Meyer et al., 2017). På bakgrunn av funnene, kan det tenkes at en bedre implementering av retningslinjene, ved hjelp av felles lesning, refleksjon og diskusjon, ville ført til økt kunnskap om individuell kartlegging av ernæringsstatus og økt bruk av næringsutregning.

Resultatene fra denne studien viser at sykepleierne ikke alltid følger retningslinjene i ernæringskartleggingen, men at de har forståelse for verdien av langsiktig forebygging, som kan utsette at pasienter får økt hjelpebehov. Sykepleierne argumenterte for om utfylling av

MNA egentlig tar mer tid enn noen minutter, og at disse minuttene er en nyttig investering. Sykepleierne vet og forstår hva de bør gjøre, men forklaringen på hvorfor de velger enklere tilnærminger kan være at de står i et spenningsfelt mellom tid og travelhet, lojalitet mot prosedyren og arbeidsplassen, og ivaretagelse av pasienten og faget. Når administrative føringer kommer i konflikt med fagetikk og verdier, er sykepleieres organisatoriske kompetanse en kritisk dimensjon (Orvik, 2015, s. 21). En refleksiv organisasjonskompetanse som fokuserer på forståelsen av slike verdikonflikter, og samtidig den mer handlingsorienterte organiseringskompetansen som gjør dem i stand til å organisere og lede sitt kliniske arbeid, kan bidra til at sykepleierne blir mer bevisst på hvordan beslutninger kan tas til det beste for pasientene (Orvik, 2015, s. 26).

Sykepleierne beskrev at de ofte velger å stole på sin egen kunnskap. De kan kontakte apotek, lege og hovedkjøkken i utfordrende pasientsituasjoner, men disse ressursene brukes i liten grad. Ingen informanter nevner at de bruker retningslinjene, kosthåndboken eller søker etter forskningsbasert kunnskap. Det kan ikke utelukkes at dette gjøres, men egen erfaring fra praksis tilsier at tiden ikke blir prioritert på dette. I tråd med studien til Renolen, Høye, Hjälmhult, Danbolt og Kirkevold (2017) beskriver informantene at de i liten grad bruker andre faggrupper som ressurser i ernæringsvurdering, og at det hovedsakelig er diskusjon og rådgøring med HFA og andre sykepleiere som forekommer i utfordrende situasjoner. Sykepleierne valgte ofte den minst tidkrevende løsningen. Funnene i denne studien kan forklares med at den største hindringen for sykepleiernes bruk av forskningsbasert kunnskap, i tråd med Renolen et al. (2017) sine funn, er frykten for å miste arbeidsflyt, oversikt og kontroll. For å mestre arbeidshverdagens krav om å komme gjennom rutiner og prioritere hensiktsmessig mellom arbeidsoppgaver, var det utfordrende å «gå ut av flyten» for å søke etter ny kunnskap (Renolen et al., 2017). Sykepleierne i denne studien rapporterer at de ønsker en fagressurs som kan støtte dem i beslutninger om ernæringsbehandling. Gerrish et al. (2011) hevder at avansert kliniske sykepleiere (AKS) er en ressurs som kan være nyttig, og som kan bidra til promotering av KBP blant sykepleiere og annet helsepersonell, ved å være rollemodeller, undervisere og tilretteleggere for bruk av forskningsbasert kunnskap. AKS kan samle kunnskap fra forskjellige kilder, og evaluere denne kunnskapen for å tilpasse den til lokale forhold og mottakerne av kunnskapen. Videre kan AKS lede implementering av kunnskapsbaserte retningslinjer og fungere som mentorer for kollegaer (Gerrish et al., 2011). Ved å søke mentorskap og veiledning kan sykepleieres dømmekraft (clinical judgement)

forbedres (Standing, 2010a, s. 118). Faglig ledelse og forskningsbasert fagutvikling er også blant kompetanseområdene som beskrives i Forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie (2020).

Beslutningstaking er en kompleks prosess. Beslutninger tas ofte på et rasjonelt, analytisk eller et intuitivt, erfaringsbasert grunnlag (Standing, 2010a, s. 106). Beslutninger om ernæringskartlegging som er utført på en systematisk, rasjonell fremgangsmåte og som vektlegger bruk av formell kunnskap, kan redusere kognitive bias (Standing, 2010a, s. 106). Hvis sykepleierne har god kjennskap til retningslinjene og følger disse, samt fremmer bruk av forskningsbasert kunnskap i praksis, vil de lettere kunne forklare og forsvare sine handlinger. Samtidig kan standardiserte prosedyrer komme i konflikt med den personsentrerte sykepleien, som krever at beslutninger og handlinger tilpasses den enkelte. Ifølge Standing (2010a) bør sykepleierne bevege seg mellom den erfaringsbaserte og forskningsbaserte kunnskapen når de skal ta beslutninger om ernæringsbehandling, som i et kontinuum. Som oftest tenker en ikke kun rasjonelt eller kun intuitivt, men en kombinasjon av begge (Standing, 2010a, s. 111), og dermed kan personsentrert sykepleie ivaretas.

5.1.2 Erfaring, intuisjon og refleksjon

Informantene beskriver at hvis de vet at pasienten har en kreftdiagnose eller har vært innlagt med eksempelvis lårhalsbrudd, anses dette som en mulig årsak til at pasienten har gått ned i vekt, men sykepleierne erkjenner at de også kunne undersøkt andre forklaringer på vekttapet. I noen tilfeller ble det avdekket underliggende årsaker, dog som regel tilfeldig eller på grunnlag av at de kjenner pasienten. Informantene beskrev at etter en ernæringscreening som antydte at pasienten var i ernæringsmessig risiko, rapporterte sykepleier til lege som forordnet næringsdrikker. Det ble opprettet en ernæringsplan som ble fulgt opp med vektmålinger. Informantene ga uttrykk for at dette er et vanlig hendelsesforløp. Standing (2010b) beskriver at erfaring og intuisjon ved beslutningstaking betyr at tidligere lignende situasjoner veileder handlinger, og at sykepleierne ofte kartlegger ubevisst (Standing, 2010b, s. 13). Intuitiv, erfaringsbasert beslutningstaking brukes hyppig, både i hverdagslivet og i arbeidet. Her tas beslutninger på grunnlag av det sykepleieren observerer, og vurderer som beste løsning i den enkelte situasjon, basert på tidligere erfaringer. Den ubevisste tankeprosessen er rask og

effektiv, men er også mest utsatt for feil (Levett-Jones, Pich & Blakey, 2019, s. 363). Ifølge Standing (2010a) kan sykepleieres intuitive kunnskap ha en praktisk fordel, den er rask. Men underbevisste prosesser kan være utfordrende å gjøre rede for, og om utfallet av beslutningen ikke er vellykket, blir prosessen som ledet til handlingen vanskelig å forsvare (Standing, 2010a, s. 103). Helt uavhengig av retningslinjer og anbefalinger kan det argumenteres for at sykepleierne tar tak i ernæringsmessig risiko og underernæring. De bruker den erfaringsbaserte kunnskapen når de oppretter tiltak om næringsdrikker som skal øke pasientens energiinntak, fastlegen informeres og pasientens vekt følges opp. Det er når handlingene skal forsvares opp mot retningslinjene og prosedyrer, den forskningsbaserte kunnskapen, at utfordringer kan oppstå. Sett i sammenheng med at sykepleiere har varierende grad av kunnskap om både ernæring generelt og kjennskap til retningslinjene, kan det trekkes slutning om at hvis sykepleierne ikke vet hva som er anbefalt praksis, utføres ikke anbefalt praksis.

