

Kunnskap om ernæring i hjemmesykepleien ©

Kirsten Djøseland Røland



Mastersgradsoppgave
Det medisinske fakultet
Institutt for Helse og Samfunn
Avdeling for sykepleievitenskap

UNIVERSITETET I OSLO

21.05.2012



UNIVERSITETET I OSLO
 DET MEDISINSKE FAKULTET
 Institutt for helse og samfunn
 Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

Navn: Kirsten Djøseland Røland	Dato: 21 Mai 2012
Tittel og undertittel: Kunnskap om ernæring i hjemmesykepleien	
<p>Formål: Kartlegge helsepersonells kunnskap om ernæring, før og etter gjennomføring av kommuneorganisert ernæringskurs. Studien søker spesielt å kartlegge endring i kunnskap, holdninger og handlingsferdigheter om underernæring hos respondentene.</p> <p>Teoretisk forankring: Identifisert litteratur viser til sammensatte årsaksforhold som har innvirkning på Eldres ernæringsstatus. Det trekkes frem Eldres og helsepersonells kunnskap. I tillegg belyses teoretiske perspektiver rundt kunnskapsstrukturer i sykepleien.</p> <p>Metode: Dette er en utforskende studie med pretest posttest design der det benyttes selvrappporterende spørreskjema for innsamling av data. Spørreskjemaet ble besvart på to tidspunkter, før og etter at det samme arbeidslaget hadde fått tilbud om kurs, og er derfor et bekvemmelighetsutvalg. Det empiriske materialet var gjenstand for deskriptive analyser for å se om det var endring mellom testtidspunktene, da det var få respondenter som faktisk gjennomførte ernæringskurset.</p> <p>Resultater: Respondentene har ikke kjennskap om tilgjengelige ressurser som storkjøkken, kostkontakt eller ernæringsfysiolog. Det er ingen endring omkring respondentenes selvpoppfattede ansvarsområder, der sykepleier og fastlege ofte får ansvaret. Det er en signifikant endring der respondentene antar at det er fastlege som tar vektansvar. Det er signifikant økning av kunnskap når det gjelder BMI klassifisering for underernæring, likevel brukes BMI beregninger brukes i liten grad. Til tross for kunnskap om når vektmålinger bør utføres, viser funn at det ikke foreligger klare vektmålingsrutiner. Funn gir uttrykk for økt kunnskap om hjelpemidler som brukes for å vurdere ernæringsstatus, men at de ikke alltid brukes.</p> <p>Konklusjon: Til tross for kommunens fokus på å øke de ansattes kunnskap om ernæring gjennom ernæringskurs, gir studien inntrykk av at de ansatte ikke får den informasjonen som er tilgjengelige for kunnskapsutvikling. Dermed får de heller ikke kunnskap om tilgjengelige ressurser, og dette kan ses i manglende kunnskap om ernæring, samt nedsatt evne til å iverksette og behandle underernæring.</p>	
Nøkkelord: ernæring, underernæring, kunnskap, helsepersonell, hjemmesykepleie, hjemmeboende eldre	



UNIVERSITETET I OSLO
 DET MEDISINSKE FAKULTETET
 Institutt for helse og samfunn
 Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

Name: Kirsten Djøseland Røland	Date: May 21, 2012
Title and subtitle: Knowledge about nutrition in home care	
<p>Purpose: To identify health care providers' knowledge about malnutrition, before and after completion of a in-service nutritional course. The study seeks to document changes in the respondent's attitudes, skills and level of knowledge regarding malnutrition after completion of these courses.</p> <p>Literature review: Identified literature discusses the complexity of causes that relate to the elderly's nutritional status. It highlights older people's own knowledge about nutrition and health care providers' knowledge. Theoretical perspectives on knowledge structures in nursing are also presented to address the aim of the study.</p> <p>Method: The study was conducted with an exploratory, pretest posttest design, with self-reporting questionnaires. A convenience sample was recruited. The questionnaire was answered at two separate time points, before and after home care team had the opportunity to participate in a nutritional course. The empirical material was subject to descriptive analyzes to explore possible changes since comparative analysis was infeasible due to few respondents that actually had completed the nutrition course.</p> <p>Results: The study shows that the respondents lack knowledge about available resources to support the nutritional work. There is no change in the respondent's perception of responsibilities, and the nurse and general practitioner are often seen as responsible. There is a significant change when respondents believe that the general practitioner have assumed responsibility of weight-measurements. Still, there is a change of perception that nutritional work should be a multidisciplinary collaboration. There is a significant increase in respondent's knowledge about BMI classification regarding malnutrition. However, BMI calculations are not used for the assessment of nutritional status. Despite knowledge of when weight-measurements should be performed, the findings show that there are no explicit routines for weight measurements. The finding also document that the respondents have more insight about tools used to assess nutritional status, but lack knowledge to assess and implement nutritional therapy.</p> <p>Conclusion: Although the municipality is focusing on increasing staff knowledge about nutrition by offering in-service nutrition courses, the findings of this study indicate that the staff does not receive the information that is available for their daily work. Thus, they do not know about available resources, thereby expressing lack of knowledge about nutrition, and exhibiting impaired ability to initiate and manage malnutrition.</p>	
Key words: nutrition, malnutrition, knowledge, health care providers, home care, homebound elderly	

Forord

Jeg vil først og fremst takke alle respondentene som sa seg villige til å delta i denne studien! Denne studien hadde ikke vært mulig å gjennomføre uten deltagelse fra respondenter, hjelp fra avdelingssykepleier, ernæringsfysiolog, faglig rådgiver og avdelingsleder i helseinformatikk ved forskningsfeltet.

En dypt erkjent takk til min veileder Anne Moen! Takk for din støtte og evne til å se løsninger og motivert meg i arbeidet. Dine innspill underveis har inspirert meg til å jobbe i videre i forskningsverdenen.

Takk til mine gode studievenninner Hanne Marie Rostad og Lina Berland, for all støtte, gode diskusjoner, innspill og gjennomlesing av stoffet.

Jeg vil takke kollegaer, venner og familie for all støtte og oppmuntring! Addi og Lars som tok den engelske korrekturdelen. Amund og Hanne som tok seg tid til å lese gjennom oppgaven. Trine med familie som kom med stadige oppmuntringer underveis. Mamma som alltid er hengiven interessert i mine funn, betraktninger og som villig tar en diskusjon. Pappa og Bente som har ønsket meg all lykke for arbeidet og motivert meg til å stå på. Mest av alt, må jeg takke Tom som har vært min viktigste støttespiller! Takk for din tålmodighet og alltid gode ord, din tid som korrekturleser og dine fantastiske grafiske egenskaper som jeg har fått låne i mastergradsoppgaven min!

Skriving av mastergradsoppgaven har vært en lang og til tider en svært krevende prosess, men desto mer morsom og lærerik! Til tider har det vært tilløp til blod, svette og tårer, men jeg har kommet meg helskinnet ut av prosessen og står nå stødig, med nye ønsker og motivasjon til å jobbe videre med tematikken.

Kirsten Djøseland Røland

21 Mai, 2012

Innhold

Sammendrag	ii
Forord.....	iv
1. INNLEDNING.....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	2
1.2 Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål.....	5
1.3 Begrepsavklaringer.....	5
1.4 Oppbygning av oppgaven.....	7
2. LITTERATURGJENNOMGANG.....	8
2.1 Litteratursøk	8
2.2 Eldre og ernæring	9
2.2.1 Matinntak og fordøyelse	10
2.2.2 Aktivitet.....	12
2.2.3 Kognitiv funksjon.....	14
2.2.4 Sosialt nettverk.....	15
2.2.5 Eldres kunnskap om ernæring.....	16
2.3 Helsepersonell og ernæring	18
2.3.1 Helsepersonells kunnskap om ernæring.....	18
2.3.2 Hjelpemidler for å identifisere ernæringmessig risiko og underernæring	20
2.3.3 Barrierer i ernæringsarbeidet	21
2.3.4 Behov for kunnskapsutvikling	24
2.4 Kunnskapsstrukturer i sykepleien	25
2.4.1 Empirisk kunnskap	27
2.4.2 Estetisk kunnskap	28
2.4.3 Personlig kunnskap.....	31
2.4.4 Etisk kunnskap	32
2.5 Oppsummering	33
3. DESIGN OG METODE	34

3.1	Design	34
3.2	Metode	35
3.2.1	Setting	35
3.2.2	Datainnsamling.....	40
3.2.3	Utvalg.....	44
3.2.4	Analyse.....	44
3.2.5	Validitet og reliabilitet.....	45
3.3	Etikk og tillatelser	49
4.	RESULTAT	51
4.1	Bakgrunn	51
4.2	Oppmerksomhet på ernæring.....	54
4.3	Kjennskap om ressurser innenfor ernæring	55
4.4	Kunnskap om vekt og BMI	57
4.5	Kartlegging og dokumentasjon av ernæringsstatus.....	61
4.6	Ernæringsbehandling.....	63
4.7	Oppsummering av resultater.....	66
5.	DISKUSJON	68
5.1	Demografi	68
5.2	Organisatorisk oppmerksomhet på ernæring	70
5.2.1	Kommunens fokus på ernæring	70
5.2.2	Arbeidslagets fokus på ressurser i ernæringsarbeidet	71
5.3	Helsepersonells kunnskap om ernæring og behandlingstiltak.....	73
5.3.1	Kunnskap om BMI og vekrutiner	73
5.3.2	Ansvarsforhold	75
5.3.3	Dietter.....	78
5.3.4	Oppstart av ernæringsbehandling	81
5.4	Kartleggingsverktøy for vurdering av ernæringsstatus	82
5.4.1	Hjelpemidler for å identifisere ernæringsmessig risiko og underernæring.....	82
5.4.2	Observasjon og dokumentasjonspraksis	85
5.5	Oppsummering av funnene.....	86
6.	KONKLUSJON	88

6.1	Implikasjoner for praksis	90
6.2	Områder for videre forskning	90
6.3	Svakheter med studien.....	91
	Referanser	92

Oversikt over figurer, tabeller og vedlegg

Figurer:

Figur 1: Carpers presentasjon av fire former for kunnskap	26
Figur 2: Undervisningens innhold til ansatte i hjemmesykepleien	36
Figur 3: Hovedpunkter i spørreskjemaet	42

Tabeller:

Tabell 1: Demografisk datauttrekk av arbeidslagets pasienter	38
Tabell 2: IPLOS variabler på pasienters funksjonsnivå	39
Tabell 3: Demografiske data av respondentenes kjønn, alder, faggrupper og stillingsprosent	52
Tabell 4: Respondentenes fokus på ernæring, kjennskap og deltakelse på kurs	54
Tabell 5: Kjennskap til om det er tilknyttet ernæringsfysiolog og kostkontakt	55
Tabell 6: Kjennskap og bruk av andre faggrupper som ressurs ved ernæringsspørsmål	56
Tabell 7: Selvpfattet ansvarsområder	57
Tabell 8: Hvilke faggrupper respondentene anser at veier pasienter	58
Tabell 9: Respondentenes kunnskap av rutiner hos arbeidslagets vektmåling	59
Tabell 10: BMI klassifisering for underernæring	60
Tabell 11: Hjelpemidler som respondentene vurderer ernæringsstatus med	61
Tabell 12: Hvilke dietter respondentene tror at kommunens storkjøkken tilbyr	64
Tabell 13: Respondentens oppfatning av når ernæringstett kost gis	65
Tabell 14: Kunnskap om kcal inntak, lite energiinntak og vekttap	65

Vedlegg:

Vedlegg 1: PICO skjema
Vedlegg 2: Kvalitetshåndbok i ansattportalen - ernæringsprosedyren
Vedlegg 3: Datauttrekk fra Helios og IPLOS
Vedlegg 4: Spørreskjema til Munch et al
Vedlegg 5: Distribuert informasjonsskriv og tilpasset spørreskjema
Vedlegg 6: Porsjonsstørrelse og energitetthet som tilbys ved kommunens storkjøkken

1. INNLEDNING

Denne masteroppgaven tematiserer helsepersonells kunnskap, holdninger og handlingsferdigheter om ernæring i kommunehelsetjenestens hjemmebaserte tjenester både før og etter ernæringskurs. Min yrkesaktive karriere som sykepleier er fra gastrokirurgisk sengepost. Gjennom flere år i møte med pasienter i alle aldersgrupper med kroniske, akutte og maligne sykdommer, har jeg fått erfaring med betydning av ernæring. Både som en nødvendighet for liv og helse, helsefremmende - og sykdomsforebyggende faktor, men også som likeverdig behandlingsmetode som medikamentell og kirurgisk intervensjon ved sykdom. Med min bakgrunn fra kirurgien ser jeg at det har blitt en endret holdning til ernæringens betydning for kroppens rekonvalesens etter kirurgisk intervensjon. Pasienter med tilfredsstillende ernæringsstatus har kortere rekonvalesenstid, er immobile i kortere tid, har mindre risiko for sårinfeksjon og har mindre smerter etter kirurgisk inngrep. God ernæringspraksis før store inngrep, innebærer å forbedre pasienters ernæringsstatus. Hos underernærte blir det satt i gang ernæringsbehandling god tid før inngrepet og hos allerede velernærte pasienter blir det gitt næringsdrikker (Braga et al., 2009; Jones, Badger, & Hannon, 2011; Olsen & Wennberg, 2011). I møte med eldre personer på sykehus har jeg opplevd tynne og ofte underernærte pasienter. Jeg har observert og erfart hva underernæring har ført med seg av komplikasjoner i forbindelse med kirurgiske inngrep og andre sykdommer. De sterkeste erfaringene har vært å observere hva forbedret ernæringsstatus gjør med pasienten og hvordan sykdomstilstanden raskt forbedrer seg, komplikasjoner reduseres betraktelig og har raskere rekonvalesens.

Med kunnskap og erfaring om ernæringens innvirkning på kropp og sykdom, har min undring for Eldres ernæringstilstand vokst frem gjennom opplevelser der jeg har møtt underernærte pasienter som kommer fra primærhelsetjenesten. Det har ført til spørsmål om hva som er årsaken til at eldre i primærhelsetjenesten blir underernærte, og om helsepersonells kunnskap og holdninger kan være en årsaksfaktor. Disse tankene har vokst frem over tid, og ble dermed grunnlag for tematikken i studien. Studien har blitt innlemmet som en del av forprosjektet;

” ... uten mat og drikke..” der Universitetet i Oslo samarbeider med Sintef og en større norsk kommune for å sette velferdsteknologi og ernæringsproblematikk i fokus.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Politiske myndigheter prioriterer kommunal styrking i å bidra til å støtte hver enkelt person til å bo hjemme i eget hjem så lenge som mulig og unngå institusjonalisering (Helse og omsorgsdepartementet, 2011). Det fører til en forventning om at eldre som har behov for kommunal helsehjelp skal få det hjemme så langt det er ønskelig for personen selv og medisinsk forsvarlig.

Ernæring hos den aldrende befolkningen i Norge er en viktig tematikk i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratet viser til at 10-60 % av innlagte pasienter i sykehus og sykehjem er i ernæringsmessig risiko. Pasientgrupper som eldre, demente, enslige og funksjonshemmede pasientgruppene er i særlig risiko for feil- eller underernæring. I tillegg er det mennesker med kroniske lidelser som kreft, leddgikt, osteoporose, hjerte- og lungesykdom i risikogruppen (Helsedirektoratet, 2009). World Health Organization definerer eldre mennesker som eldre enn 65 år. Det er en kjent aldersøkning i norsk befolkning, og flere vil komme til å leve større deler av livet sitt i alderdom. Det betyr at det er flere personer som kan komme i ernæringsmessig risiko, i tillegg til økt falltendens, kognitiv svikt, sosial isolasjon på grunn av kroppslige hindringer, depresjon og ensomhet (ibid).