Informantene beskrev at de vet at næringsbehov og -inntak skal registreres, men at dette i liten grad utføres. En forklaring kan være at arbeidsdagen skal romme mange oppgaver, slik informantene uttrykte det. De opplever at de ikke har mulighet til å gå i dybden på alle pasientene, og rapporterte at fokuset faller på det ledelsen fremmer som innsatsområder. I perioden hvor rutinene med ernæringskartlegging startet opp hadde sykepleierne mye fokus på dette, men etter hvert skulle andre prosedyrer implementeres, og innsatsen på ernæringsområdet «dabbet av». Ifølge Standing (2010b) er refleksjon over egen praksis og erfaring viktig for klinisk beslutningstaking, fordi en kan komme frem til hva en kan gjøre for å forbedre praksisen (Standing, 2010b, s. 14). I tråd med dette hevder Higgs og Trede (2019) at resonnement og beslutningstaking påvirkes av sykepleierens interesse for og prioriteringer i ernæringskartleggingen. Interessene kan ses på som å være hvilken motivasjon den enkelte sykepleier har i sin tanke- og handlingsmåte. Motivasjonen kan drives av verdier, holdninger og ønsker, men kan også påvirkes av ytre faktorer som krav om tilpasninger til helsevesenets rammer, økonomi, samfunnet generelt og kollegaers påvirkning. Helsepersonell har ansvar for egne handlinger og beslutninger, men styres ofte av en underbevisst adopsjon av den sosiale konteksten de arbeider i. Derfor, hvis sykepleierne er bevisst på egen utøvelse, interesser og hva som motiverer interessene, kan de bli bedre rustet til å ta kritiske, bevisste valg i ernæringsvurderingen (Higgs & Trede, 2019, s. 45-46). Refleksjon er også en viktig del av sykepleierens organisatoriske kompetanse, da det kan være nyttig å reflektere over hvilke

daglige prioriteringer en gjør og konkurrerende verdier i arbeidet (Orvik, 2015, s. 60). I denne sammenheng kan et ernæringssteam eller en ressursgruppe for ernæring være et forum for å skape refleksjon og interesse, hvor AKS kan være en ressurs og bidra som fagansvarlig.

Tid og travelhet er en kjent utfordring i sykepleien, noe informantene i studien uttrykte at preger ernæringskartleggingen. Martinsen (2018) hevder at travelhet kan svekke konsentrasjon og oversikt, og dermed blir planleggingen av sykepleien mangelfull. Sykepleierne ser ikke mulighetene de har til å gjøre det best mulig fordi tidsakselerasjonen undergraver oppfinnsomhet og fantasi (Martinsen, 2018, s. 46). Orvik (2015) beskriver også at kvalitet krever tilstrekkelig tid, men at betydningen av tid kommer an på øynene som ser. Pasienttid er forankret i respekten for den som trenger sykepleie, og kan være en forutsetning for å ivareta verdier som personsentrert sykepleie, nærhet og relasjonsbygging. Det bedriftsøkonomiske uttrykket produksjonstid sier noe om hvor lang tid det går med til å produsere en tjeneste. Mindre tid til hver pasient fører til reduserte kostnader og økt tjenestekapasitet. Dette kan føre til en samlebåndsmetode, som ikke legger til rette for en kvalitetsmessig god ernæringsoppfølging. Profesjonstid er den tiden sykepleierne har til disposisjon, og hvordan den fordeles (Orvik, 2015, s. 90-91). Behovet for trygg ernæringsoppfølging opphører ikke ved ressursmangel eller budsjettkutt, men grunnet dette kan det tenkes at sykepleiere prioriterer hvem som er i størst behov av oppfølging i krevende perioder. Refleksjon om profesjonstiden kan også tydeliggjøre hvordan sykepleierne bruker den tiden de har, og om den fordeles effektivt på pasientnært arbeid, dokumentasjon, opplæring og faglig aktivitet (Orvik, 2015, s. 90).

Sykepleiernes oppfølging av symptomer og tegn avhenger av erfaring og heuristikk. Heuristikk kan forstås som beslutningstaking basert på «tommefingerregler», som forenkler de kliniske resonnementene (Standing, 2010a, s. 104). Hvis pasienten tilsynelatende er underernært som følge av løse tannproteser og sår i munnen, kan dette tolkes som en gyldig årsak, og pasienten kan henvises til tannhelsetjenesten. Imidlertid kommer noen tegn kun til syne om sykepleieren undersøker nærmere, for eksempel i dialog med pasienten og ved å registrere vitalia (Standing, 2010a, s. 104). Eldre, hjemmeboende pasienter opplever det som utfordrende å ta opp sine plager med sykepleiere som har knapt med tid og opptrer stresset (Ellefsen, 2002; Møller & Norlyk, 2017). Det er derfor essensielt at sykepleier inviterer

pasienten til samtale om sin helse- og ernærings situasjon. Om kun sykepleierens egne observasjoner og antakelser ligger til grunn, kan det føre til såkalte kognitive bias. Levett-Jones et al. (2019) angir kognitive bias som en av de hyppigste årsakene til ukorrekte kliniske resonnement og beslutninger. Et eksempel på dette er «ankring», hvor man legger for stor vekt på et bestemt holdepunkt i vurderingen, uten å justere dette holdepunktet når ny informasjon kommer til, eller bekreftelsesbias hvor man leter etter symptomer og tegn som kan bekrefte antakelser vi har i utgangspunktet. For å unngå dette må sykepleiere i praksis ta et skritt tilbake, for å reflektere over egen tankeprosess. Å tenke på hvordan man tenker, såkalt metakognisjon, kan dermed forebygge feil resonnement i ernæringsvurderingen (Levett-Jones et al., 2019, s. 363-365).

5.1.3 Observasjon

Sykepleierne i denne studien mener at kjennskap til pasienten er viktig, og ved observasjon over tid får de et vurderingsgrunnlag. Likevel blir ikke observasjonene satt i sammenheng, og det kommer frem at det «går på automatikk». Sykepleierne opplevde tid som en hindring for å grundig kartlegge pasientens ernærings situasjon. Hvis pasienten derimot har åpenbare årsaker til vekttap, som kognitiv svekkelse, kreftdiagnose eller akutt sykdom med innleggelse i sykehus, beskriver sykepleierne at de tar hensyn til dette i ernæringskartleggingen.

Den intuitive, erfaringsbaserte kunnskapen til sykepleierne kan være verdifull når det kommer til å avdekke pasienters behov for sykepleie. Når sykepleiere observerer at pasientens klær har blitt romsligere, maten ikke forsvinner fra kjøleskapet eller hvis screening påviser ernæringsmessig risiko, kan de respondere med handling og tiltak. Ifølge Standing (2010b) er observasjon, sett i lys av klinisk beslutningstaking, å respondere på pasientens situasjon, helsestatus og fremtreden. Sykepleier må blant annet kunne lese pasientens kroppsspråk (Standing, 2010b). Det skjer at sykepleiere ikke spør pasienten om måltidsvaner eller registrerer vekt ved oppstart av tjenester (Aagaard & Grøndahl, 2017), men når sykepleierne ble kjent med pasientene, spurte de daglig om hva de hadde spist og hva de har i kjøleskapet, og satte inn tiltak om behovet oppsto. Det oppleves som utfordrende å observere systematisk når besøkene hos pasienten er kortvarige (Meyer et al., 2017). Kirkevold (1996) hevder at sykepleiere må tilpasse kunnskapen sin til den unike konteksten. Det er forskjell på å ha

kunnskap om noe og mestre konkrete ferdigheter, og ha evnen til å anvende dem på en kompetent måte (Kirkevold, 1996).

Sykepleierne i studien rapporterte at de gjør løpende observasjoner, fyller ut screeningskjema og de setter i gang kliniske tiltak, men funnene tyder på behov for kunnskapsutvikling og mer systematisk kartlegging. En norsk spørreskjemaundersøkelse gjort av Henni, Kirkevold, Antypas og Foss (2020) viste at sykepleiere og ledere mener fagutvikling og undervisning er passende oppgaver for AKS. Ifølge Fagerström (2019b) kan AKS fungere som en faglig leder ved å bidra til å identifisere andre helsepersonells behov for opplæring og en kultur som støtter faglig utvikling (Fagerström, 2019b, s. 125). Ifølge Gerrish et al. (2011) kan AKS lede implementering av retningslinjer. Helsedirektoratet (2018) har gjennom Pasientsikkerhetsprogrammet utviklet en tiltakspakke for forebygging og behandling av underernæring til bruk i hjemmetjenesten, som støtter implementeringen (Helsedirektoratet, 2018). En AKS har kompetanse til å gjennomføre helhetlige, systematiske kliniske observasjoner og undersøkelser (SKUV) av pasienter (Fagerström, 2019b, s. 107). Ifølge Breivik og Tymi (2013) er SKUV en del av helseundersøkelsen som gjøres av sykepleiere, og innebærer inspeksjon, palpasjon, perkusjon og auskultasjon ved undersøkelse av pasienten. Data fra undersøkelsen støtter sykepleiere i beslutningssituasjoner, og kan bidra til å bekrefte eller avkrefte sykepleiediagnostiske hypoteser. Det viser seg også at sykepleierne som tar i bruk SKUV gir mer presis informasjon om pasientene og er bedre til å tolke pasientens tilstand (Breivik & Tymi, 2013). I ernæringskartleggingen kan systematisk kartlegging av funksjonsnivå og medisinske faktorer bidra til å avdekke pasientens problem, og her kan AKS være en ressursperson. Om AKS bruker SKUV ved undersøkelse av underernærte pasienter, mener Fagerström (2019b) at kollegaer kan bli inspirert og motivert til å utvikle pasientbehandlingen om AKS deler sin kunnskap (Fagerström, 2019b, s. 107). AKS kan for eksempel dele sin kunnskap ved å undervise om systematisk kartlegging, og skape diskusjon og refleksjon omkring underernæring og viktigheten av å avdekke underliggende årsaker.

5.2 Samarbeid

5.2.1 Samarbeid og selvtillit

Informantene i studien beskrev mange potensielle samarbeidspartnere under intervjuene, blant annet hovedkjøkken, pasient og pårørende, men samarbeidet med fastlegene får hovedfokus. Sykepleierne beskrev at de informerer fastlegene ved vekttap og risiko for underernæring, oftest via meldinger over elektronisk pasientjournal. Sykepleierne antar at fastlegen har ansvaret for videre utredning, men opplever sjeldent at det blir fulgt opp. Informasjonen resulterer hovedsakelig i at det blir skrevet ut resepter på næringsdrikker. Ifølge Standing (2010b) kan samarbeid være å diskutere hvordan sykepleien skal utføres med pasienter, pårørende, kollegaer og andre profesjoner for å kunne ta kliniske beslutninger (Standing, 2010b, s. 13). Et tverrfaglig samarbeid kjennetegnes ved at flere personer med ulik fagbakgrunn samarbeider for å løse felles definerte oppgaver. Det må foreligge klare mål, felles team-identitet og forpliktelse, avklarte roller og en gjensidig avhengighet blant team-medlemmene (Næss & Helbostad, 2012, s. 68). Funnene i denne studien kan tolkes som at det tverrfaglige samarbeidet mangler og Wyller (2015) hevder at dette ikke er tilfredsstillende for noen av partene fordi pasienten får utilstrekkelig oppfølging i en kritisk fase, og hjemmesykepleien blir sittende med for stort ansvar uten å kunne yte optimal helsehjelp, uten den faglige stimulansen et godt tverrfaglig samarbeid kan gi. I tillegg mister legen muligheten til å utføre medisinsk avansert arbeid (Wyller, 2015, s. 43). Under et av intervjuene trakk sykepleierne fram en case hvor fastlegen bad om sykepleietiltak for å bedre ernæringsstatusen til en underernært pasient. Det ble satt i gang tiltak som næringsdrikker og oppvarming av middag, og pasienten gikk opp 10 kilo. Sykepleierne opplevde å få anerkjennelse fra legen for arbeidet, og de var fornøyd med at tiltakene hadde ført til en bedring i pasientens tilstand. Kuven og Giske (2017) fant i sin studie at sykepleiere i sykehjem anså legen som en viktig medspiller og diskusjonspartner i ernæringskartleggingen og -behandlingen. Legens ønske om å være til stede for pasienter og personalet hadde stor betydning for samarbeidet og ernæringsarbeidet (Kuven & Giske, 2017). Studier utført i både sykehjem og sykehus viser at legenes interesse og engasjement for ernæringsarbeid påvirker sykepleieres ivaretagelse av ernæringstilstanden til pasienter (Juul & Frich, 2013; Kuven & Giske, 2017). Sykepleierne som deltok i studien opplevde at legene ikke ga særlig tilbakemelding på dokumentasjonen som ble sendt, de fikk generelt heller ikke råd om oppfølging eller behov for utredning. Sykepleierne ytret også behov for råd og bistand fra klinisk ernæringsfysiolog, men har ikke tilgang til dette. Sykepleierne mente at pasientene ville tatt råd fra en klinisk ernæringsfysiolog mer alvorlig enn når rådet kommer fra dem selv. Dette er i tråd med

funnene i Kuven og Giske (2017) sin studie, hvor sykepleierne opplevde at pasientene oftere lyttet til legens anbefalinger enn deres egne. Funnene kan tyde på at sykepleiere har lav selvtillit i ernæringsarbeidet. Standing (2010b) beskriver at selvtillit kan bety at sykepleiere utfører sine oppgaver med en betydelig grad av trygghet. Dette påvirker både utførelsen og evalueringen av beslutninger som er tatt, og om sykepleieren kan forsvare sine avgjørelser og handlinger (Standing, 2010b, s. 13). Resultatene kan tolkes dithen at sykepleierne opplever at de står alene om ernæringsbehandlingen hos de hjemmeboende eldre pasientene, da de etterspør fagressurser. Ifølge Fagerström (2019b) kunne AKS bidratt med kollegasentrerte konsultasjoner, med mål om å forbedre pasientbehandlingen og støtte sin kollega i utfordrende pasientsituasjoner (Fagerström, 2019b, s. 107). I denne studien kan funn om manglende støtte og samarbeid forklare hvorfor sykepleierne mangler fokus på ernæring og kartlegging av underliggende faktorer hos pasienter i risiko for underernæring, og i stor grad fort tyr til næringsdrikker fremfor tiltak som næringsberegning og adekvat beriking av maten.