For å imøtekomme politiske myndigheter for å støtte hver enkelt person til å bo hjemme i eget hjem så lenge som mulig og unngå institusjonalisering (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011), stilles det krav til helsepersonell i hjemmebaserte tjenester. Helsepersonell skal blant annet støtte opp den eldre i ernæringssspørsmål og ha evne til å forebygge og iverksette tiltak ved ernæringsmessig risiko og underernæring. Det har også betydning for forvaltningsmessige ordninger som tildeling og vedtak om tjenesterepertoar. En viktig

tematikk i denne oppgaven er at helsepersonell som yter helsehjelp i den eldres hjem, fører til utfordringer og forsterker blant annet hensynet til pasientens privatliv og autonomi. Videre må det tas hensyn til hvilke relasjoner og tidsrammer helsepersonell arbeider innenfor, hvilke roller aktørene inntar i forhold til hverandre og hvilken kunnskap arbeidsformen stimulerer ansatte til å ta i bruk (Terland, 2006). Dette er en av flere problemstillinger som vil bli mer synliggjort i litteraturgjennomgangen.

I retningslinjer for underernæring trekker Helsedirektoratet fram det ansvaret organisasjonen har i forbindelse med ernæringskunnskap hos sine ansatte og hvordan bidra til å øke kunnskapsnivået til de ansatte ved blant annet å etablere ernæringsnettverk og kurs. Det skal også innføres diagnoseverktøy for å hjelpe de ansatte i å identifisere pasienter som er i ernæringsmessig risiko (Helsedirektoratet, 2009). Kurs til helsepersonell anbefales til alle som er i kontakt med pasienter. Kursene skal hovedsakelig fokusere på teoretisk kunnskap om årsaksforhold og hvilke pasienter som er ernæringsmessig utsatt for underernæring. Kursene tar også med praktisk øvelse av diagnoseverktøy for å vurdere ernæringsstatus, og hvilke tiltak som kostsammensetninger og tilskudd som skal gis. Videre anbefales det å gi helsepersonell små brukermanualer som kan brukes til praktisk hjelp i fremtiden (ibid).

European Society of Parenteral and Enteral Nutrition (ESPEN) definerer underernæring som «en ernærings situasjon der det er mangel på protein, energi og/eller andre næringsstoffer som gir en målbar uheldig effekt på kroppssammensetning og funksjon» (Volkert et al., 2006). Risikoen for underernæring er økende hos eldre mennesker på grunn av aldersrelaterte kroppslige forandringer og redusert kroppsmasse indeks eller Body Mass Index (BMI). Dette er forandringer som kan kompromittere nærings- og væskeinntak. Ved underernæring blir synlig vekttap hos eldre sett ved at det er tap av muskelmasse. Endring av vekt og BMI er enkle mål for å vurdere ernæringsstatus. Det bør suppleres med screeningverktøy i en vurdering for risiko eller konstatere underernæring (Helsedirektoratet, 2009). Det er derfor viktig å fortløpende vurdere ernæringsstøtte og forebygge underernæring, da kroppens rehabiliteringsevne av muskelmasse er lavere hos eldre enn hos yngre (Volkert et al., 2006). Det er store helsemessige konsekvenser ved underernæring hos eldre mennesker. Det er økt

risiko for komplikasjoner ved sykdom, nedsatt motstand mot infeksjoner, forverring av fysisk og mental funksjon, nedsatt livskvalitet, reduserer rehabilitering og økt mortalitet (Gulsvik, Thelle, Mowé, & Wyller, 2009). Underernærte pasienter har tre ganger lengre institusjonsopphold enn velernærte fordi underernæring fører til forlengelse av sykdom og forlenget rekonvalesens. Det fører til behov for økt hjelp og assistanse fra offentlig etat, som igjen gir større økonomiske utgifter i offentlig sektor (Helsedirektoratet, 2009).

Med alderdommen endres behov for matens sammensetning, og det krever ekstra oppmerksomhet på eldre mennesker som mottar hjemmebaserte tjenester. Underernæring hos eldre anses som et stort problem. Både på sykehjem og hos hjemmeboende, viser studier at eldre er utsatt for underernæring (Sørbye, 2003; Sørbye et al., 2008; Sørbye & Jakobsen, 2012). Hos hjemmeboende syke eldre viser studier at 10 % er underernærte (Helsedirektoratet, 2009), men det rapporteres imidlertid at hele 46 % av eldre tjenestemottakere i primærhelsetjenesten var underernærte eller i ernæringsmessig risiko ved akutt innskriving i institusjon (Sørbye, 2003).

En studie viser at samarbeid og forventet ansvarsfordeling mellom yrkesgruppene leger, sykepleiere og hjelpepleiere kan være en barriere i ernæringsarbeidet. En felles forventning hos alle yrkesgruppene, om at det er sykepleiere har hovedansvar for at eldre har et tilstrekkelig matinntak, vurderer risiko for underernæring og behandling (U. Johansson et al., 2009).

Arvanitakis et al. (2009) har konkludert i deres litteraturgjennomgang at eldre hjemmeboendes ernæringsstatus må settes i fokus hos organisasjonen og helsepersonell. Økt fokus vil dermed føre til økt bevissthet, mer tilgjengelig informasjon, utdanning og intervensjoner/ kurs om ernæring. Det fremheves også nødvendighet med kostregistrering, dokumentere vektmålinger og respons av behandling som er satt i gang hos underernærte hjemmeboende eldre. Gjennom slike tiltak vil implementeringen av ernæringsmessige strategier på europeisk og nasjonalt nivå fremmes av politiske myndigheter (ibid). Dermed er det viktig å rette fokus mot helsepersonells kunnskap mot vurdering av risiko og behandling av underernæring hos hjemmeboende eldre.

1.2 Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål

Studiens hensikt er å kartlegge helsepersonells kunnskap om underernæring, før og etter gjennomføring av ernæringskurs. Studien søker å kartlegge om det er endring i kunnskap, holdninger og handlingsferdigheter hos respondentene.

Med bakgrunn i tematikken, blir problemstillingen;

I hvilken grad har deltakelse på ernæringskurs innvirkning på helsepersonells kunnskap, handlingsferdigheter og holdninger til underernæring hos eldre?

Videre ønsker jeg å få svar på forskningsspørsmålene;

1. Er det endring i helsepersonells oppfatning av hvordan det tverrfaglige ernæringsarbeidet fungerer?
2. Er det tegn til endring av holdninger etter ernæringskurset?
3. Hvordan oppfatter helsepersonellet organisasjonens fokus på ernæring?

For å svare på problemstillingen, er strategien at ansatte i et arbeidslag i hjemmesykepleien, som får tilbud om ernæringskurs i regi av arbeidsgiver, skal besvare på en spørreundersøkelse. Studien gjennomføres med å kartlegge kunnskap om ernæring, handlingsferdigheter og holdninger om underernæring før og etter ernæringskurs.

1.3 Begrepsavklaringer

Noen av begrepene benyttet i denne oppgaven er begreper med rom for ulik tolkning.

Begrepene ”hjemmesykepleien”, ”pasient”, ”underernæring”, ”BMI” og ”helsepersonell” vil derfor her bli forklart i forhold til de forståelsene jeg har velger i denne oppgaven.

Hjemmesykepleien. Isteden for å bruke hjemmebaserte tjenester, vil jeg videre i oppgaven bruke begrepet «hjemmesykepleien». I dagligdags talebruk brukes begrepet hjemmesykepleie

da det ikke gir uklare oppfatninger om hvilken etat som er involvert i tjenesten.

Hjemmesykepleien brukes hos mennesker som har fått vedtak om helsehjelp i kommunen på Pleie og Omsorg Utenfor Institusjon (POUI). Helsehjelp utenfor institusjon utføres av sykepleiere eller andre helsearbeidere.

Pasient. Personer som mottar hjemmesykepleie, vil videre i teksten kalles for «pasient». Helse- og omsorgsdepartementet definerer pasientbegrepet «med pasient menes en person som henvender seg til helsevesenet med anmodning om helsehjelp og som helsevesenet gir eller tilbyr helsehjelp i individuelle tilfeller» (Helse og omsorgsdepartementet, 2010, s. 71-72). Mennesker som mottar helsehjelp utenfor institusjon, kalles i dagligtale som «brukere». Jeg har valgt å ikke bruke dette begrepet da det i følge helse- og omsorgsdepartementet oppfattes som belastende og ikke er et dekkende begrep. Begrepet innebærer å kun motta sosialhjelp (Helse og omsorgsdepartementet, 2010).

Underernæring. Begrepet underernæring brukes i teksten for å beskrive tilstanden når kroppens behov for energi og/eller næringsstoffer over tid ikke tilfredsstilles gjennom inntak av mat og drikke. Protein- og fettreserver i kroppen avtar, og resulterer i vekttap, muskelsvinn og mangel på vitaminer og mineraler. Ernæringsstatus kan måles med kroppsvekt, kroppsmasseindeks, tricepshudfold og armmuskelomkrets og ved bruk av funksjonstester som håndmuskelkraft og enkelte laboratorietester. I spørreskjemaet har jeg konsekvent brukt begrepet ”undervektig”, som har samme betydning, men som gir respondentene en mer nyansert forklaring og ikke fullt bastant betydning av underernæring.

BMI. Begrepet Kropps Masse Index (KMI) er den norske oversettelsen av Body Mass Index (BMI). BMI er et internasjonalt mål som benyttes verden over for å bedømme kroppsvekten og gjøre sammenlikninger mellom land og i forskningsprosjekter. BMI vil brukes videre i teksten da det er det mest brukte begrepet innen ernæringslitteraturen.

Helsepersonell. I teksten vil jeg bruke begrepet «helsepersonell» som en fellesbetegnelse for sykepleiere, hjelpepleiere, helsefagarbeidere, pleieassistenter, sykepleierstudenter,

helsefagarbeiderlærlinger og hjemmehjelp. Dersom jeg beskriver en enkelt faggruppe, vil det presiseres i teksten.

1.4 Oppbygning av oppgaven

Etter dette innledningskapittelet følger kapittel to med en litteraturgjennomgang som tar for seg forskningsstatus på årsaksfaktorer omkring underernæring hos eldre, samt en beskrivelse av eldres egen kunnskap om ernæring. Videre vil kapittelet omhandle helsepersonells kunnskap om ernæring og hvilke behov for kunnskapsutvikling som forekommer. Til slutt vil jeg belyse ulike kunnskapsformer i sykepleie, sett i lys av litteraturgjennomgangen. Kapittel tre behandler design og metode, hvilken analysetilnærming som er benyttet, diskusjon av studiens validitet og reliabilitet, samt etiske betraktninger. Kapittel fire presenterer resultatene fra studien, og kapittel fem omhandler diskusjon av resultatene sett i lys av litteraturgjennomgang og de ulike kunnskapsformene. Kapittel seks konkluderer hovedpunktene i studien og presenterer implikasjoner for praksis, videre forskning på området og begrensninger ved studien.

2. LITTERATURGJENNOMGANG

Kapittel to vil beskrive komplekse sett av forhold som har betydning for ernæring hos eldre. Videre omtales Eldres egen kunnskap og holdninger til ernæring, før helsepersonells kunnskap beskrives. Til slutt vil ulike kunnskapsformer i sykepleien knyttes opp til identifisert litteratur.

2.1 Litteratursøk

For å identifisere relevant forskning ble det utført søk i databaser som Cinahl, Pubmed, Medline, SweMed, Cochrane Library og Google Scholar, med avgrensning til publikasjoner etter 2000. Det ble også gjort søk i nasjonale registre og dokumenter fra statistisk sentralbyrå (www.ssb.no) og sosial og helsedirektoratet (www.shdir.no). I tillegg ble det gjort manuelle søk ut i fra referanselisten til aktuelle artikler, og hos norske og internasjonale forskere med empiri innen ernæringsfeltet. Systematiske søk ble utført med hjelp av søkestrategien PICO. Kunnskapssenteret beskriver PICO som et hjelpemiddel som gir strukturerte litteratursøk. PICO er en forkortelse for P: Pasient/Problem, I: Intervensjon, C: Comparison/ Sammenlikning, O: Outcome/ Endepunkt (Kunnskapssenteret, 2010). Gjennom PICO-strategien ble viktig søkeord identifisert, og deretter brukt i ulike søkekombinasjoner for å identifisere aktuell litteratur (vedlegg 1).

Det ble identifisert få empiriske studier som spesifikt ser på helsepersonells kunnskap i hjemmesykepleien. Jeg tok dermed kontakt med flere forskere innen ernæring og eldre, for å konferere funn av litteratur og få tips om andre referanser og videre søk. Da min studie er innlemmet i prosjektet ”... Uten mat og drikke..”, fikk jeg tilgang til prosjektets database, hvor jeg fant ytterligere litteratur.

2.2 Eldre og ernæring

Økende alder kan sette eldre i en ernæringsmessig risiko. Gjennom å beskrive aldersforandringer som er knyttet opp mot matinntak og fordøyelse, aktivitet, kognitiv funksjon, sosiale relasjoner og Eldres kunnskapsnivå om ernæring, vil jeg vise hvor stor rolle helsepersonell har i møte med pasienter som mottar hjemmesykepleie. Ved å ha kunnskap om hovedområdene vil helsepersonell kunne forbygge ernæringsmessig risiko, og iverksette tiltak ved underernæring.

Befolkningsstudier rapporterer at eldre som er slanke har økt risiko for mortalitet ved sykdom (Gulsvik et al., 2009; Kvamme, Holmen, et al., 2011; Saletti et al., 2005). Det er varierende hvor lav BMI graderingen er før det ses økende mortalitet. Graderingene samsvarer i stor grad med Helsedirektoratets nasjonale retningslinjer, som anbefaler BMI over 22 (Helsedirektoratet, 2009). Gulsvik et al. (2009) hevder at BMI på over 22 bør tilstrebes, mens Saletti et al. (2005) viser til at BMI over 28 fører til tre års overlevelse ved sykdom. Kvamme og Holmen et al. (2011) viser til i sin studie at eldre med BMI under 25 hadde høyest mortalitet. Eldres naturlige nedsatte immunforsvar kan føre til undervekt og økt mottakelighet ved akutt sykdom (Lesourd, 2006). Men det skal også tas hensyn til at eldre ofte lider av sykdommer som assosieres med økt mortalitet, og som kan føre til tap av kroppsvekt (Kvamme, Holmen, et al., 2011). Ved å være noe overvektig viser studiene at eldre er mindre mottakelige for sykdom og kroppens immunforsvar klarer å bekjempe sykdom som øker risikoen for mortalitet. (Gulsvik et al., 2009; Kvamme, Holmen, et al., 2011; Saletti et al., 2005). Samspillet mellom sykdom og underernæring kan gi store utfordringer ved behandling av underernæring. Sykdom vil kunne føre til underernæring, og underernæring i seg selv kan være med å utvikle og forverre sykdom (Mowe, 2002). Sykdomsassosiert underernæring involverer en inflammatorisk reaksjon med produksjon av cytokiner som virker inn på appetitt, kroppssammensetning og næringsstoffers metabolisme. Ved å utøve forebyggende og ha tilpasset ernæringsbehandling, vil det imidlertid kunne redusere cytokin produksjonen, øke pasientens livskvalitet og redusere sykdomsrelatert underernæring og eventuelt dødelighet (Morley, 2002).