På en annen side kan det ikke aksepteres at pasienter ikke får dekket sine grunnleggende behov på en faglig forsvarlig måte. Sykepleiere har et personlig ansvar for en faglig, etisk og juridisk forsvarlig praksis, og skal søke veiledning i vanskelige situasjoner (Norsk sykepleierforbund, 2016). Helsedirektoratet (2016) trekker fram at det ofte vil være behov for tverrfaglig samarbeid i under ernæringsbehandlingen, og at det kan være hensiktsmessig å opprette et ernæringsteam som tilpasses brukergruppens behov (Helsedirektoratet, 2016, s. 25). Det vil være en fordel om en slikt team har felles tilgang på journaler og dokumentasjon, og helst være lokalisert på samme sted eller har regelmessig avsatt tid til utvikling av samarbeidet (Næss & Helbostad, 2012). Dette vil ikke la seg gjøre i kommunen, da fastlegekontorene er lokalisert spredt. Det ville likevel kunne la seg gjøre med faste møtepunkter på et avtalt sted, hvor representanter fra flere faggrupper møtes. En kan tenke seg at dette krever engasjement fra representantene, og støtte fra ledelsen. Næss og Helbostad (2012) hevder at fagutdanning og spesialisering er nødvendig for å sikre tilstrekkelig kompetanse. Samtidig vil felles målsettinger for den enkelte pasient kunne forebygge uklare ansvarsforhold, uklare mål og profesjonskamp. Ved å tydeliggjøre ansvar skapes forpliktelse, noe som kan bidra til opplevelse av mestring for både sykepleier og lege (Næss & Helbostad, 2012, s. 68). Manglende samarbeid i ernæringsarbeidet derimot, kan bidra til å skape en følelse av meningsløshet (Juul & Frich, 2013).

Samarbeid med pasienten om ernæringskartlegging og behandling kan i stor grad handle om å ivareta en personsentrert tilnærming. Helse- og omsorgsdepartementet (2017) viser til at dette innebærer å se hele mennesket, ikke bare sykdom og funksjonssvikt. Sykepleierne må sørge for jevnlig samtaler med bruker og pårørende, kartlegge den enkeltes individuelle behov og utforme ernæringsplanen som samsvarer med behov og ønsker (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 25). I likhet med funnene i Hestevik et al. (2020) sin studie, gir informantene i denne studien uttrykk for at de samarbeider med pasient og pårørende, og at de har spesielt fokus på å ivareta pasientens autonomi hvis vedkommende avslår tilbud om ernæringscreening. Da dokumenteres dette i pasientjournalen. Hvis sykepleierne klinisk observerer at pasienten er betydelig underernært, forsøker de å motivere til oppfølging.

Sykepleierne opplevde at de har få valgmuligheter på tilpasning av maten. Hos de pasientene som har pårørende, kan det gis råd om innkjøp av mat og beriking. Sykepleierne har ikke tid eller ressurser til «å gå i dybden» på alle pasientene. Resultatene i Hestevik et al. (2020) viser at mangel på tid og høy oppgavebelastning bidro til at samarbeid med pasient og pårørende i ernæringsammenheng ble nedprioritert, og at beslutninger ble tatt uten dem (Hestevik et al., 2020). Sykepleierne i denne studien mente likevel at samarbeid med pasient og pårørende er viktig. I mange tilfeller opplevde sykepleierne at pasient og pårørende overlot det meste av ansvaret til hjemmesykepleierne når de fikk tildelt helsetjenester, og at sykepleierne ofte måtte gjøre «alt». I Hestevik et al. (2020) sin studie opplevde informantene at pårørende ofte fraskrev seg alt ansvar for ernæring og måltider. Under intervjuene i denne studien reflekterte sykepleierne over egne rutiner ved første vurderingssamtale med pasienten ved oppstart av tjenester. Det ble ikke rutinemessig snakket med pasienter om ernæringsstatus, og det var noe uenighet om dette burde innføres. Ifølge Standing (2010b) bør klinisk beslutningstaking bygge på relevant kunnskap, og en del av den relevante kunnskapen vil være å diskutere situasjonen med pasient og pårørende (Standing, 2010b, s. 7).

5.3 Organisering

5.3.1 Prioriteringer og ansvarlighet

Informantene i studien beskrev at sykepleien som ytes til pasientene, er i stor grad vedtaksstyrt. Pasienter med tidsbegrenset vedtak, mottar ofte ikke tilbud om

ernæringskartlegging, fordi vedtaket kun dreier seg om for eksempel en injeksjon. Det var uenighet blant sykepleierne i denne studien om ernæringskartlegging bør tilbys til pasienter som mottar sykepleietjenester over kort tid. Noen sykepleiere ville ikke prioritere dette grunnet instruks fra ledelsen om at kun tiltak basert på vedtaket skulle utføres. Andre argumenterte for at screening og oppfølging kunne forebygge økt hjelpebehov på et senere tidspunkt. Helsedirektoratet (2009) fastslår at ernæringscreening skal utføres ved første møte med pasienten, og dette tolkes som at alle pasienter som mottar hjemmesykepleie i kort eller lang tid skal ernæringscreenses, og dermed følges opp etter behov. Samtidig er ikke de kommunale enkeltvedtakene skrevet spesifisert, slik at plikten til ernæringscreening og eventuell oppfølging av ernæringsstatus tydeliggjøres. Da sykepleierne får beskjed av sine ledere om å arbeide etter skriftlige vedtak, oppstår det konflikt mellom vedtakene og plikten til ernæringskartlegging. Wyller (2015) hevder at vedtaksmodellen lar seg vanskelig forene med en fleksibel utnyttelse av sykepleiernes kompetanse. Godt kvalifiserte sykepleiere tilsidesetter faglig dømmekraft ved å ensidig forholde seg til vedtak, muligens fordi tidspresset vanskeliggjør individualisert oppfølging (Wyller, 2015, s. 43). I Tønnessen, Nortvedt og Førde (2011) sin kvalitative studie beskriver sykepleierne også at de styres i stor grad av tidsbestemte vedtak fremfor pasientenes daglige behov, som om behovene er konstante og uforanderlige. Dermed blir sykepleien som utføres hovedsakelig basert på hva «pasienten har rett på» og «hva sykepleier er forpliktet til», og pasienten blir redusert til en pleieplan (Tønnessen et al., 2011). Innen KBT beskriver Standing (2010b) at prioriteringer omhandler å organisere sykepleien. En må ta hensyn til pasientens behov, nyoppståtte utfordringer og aktuelle mål på individuelt og systemnivå (Standing, 2010b, s. 14).

Pasienten og dens behov skal være i fokus ved ernæringsbehandling. Sykepleierne i denne studien beskrev at de ikke får smøre brødsiver til pasientene, fordi det er bestemt at matpakker for en uke må bestilles fra hovedkjøkkenet. Informantene opplevde dette som udelikat, og det gir en sterk indikasjon på at pasientens ernæringsbehov ikke kommer i fremste rekke. Sykepleierne må gjøre kloke, profesjonelle og personsentrerte beslutninger og handlinger (Ritter & Witte, 2019, s. 236), og prioriteringer er en del av sykepleieres kliniske beslutningstakingsprosess (Standing, 2010b). Likevel tyder funnene i denne studien på at bortprioritering av ernæringskartlegging og -behandling er en faglig og etisk utfordring som til dels påvirkes av bestemmelser utenfor sykepleiernes rekkevidde, noe som er i tråd med

studiene til Green et al. (2013), Juul og Frich (2013), Meyer et al. (2017) og Tønnessen et al. (2011).