2.2.1 Matinntak og fordøyelse

Produksjon av aktive metabolske celler avtar og fører til nedsatt basalstoffskifte som en del av de normale aldersforandringene. I tillegg reduseres energiforbruket og energiinntaket synker. Det stiller dermed andre krav til kostsammensetningen til eldre for å unngå store ernæringsmessige konsekvenser (Ahmed & Haboubi, 2010; Sortland, 2011). I tillegg til at det stilles store krav til matens energitetthet, spiser eldre generelt mindre. De kjenner seg fortere mette, er mindre sultne før matinntak, spiser mindre porsjoner, færre mellommåltider og saktere enn yngre. Fare for vekttap og påfølgende underernæring skjer hos eldre som spiser enda mindre enn det som er normalt for aldersgruppen, og mindre enn basalstoffskiftet (Sortland, 2011). Syn og smakssansen reduseres med alderen, og kan ha stor innvirkning på smaksopplevelse og tilberedning av mat (Fuhrman, 2009; Stechmiller, 2003).

Økende munntørrhet er en vanlig endring hos eldre (Saletti et al., 2005). Nedsatt matlyst, dårlig tannstatus og/ eller dårlig tilpassede tannproteser kan problematisere matinntak og føre til forstyrrelser i ernæringsstatusen (Saletti et al., 2005; Landmark, 2008). Dysfagi kan være en stor medvirkende faktor for underernæring, da peristaltikken også kan bli redusert i spiserøret. Hos eldre hjemmeboende anses det at omlag 10 % lider av dysfagi, og så mange som 30- 50 % i sykehjem. Dysfagi fører ofte til at problematisk svelgefunksjon oppleves som svært smertefullt, og det kan forekomme at eldre vil unngå å spise pga obstruksjonen i svelget (Barczi, Sullivan, & Robbins, 2000). Det fører til at eldre med dysfagi kan unngå å spise og drikke, som igjen fører konsekvenser for ernæringsstatusen.

Mengden inntak av mat og drikke påvirkes av matens utseende, lukt og smak. Matens kvalitet beskrives som en mulig barriere for Eldres ernæringsstatus (Crogan, Shultz, Adams, & Massey, 2001). Det kan handle om at eldre ikke spiser maten de ikke liker, eller mat som ikke har en tilstrekkelig appetittvekkende presentasjon. Det finnes store tall for eldre som får mat levert fra kommunens storkjøkken, eller ferdig laget mat som varmes i mikrobølgeovn, også kalt meals on wheels. Det vises fra studier der det forekommer at eldre som har leveringstjeneste av mat, har signifikant lavere BMI og økt risiko for underernæring enn de som tilbereder sin egen mat (L. Johansson, Sidenvall, & Christensson, 2009; Saletti et al.,

2005; Soini, Routasalo, & Lauri, 2006). Det ses også eldre som får levert ferdiglaget mat er småspiste og deler en porsjon opp i to til tre porsjoner (Saletti et al.; Soini et al., 2006). Fordi eldre spiser mindre enn de gjorde i yngre år, stiller det store krav til de som tilbereder- eller varmer maten opp. For at maten skal virke innbydende og gi inntrykk av det ikke er for mye mat som skal spises, må det tas hensyn til hvordan maten tilberedes på en tallerken, mengde mat og næringstetthet (Stechmiller, 2003). Det er i flere studier satt fokus på at mat som leveres ferdig tilberedt hjem til eldre, har hatt positiv ernæringsmessig effekt, samt ført til økende livskvalitet (Gollub & Weddle, 2004; Kretser, Voss, Kerr, Cavadini, & Friedmann, 2003). Studiene anbefaler dog nødvendigheten av å kartlegge Eldres ernæringsstatus for å individualisere kostholdet. På en slik måte får eldre mat som er næringstett, i tillegg til at det kan tilpasset ytterligere ut i fra kartleggingen. Ved å innlemme de eldre i utarbeidelse av et tilpasset kosthold, viser det at eldre er mer fornøyd med tjenesten og spiser bedre (Frongillo & Wolfe, 2010).

Medikamentell behandling brukes i økende grad i den aldrende befolkningen. I følge Folkehelseinstituttet bruker personer over 65 år nesten 50 % av Norges legemiddelforbruk, til tross for at de kun utgjør ca 15 % av befolkningen (Helsedirektoratet, 2011). Eldre er mer disponert for flere lidelser samtidig, som kan øke forbruk av medikamenter. Sekundært til forbruket øker risiko for interaksjon mellom legemidlene, bivirkninger og feilmedisinering. De vanligste symptomene forårsaket av uønsket effekt av legemidler og som har innvirkning på ernæringsstatusen er nedsatt matlyst, munntørrehet og kvalme. Andre bivirkninger som sekundært kan påvirke ernæringsstatusen er forvirring, slapphet, tretthet, depresjon og feber. Legemiddelbehandling i seg selv kan være med på å påvirke ernæringsstatusen og dermed kroppsvekt. Selv om legemiddelbruken tilpasses eldre, kan det allikevel oppstå uønskede effekter. Dette kan skyldes at eldre kan ha en økt følsomhet for legemidler både på målorganet eller hos ikke-relevante vev/organer (Ahmed & Haboubi, 2010; Stechmiller, 2003).

Ved økende alder skjer det i forandringer i mage- tarmsystemet som har innvirkning på matinntaket og fordøyelse. Fordøyelsesenzymer fra magesekken, gallsafer og bukspyttkjertelen reduserer produksjonen med alderen. Ved manglende fordøyelsesenzymer

forandres pH verdien, og tarmens evne til å absorbere viktige næringsstoffer som jern, kalsium og sink blir dårligere (Sortland, 2011). Betennelse i tarmslimhinnen (atrofisk gastritt) forekommer i ca 40 % hos eldre over 80år, som fører til tynnere slimhinner og tap av kjertelvev. Det kan føre til manglende evne til å absorbere næringsstoffer (ibid). Tarmperistaltikken reduseres ofte med alderen, og øker faren for obstipasjon (Soini et al., 2006; Sørbye et al., 2008). Det er rapportert en signifikant sammenheng mellom vekttap og obstipasjonsplager. Som en negativ spiral vil obstipasjon hos eldre medføre plager som kvalme og nedsatt inntak av mat og drikke. For lite væskeinntak kan igjen føre til ytterligere obstipasjonsproblematikk (Ahmed & Haboubi, 2010; Sortland, 2011; Sørbye et al., 2008). Med nedsatt tarmperistaltikk vil faren for bakteriell overvekst øke. Når avføringen blir liggende lenger i tarmen før den transporteres ut, samtidig som at fordøyelsesenzymene ikke uskadeliggjør mikroorganismer, vil faren for bakteriell overvekst øke, og enteritt med diaré kan forekomme (Sortland, 2011).

2.2.2 Aktivitet

Mange av de kroppslige forandringene som skjer ved økt alder, har innvirkning på evnen til å være i fysisk aktivitet, bevege seg fritt utendørs, mulighet til å skaffe seg mat på egenhånd, og til å tilberede mat og spise den. En av de viktigste endringene er at ben og muskelmasse reduseres, sammen med at lungenes oksygenopptak avtar. Når lungefunksjonen reduseres, kan det føre til en negativ innvirkning på Eldres evne til å være i aktivitet (Kvamme, Holmen, et al., 2011).

Ved redusert ben og muskelmasse i alderdommen, reduseres den fysiske aktiviteten betraktelig. Det er flere studier som viser til at eldre som er i risiko for, eller er underernærte, har nedsatt daglig aktivitet (Activity of Daily Living- ADL) (Fuhrman, 2009; L. Johansson et al., 2009; Saletti et al., 2005; Stechmiller, 2003; Sørbye et al., 2008). Nedsatt aktivitet fører med seg økende risiko for ustøhet, falltendens og nedsatt muskelstyrke (Y. Johansson, Bachrach-Lindstrom, Carstensen, & Ek, 2009; Olin, Koochek, Ljungqvist, & Cederholm, 2005). Tap av ben og muskelmasser kan føre til en ond sirkel for eldre, da god fysisk aktivitet

krever god ben og muskelmasse. Men paradoksalt så reduseres ben og muskelmasse som en naturlig del av aldringsprosessen, og fysisk aktivitet avtar, som igjen reduserer ytterligere ben og muskelmasse (Ahmed & Haboubi, 2010). Lav ADL og immobilisering kombinert med lav BMI fører til ytterligere redusert lungefunksjon enn vanlig aldersforandring. Lav BMI fører til både perifer- og respiratorisk muskelsvinn og gir økende risiko for mortalitet (Kvamme, Holmen, et al., 2011).

Nedsatt gripe og/eller bevegelsesproblemer beskrives som et problem som vil ha innvirkning på ernæringsstatus, og føre til risiko for underernæring hos eldre. 33,3 % av eldre hjemmeboende rapporterte at deres kroppslige funksjon hadde innvirkning på ernæringsinntaket (Landmark, 2008). I forbindelse med matsituasjoner og tilberedning kan det dermed begrense pasientens innflytelse over egne matinnkjøp og tilberedning etter eget ønske. Det fører til at eldre som ikke får matvarer eller tilberedt maten etter egne preferanser kan unnlate å spise maten som de får servert (L. Johansson et al., 2009).

Flere studier viser til at nedsatt aktivitet og immobilisering kombinert med underernæring fører til økt fare for trykksår, og opptil 50 % av pasientene med trykksår var underernærte (Iizaka, Okuwa, Sugama, & Sanada, 2010; Omran & Morley, 2000). 27 % - 48,8 % av utviklede trykksår var så dypt utviklet at risikoen for infeksjon økte. Samtidig vil pasienter med trykksår gi økt behov for tjenester fra helsepersonell, og store økonomiske og materielle kostnader (Guenter et al., 2000; Paquay et al., 2008). Det trekkes frem at trykksårets størrelse har betydning for alvorlighetsgrad av underernæring, og at korrigerende av ernæringsstatus har positiv effekt på behandling og tilheling av trykksår (Iizaka et al., 2010).

Smertebegrepet trekkes inn som et viktig element i forståelsen av aktivitet og ernæringsproblematikken. Økende alder fører ofte med seg kroniske smerter pga slitasje og andre fysiske plager. Kroniske smerter reduserer ofte evnen til å være i fysisk aktivitet, og i alderdommen vil det kunne ha innvirkning på tilberedning av mat (L. Johansson et al., 2009). Ved vedvarende nedsatt ADL kan fatigue oppstå, noe som beskrives kortfattet som trøtthet, utmattelse, kraftløshet, energiløshet og døsighet som igjen har innvirkning på tilberedning og inntak av mat (Stechmiller, 2003). Det innebærer at eldre med smerter og/eller fatigue, kan få store ernæringsmessige konsekvenser ved at eldre får redusert mulighet til å kjøpe inn maten,

tilberede den og spise den. Ved mangelfullt inntak av mat, øker faren for nedsatt aktivitet pga nedsatt ernæringsstatus ytterligere (ibid).

2.2.3 Kognitiv funksjon

Ved økende alder øker samtidig risiko for endret kognitiv funksjon. Ved delirium, ulike demenssykdommer, depresjon og glemshet ses større andel med underernærte (Ahmed & Haboubi, 2010; Stechmiller, 2003). Ved nedsatt kognitiv funksjon kan eldre glemme å spise, ikke se nødvendigheten av å spise eller ikke klare å spise selv, og får dermed økt risiko for utilsiktet vekttap (Ahmed & Haboubi, 2010; Saletti et al., 2005; Sørbye et al., 2008). Flere studier viser en sammenheng mellom BMI og kognitiv funksjon. To studier viser at det er mulig å predikere underernæring flere år før underernæring blir påvist. Allerede fire år før påvist underernæring, kunne studier se at både BMI og kognitiv funksjon var signifikant lavere hos personer som var i ernæringsmessig risiko enn normalernærte (Guigoz, 2006; L. Johansson et al., 2009). Eldre som har en dårlig selvrappporterende mental helse har påvist BMI på under 20. Det var i økende grad kvinner som rapporterte depressive og angstrelaterte tanker. Det ble dog tatt i betraktning at menn generelt sett har tendens til å underrapportere depressive tanker (Kvamme, Grønli, Florholmen, & Jacobsen, 2011).

Med fysisk- eller sosial isolasjon, nedsatt ADL og/ eller ensomhet kan depresjon forekomme (Bocock, Keller, & Brauer, 2008). Sammenhengen mellom depresjon og underernæring kan være kompleks. Depresjon i seg selv kan føre til utilstrekkelig matinntak, men på en annen side kan også underernæring føre til depresjon og apati (Saletti et al., 2005).

Det ses også en sammenheng mellom nivå av næringsstoffer og kognitiv funksjon (Olin et al., 2005; Scott et al., 2006). Lavt nivå av viktige næringsstoffer kan føre til nedsatt kognitiv funksjon. Ved å korrigere ubalansen av næringsstoffer og gi et riktig tilpasset kosthold vil kunne redusere og forebygge kognitiv svikt som er forårsaket av underernæring. Forskning på næringsstoffer og kognitiv funksjon har som videre mål å få økt kunnskap om hvilke

næringsstoffmangler som resulterer i kognitiv svikt og hjernesykdommer hos eldre (Scott et al., 2006).

2.2.4 Sosialt nettverk

Redusert sosialt samvær med andre mennesker i samfunnslivet ses som normalt adferdsmønster hos eldre. Teori om sosial seleksjon fokuserer på at eldre mennesker aktivt velger nivå av sosial kontakt i forhold til hvor langt livsløp de har foran seg (Carstensen, Isaacowitz, & Charles, 1999). Hos eldre er det dermed naturlig at det fokuseres på gode relasjoner hos et mindre antall mennesker, som med familien. Matsituasjoner oppfattes likevel som en viktig sosial arena og anses som et viktig element i menneskelige relasjoner (Timonen & O'Dwyer, 2010). Ufrivillig sosial isolasjon grunnet nedsatt ADL vil ha innvirkning på livskvalitet, og igjen føre til mindre matinntak og økt risiko for underernæring (Ahmed & Haboubi, 2010; Olin et al., 2005). Sosial isolasjon kan også forekomme ved tap av nær familie, ektefelle eller partner. Tap av ektefelle og partner kan ha store konsekvenser for matsituasjonen. Matsituasjonen ses ofte som en del av sosialt samvær, men ved tap av ektefelle eller partner har ikke matsituasjonen samme betydning (Olin et al., 2005; Timonen & O'Dwyer, 2010).

Det sosiale samværet med andre mennesker i forbindelse med matsituasjoner har stor betydning for mengden matinntak hos eldre (Locher, Robinson, Roth, Ritchie, & Burgio, 2005). Studien viser til at eldre spiser mer når de deler måltid med andre, og at det kan være flere faktorer som er gjeldende til dette. Måltidet blir lengre når den eldre har noen å dele maten med, noe som fører til at de spiser mer og får i seg signifikant flere kalorier. Måltid i seg selv kan forlenge den sosiale relasjonen og gi den eldre selskap. Det kan også være sosiale regler, som at det forventes at man spiser mer, og ikke deler opp maten i flere porsjoner når det er andre til stede. Eldre spiser mer dersom de får laget maten ferdig og den som tilbereder maten spiser sammen med den eldre, og kan vise takknemmelighet ved å spise mer enn vanlig (ibid). Timonen et al. (2010) kan vise til tilsvarende resultater i sin studie. Meals on wheels i Irland skal i utgangspunktet ha en sosial stimulerende funksjon hos pasienter, når

helsepersonell leverer maten. Men i stedet viser studien at eldre som kun får levering av mat og ikke har selskap under måltidet hadde motsatt effekt. De spiste fortsatt for lite, og hadde ingen særlig interesse av måltidene. Ved å få flere måltider, opplevde flere eldre at de ble tvunget til å spise alle måltidene hjemme (ibid).

Grad av sosioøkonomisk status hos eldre ses ofte som en bifaktor for de er i ernæringsmessig risiko (Ahmed & Haboubi, 2010; Callen & Wells, 2003; Kvamme, Olsen, Florholmen, & Jacobsen, 2010; Olin et al., 2005; Stechmiller, 2003). Ved lav økonomi og utdanning har eldre høyere risiko for underernæring enn hos eldre med høyere utdanning, eller egen oppfatning av tilfredsstillende økonomi. Personlig økonomi påvirker hvilke muligheter den eldre har ved innkjøp til et variert kosthold (McKie, MacInnes, Hendry, Donald, & Peace, 2000). I tillegg ses det blant den aldrende befolkningen at det er et ideal om å være slank (Thompson Martin, Kayser-Jones, Stotts, & Froelicher, 2008). Eldre som er mer interessert i eget kosthold og hva som er sunt, viser seg å ha høyere utdanning (Callen & Wells, 2003). I tillegg til økt risiko for ernæringsmessige problemer, ses det andre helserelaterte problemer og ønske om bedre helse hos eldre med lavere sosioøkonomi (Kvamme et al., 2010).

2.2.5 Eldres kunnskap om ernæring

Eldre selv kan ha lite kunnskap om hva som er normalvekt for dem og hvilke kostsammensetninger som anbefales eldre (Fritz & Elmadfa, 2008; Johnson & Begum, 2008; Stechmiller, 2003; Sørbye et al., 2008; Thompson Martin et al., 2008). En fellesnevner i studiene viser at Eldres kosthold inneholder mer enn anbefalt inntak av proteiner, men mindre enn anbefalt inntak av næringsstoffer som vitaminer og mineraler. Vanlig oppfatning hos eldre er at kostsammensetningene skal være de samme hos alle mennesker uansett alder. De holder dermed på gamle matvaner og tar sjelden til seg nye råd (McKie et al., 2000). Dette er på grunnlag av at eldre føler en selvsikkerhet i hvilken mat som passer for dem fordi «det har den alltid gjort». Eldre selv har en egen oppfatning av at det er sunnere å være slank enn å være korpulent eller noe overvektig, og flere som oppfatter seg selv som tykke og ønsker å gjennomføre dietter for å oppnå vekttap (Thompson Martin et al., 2008). Eldre har heller ikke

tilstrekkelig kunnskap om at vekttap er en stor indikator for underernæring, og hvilke risikofaktorer som kan forekomme sekundært av underernæring (ibid).

Undervisning og veiledning om ernæring til eldre, kan være problematisk på grunn av gruppens heterogenitet. Terminologien eldre, kan være en gruppe mennesker med så mye som 25 år i aldersforskjell. Det stilles derfor store utfordringer til undervisningsopplegget fordi det er så store forskjeller ved blant annet alder, helsestatus, kognitiv funksjon, sosiale bånd, kulturelle og rase forskjeller, og nivå av utdanning (Higgins & Barkley, 2003). Undervisning og veiledning må individualiseres ved å kartlegge den eldres ønsker og behov for veiledning, og se hva slags matinntak den eldre har til vane å spise. Ved å ha kunnskap om tidligere empiri og kunnskap om den eldres ernæringsstatus, vil ernæringsveiledningen kunne individualiseres. Ved å gjennomføre større spørreundersøkelser for gitte aldre, vil det også kunne la seg gjennomføre og ha undervisningsopplegg for større grupper (ibid).

Undervisning og informasjon som gis til eldre, bør være ut i fra eldres allerede eksisterende kunnskap og oppfatning om ernæring. Eldre som introduseres for helt ny informasjon kan oppleve den som lite troverdig, og velger heller å følge råd fra blader, aviser og media om kost som de hadde kjennskap til fra tidligere. Rammene for undervisning og veiledning til eldre må være både skriftlig og grafisk sammen med muntlig informasjon. Det anbefales å legge til rette for skriftlig informasjon i hjemmet slik at den er tilgjengelig for pårørende. Den skriftlige informasjonen som gis til eldre må ta hensyn til brosjyrens format, størrelse og innhold av informasjon og bilder (Fuhrman, 2009; McKie et al., 2000). Tett oppfølging med ernæringsveiledning og aktiv deltakelse gir eldre økt kunnskap om ønsket ernæringsstatus. Eldre får kunnskap om hvilke tiltak de bør gjøre selv for å få ønsket effekt. Samarbeid og gruppeundervisning gir positiv effekt, sammen med generell støtte fra helsepersonell og planlagt oppfølging (Arvanitakis et al., 2009; Bandayrel & Wong, 2011).

2.3 Helsepersonell og ernæring

Forskning på helsepersonells kunnskap om ernæring har hovedsakelig fokusert på sykehus og sykehjem. Empirien viser at helsepersonell har utilstrekkelig kunnskap om ernæring og evne til å utføre ernæringsbehandling (Arvanitakis et al., 2009; Helsedirektoratet, 2009; Mowe et al., 2008; Munch, Pedersen, Faergeman, & Thulstrup, 2006). I hjemmesykepleien er forskning på ernæring i oppstartsfasen, men foreløpige studier viser til økende forekomst av eldre hjemmeboende er i ernæringsmessig risiko eller er underernærte (Helsedirektoratet, 2009; Sørbye, 2003; Sørbye et al., 2008). Helsepersonells kunnskap har dermed blitt et aktuelt område å forske nærmere på, og viser at det er brist i teoretisk kunnskap, praktisk ernæringsbehandling og veiledning (U. Johansson et al., 2009; Meijers, Halfens, van Bokhorst-de van der Schueren, Dassen, & Schols, 2009).

2.3.1 Helsepersonells kunnskap om ernæring

Helsepersonell har et veiledningsansvar for pasienter, og deres fokus for behandling av underernæring, skal være forebyggende og ha oppmerksomhet på andre underforeliggende årsaker som sykdommer og medikamenter. Samtidig skal helsepersonell fokusere på at veiledningen og undervisningen til pasienten skal gjennomføres med både forebyggende og behandlende karakter. Det er viktig å informere eldre om hva som er normale kroppslige forandringer, og hvilke kostsammensetninger som bør tilstrebes (Arvanitakis et al., 2009; Fuhrman, 2009). Hos pasienter med hjemmesykepleie beskrives det hvor stor rolle helsepersonell i hjemmesykepleien har fordi de har den daglige kontakten med pasienten. Ufaglærte pleieassistenter trekkes også frem som viktige bidragsytere for å forebygge og oppdage uregelmessigheter ved matsituasjoner, og at ernæringsfysiolog bør ha en sentral og veiledende rolle (Arvanitakis et al., 2009). Fordi Eldres kunnskapsnivå om egen ernæringsstatus er utilstrekkelig, stilles det krav til at helsepersonell som er i kontakt med pasienten veileder i optimal ernæringsstatus (ibid). Studier viser at helsepersonell er nærmest usynlige i veiledning av Eldres ernæringsstatus. Et fåtall av eldre i studien fikk informasjon

om hva som er optimal vekt i deres alder, og hvordan forebygge ytterligere vekttap (Thompson Martin et al., 2008).

Av identifiserte studier kan mangler på helsepersonells tilstedeværelse og veiledning forklares med at helsepersonell har utilstrekkelig kunnskap, evne til å bedømme, iverksette og gjennomføre behandling av underernæring (U. Johansson et al., 2009; Meijers et al., 2009). Sammenfattet ses det i studiene at helsepersonell mener ernæring i eldreomsorgen er meget relevant og viktig. Likevel er interessen for ernæring liten og helsepersonell har dermed utilstrekkelig kunnskap om ernæringsproblematikk (U. Johansson et al., 2009). Studiene viser svikt i sammenheng mellom helsepersonells bedømming av ernæringsstatus og behandling (U. Johansson et al., 2009; Meijers et al., 2009).

Hovedsakelig foreligger det dårlig oppfølging av vurdert ernæringsstatus. Studiene viser at nye pasienter blir veid, men det at det ikke blir gjennomført oppfølging og behandling hos de som er underernærte eller i risikogruppen for underernæring. Det ses heller ikke oppfølging av ernæringsplan dersom det er satt i gang. Det foreligger også individuelle oppfatninger hos helsepersonell om hva underernæring er og når det skal behandles (Meijers et al., 2009). Ernæring bør diskuteres og arbeides med ut i fra et multidisiplinært perspektiv, da sykepleiere har for lite kunnskap om interaksjon mellom sykdom og medikamenter, medikamenters virkning på hverandre, matlyst og ernæringsstatus (U. Johansson et al., 2009). Det er derfor nødvendig å ha nært samarbeid med lege og ernæringsfysiolog. Det rapporteres at ernæringsfysiologer sjelden er tilknyttet arbeidsplassen, og at de som er tilgjengelige i liten grad blir kontaktet for råd (U. Johansson et al., 2009; Meijers et al., 2009).

Helsepersonells holdning overfor ernæring og eldre ses som et viktig funn relatert til utdanningsnivå og kunnskap. To artikler viser til at helsepersonell med dårlige holdninger om ernæring og eldre, har utilstrekkelig kunnskap om ernæring (Bachrach-Lindström, Jensen, Lundin, & Christensson, 2007; Christensson & Bachrach-Lindstrom, 2009). Holdninger vises til å bli bedre gjennom økt kunnskap om ernæring. Slike funn kan relateres til utdanningsnivå og nylig gjennomført utdanning (Endevelt, Werner, Goldman, & Karpati, 2009). Økende grad

av kunnskap og holdninger ble rapportert hos sykepleiere med bachelorgrad, hos yngre sykepleiere som nylig har gjennomført utdanningen, og hos troende (ibid).

2.3.2 Hjelpemidler for å identifisere ernæringsmessig risiko og underernæring

Tidlig identifisering av pasienter i ernæringsmessig risiko gjør det mulig å iverksette tiltak før underernæring oppstår. Underernæring får ofte utvikle seg fordi problemet ikke blir identifisert. Bruk av enkle mål som vekt og BMI er gode hjelpemidler for å vurdere ernæringsstatus, men vurdering av vektutvikling og/eller matinntak må suppleres for å få et bredere bilde av ernæringsstatus over en tidsperiode (Helsedirektoratet, 2009).

Det er utviklet en rekke verktøy som identifiserer ernæringsmessig risiko eller underernæring. Flere av verktøyene tar høyde på å måle ernæringsstatus ved å se på høyde, vekt og vektutvikling. Enkelte tar hensyn til matinntak, grad av sykdom og fysisk funksjon. Verktøyene skiller seg henholdsvis ut i fra egnet bruksområde, som spesialist- eller primærhelsetjenesten og til eldre over 65 år (ibid). Verktøyene har til hensikt å fungere som hjelpemidler for helsepersonell ved vurdering av ernæringsstatus, men fordi det er minimalt med fokus på ernæring har helsepersonell for liten kjennskap til slike hjelpemidler (U. Johansson et al., 2009; Meijers et al., 2009).

ESPEN anbefaler å bruke verktøyet Mini Underernæring Screeningverktøy (MUST) i primærhelsetjenesten, fordi verktøyet har til hensikt å identifisere underernæring på grunnlag av kunnskap om sammenhengen mellom svekket ernæringsstatus og nedsatt funksjon. MUST er i utgangspunktet egnet i primærhelsetjenesten fordi det er sjelden alvorlige underliggende årsaksfaktorer. (Kondrup, Allison, Elia, Vellas, & Plauth, 2003). MUST tar for seg fem trinn: vurdere ernæringsmål som høyde, vekt, BMI og nylig ufrivillig vekttap. Videre må effekt av akutt sykdom overveies, og risikoskår eller gradering av underernæring samles. Tilslutt må ernæringsbehandlingen iverksettes ut i fra interne eller MUST sine retningslinjer (Todorovic, Russell, Stratton, Ward, & Elia, 2003). Mini Nutritional Assessment (MNA) ses som et

hensiktsmessig verktøy hos personer eldre enn 65 år, og anses som et enkelt verktøy å bruke for helsepersonell. Screeningverktøyet ses som en mulighet for å forebygge underernæring og oppdage underernæring på et tidlig stadium hos svake. I tillegg til å måle matinntak og vekt, inkluderer MNA fysiske og mentale aspekter som ofte har innvirkning på eldres ernæringsstatus (ibid). Helsedirektoratet har tidligere publisert et skjema, Ernæringsjournal, for kartlegging av ernæringsstatus i sykehjem og i hjemmetjenesten. Skjemaet har til hensikt å være et redskap som kan brukes til å forbedre praksis (Helsedirektoratet, 2006). I likhet med de andre verktøyene, tar Ernæringsjournalen sikte på vurderinger for ernæringsstatusen ved å måle høyde, vekt, vektutvikling og BMI. I tillegg tar den hensyn til ernæringsrelaterte data som er relevante data som har innvirkning på ernæringsstatusen (ibid).

2.3.3 Barrierer i ernæringsarbeidet

Ernæringsarbeid i hjemmesykepleien krever at helsepersonell tar hensyn til flere aspekter når de utøver sykepleie i hjemmet til en pasient. Det kan forekomme flere hindringer som fører til at pleien ikke er faglig forsvarlig eller ikke blir utført i det hele tatt. Barrierer for forebyggende og behandlende arbeid av underernæring er først og fremst helsepersonells utilstrekkelige kunnskap om ernæring (U. Johansson et al., 2009). Det finnes store etiske problemområder som blant annet handler om å ivareta privatlivets sfære, helsepersonells holdninger og ansvarsfordelinger mellom faggruppene. Fordi helsepersonell i hjemmesykepleien har en selvstendig arbeidsdag, uten kollegaer lett tilgjengelig, må det foreligge klare retningslinjer for ansvarsfordelinger for prosedyrer som skal utføres.

Å gjennomføre ekstra tiltak i forbindelse med pasientens ernæringsstatus kan by på store etiske utfordringer for helsepersonell. I følge pasientrettighetslovens kapittel 3 og 4 har personer som mottar helsehjelp krav på å ha medbestemmelse og kan nekte behandling. Dette kan og kan føre til store utfordringer for helsepersonell (Pasientrettighetsloven, 1999). Ved å ha arbeidsplassen sin i andres hjem, kan helsepersonell ha en opplevelse av å være gjest i hjemmet, og må møte pasienten på deres premisser slik at privatlivet ikke oppleves truet

(Liaschenko, 1994). Makten til å være autoritær ligger i sosiale relasjoner og hvor relasjonene foregår. Det betyr at det finnes mennesker som har sosial og stedbundet autoritet til å gjøre bestemte handlinger, mens andre ikke har mulighet (ibid). I en setting i hjemmesykepleien fører er det pasienten som i utgangspunktet har makt, og kan bestemme hva som skal gjøres, uansett hvilke etiske eller medisinske forslag helsepersonell har (ibid). Men på grunn av helsepersonells autoritære og faglige bakgrunn vil pasienter godta at det utføres handlinger i hjemmet deres, noe de ellers ikke ville ha godtatt (Birkeland & Flovik, 2011). Helsepersonell har i utgangspunktet ansvar for å ha en balansegang mellom de nødvendige tiltakene som må utføres for å opprettholde ernæringsstatusen og samtidig ivareta pasientens private sfære, uavhengighet og integritet (ibid).