Informantene fortalte at pasientlistene ofte må organiseres etter hvor mange sykepleiere som er på jobb, slik at de utfører «sykepleieroppgaver». I de tilfellene hvor sykepleierne ikke har kapasitet til å utføre ernæringskartlegging, delegerer de bort utfylling av MNA til helsefagarbeidere eller ufaglærte assistenter. Kollegaene rapporterte tilbake til sykepleier om pasienten var i ernæringsmessig risiko. Sykepleierne beskrev at de utformet ernæringsplan på bakgrunn av kollegaens opplysninger om pasienten, uten at de selv foretok oppfølgende kartleggingsbesøk. På hektiske arbeidsdager tar altså sykepleierne ansvar for at ernæringskartleggingen blir utført ved å delegerer oppgaver til andre. Standing (2010b) beskriver at ansvarlighet innen KBT betyr å informere pasienter, rapportere avvik og å følge gjeldende lovverk (Standing, 2010b, s. 14). Funnene i studien gir inntrykk av at sykepleierne utfører ernæringskartlegging så godt de kan, med de ressursene de har tilgjengelig, men at krav og mål på systemnivå overgår kapasiteten. Avviksrapportering nevnes ikke, men sykepleierne beskrev flere faktorer som hindrer dem i god ernæringsoppfølging. I denne studien tar sykepleierne på seg hovedansvaret for ernæringsbehandlingen, men funnene kan tyde på manglende overblikk. Dette samsvarer med funn fra studien til Johansson et al. (2009), hvor det i tillegg påpekes at sykepleierne ikke hadde kompetanse som sto i forhold til ansvaret de var tildelt (Johansson et al., 2009). Resultatene fra denne studien kan tolkes som at sykepleierne vegrer seg for å ta ansvaret for ernæringskartleggingen, da de uttrykte at de helst ville at en klinisk ernæringsfysiolog skulle følge opp pasienter i ernæringsmessig risiko. Samtidig delegerer de vekk screeningen til kollegaer med lavere eller ingen helsefaglig utdanning, uten å følge opp med videre kartlegging eller samarbeid med pasienten. Ansvarsvegringen kan bunne i en opplevelse av avmakt. Ifølge Ingstad (2013) kan avmakt oppstå ved ressursmangel, ressurs svakhet, mangel på kunnskap om hvordan en kan påvirke beslutninger og mangel på interesse. Sykepleiere kan også oppleve avmakt hvis de opplever at de ikke innfrir egne og andres forventninger til faglig arbeid (Ingstad, 2013, s. 169-170). Under intervjuene uttrykte informantene at ernæringskartlegging kan føles påtvunget, det er for omfattende, de har for lite kunnskap, manglende samarbeid med andre faggrupper og at ernæring ikke prioriteres av ledere. Disse faktorene kan være årsaker til at sykepleierne ikke har eierskap til prosedyren for ernæringskartlegging, og at ernæring ikke prioriteres høyt nok. Ved å finne motmaktstrategier, kan avmakt motvirkes. I Bjerrum, Tewes og Pedersen (2012)

sin intervensjonsstudie fant de at sykepleiere fikk økt kunnskap og trygghet i ernæringsarbeidet etter et 12 måneders samlingsbasert opplæringsprogram. Etter opplæringen tok de mer ansvar for iverksetting av sykepleietiltak (Bjerrum et al., 2012). Ifølge Fagerström (2019b) kan endringsledelse være en del av en AKS sine daglige arbeidsoppgaver, i tillegg til å se når kollegaer trenger støtte i form av veiledning og myndiggjøring (Fagerström, 2019b, s. 124-125). Helsepersonell og ledere anerkjenner AKS som en bidragsyter til kompetanseheving på arbeidsplassen, samt at AKS kan fungere som koordinatore som kan fremme samarbeid og oppfølging av eldre pasienter (Henni et al., 2020).

5.9 Metodediskusjon

Det er nødvendig å spørre seg selv om studiens gyldighet. Ikke bare om resultatene fra analysen, men gjennom hele prosjektet - fra første tematisering til endelig rapportering (Kvale & Brinkmann, 2015). Temaet ernæringskartlegging og sykepleieres beslutningskompetanse var ett av flere alternativer for prosjektet. Avgjørelsen ble tatt på bakgrunn av en opplevd praksissituasjon, hvor en pasient ikke fikk adekvat ernæringsoppfølging, noe som ga negative konsekvenser. Hendelsen fikk meg til å undre over hvorfor sykepleierne ikke tok tak i vekttapet, da pasienten ble veid månedlig og hadde oppfølging fra den kommunale helsetjenesten daglig. Dette vakte undring over om sykepleiere ikke tar ernæring på alvor. Jeg har måttet reflektere med medstudenter og veileder for at ikke denne forforståelsen skulle prege oppgaven i for stor grad. På en annen side har dette vært en drivkraft for å lære mer om temaet. Gjennom arbeidet med studien har min forståelse for kompleksiteten i ernæringskartleggingen vokst og blitt mer nyansert. Da det er dokumentert at ernæringskartlegging og behandling ikke utføres godt nok, har hensikten med denne studien vært å få innsikt i sykepleiernes refleksjoner og erfaringer om hvordan de utfører kartleggingsprosessen, for så å tolke dette i lys av valgt teori. Problemstillingen ble utformet i samarbeid med veileder, og bibliotekar bisto i søkeprosessen. Ved utforming av intervjuguiden har veileder blitt konferert for å sikre at spørsmålene ikke er ledende. «Hva er dette sant om?», spør Malterud (2012), og henviser med det til intern validitet. Overveielser angående hva studien forteller noe om, er avgjørende for dens gyldighet (Malterud, 2012).

Reliabilitet omhandler forskningsresultatenes troverdighet. For å sikre dette må forskeren forsikre seg om at man faktisk innhenter data om det man ønsker svar på. «En valid slutning er korrekt utledet fra sine premisser» (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 276). I pilotintervjuet med egne kollegaer kom prosjektleders engasjement for tydelig frem, og data fra dette intervjuet ble ikke inkludert, da det var usikkert om dette kunne ha påvirket svarene som ble gitt. Dette var en nyttig erfaring. En av årsakene til at fokusgruppeintervjuer ble valgt, var nettopp at informantene selv kunne «dra samtalen». Da kunne jeg som moderator ha en mer tilbakeholden rolle, og informantene ha samtale om temaet. En svakhet ved datasamlingen var at den ble utført uten sekretær/observatør. Etter transkribering og gjennomgang av datamaterialet, reflekterer jeg over at det kunne blitt stilt flere oppfølgingsspørsmål under intervjuene, noe som ville gitt svar med dypere innsikt. En kan anta at en observatør kunne bidratt til utfyllende oppfølgingsspørsmål. Ifølge Malterud (2012) kan oppklarende spørsmål, gjerne gjentatte ganger, bidra til å styrke den interne validiteten. For å identifisere og sammenholde variasjoner over et tema, må moderatoren evne å støtte alle meninger og utnytte mangfoldet i gruppen (Malterud, 2012). Til tross for at det kunne blitt stilt flere utfyllende spørsmål, ble informantene stilt oppklarende spørsmål underveis i intervjuene. På det siste spørsmålet angående om informantene hadde mer å legge til, kom det også flere gode utfyllende kommentarer.

Rekrutteringen ble gjort av fagutviklingssykepleier, og det ble gitt inntrykk av at informantene hadde meldt seg selv. I etterkant viste det seg at de hadde fått beskjed om å møte opp. Dette kan ha påvirket svarene som ble gitt. Prosjektleder understreket ved intervjuets oppstart at de kunne trekke seg, uten konsekvenser. Svarene som ble gitt av informantene ga inntrykk av at de var oppriktige. Fokusgruppens svar var i stor grad samsvarte, og dette kan styrke resultatene. På en annen side kan svarene til den andre gruppen ha blitt påvirket av den første gruppen, da det gikk mange dager i mellom og de har hatt tid til å diskutere temaet. Det er noe man som forsker ikke har kontroll over, og det må antas at svarene som er gitt er ærlige.

Analysering av et kvalitativt forskningsintervju, kan ikke enkelt etterprøves, eller være upåvirket av personlige holdninger og fordommer. Det er derfor essensielt å reflektere over sitt eget bidrag til produksjonen av kunnskap (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 272-273).