Pasienters nedsatte matlyst, motivasjon til å spise og drikke tilfredsstillende eller gjennomføre ernæringsbehandling, oppfatter mange sykepleiere som etisk utfordrende. Ved å ikke gjennomføre behandlingen som er satt i gang, eller gå i mot pasientens egen vilje fører til etiske vurderinger for helsepersonell (U. Johansson et al., 2009). Landmark (2008) viser til at helsepersonellgjentatte ganger opplever og erfarer at kognitiv svikt og ulike stadier av demens er en utfordring for eldres ernæringsstatus. De relaterer kognitiv svikt som en risikofaktor for underernæring ved at det er vanskelig å hjelpe pasienter som selv ikke vil ha mat eller drikke.

Alt helsepersonell som har kontakt med pasienten trekkes frem som ansvarlige for å observere og eventuelt fange opp tjenestemottakere med risiko for underernæring eller underernærte (Arvanitakis et al., 2009). En felles oppfatning hos leger, sykepleiere og hjelpepleiere at det er sykepleiere som er ansvarlig for å bedømme ernæringsstatus ut i fra ernæringsbehov og utarbeide individuelle behandlingsplaner (U. Johansson et al., 2009). Til tross for at sykepleiere også anser seg selv som ansvarlige, er det store mangler på kunnskap. Hver organisasjon har egne retningslinjer for helsepersonells ansvarsområder, men slike retningslinjer kan være problematisk å implementere dersom det er en felles konsensus om at det kun er sykepleiere som er ansvarlige for ernæringsbehandlingen (ibid).

I norsk kommunehelsetjeneste er yrkesgruppene delt inn i sykepleiere (23 %), hjelpepleiere/helsefagarbeidere (37 %), vernepleiere (5 %), omsorgsarbeidere (10 %) og ufaglærte (25 %) (Statistisk sentralbyrå, 2008, 2010a). Det er imidlertid sykepleierne som har faglig ansvar for å organisere og lede sykepleietjenesten. Selv om alt helsepersonell etter lovgivningen har et individuelt ansvar for å oppfylle kravet om faglig forsvarlighet, tillegges sykepleierne større grad av profesjonsrelatert ansvar og autonomi i yrkesutøvelsen (Helsepersonelloven, 1999; Norsk Sykepleierforbund, 2001). En regel på en arbeidsplass kan være felles holdninger til hva som forventes av hver enkelt faggruppe i møte med eldre og ernæring. I tillegg kan hver enkelt faggruppe ha forventninger til de andre faggruppene om hva som er deres ansvarsområder, og vice versa, uten at faggruppene og arbeidsplassen har klare retningslinjer. Det finnes svært lite forskning om ansvarsforhold mellom ulike faggrupper i hjemmesykepleien. Derfor velger jeg å trekke inn en studie fra sykehjem som omtaler problematikken (Crogan et al., 2001), da sykehjem og hjemmesykepleien har relativt lik organisering av sykepleiere, hjelpepleiere, pleieassistenter og funnene kan relateres til forventede ansvarsforhold i hjemmesykepleien.

Forhold av organisatoriske, kommunikasjons- og samhandlingskarakter er klare barrierer for å sikre god ernæringsbehandling (ibid). Fordi sykepleiere har flere organisatoriske og tekniske oppgaver, faller oppgaver som pleie og tilrettelegging ved matsituasjoner over på hjelpepleiere og pleieassistenter. Studien viser til at det er for dårlig kommunikasjon mellom sykepleiergruppen og hjelpepleie/ pleieassistentgruppen, som fører til misforståelser over hvilke arbeidsoppgaver de ansatte har i forbindelse med matsituasjoner. Fordi sykepleiere ikke alltid har mulighet til å være til stede ved matsituasjoner, og ikke har optimal kommunikasjon med de andre yrkesgruppene, går de ofte glipp av verdifull informasjon om den eldres matvaner og mister oversikt over ernæringsstatusen. Dette innebærer også at pleieassistenter og hjelpepleiere som har utilstrekkelig kunnskap om ernæring, heller ikke får utbytte av sykepleiers kunnskap om ernæring. I forbindelse med slike arbeidsforhold må organisasjonenes ledelse inn med en aktiv rolle, for å legge til rette klare forventninger og retningslinjer angående samarbeid, kunnskapsutveksling og kunnskapsutvikling (ibid).

2.3.4 Behov for kunnskapsutvikling

Fokus på kunnskapsutvikling på individ- og organisasjonsnivå er anerkjent i sykehjem, og på grunnlag av dette viser flere forskere til at kunnskapsutvikling om ernæring vil være fordelaktig i en setting for helsepersonell i hjemmesykepleien og annen kommunal helsetjeneste (U. Johansson et al., 2009; Kennelly, Kennedy, Rughoobur, Slattery, & Sugrue, 2010; Meijers et al., 2009; Westergren & Hedin, 2010).

Ved å øke kunnskap hos helsepersonell i hjemmesykepleien, kan underernæring forebygges eller behandles hjemme (Fuhrman, 2009). Undervisning til helsepersonell om ernæring viser til både korttids- og langtidseffekt ved forebygging og behandling av underernærte pasienter (Lorefält, Andersson, Wirehn, & Wilhelmsson, 2010; Westergren & Hedin, 2010; Wikby, Ek, & Christensson, 2009). Ved å fokusere på studiegrupper og undervisning med ernæringslære, hvordan identifisere ernæringsmessig risiko, diagnostisere underernæring og behandle underernæring, ses reduksjon av proteinbasert underernæring (Wikby et al., 2009), økt vekt og ernæringsstatus (Kennelly et al., 2010; Lorefält et al., 2010; Westergren & Hedin, 2010).

Det er viktig å fremstille organisatoriske forhold ved ernæringsbehandling. Det er nødvendig at organisasjonen har et stort fokus på ernæring, og at undervisningen som gjennomføres er kvalitetssikret og gjentas regelmessig. Det betyr at helsepersonell får fokus på ernæring når hele organisasjonen jobber for et løft for å få ernæring i fokus (Westergren & Hedin, 2010). Ernæringskurs viser ikke alltid langtidseffekt, men ved at organisasjonen har fokus på ernæring, kan det gi felles konsensus blant ansatte at ernæring er viktig. En felles konsensus kan føre til økt oppmerksomhet omkring ernæringsproblematikk, som sekundært gir mindre underernæring hos pasientene. Funn som dette blir gjenstand for at forskning trekker inn organisasjonens deltakelse som en forutsetning for å gjennomføre regelmessige ernæringskurs, ellers har det ingen betydning (Barba & Fay, 2009; U. Johansson et al., 2009; Meijers et al., 2009; Westergren & Hedin, 2010). Organisasjonsledelsens deltakelse er nødvendig fordi strukturering av ernæringsfokus i helse og omsorgsorganisasjoner er et meget krevende arbeid, og det er nærmest umulig for enkeltpersoner å gjennomføre alene (Meijers et al., 2009).

Ved tilstrekkelig kunnskap om ernæring og evne til å behandle underernæring i hjemmet eller forebygge underernæring vil det i tillegg til å komme pasienten til gode, vil det også komme organisasjonen til gode. Behandling og forebygging av underernæring i hjemmet vil redusere pleiekostnadene. Underernæring gir store økonomiske kostnader i offentlig sektor, i form av at pasienter legges inn på sykehus for behandling av underernæring, og eventuelt ha et opphold på sykehjem før hjemreise (Arvanitakis et al., 2009; Fuhrman, 2009).

2.4 Kunnskapsstrukturer i sykepleien

Sykepleie er en praktisk disiplin som fører til dynamiske prosesser mellom sykepleier og pasient. Sykepleiefaget har et kontinuerlig fokusskifte mellom teoretisk kunnskap og mellommenneskelige forhold i møte med pasienter, og krever derfor ulike kunnskapsstrukturer eller kunnskapsformer for å håndtere denne kompleksiteten (Carper, 1996; Chinn & Kramer, 2011; Kim, 1983).

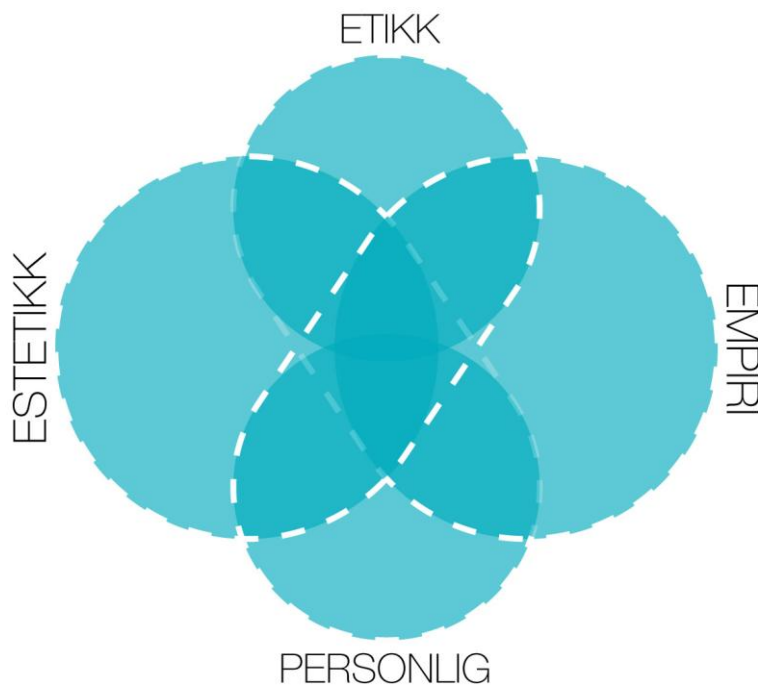
Teoretiske perspektiver kan fungere som grunnlag for diskusjon av studiens forskningsspørsmål samt være et vindu for refleksjon over funn (Bjørk & Solhaug, 2008). Kunnskapsformer i sykepleien, ses dermed som relevant teoretisk forankring for denne studien der helsepersonells kunnskap, holdninger og handlingsferdigheter om ernæring tematiseres. Ved å knytte det teoretiske perspektivet opp mot identifisert empiri, anser jeg at kunnskapsomfanget rundt ernæring belyser nødvendighet av ulike former for kunnskap.

Diskusjonen om hva kunnskap i sykepleien er og bør være, har vært og er fortsatt et omdiskutert tema. Fordi sykepleiefaget kan ses som et kontinuerlig skifte og samspill mellom teori og praksis, stilles det ulike krav til kunnskap. Jeg ønsker i dette kapitlet å beskrive mangfoldet av kunnskapsformer i sykepleiefaget. Barbara Carper var den første sykepleieteoretikeren som presenterte en struktur med fire former for kunnskap i 1978, for å

lage en felles kunnskapsbase for sykepleiere, i både praksis, læring og undervisning. Hun presenterte de fire formene for kunnskap som empirisk kunnskap, estetisk kunnskap, personlig kunnskap og etisk kunnskap (Carper, 1978).

Carper brukte kunnskapsformene for å sette fokus og oppmerksomhet på hva slags kunnskap som ble ansett som mest verdifull i sykepleiefaget (Carper, 1996). Det har i ettertid kommet til flere sentrale sykepleieteoretikere som har presentert ulike former for kunnskapsformer hvor de tar utgangspunkt i Carpers kunnskapsformer (Buus, 2008; Chinn & Kramer, 2011; Kim, 1983; Mantzoukas & Jasper, 2008). Figur 1 illustrerer slik Carper presenterte fire former for kunnskap i 1978.

Figur 1 Carpers (1978) presentasjon av fire former for kunnskap



Figuren viser, som annen litteratur henviser til, er at estetisk og empirisk kunnskap er dominerende kunnskapsformer i sykepleiefaget (Estabrooks et al., 2005; Spenceley, O`Leary,

Chizawsky, Ross, & Estabrooks, 2008). Likevel tolker jeg at det ikke er mulig å ha en dualistisk tankegang, fordi kunnskapsformene må ses som gjensidige og i et kontinuerlig samspill for å forstå et fenomen.

De ulike kunnskapsformene er i utgangspunktet beskrevet ut i fra et sykepleierperspektiv, likevel velger jeg å bruke de ulike kunnskapsformene når jeg omtaler alle faggrupper av helsepersonell videre i diskusjonskapittelet, da alle faggruppene yter sykepleie.

2.4.1 Empirisk kunnskap

Empirisk kunnskap omtales i litteraturen som den kunnskap som er forsket frem (Carper, 1996; Kim, 1983; Chinn & Kramer, 2011). Flere sykepleieteoretikere har trukket fram ulike begreper som beskriver empirisk kunnskap som en kunnskapsform i sykepleiefaget (Carper, 1996; Kim, 1983; Mantzoukas & Jasper, 2008). Carper beskriver strukturen som empirisk kunnskap. Empirisk kunnskap i sykepleiefaget var knyttet opp til det naturvitenskaplige paradigmet frem til 1950 som fremhevet kunnskap som var forsket frem og som var systematisert (Chinn & Kramer, 2011). Før den tid hadde sykepleiere ikke noen reelle teorier, men flere sett av akkumulerte regler, som var både legitimert og styrt av autoriteter utenfor sykepleien (ibid). Fra 1950 tallet kom de første teorier om sykepleieteorier og beskrivelse av sykepleiekunnskapen. Til tross for at sykepleievitenskapen var nært knyttet opp til det naturvitenskaplige paradigmet, hadde ikke teoriene like stor grad av abstrakte og systematiske forklaringer, til tross for at det ble ansett som den ideelle formen (Carper, 1996).

Forskningsbasert kunnskap har sitt utspring fra det naturvitenskaplige paradigmet og ble et anerkjent begrep da the Cochrane collaboration begynte med systematiske samlinger av empiri i en database, som skulle gjøre det enklere for leger å finne ny og anerkjent forskning som kunne implementeres i praksis (Ekeli, 2005). Forskningsbasert kunnskap i sykepleiefaget utviklet seg fra dette ståstedet, som fra 1990 tallet utviklet seg videre til det anerkjente begrepet kunnskapsbasert praksis (KBP) (Mantzoukas & Jasper, 2008). KBP defineres slik: *”Å utøve kunnskapsbasert sykepleie er å ta sykepleiefaglige avgjørelser basert på systematisk*

innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjonen.” (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, & Reinart, 2007, s. 15). KBP har til hensikt at sykepleiere og annet helsepersonell skal kunne ta kliniske beslutninger på grunnlag av ny evidens, pasientens egne preferanser, klinisk erfaring og tilgjengelige ressurser (Ekeli, 2005; Nortvedt & Hanssen, 2001). Det foregår fortsatt diskusjoner blant sykepleieteoretikere om kunnskapsbasert sykepleie prioriterer det naturvitenskapelige paradigmet, ved å eliminere de ulike formene for kunnskap som er nødvendige for å praktisere sykepleie (Ekeli, 2005; Nortvedt & Hanssen, 2001).