Analyseringen ble i hovedsak utført av prosjektleder. Arbeidet med identifisering av meningsenheter, samt kondensering og abstraksjon av disse, ble systematisert av prosjektleder og gjennomgått i etterkant av veileder. Under koding og utvikling av subkategorier og temaer ble veileder rådført, og hun bidro med gode innspill. Prosjektleders manglende erfaring innen forskning kan tenkes å ha påvirket prosessen, både med tanke på utforming av intervjuguide, gjennomføring av intervju og analyse av datamaterialet. Det er derfor søkt støtte og veiledning både fra veileder og medstudenter gjennom hele arbeidet.

Ekstern validitet gjelder funnenes overførbarhet utover den konteksten som er kartlagt. Det tilstrebes at leseren skal få en ny innsikt av å lese resultatene, og at det oppleves gjenkjennelig. Dette krever en presis problemstilling og et relevant utvalg av informanter, beskriver Malterud (2012, s. 132-133). Dette prosjektet har omhandlet beslutningstaking ved ernæringskartlegging, men resultatene kan ha overføringsverdi til andre beslutningsprosesser i hjemmetjenesten. Forutsetningene for en kvalitetsmessig ernæringsoppfølging som er diskutert i dette prosjektet, altså kompetanse, samarbeid og organisering, har også betydning ved kartlegging av for eksempel falltendens, aktiviteter i dagliglivet, medisingjennomgang eller endret helsetilstand. Malterud (2012) påpeker at en grundig teoretisk diskusjon vil fremme overførbarheten av funnene, fordi de settes inn i en større sammenheng (Malterud, 2012, s. 132-133). Ved å bruke Standing (2010b) sin modell, er det sykepleieres utvikling gjennom praksis som har lagt grunnlaget for de ti temaene innen beslutningstaking. Teorien har bidratt til å gjøre styrker og svakheter ved beslutningstaking i ernæringskartleggingen mer tydelig.

På grunnlag av denne studien anbefales videre forskning på samarbeid mellom hjemmesykepleiere og fastleger vedrørende beslutninger om ernæringsbehandling, holdninger og engasjement for ernæring blant sykepleiere og deres ledere, og hvordan pasienter og pårørende medvirker i beslutningsprosessen. Resultatene i studien tyder på at det er behov for AKS som ressurs i hjemmesykepleien, spesielt med tanke på veiledning av kollegaer og for å styrke kunnskapsbasert praksis og systematisk kartlegging i tjenesten. Dette bør forskes videre på.

6. Konklusjon

Hensikten med masterprosjektet har vært å frembringe kunnskap om hvordan sykepleiere utfører individuelle kartlegginger av ernæringsstatus, og på hvilket grunnlag beslutninger tas om oppfølging av ernæringsstatus. Studiens resultater tyder på at sykepleierne i noen grad utfører individuelle kartlegginger ved underernæring eller risiko for dette. Sykepleierne observerer og tar hensyn til faktorer som kan påvirke vekttap, men det blir i liten grad undersøkt systematisk for underliggende årsaker til underernæring. Dette kan påvirke ernæringstiltakenes effekt og pasientenes helsetilstand. Sykepleierne erkjenner at deres dybdekunnskap om ernæring ikke er god nok og ser behovet for kompetansehevingstiltak. Resultatene tyder derimot på at sykepleierne i liten grad tar initiativ til kunnskapsutvikling ved for eksempel å søke etter litteratur eller etterspørre undervisning. Samtidig viser det seg at sykepleiere burde hatt bedre kjennskap til de nasjonale faglige retningslinjene. Dette kan antas å påvirke observasjoner, vurderinger og beslutninger om ernæring, som kan risikere å bli påvirket av variasjonen i hver enkelte sykepleiers erfaringsbaserte kunnskap.

Et mål med studien var å bidra til kunnskap om på hvilke områder sykepleiernes ernæringsarbeid kan styrkes, og om AKS kan bidra til kvalitetsforbedring innen ernæring. Det ser ut til å være hensiktsmessig å styrke sykepleiernes resonnementsferdigheter og systematiske kartleggingskompetanse, samt bruk av forskningsbasert kunnskap.

Utdanningsinstitusjonene bør ruste opp sykepleierstudenter til å kunne kritisk vurdere egne beslutninger, og aktivt trene på dette gjennom hele studiet. En kan anta at en god refleksiv dømmekraft vil heve sykepleiernes selvtillit i beslutningstakingen om ernæringsbehandling. AKS kan bidra til veiledning og refleksjon, undervisning og kompetanseheving ute i kommunene. AKS kan bidra som en ressurs ved å gjøre oppdatert kunnskap mer tilgjengelig for sykepleierne, undervise om underernæring og systematisk kartlegging av ernæringsstatus.

Det tverrfaglige samarbeidet om ernæringsvurdering og behandling, beskrives som til hinder for å kunne oppnå gode resultater, da samarbeidet med blant annet fastleger ikke bygger på felles mål. Det er heller ikke klinisk ernæringsfysiolog tilgjengelig i kommunen. Sykepleierne står ofte alene om beslutninger angående pasienter med underernæring, og ansvaret samsvarer ikke alltid med sykepleiernes kompetanse. Dette kan påvirke sykepleiernes selvtillit i arbeidet, noe som kan føre til avmaktfølelse. Økt fokus på tverrfaglig samarbeid og en fagfelleveiledet

praksis kan styrke kvaliteten på sykepleiernes beslutningstaking om ernæring. Samtidig ser det ut til at det er flere faktorer som påvirker sykepleiernes engasjement for ernæring. Blant annet opplever sykepleierne lite motivasjon fra ledere, og manglende samarbeid med fastleger kan gjøre det utfordrende å ta faglig reflekterte beslutninger.

I denne studien fremstår sykepleieres beslutninger om ernæringsbehandling å oftest være basert på intuitiv dømmekraft, som delvis er systemveiledet og pasientveiledet. Det er usikkert i hvilken grad pasient og pårørende involveres i beslutningene om ernæringsbehandling. Her trengs videre forskning. Det bør ved revidering av retningslinjene vurderes om målsetningen for ernæringskartlegging slik den er i dag, er oppnåelig i hjemmesykepleiernes tidspressede arbeidshverdag, og samtidig bør retningslinjene vise til en tydeligere ansvarsfordeling. I den kommunale helsetjenesten oppfordres ledere til å ta de ansattes ernæringskompetanse på alvor, og sette inn opplæringstiltak ut fra lokale behov.

7. Referanseliste

- Aagaard, H. & Grøndahl, V. A. (2017). Routines in the community nursing services for assessing nutritional status. *Sykepleien Forskning*, 12(e-61219).
<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.61219>
- Bjerrum, M., Tewes, M. & Pedersen, P. (2012). Nurses` self-reported knowledge about and attitude to nutrition - before and after a training programme. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(1), 81-89. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00906.x>
- Breivik, S. & Tymi, A. (2013). Hva innebærer systematisk klinisk undersøkelse i sykepleie? *Sykepleien Forskning*, 8(4), 324-332. <https://doi.org/https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2013.0132>
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2010). Helsinkideklarasjonen (engelsk fulltekst). Hentet 24.01.2020 fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Helsinki-deklarasjonen/>
- Ellefsen, B. (2002). Dependency as disadvantage – patients' experiences. *Scandinavian journal of caring sciences*, 16(2), 157-164. <https://doi.org/https://doi-org.ezproxy.inn.no/10.1046/j.1471-6712.2002.00073.x>
- Fagerström, L. (2019a). Avansert klinisk sykepleie - et begrunnet behov. I L. M. Fagerström (Red.), *Avansert klinisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal.
- Fagerström, L. (2019b). Sentrale kompetanseområder i avansert klinisk sykepleie. I L. M. Fagerström (Red.), *Avansert klinisk sykepleie* (1. utg., s. 89-138). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Fjeldstad, S. H., Thoresen, L., Mowe, M. & Irtun, Ø. (2018). Changes in nutritional care after implementing national guidelines - a 10-year follow-up study. *European Journal of Clinical Nutrition*, 72(7), 1000-1006. <https://doi.org/10.1038/s41430-017-0050-5>
- Forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie. (2020). *Forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie* (LOV-2005-04-01-15-§3-2). Hentet fra <https://lovdata.no/forskrift/2020-01-03-45>
- Gerrish, K., McDonnell, A., Nolan, M., Guillaume, L., Kirshbaum, M. & Tod, A. (2011). The role of advanced practice nurses in knowledge brokering as a means of promoting evidence-based practice among clinical nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 67(9), 2004-2014.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05642.x>
- Gjerlaug, A. K., Harviken, G., Uppsata, S. & Bye, A. (2016). Verktøy ved screening av risiko for underernæring hos eldre. *Sykepleien Forskning*, 2(11), 148-156.
<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2016.57692>

- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Green, S. M., James, E. P., Latter, S., Sutcliffe, M. & Fader, M. J. (2013). Barriers and facilitators to screening for malnutrition by community nurses: a qualitative study. *Journal of human nutrition and dietetics*, (27), 88-95. <https://doi.org/10.1111/jhn.12104>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Leve hele livet, En kvalitetsreform for eldre* (Meld. St. 15 (2017-2018)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/sec1>
- Helsebiblioteket. (2020). Kunnskapsbasert praksis. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>
- Helsedirektoratet. (2009). *Nasjonale faglige retningslinjer for behandling og forebygging av underernæring* (IS-1580). Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/produkter?tema=retningslinje>
- Helsedirektoratet. (2016). *Kosthåndboken - Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten* (IS-1972). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2018). I trygge hender 24/7, Tiltakspakke for forebygging og behandling av underernæring (hj.tjeneste). Hentet 27.10 2019 fra <https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsområder/ernæring>
- Helsedirektoratet. (2019a). *Masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie - Bakgrunnsdokument for Helsedirektoratets arbeid med masterutdanningen* (IS-2822). Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/masterutdanning-i-avansert-klinisk-allmennsykepleie-bakgrunnsdokument-for-helsedirektoratets-arbeid-med-masterutdanningen/IS-2822_Bakgrunnsdokument%20for%20Helsedirektoratets%20arbeid%20med%20masterutdanning%20i%20avansert%20klinisk%20allmennsykepleie.pdf/_attachment/inline/19d6487b-fa54-41b3-9b61-f8b3473b4990:3edff8b86bbd81d710ca0484b9a026518d1c2ade/IS-2822_Bakgrunnsdokument%20for%20Helsedirektoratets%20arbeid%20med%20masterutdanning%20i%20avansert%20klinisk%20allmennsykepleie.pdf
- Helsedirektoratet. (2019b). Oppfølging av ernæring hos hjemmeboende. Hentet 02.10.2019 fra <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/oppfolging-av-ernæring-hos-hjemmeboende>
- Helseforskningsloven. (2009). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning* (LOV-2008-06-20-44). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/2008-06-20-44>

- Henni, S. H., Kirkevold, M., Antypas, K. & Foss, C. (2020). Perceptions of the scope of practice of nurse practitioners caring for older adults: level of agreement among different healthcare providers. *Scandinavian journal of caring sciences*. <https://doi.org/10.1111/scs.12861>
- Hestevik, C. H., Molin, M., Debesay, J., Bergland, A. & Bye, A. (2020). Hospital nurses and home care providers' experiences of participation in nutritional care among older persons and their family caregivers: a qualitative study. *Journal of human nutrition and dietetics*, 33(2), 198-206. <https://doi.org/10.1111/jhn.12729>
- Higgs, J. & Jensen, G. M. (2019). Clinical reasoning - Challenges of Interpretation and Practice in the 21st Century. I J. Higgs, G. M. Jensen, S. Loftus & N. Christensen (Red.), *Clinical Reasoning in the health professions* (4. utg.). Edinburgh, London, New York, Oxford, Philadelphia, St. Louis, Sydney: Elsevier.
- Higgs, J. & Trede, F. (2019). Clinical reasoning and models of practice. I J. Higgs, G. M. Jensen, S. Loftus & N. Christensen (Red.), *Clinical reasoning in the health professions* (4. utg.). Edinburgh, London, New York, Oxford, Philadelphia, St. Louis, Sydney: Elsevier.
- Ingstad, K. (2013). *Sosiologi i sykepleie og helsearbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Johannessen, A., Tuftte, P. A. & Christoffersen, L. (2019). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg.). Oslo: abstrakt forlag.
- Johansson, U. M., Bosaeus, I., Larsson, J., Rothenberg, E., Stene, C. & Unosson, M. (2009). Nutritionsbehandling i äldrevård - ett bortglömt perspektiv. *Läkartidningen*, 106(40), 2538-2542. Hentet fra <http://www.lakartidningen.se/Functions/OldArticleView.aspx?articleId=12841>
- Juul, H. & Frich, J. C. (2013). Kartlegging av underernæring i sykehus – Hva hemmer og fremmer sykepleieres bruk av screeningverktøy for identifisering av ernæringsmessig risiko? *Nordisk sykeplejeforskning*, 3(2), 77-89. Hentet fra https://www-idunn-no.ezproxy.inn.no/nsf/2013/02/kartlegging_av_underernaering_i_sykehus_-_hva_hemmer_og_frem
- Kirkevold, M. (1996). *Vitenskap for praksis?* Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kuven, B. M. & Giske, T. (2017). Samhandling mellom sykepleier og lege er viktig for ernæringstilstanden til sykehjemspasienter. *Sykepleien Forskning*, 12(64510). <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.64510>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Levett-Jones, T., Pich, J. & Blakey, N. (2019). Teaching clinical reasoning in nursing education. I J. Higgs, G. M. Jensen, S. Loftus & N. Christensen (Red.), *Clinical reasoning in the health*

- professions* (4. utg.). Edinburgh, London, New York, Oxford, Philadelphia, St. Louis, Sydney Elsevier.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2018). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2018). *Bevegelig berørt*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Meyer, S. E., Velken, R. & Jensen, L. H. (2017). Vurdering av ernæringsstatus - et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien. *Sykepleien Forskning*, 12(e-61797).
<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.61797>
- Møller, A. F. & Norlyk, A. (2017). Ældre patienters opplevelse av selvbestemmelse, når de modtager sygepleje i eget hjem – en fænomenologisk-hermeneutisk undersøgelse. *Klinisk Sygepleje*, 04/17(31), 257-272. <https://doi.org/10.18261/issn.1903-2285-2017-04-03>
- Nasjonalt råd for ernæring. (2017). *Sykdomsrelatert underernæring - utfordringer, muligheter og anbefalinger*. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/sykdomsrelatert-underernaering/Sykdomsrelatert%20underernæring.pdf/_/attachment/inline/f9c7442d-2c5c-46b1-9a81-70b487278d5b:d679eaeef00223e27618b8ac4ab62f9f1fed2875f/Sykdomsrelatert%20underernæring.pdf
- Norsk sykepleierforbund. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- Næss, G. & Helbostad, J. L. (2012). Geriatrisk vurdering og behandling - tverrfaglig samarbeid. I M. Bondevik & H. A. Nygaard (Red.), *Tverrfaglig geriatri : en innføring* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse : Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm.
- Personopplysningsloven. (2018). *Lov om behandling av personopplysninger* (LOV-2018-12-20-116). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/2018-06-15-38>
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research : generating and assessing evidence for nursing practice* (International edition, 10. utg.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Renolen, Å., Høye, S., Hjälmhult, E., Danbolt, L. J. & Kirkevold, M. (2017). "Keeping on track" — Hospital nurses' struggles with maintaining workflow while seeking to integrate evidence-based practice into their daily work: A grounded theory study. *International Journal of Nursing Studies*, 77(January 2018), 179-188.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.09.006>