Uansett hvordan diskusjonen om forskningsbasert sykepleie fremkommer, vil jeg likevel presisere at ved en setting hvor helsepersonell skal ha møte pasienter omkring ernærings spørsmål, må de ha empirisk kunnskap. Ved å ha empirisk kunnskap omkring faktorer som fremmer og hemmer eldres ernæringsstatus, omhandler det å inneha den kunnskap som er forsket frem, som er videreformidlet og som gir en generell konsensus i teori og praksis. Empirisk kunnskap sett i lys av ernæring og eldre, betyr at helsepersonell skal ha faktabasert kunnskap om eldre og ernæring (jf kapittel 2.2). De må ha kunnskap om hvordan fysiologiske aldersforandringer har innvirkning på matinntak, fordøyelse, aktivitet, kognitiv funksjon, sosiale nettverk og eldres oppfatninger og kunnskap omkring ernæring. Ved å ha kunnskap om hvilke aldersforandringer og sykdomsforhold som har betydning for eldres ernæringsstatus og ha kunnskap om hvordan optimal ernæringsstatus skal være, er avgjørende for eldres ernæringsstatus. Tilslutt er det avgjørende at helsepersonell har tilstrekkelig empirisk kunnskap om hvordan ernæringsstatus skal vurderes og hvilke tiltak som skal gjennomføres for å bedre en ernæringsstatus.

2.4.2 Estetisk kunnskap

Estetisk kunnskap omtales av flere teoretikere, men sammenfattet omhandler det sykepleiers interaksjon og umiddelbare handling med pasienten (Carper, 1996; Estabrooks et al., 2005; Kim, 1983; Mantzoukas & Jasper, 2008). Sammen med empirisk kunnskap ses estetisk

kunnskap som de mest dominerende kunnskapsformene sykepleiere bruker i sykepleieutøvelsen (Estabrooks et al., 2005). Carper problematiserer distinksjonen mellom naturvitenskapelig empiri og estetisk kunnskap. Ut i fra min tolkning, ser hun på estetisk kunnskap som den kunnskapen sykepleier innehar som ikke er empirisk, men en taus og ikke-artikulert kunnskap (Carper, 1996). Slik kunnskap anser hun som kunsten i sykepleien, som innebærer ferdigheter og intuisjon i en umiddelbar situasjon eller handling med pasienten. Herunder omhandler det sykepleierens evne til å bevisstgjøre pasienten, og om deres forhold som unikt individ, og av den kombinerte helheten i situasjonen. Kunsten er en metode å uttrykke seg på, og er ikke formell og deskriptiv (ibid). I likhet med Carpers syn på taus kunnskap, utdyper Kim i tillegg kunnskap som jeg tolker til å være en form for estetisk kunnskap, er situasjonsbetinget og kontekstavhengig (1983). Å utøve sykepleie er situasjonsbetinget, dynamisk prosess som er i aller høyeste grad kontekstavhengig, og krever at sykepleiere har evnene til å ta vurderinger og iverksette behandling ut i fra den konkrete konteksten de møter (Estabrooks et al., 2005; Spenceley et al., 2008) Ved å inneha slik kunnskap kan sykepleier få innsikt, forståelse og dybdeforståelse for pasientens opplevelse i tillegg til egen opplevelse (Kim, 1983).

Empati- evnen til å ta del i eller føle en annens følelser, ser Carper på som et viktig element i den estetiske formen for kunnskap. Gjennom empatisk tilnærming, får sykepleier kunnskap om pasientens føyte opplevelser. Jo flinkere sykepleieren er til å oppfatte og utøve empati hos pasienter, jo mer kunnskap og forståelse om andre måter å forstå realiteten får man. Det fører til at sykepleier få et større repertoar for å utøve sykepleie som er effektiv og tilfredsstillende. Samtidig vil bevisstheten for variasjoner for subjektiv opplevelse øke, og føre til at sykepleier opplever at avgjørelser er komplekse og vanskelige å ta (Carper, 1996). Jeg oppfatter ut i fra Carper og Kim sin tekst at situasjonsbetinget kunnskap omhandler mellommenneskelige relasjoner, hvor sykepleier innehar intuisjon og empati i møte med pasienten (Carper, 1996; Kim, 1983).

I en sammenheng der kunnskap om ernæring har fokus, har jeg identifisert mellommenneskelige og sosiale faktorer som innebærer risiko for underernæring. I møte med

pasienten vil dermed sykepleier bli kjent med pasientens som menneske og vil gjennom sin intuisjon og empati for pasienten identifisere faktorer som har innvirkning på ernæringsstatusen. I estetisk kunnskap ligger også betydningen av tiden sykepleier og pasient har sammen, og den tillitten som sykepleier opparbeider seg hos pasienten og pårørende. Ved å ha fokus på å bruke den tid som er nødvendig hos pasienten vil det kunne gi pasienten tillitt til sykepleier som profesjonell og ta til seg råd som blir gitt. Sett i et ernæringsmessig perspektiv, vil sykepleier som bruker tid på å observere, bruke sin refleksive kunnskap og snakke med pasienten om ernæring, kunne danne seg et bilde om hvordan ernæringsstatusen er, og legge til rette for å skape god rammer rundt måltidet. Og ut i fra sine vurderinger og empiriske kunnskap, kan sykepleier iverksette tiltak eller konkludere med en god ernæringsstatus.

Et viktig moment som Carper ikke nevnte eksplisitt i sin artikkel, men slik jeg tolker annen litteratur, og støtter meg på Estabrooks et al. (2005) sine vurderinger, anser jeg kunnskap om avdelingskultur og kollektiv kunnskap som relevant og viktig innenfor estetisk kunnskap (Buus, 2008; Estabrooks et al., 2005; Mantzoukas & Jasper, 2008; Nes & Moen, 2010; Spenceley et al., 2008). Avdelingens kultur omhandler at klinisk kunnskap kontinuerlig forhandles frem og resirkuleres, gyldig kunnskap forhandles gjennom et maktspill hvor aktørene nødvendigvis ikke reflekterer over avdelingens kultur, men får en naturlig utvikling over tid. Slik fremstilling av kultur på avdelingen, kan fort bli fremstilt negativt, når den gir uttrykk for at kunnskap resirkuleres. Da kan det være en holdning om at ”ting blir gjort slik det alltid har blitt gjort”. Sterke aktører kan få frem sine ønsker fordi ”den som roper høyest, vet best”. Likevel kan det å være del av en avdelingskultur være positivt, i den form at lokal kollektiv kunnskap som utvikles, ofte tar utgangspunkt i historisk praksis, erfaringer og sunn fornuft. Avdelingens praksis vokser dermed i fellesskap, ved å dele erfaringer, gjennom diskusjoner og samtaler (Buus, 2008; Nes & Moen, 2010).

2.4.3 Personlig kunnskap

Personlig kunnskap omfatter kunnskapsområder som fokuserer på enkeltindividets personlige og erfaringsbaserte kunnskap (Carper, 1996; Estabrooks et al., 2005; Mantzoukas & Jasper, 2008). Carper beskriver personlig kunnskap som den mest essensielle formen for kunnskap for å forstå helsens betydning når det gjelder individuell velvære. Samtidig fører det til at personlig kunnskap er mest vanskelig å mestre og å lære bort. Det er fordi personlig kunnskap handler om å få kunnskap og holdninger fra sykepleiers egne verdier. I teksten har jeg tolket at empati igjen kommer inn som viktig element, for gjennom empati, kan sykepleier sette seg inn i pasientens situasjon og får gjennom dette, ny personlig kunnskap (Carper, 1996).

Personlig kunnskap handler om at sykepleier bruker seg selv, er subjektiv og terapeutisk i møte med pasienten, og tilstreber å få et mellommenneskelig forhold. På en slik måte kan sykepleier fange opp små endringer hos pasienten som kan være meget relevant. Empirisk kunnskap er selvfølgelig viktig i forståelse av sykepleie, men det krever også at man har fokus på at det er forskjellige grupper av menneskelig natur og oppførsel. Ved å ha fokus på det, klarer sykepleier å gjøre den empiriske kunnskapen til sin egen personlig kunnskap, ved å kunne ta personlige vurderinger i møte med pasienten. Personlig kunnskap kan sammenfattes med at den er subjektiv, konkret, og eksistensiell. Slik kunnskap fokuserer på helheten, integritet og engasjement i møte med pasienten (Mantzoukas & Jasper, 2008).

Refleksiv kunnskap trekkes frem som en del av både erfaringsbasert og situasjonsbetinget kunnskap (ibid). Men for å inneha refleksiv kunnskap er sykepleier avhengig av å ha utviklet erfaring. Ved å være et viktig element av både erfaringsbasert og situasjonsbetinget kunnskap, vil sykepleier utføre raske og effektive handlinger. At sykepleier har erfaring fra tidligere hendelser, som det har reflektert over og fått erfaring fra, vil de kunne utføre handlinger i en ny liknende situasjon og reflektere over dette senere og videreutvikle sin erfaringsbaserte kunnskap (ibid).

Ut i fra min tolkning av personlig kunnskap, oppfatter jeg at personlig kunnskap i en ernæringsmessig setting innebærer å omgjøre den empiriske og kunnskapen om ernæring,

med egne verdier og selvforståelse til praktisk utføring av ernæringsbehandling. Gjennom personlig kunnskap skal sykepleier klare å identifisere problemområder hos pasientens ernærings situasjon ut i fra sin empiriske kunnskap, og utføre tilrettelagte tiltak for å bedre situasjonen for pasienten ut i fra egne verdier og oppfatninger. Det innebærer at sykepleier klarer å sette seg selv inn i pasientens ernæringsmessige situasjon, og handler ut i fra det. Jeg anser at personlig kunnskap også innebærer sykepleiers evne til å videreformidle kunnskap og rådgivning til kolleger, den pasient og pårørende.

2.4.4 Etisk kunnskap

Den siste kunnskapsformen som jeg vil presentere er etisk kunnskap. Carper vektlegger i etisk kunnskap den moralske komponenten, og at sykepleieren er pasientens advokat (1996). Sykepleiere står ofte ovenfor vanskelige valg, i det stadig mer moderne helsevesen. Der krav fra ledelse, pasient og pårørende er viktige komponenter i pleie og behandling av sykdom og fremming av helse. Sykepleiere må forholde seg til krav om det som er godt, det som er ønsket og det som er rett. Slike komplekse moralske beslutninger må tas ut i fra ulike etiske rammeverk. Gjennom livserfaring, kunnskap, og kognitive resonnement som strekker seg utover den vitenskapelige metode for empirisk kunnskap forbedres sykepleierens pasientbehandling (ibid).

Etisk kunnskap i settingen rundt ernæring, tolker jeg det til identifiserte områder i litteraturen om holdninger og ansvarsfølelse rundt eldre og ernæring. Her omhandler en holdning om hvilke forventninger det stilles til hver enkelt person eller faggruppe i hjemmesykepleien som møter pasientene. Her er det viktig å trekke frem organisasjoner som fokuserer på ernæring, og hvilke konsekvenser det får for felles forventning. Like viktig handler etisk kunnskap om hvilke etiske utfordringer helsepersonell møter når de får sin arbeidsplass i hjemmet til pasienten, hvilke vurderinger de må ta for å ikke handle uetisk, ut i fra en faglig vurdering og pasientens privatliv.

2.5 Oppsummering

I litteraturgjennomgangen har jeg identifisert nødvendigheten med fokus på ernæring hos eldre hjemmeboende. Store forandringer skjer i aldringsprosessen som har innvirkning på Eldres ernæringsstatus. Det er viktige områder omkring eldre og ernæring som må tas i betraktning for å forebygge og behandle underernæring. Endret fordøyelse og nedsatt matinntak stiller ekstra store krav til kostsammensetningen. Ved nedsatt aktivitet og kognitiv funksjon reduseres Eldres medbestemmelse for valg og mat og tilberedning. Matsituasjoner har for eldre samme sosiale betydning som hos yngre, men det sosiale nettverket reduseres og kan ha innvirkning på matinntaket. Helsepersonell har en sentral rolle for å informere eldre om anbefalt ernæringsstatus da eldre selv har for lite kunnskap om området. Det gir helsepersonell en stor utfordring fordi forskningen viser at helsepersonell har for lite fokus på ernæring. For lite fokus og kunnskap fører til at helsepersonell ikke kan vurdere ernæringsstatus og hvilke tiltak som skal settes i gang. De presenterte kunnskapsformene setter oppmerksomhet på hva slags kunnskap som anses som verdifull i sykepleiefaget, og viser at helsepersonell må aktivere de ulike typene kunnskap for å vurdere pasienters ernæringsstatus.

3. DESIGN OG METODE

I dette kapitlet vil studiens design og metode presenteres. Videre beskrives instrumenttilpasning, hvordan datamaterialet er samlet inn og analysert. Studiens reliabilitet og validitet vil bli belyst, samt etiske vurderinger av studien.

3.1 Design

Studiens design er utforskende med pretest posttest design. Det legges opp til å undersøke kunnskap om eldre og ernæring hos et arbeidslag i ett hjemmesykepleiedistrikt, før og etter at de har gjennomgått et undervisningsopplegg om ernæring.

Det foreligger lite empiri om studiens tema, dermed er det hensiktsmessig å bruke et utforskende (eksplorativt) design. Ved å benytte utforskende design, vil studien gi innsikt og skape forståelse for videre forskning. I tillegg vil det også gi rom for å lage hypoteser om mulige årsaker (Polit & Beck, 2008).

Studien fikk et kvasi eksperimentelt design på grunn av utelukkende mulighet for å randomisere og kontrollere. I tillegg fordi intervensjonen som gjennomføres i regi av kommunens ledelse, tilbyr ernæringskurs til arbeidslag i hjemmesykepleien over en lengre tidsperiode (Lund, 2002). Studien kan få problemer med hensyn til årsaksslutninger da intervensjonen, variabler og respondenter ikke er mulig å kontrollere. Likevel kan alternative tolkninger av resultatet vurderes, og slutninger kan trekkes med klare forbehold (ibid). Innenfor kvasi eksperimentelt design har jeg brukt pretest og posttest med en gruppe som strategi for å besvare problemstillingen.

3.2 Metode

Metodekapittelet vil presentere studiens setting, hvordan datainnsamlingen ble gjennomført, studiens utvalg og analytisk fremgangsmåte. Tilslutt vil studiens validitet og reliabilitet bli belyst.

3.2.1 Setting

Setting for studien er hjemmesykepleien i en større kommune på Østlandet. På grunn av kommunens størrelse er det organisert med distrikt som er delt inn i mindre arbeidslag. Denne kommunen er i gang med et prosjekt for å sette ernæring i fokus. Både for å øke kompetanse hos de ansatte og sikre pasienters ernæringsstatus med velferdsteknologi. For å øke de ansattes kompetanse er det utarbeidet undervisningsopplegg for de ansatte om ernæring. Opplegget er organisert med tre timers undervisning, hvor samme opplegg ble gjennomført over to dager, slik at alle ansatte skulle få mulighet til å delta på kurset. Figur 2 viser temaene i undervisningen; ernæringslære, matvarekunnskap og generelle råd for å sikre at pasienten får i seg tilstrekkelig mat. I tillegg ble det satt fokus på etiske og praktiske utfordringer som ansatte i hjemmesykepleien møter når de yter helsehjelp eller praktisk hjelp i hjemmet hos pasientene.

Figur 2 Undervisningens innhold til ansatte i hjemmesykepleien



Etter gjennomført kurs skal ansatte ha kunnskap om ernæring og ha kunnskap om tilgjengelig oppslagsverk og retningslinjer som vises til i ernæringsjournalen i vedlegg 2. De skal også ha kunnskap til å gjennomføre tiltak som kan bidra til at pasientens ernæringstilstand og -behov blir vurdert og dekket. På en slik måte kan godt ernærte pasienter få bedre livskvalitet, bedre helse og ha mulighet til å bo lengre hjemme. I møte med kommunens faglige rådgiver ble det dermed avklart å utføre kartleggingen hos et arbeidslag som ikke hadde utført ernæringskurset, og samtidig få en indikasjon på undervisningens nytte og innvirkning på de ansatte.

Datauttrekk fra det aktuelle arbeidslagens pasienter er presentert ut i fra kommunenes datasystem (Helios) og fra IPLOS (vedlegg 3). Jeg mener det er hensiktsmessig å presentere slike data, for å kunne belyse arbeidslagens fokus på ernæringsarbeid i kapittel 5.

Behovet for kommunale sosial og helsetjenester er økende, blant annet fordi antall eldre øker og fordi kommunene er blitt, og blir tillagt nye oppgaver (Sosial-og helsedirektoratet, 2005). Fordi tidligere statistikk om tjenesteproduksjon i kommunene ikke gav tilstrekkelig kunnskap om pasienters og kommunens situasjon og utvikling, besluttet sosial- og helsedepartementet i 2001 å innføre IPLOS i alle landets kommuner for å gi sentrale myndigheter faktabasert kunnskap om tjenesteproduksjon og behov i kommunene (ibid). IPLOS er systematisert

standardinformasjon basert på individopplysninger om søkere og mottakere av kommunale sosial- og helsetjenester. Det er et obligatorisk verktøy for saksbehandling, rapportering og statistikk for kommunene og sentrale myndigheter. IPLOS har til hensikt å sikre gjennom et sett av standardiserte opplysninger, med likt vurderingsgrunnlag, samt bidra til å bedre kvaliteten i saksbehandlingen i tjenesten, og gi god styringsinformasjon for tjenesten og kommuneledelsen (ibid).

Tabell1 illustrerer datauttrekk fra Helios om arbeidslagets pasienter. Tabellen tar for seg datauttrekk for to tidsperioder, for å se om det er noen endring i dokumentasjon etter at arbeidslagets ansatte har gjennomført ernæringskurset.

Tabell 1

Demografisk datauttrekk av arbeidslagets pasienter

	Sep 2011	Jan 2012
<u>Bakgrunnsinformasjon</u>		
antall pasienter totalt	178	178
antall kvinner	118	117
antall menn	60	61
gjennomsnittlig alder	82	83
antall praktisk hjelp	98	91
antall hjemmesykepleie	131	137
antall trygghetsalarm	0	0
<u>Tjenestevedtak</u>		
antall med vedtak til hjelp å spise	0	0
antall med vedtak til hjelp med matlaging	0	0
antall med matombringings vedtak	0	0
<u>Dokumentasjon</u>		
antall dokumenterte høyde	3	3
antall dokumenterte vekt	40	34

Tabellen viser at det er stabilitet i pasientene ved de to måletidspunktene. Arbeidslaget har 178 pasienter, omlag 24 % har kun praktisk hjelp (hjemmehjelp), og omlag 28 % har både hjemmesykepleie og hjemmehjelp. Det er ikke oppgitt at noen pasienter har trygghetsalarm, har vedtak om hjelp til å spise, hjelp til matlaging eller vedtak på matombringning. 3 (1,7%, n=178) pasienter har dokumentasjonsmålinger av sin høyde, mens 40 (26 %, n=178) til 34 (22 %, n=178) har dokumentasjonsmålinger på sin vekt.

IPLOS registrering tar for seg syv hovedområder, hvor hvert hovedområde tar for seg 1 til 21 variabler (ibid). Tabell 2 tar for opplysninger IPLOS data hos pasienter i det aktuelle arbeidslaget (vedlegg 3). Tabellen illustrerer seks variabler innenfor hovedområdet funksjonsnivå, som jeg anså som hensiktsmessig å presentere da de er viktige variabler sett i lys av et ernæringsperspektiv hos eldre, jf kapittel 2.2. Hver variabel tar for seg en skår fra 1-5. Skår 1 og 2 viser til at pasienten ikke har behov for person bistand, mens skår 3, 4 og 5 viser til at pasienten har behov for person bistand (ibid).

Tabell 2

Pasienters funksjonsnivå

IPLOS data	Sept 2011			Jan 2012		
	ikke behov for personbistand	behov for personbistand	Missing	ikke behov for personbistand	behov for personbistand	Missing
Skaffer seg mat og tjenester	37 (20, 8 %)	131 (72, 7 %)	10 (6, 5 %)	50 (28 %)	117 (65, 4 %)	11 (6, 6 %)
Lage mat	101 (56, 5 %)	66 (37 %)	10 (6, 5 %)	105 (58, 9 %)	64 (35, 9 %)	9 (5, 2 %)
Spise	160 (89, 8 %)	11 (6, 6 %)	7 (3, 6 %)	159 (89, 2 %)	13 (7, 1 %)	6 (3, 7 %)
Bevege seg innendørs	118 (66, 2 %)	55 (30, 8 %)	5 (3 %)	119 (66, 8 %)	54 (30, 2 %)	5 (3 %)
Bevege seg utendørs	69 (38, 7 %)	101 (56, 6 %)	8 (4, 7 %)	70 (39, 3 %)	101 (56, 6 %)	7 (4, 1 %)

Tabell 2 illustrerer at omlag 56 % av pasientene trenger bistand når de skal bevege seg utendørs, og 30,8 % trenger bistand med bevegelse innendørs. Det er dermed naturlig nok at 65,4 % til 72,7 % av pasientene da trenger personbistand i å skaffe seg mat og andre tjenester. Omlag 55 % til 60 % klarer å tilberede sin egen mat, og 66 % har ingen problemer å spise selv. Omlag 37 % trenger personbistand til å tilberede maten, og 30 % trenger også bistand ved selve måltidet.

IPLOS registreringene i tabellen gir dermed uttrykk for at pasientene i arbeidslaget trenger personbistand ved flere funksjonsnivå variabler, som er viktige å ta hensyn til når det gjelder deres ernæringsstatus. 2/3 av pasientene trenger personbistand til innkjøp av matvarer pga

problemer med å bevege seg utendørs. Da omlag 1/3 av pasientene har problemer med å bevege seg fritt innendørs, vil de også ha behov for å få hjelp til å tilberede maten og tilrettelegging ved et måltid.

3.2.2 Datainnsamling

Jeg tok i bruk et selvrappoterende spørreskjema, hvor pretest -posttest med en gruppe ble brukt som datainnsamlings strategi. Selvrappoterende spørreskjema er en anerkjent metode for å kartlegge informasjon og data om prevalens, distribuering og relasjoner av variabler innenfor en populasjon (Polit & Beck, 2008). Fordelen med selvrappoterende spørreskjema er at respondentene ikke påvirkes av forsker, det er direkte og allsidig, og ikke minst vil det kunne gi svar på spørsmål en ellers ikke ville fått. Det gir respondenter lavere terskel for å besvare spørsmål angående egen handling og holdning da deres anonymitet er sikret, og kan være viktig for noen respondenter da spørsmålene dreier seg om kunnskap, ferdigheter og holdninger (ibid). Til tross for fordelene finnes det likevel utfordringer og begrensninger som må anerkjennes. Det er aldri en sikkerhet at respondentene tenker slik de beskriver at de gjør, da de har tendens til å ville sette seg i et bedre lys, og da ikke gi den fulle sannhet (ibid).

Det ville ikke være gjennomførbart på grunn av studiens tidsperspektiv å bruke andre arbeidslag som kontrollgruppe da intervensjonen omfattet flere arbeidslag samtidig. Pretest informasjonen ble brukt som kontroll av intervensjonen, ved å sammenlikne samme gruppes målinger før og etter tilbudet om ernæringskurs (Lund, 2002). Til tross for at strategien kan gi meg problemer med årsaksslutninger, likevel vil studiens hensikt dokumentere mulig endring som følge av intervensjonen (ibid). Videre kan studiens funn gi en god forklaring på at ernæringskurset er plausibelt og muligens være den eneste forklaringen om undervisningen har gitt økt kunnskap. Differansen mellom pretest og posttestresultatene vil kunne fortelle noe om ernæringskurset har innvirkning på helsepersonells kunnskap om ernæring, handlingsferdigheter og holdninger.

Spørreskjema tilpasning. I studien min tok jeg utgangspunkt i et allerede utviklet spørreskjema, da utvikling av spørreskjema er meget krevende med tanke på validitet og reliabilitet. I tillegg er gjenbruk og testing av allerede utviklede spørreskjemaer i nye settinger anerkjent praksis (ibid). Gjennom litteratursøk ble spørreskjemaet til Munch, Pedersen, Faergeman og Thulstrup (1996) identifisert og valgt for tilpasning og re- distribuering (vedlegg 4). Spørreskjemaet tar for seg helsepersonells kunnskap om ernæring og eldre i danske sykehjem. Etter tillatelse fra førsteforfatter Christina Munch, til å bearbeide og bruke spørreskjemaet, startet oversettelse og tilpasningsarbeidet til lokal hjemmesykepleiepraksis.

Det originale spørreskjemaet tematiserte hovedområdene rundt kunnskap, holdninger og handlingsferdigheter om underernæring. Det kommer frem i spørreskjemaet hvorvidt ansatte har kjennskap til ressurser ved ernæringsrelaterte spørsmål og om de ansatte velger å bruke dem. I tillegg belyser spørreskjemaet også om det forekommer variabler på organisatoriske forhold som kan ha innvirkning på ansattes kunnskaps- og handlingsnivå.

Modifikasjonene i spørreskjemaet innebar å tilpasse spørsmålene til lokal hjemmesykepleiepraksis og etter norske faglige retningslinjer. Tilpasningene var inspirert av den aktuelle kommunens pågående ernæringsprosjekt, Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (2009) og empiri. Flere av spørsmålene i spørreskjemaet inneholder detaljer som er spesifikke for kommunen. Det omhandler hvilke ressurspersoner som ansatte kan kontakte, hvilke spesialdietter som kan tilbys pasientene og hvilke retningslinjer og forventninger kommunal ledelse har til de ansatte med tanke på ansvarsområder. Faglig rådgiver, ernæringsfysiolog og avdelingssykepleier ble kontaktet for å få oversikt over deres interne retningslinjer. Endelig versjon (vedlegg 5) av spørreskjemaet ble hovedsakelig delt inn i fem områder som det originale spørreskjemaet også tematiserte; bakgrunn, kostkontakt, vekt og BMI, kartlegging av ernæringsstatus og ernæringstiltak. Jeg valgte å trekke frem et område, som ikke er tatt med fra originalen. Dette området omhandler dokumentasjonspraksis, som vil belyse respondentenes oppmerksomhet på ernæring i daglige dokumentasjonsrutiner. Figur 3 illustrerer temaområdene som har til hensikt å gi en indikasjon på helsepersonells kunnskapsnivå, handlingsferdigheter og holdninger. Til posttesten ble det gjort minimalt med endringer. Det ble kun lagt til spørsmål

om respondentene hadde deltatt på ernæringskurset eller ikke, da hensikten med studien er å utføre sammenliknende analyser.

Figur 3 Hovedpunkter i spørreskjemaet



Det ble gitt tilbakemeldinger på spørreskjemaet fra fagansvarlig og ernæringsfysiolog i kommunen, som inspirerte til videre arbeid for å tilpasse skjemaet til arbeidslaget. Språkbruken ble fremhevet, da den må være kjent for respondentene, slik at det ikke er uklart hva det spørres om (Lund & Haugen, 2006; Polit & Beck, 2008).

Det ble utført en pilotundersøkelse etter tilpasningsarbeidet. Spørreskjemaet ble vurdert av seks ansatte i hjemmesykepleien i en annen kommune på Østlandet. Hovedtanken bak pilotundersøkelsen var å kontrollere at de forskjellige delene av instrumentet fungerte sammen (Polit & Beck, 2008), og om det kunne avdekkes større eller mindre svakheter i skjemaet som måtte rettes opp før hovedundersøkelsen. Enkelte spørsmål som omhandlet konkrete kunnskapsspørsmål, ble ikke ble besvart av noen. Ved kunnskapsspørsmål som har som har multiple choice spørsmål slik spørreskjemaet har, stiller det krav til at respondentene

svarer på spørsmålet, enn ved dikotome spørsmål. Å legge til svaralternativet «vet ikke», stiller det et større krav til at respondenten tar stilling til spørsmålet. Det fører til mindre mulighet for å miste data og få ufullstendige analyser (ibid). Det ble vurdert om svaralternativet «vet ikke» gjør at respondentene velger å ikke forholde seg til spørsmålene, og tar en «sikker utvei», dog anser jeg at svaralternativet gir en god indikasjon på hvilke holdninger og kunnskap respondentene har omkring tematikken.

Det originale spørreskjemaets struktur med faste svaralternativer forble likt i den nye versjonen. Faste svaralternativer kan gi fordeler for både respondent og forsker. For informantene fører faste svaralternativer til økt motivasjon for å svare da det tar kortere tid å fylle ut spørreskjemaet. For forsker blir analyseprosessen enklere og tar kortere tid. Likevel ble det lagt til rette for at respondentene kunne komme med skriftlig kommentarer til slutt i spørreskjemaet (ibid). I forbindelse med det originale spørreskjemaets utseende, layout, valgte jeg å gjøre noen endringer. Førsteintrykk og spørreskjemaets layout kan ha stor betydning for om informantene vil svare eller ikke (ibid). Dermed valgte jeg å ta bort de originale overskriftene og definisjonene, for å redusere mengde tekst, slik at spørreskjemaet var ryddig, oversiktlig og gav et overkommelig inntrykk. Tall foran spørsmålene ble også fjernet, det gir et mindre inntrykk av kunnskapstest (Haraldsen, 1999).

For å minske usikkerhet over hvem som skal svare på hvilket bilag, som i originalen hadde to bilag, ble spørsmålene som er rettet til de i lederstillinger, innlemmet i selve spørreskjemaet eller utlatt på grunn av lite relevans. Det ble også gjort endringer i layout ved å sette svaralternativene til spørsmålene på like linjer. Dersom det ble flere enn fem svaralternativer til spørsmålet, ble de satt horisontalt. Dersom det var mindre enn fem svaralternativer, ble det satt på vertikalt. Det gav dermed et estetisk og ryddig utseende. Forsiden på spørreskjemaet ble brukt som informasjon og invitasjon til å delta i studien (ibid).

Gjennomføring. Spørreskjemaene ble levert ut til arbeidslaget i september 2011. Fristen for innlevering ble satt til tre uker. Samme dag som de ble levert ut, informerte jeg om studien og dens hensikt. Påminnelser og oppmuntring til å fylle ut spørreskjemaene hadde min kontaktperson på arbeidslaget ansvar for. Posttesten ble gjennomført i januar, med samme gjennomføring som ved pretesten.