- Ritter, B. J. & Witte, M. J. (2019). Clinical reasoning in nursing. I J. Higgs, G. M. Jensen, S. Loftus & N. Christensen (Red.), *Clinical reasoning in the health professions* (4. utg.). Edinburgh, London, New York, Oxford, Philadelphia, St. Louis, Sydney: Elsevier.
- Standing, M. (2010a). Cognitive continuum theory - nine modes of practice. I M. Standing (Red.), *Clinical judgement and decision-making - in nursing and interprofessional healthcare*. Berkshire, England: Open University Press.
- Standing, M. (2010b). Perceptions of clinical decision-making. I M. Standing (Red.), *Clinical judgement and decision-making - in nursing and interprofessional healthcare*. Berkshire, England: Open University Press.
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Tønnessen, S., Nortvedt, P. & Førde, R. (2011). Rationing home-based nursing care: professional ethical implications. *Nursing Ethics*, 18(3), 386-396.
<https://doi.org/10.1177/0969733011398099>
- Wyller, T. B. (2015). *Geriatrici : en medisinsk lærebok* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

8. Vedlegg

Vedlegg 1 Informasjonsskriv

Vil du delta i forskningsprosjektet

” Klinisk beslutningstaking om ernæringskartlegging i hjemmesykepleie - en kvalitativ studie ”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å *få kunnskap om hvilket grunnlag sykepleiere tar beslutninger på, ved ernæringskartlegging*. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Prosjektet er en masteroppgave, hvor studenten planlegger å innhente kunnskap fra sykepleiere som regelmessig foretar ernæringskartlegginger. *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring* ble utgitt av Helsedirektoratet i 2009, og danner grunnlag for å systematisere ernæringsarbeidet i helse- og omsorgstjenestene. Retningslinjene gir viser vei for at alle pasienter i kommunehelsetjenesten skal vurderes for ernæringsmessig risiko med et anbefalt screeningverktøy månedlig. På grunnlag av screeningen skal sykepleierne iverksette tiltak.

Sykepleiere i hjemmetjenestene har ansvar for ernæring til brukerne, sammen med blant annet fastleger og annet helsepersonell. Det er derfor ønskelig å få svar på problemstillingen:

På hvilket grunnlag tar sykepleiere i hjemmetjenesten kliniske beslutninger ved risiko for underernæring hos hjemmeboende pasienter?

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Høgskolen i Innlandet er ansvarlig for prosjektet. Trude Haugland er veileder.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får invitasjon til deltakelse fordi du arbeider som sykepleier i hjemmesykepleien, og jevnlig utfører ernæringskartlegginger.

Vi har fått din kontaktinformasjon av fagutviklingssykepleieren ved ditt arbeidssted, fordi du oppfyller inklusjonskriteriene for studiens informanter.

Hva innebærer det for deg å delta?

Datasamlingen vil foregå som et fokusgruppeintervju. Det vil være ca. 5 andre deltakere, og denne metoden søker å skape diskusjon blant deltakerne. Intervjuet vil bli tatt opp med lydopptaker, og det vil senere bli transkribert til et skriftlig materiale. Dine personopplysninger vil ikke oppbevares sammen med materialet, slik at du skal være sikker på at ingen kan identifisere deg. Intervjuet vil ta 1-2 timer. Det vil ikke bli samlet inn andre opplysninger om deg enn det oppgis her.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Det er kun studenten og veileder ved Høgskolen i Innlandet som vil ha tilgang til innsamlet data.
- Navnet ditt og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. De øvrige data vil bli lagret på en nettside med FEIDE-innlogging, som er godkjent av Høgskolen i Innlandet.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes innen utgangen av 2020. Du vil ikke kunne bli gjenkjent i studiens sluttprodukt, og når prosjektet er avsluttet vil lydopptak slettes.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra *Høgskolen i Innlandet* har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Høgskolen i Innlandet ved student Marita Pedersen Hauge, maritaphauge@gmail.com, mobil 958 71978, og Trude Haugland, trude.haugland@vid.no, mobil 958 61146.
- Vårt personvernombud: *Hans Petter Nyberg*, hans.nyberg@inn.no eller telefon 624 30023
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Trude Haugland
Prosjektansvarlig
(Forsker/veileder)

Marita Pedersen Hauge
Masterstudent

Samtykkeerklæring ((underskrives via tilsendt nettskjema))

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Klinisk beslutningstaking om ernæringskartlegging i hjemmesykepleie» og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i *fokusgruppeintervju*

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 20.12.20

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2 Godkjenning fra NSD

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Klinisk beslutningstaking i ernæringskartlegging. En kvalitativ studie av sykepleiere i hjemmesykepleien.

Referansenummer

792445

Registrert

09.12.2019 av Marita Pedersen Hauge - 126588@stud.inn.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Høgskolen i Innlandet / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for helse- og sykepleievitenskap

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat) Trude Haugland, trude.haugland@vid.no, tlf: 95861 146

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Marita Pedersen Hauge, maritaphauge@gmait.com, tlf: 95871978

Prosjektperiode

01.01.2020 - 20.12.2020

Status

15.01.2020 - Vurdert

Vurdering (1)

15.01.2020 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet 15.01.2020 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte. MELD VESENTLIGE ENDRINGER Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres. TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 20.12.2020 LOVLIG GRUNNLAG Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a. TAUSHETSPLIKT Informantene i prosjektet har taushetsplikt. Det er viktig at intervjuene gjennomføres slik at det ikke samles inn opplysninger som kan identifisere enkeltpersoner eller avsløre annen taushetsbelagt informasjon. PERSONVERNPRINSIPPER NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om: - lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen

- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål - dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet - lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet DE REGISTRERTES RETTIGHETER Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned. FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1 f) og sikkerhet (art. 32). For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon. OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Lykke til med prosjektet! Kontaktperson hos

Vedlegg 3 Intervjuguide

Intervjuguide til fokusgrupper.

1. Kan dere beskrive hensikten med ernæringskartlegging?
 - På hvilken måte er dette viktig?

2. Kan dere diskutere hvilke opplysninger MNA gir, som brukes videre i ernæringsarbeidet?

3. Etter utfylling av MNA-skjema, viser det seg at en bruker er i risiko for underernæring. Kan dere beskrive hvilke kartlegginger eller undersøkelser dere gjør?

4. For å forebygge eller behandle underernæring skal det utformes en individuell ernæringsplan.
 - Hvem mener dere at har ansvar for utforming og evaluering av planen?
 - I hvilke tilfeller opplever dere at det besluttes å utforme ernæringsplan?
 - Hvilke opplysninger dokumenteres?
 - Hvilke ressurser bruker dere i utfordrende situasjoner? (dette kan være ved uenighet mellom bruker og helsepersonell, mangel i egen kunnskap, kompleks situasjon..)

5. Kan dere diskutere sykepleiers ansvar i ernæringsarbeidet og oppfølging av brukerne, og beskrive aktuelle samarbeidspartnere?

6. Retningslinjene beskriver at ernæringskartlegging skal utføres månedlig, og at ernæringsplan skal utformes ved risiko for underernæring. Likevel viser det seg at få brukere i hjemmetjenesten har blitt risikovurdert, og enda færre har fått utarbeidet en plan.

Kan dere diskutere hva dere tror den manglende oppfølgingen skyldes?