Tidspunkt for posttesten ble valgt på grunnlag av tidspunkt for å vurdere de ansattes nytteeffekt av undervisningen. Fordi spørreskjemaet ikke bare omhandler kunnskap, men også holdninger og handlingsferdigheter, er det nødvendig å ikke ta posttesten for tidlig. Det bør gå litt tid for å se på endringer i forbindelse med holdninger og ferdigheter. Om tre timer med ernæringsundervisning gir korttids- eller langtidseffekt, skal ikke diskuteres i denne masteroppgaven. Det er dog viktig at det ikke går for lang tid før posttesten gjennomføres, med tanke på om undervisningen som er gitt er glemt.

3.2.3 Utvalg

Studien ble gjennomført med et bekvemmelighetsutvalg på grunnlag av respondentene i arbeidsslaget ikke hadde gjennomført det planlagte ernæringskurset ved oppstart av studien. Totalt er det 22 ansatte i arbeidslaget. Alle ansatte, samt alle helsefagarbeiderlærlinger og sykepleierstudenter ble inkludert i studien, med krav om at de måtte kunne skriftlig norsk.

3.2.4 Analyse

Data ble kodet og lagt inn i Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versjon 19. Kodebok ble laget, data ble plottet inn og siden kontrollert tre ganger. Det ble tatt stikkprøver for å sikre at data var riktig lagt inn. Kvalitative data i form av utdypende kommentarer ble kodet om til kvantitative data gjennom innholdsanalyse for videre å vurdere om funnene er hensiktsmessig for presentasjon. Utgangspunktet for analysene skulle være sammenliknende analyser om det var endring fra pre til posttest.

Etter gjennomført undersøkelse med to testtidspunkt, viste det seg at bare tre respondenter bekreftet å ha gjennomført ernæringskurset. Det ble derfor ikke mulig å gjennomføre sammenliknende analyser av gruppene, men en modifisert analysestrategi ble utført. Jeg utførte deskriptive analyser av de forskjellige testtidspunktene som gav et øyeblikksbilde av gruppen. Til tross for at det ikke er mulig å utføre sammenliknende analyser på de to forskjellige testtidspunktene, kan deskriptive analyser gi mulighet for å diskutere tendenser til

endring (Polit & Beck, 2008). Det lot seg ikke å utføre analyser som måler forskjeller mellom testtidspunktene på individnivå, da antall respondenter varierte ved testtidspunktene og skjemaene ikke var kodet. Variabler på intervallnivå ble analysert for vurdering av normalfordeling. Ved interessante funn av frekvensanalysene der det var betydelig forskjell mellom testtidspunktene, ble repeterende t-test for å måle signifikans utført (Bjørndal & Hofoss, 2004; Pallant, 2010; Polit & Beck, 2008).

3.2.5 Validitet og reliabilitet

Vurdering av studiens validitet og reliabilitet er nødvendig for å se på funnenes gyldighet og pålitelighet, for å gi støtte til at resultatet skal ha relevans og bli ansett som troverdig. Det er ønskelig at studiens resultater er til å stole på, derfor er det nødvendig å kontrollere for skjevheter (bias) i studien og om det eksisterer tolkningsproblem. Bias relateres til måten data er innhentet, analysert og fortolket på (Aalen et al., 2008; Polit & Beck, 2008).

Validitet vurderes ut i fra studiens design for å eliminere faktorer som kan true studiens gyldighet (Polit & Beck, 2008). Reliabilitet vil ta for seg hvor godt formidlingen av spørreskjemaets innhold var, altså om jeg som forsker har klart å forklare respondentene, gjennom spørsmålene, akkurat hva jeg hadde til hensikt å spørre om (Haraldsen, 1999).

Validitet. Cook og Campbell anerkjennes for utarbeidelse av et validitetssystem for kausale undersøkelser, som omfatter fire typer for kvalitetskrav; statistisk validitet, indre validitet, begrepsvaliditet og ytre validitet (1979). Lund (2002) beskriver at for hver validitetstype er det mulige trusler som kan vanskeliggjøre og oppnå valide slutninger. Dette er beskrivelser som også kan benyttes for å identifisere mulige trusler, som forsker dermed forsøker å eliminere via studiens design, valg av metoder og gjennomføring. Det kan medføre avveininger i forskningssprosessen i forbindelse med validitetstypene, for ved å styrke en validitetsform, kan samtidig en annen form svekkes. Det er derfor hensiktsmessig å prioritere hvilke validitetstyper som skal vektlegges, ut i fra studiens hensikt og forskningsproblem (ibid). Truslene mot statistisk validitet har å gjøre med usystematiske eller tilfeldige feil, mens truslene mot de øvrige validitetsformene representerer systematiske feil (ibid). I min studie

var ikke alle validitetstypene relevante. Studiens problemstilling fordret til å prioritere statistisk validitet og indre validitet. På bakgrunn av at studien ble gjennomført med et tilpasset spørreskjema som allerede var validert, er ikke begrepsvaliditet et så aktuelt tema. Likeledes er ikke vurdering av ytre validitet spesielt aktuelt da studien ble gjennomført med et bekvemmelighetsutvalg med de iboende begrensningene for generalisering som ligger i materialet fra slike utvalg.

Statistisk validitet oppfattes av Cook og Campbell (1979) som en nødvendig betingelse for å oppnå de tre andre validitetsformene. Statistisk validitet fordrer at funnene som blir identifisert i studien er holdbare og kan gi en klar slutning om at det er sammenheng mellom uavhengig variabel (ernæringskurs) og avhengig variabel (kunnskap). Trusler mot statistisk validitet omhandler brudd på statistiske forutsetninger og lav statistisk styrke. Statistiske forutsetninger innebærer brudd på forutsetningene om normalitet, lik varians og uavhengighet av observasjoner. Det fører til økt mulighet for type I feil- å forkaste nullhypotesen selv om den er sann, og type II feil- feilaktig akseptering av nullhypotesen selv om den er gal. Statistisk styrke har til hensikt å minske faren for type II feil. Statistisk styrke reduseres med lite utvalg, strenge signifikansnivå, stor populasjonsvariens og liten effektstørrelse (Aalen et al., 2008; Lund, 2002). I forbindelse med min studie, vil det forekomme trusler med type II feil. Grunnlaget for at det ikke ble utført beregning av statistisk styrke var at det ikke var flere arbeidslag som gjennomførte ernæringskurset samtidig, dermed ble utvalget kun 22 respondenter.

Fordi arbeidslaget er bestående av 22 ansatte, gir det uttrykk for et lite utvalg og dermed fare for redusert statistisk styrke og fare for type II feil (Aalen et al., 2008). Til tross for at det totale utvalget var lite, var likevel svarprosenten blant respondentene tilfredsstillende. 68 % og 81 % av hele utvalget besvarte på spørreundersøkelsen, og gir meg som forsker dermed en god indikasjon på hvordan fokus og kunnskap om ernæring er i akkurat dette arbeidslaget. Jeg skal være forsiktig å trekke slutninger for kunnskapsnivået til kommunens hjemmesykepleietjeneste, men det gir en indikasjon på hvor kunnskapsnivået ligger.

Indre validitet handler om det er innvirkning fra en uavhengig variabel. I dette tilfellet om ernæringskurset, har hatt direkte innvirkning, ikke alternative forhold eller faktorer, har hatt

innvirkning på den avhengige variabelen som er kunnskapsnivå. Det finnes flere trusler som kan svekke den interne validiteten, men som ikke er aktuelle problemstillinger i min studie. Jeg velger derfor kun å omtale aktuelle trusler. Aktuelle trusler kan være faktorer som kan bidra til økt kunnskap uavhengig av ernæringskurset. Ved en eventuell kollektiv endring mellom testtidspunktene må trusler som historie, modning og retest effekt vurderes (Lund, 2002).

Historie kan være mulig trussel, ved at det kan ha oppstått hendelser uavhengig av ernæringskurset som gjør at respondentene fikk økt kunnskap og oppmerksomhet på ernæring (ibid). Slik jeg oppfatter testtidspunktene likheter, peker de i retning av at en trussel om historie i større grad ha ført til at respondentene hadde flere riktige svar og økt kjennskap til arbeidslagets ressurser og retningslinjer.

Modning som trussel er relativt lik historie, men har kan det i etterkant av T1 ha ført til endringer på arbeidslagets kunnskap om ernæring av konkrete hendelser eller miljømessige årsaker (ibid). Modning gir derfor respondentene økt kunnskap og oppmerksomhet, og dermed skåre høyere enn forventet. Et eksempel i studien som må vurderes er kunnskap om BMI klassifiseringsgrense for underernæring, der respondentgruppen får en signifikant økning av denne kunnskapen. Dermed ville det være naturlig å se på dette resultatet ut i fra et modningsperspektiv, der gruppen har utført flere BMI beregninger. Ved å se på tabell 1, har det mellom testtidspunktene ikke vært dokumentert vekt og høydemålinger som er essensielle mål for BMI beregninger. Likevel må det tas til betraktning at det var om lag 50 % av respondentene ved T2 som angav å ha deltatt på en form for ernæringsundervisning, og dermed overført noe av sin nyervervede kunnskap til sine kollegaer, som igjen fører til økt kunnskap.

Re - test effekten omhandler effekten av en test som brukes ved med mer enn ved en måling i samme gruppe, slik at den kan få unormalt lav eller høy skår (ibid). Dette ble tatt med i vurderingen av tidspunkt for siste testtidspunkt. Ved å ha ca 14 uker mellom testtidspunktene anses det at respondentene ikke vil inneha noe ekstra kunnskap fra første test. I min studie ser jeg i liten grad store og unormale endringer mellom testtidspunktene, som kan relateres til en

slik effekt. Likeledes tok det 14 uker mellom testtidspunktene, noe som innebærer at det er svært liten sjans for at respondentene innehar ekstra kunnskap fra første gjennomførte test.

Studien må ta hensyn til at mulige årsakssammenhenger kan ha innvirkning fra slike modningsprosesser og historiske hendelser, når konklusjonene legges frem.

Reliabilitet. Studiens reliabilitet omhandler om instrumentets innhold, altså om spørreskjemaet i denne studien, har god nok kvalitet som måleinstrument og er slik utformet at respondentene legger det samme i spørsmålene (Polit & Beck, 2008). Reliabilitetsmålinger dreier seg om å kontrollere spørsmålenes kvaliteter som måleinstrument (Haraldsen, 1999). Instrumenter som er refererbare og pålitelige, gir svar som har liten variasjon over tid, i forhold til datainnsamlingsmetode og til andre spørsmål som har til hensikt å måle samme fenomen (ibid). Med stabilitet vil respondenter fra forskjellige studier eller grupper gi omtrentlig like svar. Hvordan datainnsamlingen er gjennomført omhandler for det meste intervjuer, men spørsmålene kan gjennomføres først som selvrappporterende spørreskjema, for så å gjennomføre de samme spørsmålene som et intervju til samme respondenter, og til slutt sammenlikne spørsmålene. Den tredje reliabilitetstesten for instrumentet dreier seg om beregninger av instrumentets konsistens. Det betyr om det forekommer spørsmål eller formuleringer som omhandler samme fenomen, som kan gi svært ulike svar til tross for likheten i spørsmålet. Det innebærer lavere reliabilitet og bør derfor unngås (ibid).

Instrumentets refererbarhet tar høyde på at svarene skal ha liten variasjon i forhold til ulike datainnsamlingsmetode og ulike grupper respondenter. Mitt tilpassede spørreskjema ble brukt som selvrappporterende spørreskjema, mens Munch et al administrerte det som et strukturert intervju. Ved å sammenlikne svarene fra den originale undersøkelsen til (Munch et al., 2006) med det tilpassede spørreskjemaet mitt, viste at det er en stabilitet i respondentenes svar. Konkrete spørsmål om ernæringslære, viser til at det er likheter omkring spørsmål som tar for seg vektmålinger og BMI. Omlag 30 % -40 % av respondentene i begge studiene angir riktige svar når de mener pasienter som er normalvektige, og 57 % - 72 % angir riktig svar for når underernærte skal veies. Samtidig svarer respondenten fra studiene relativt likt, for når disse pasientgruppene faktisk får utført vektmålinger: 63 % - 86 % angir i liten grad å vite når normalvektige pasienter faktisk blir veid, og 63 % -66 % angir i liten grad å vite når

underernærte blir veid. Angående BMI beregninger viser studiene likhet i at respondentene ved T1 og original undersøkelsen at 15 % - 26 % har kunnskap om BMI klassifiseringen for underernæring.

Videre viser studiene likheter omkring kunnskap om ernæringsbehandling. I min studie var det svært få respondenter som hadde kunnskap om akseptabelt prosentvise vekttap hos eldre. Ved T1 var det ingen, ved T2 var det 4 (22,2 %, n=18). I den originale studien var det 5 % som hadde kunnskap om normalt vekttap. Likeledes var det en likhet i kunnskap om anbefalt inntak a kalorier per døgn. Det var omlag 70 % - 85 % som ikke hadde kunnskap om at anbefalt kaloriinntak er 30kcal/kg/døgn.

(Munch et al., 2006) oppgir at 46 av 52 variabler å har en Cronbachs alpha- koeffisient verdi mellom 0,09 og 1,00. Ved utregning av Cronbachs alpha- koeffisient ved min studie, unnlot jeg å bruke demografiske variabler. Ved T1 er Cronbachs alpha ved 65 av 66 variabler på 0,638. Ved T2 var Cronbachs alpha ved 66 av 66 variabler på 0,969. Det viser en relativt lik verdi og gir instrumentet reliabel konsistens (Haraldsen, 1999).

Ved å vise til de ulike reliabilitetstestene som er beskrevet over, kan jeg sammenfatte at studiens reliabilitet er holdbar. Til tross for at spørreskjemaet er administrert på en annen måte i originalen, har jeg fått relativt liten variasjon i svarene og likheter i instrumentets konsistens, men tilfredsstillende Cronbachs alpha-koeffisient.

3.3 Etikk og tillatelser

Informasjonsbrevet om undersøkelsen som fulgte med som forside til spørreskjemaet og opplyste at spørreundersøkelsen var helt frivillig, og at ferdig utfylt spørreskjema var respondentens samtykke på å delta i studien. Respondentene ble informert om studiens bakgrunn og hensikt. Polit og Beck (2008) påpeker nødvendighet av å tilstrebe anonymitet. Sikring av personvern med taushetsplikt og anonymisering ble overholdt som en selvfølge.

Det var ingen demografiske spørsmål som kunne identifisere respondentene. Til tross for at jeg personlig informerte om studien, fikk jeg ikke kjennskap til noen av de ansattes navn som kunne identifisere dem under analyse arbeidet. Deltakerne var informert om at de kunne ta kontakt med meg eller veileder til enhver tid.

Studien omfatter forskning på helsepersonells kunnskaper, holdninger og handlingsferdigheter. Det kreves derfor ikke framlegging for, og tilrådning fra regional etisk komité. Det var heller ikke nødvendig med søknad til NSD eller personvernombudet fordi studien legges opp slik at den ikke omfatter person identifiserbare opplysninger. Da studien er knyttet opp mot ”..uten mat og drikke..” prosjektet, ble tilgang til felt sett som en del av allerede etablert avtale mellom kommunen og prosjektleder.

4. RESULTAT

Dette kapitlet presenterer identifiserte funn av empiri. Hovedområdene tar for seg 1) demografiske data av utvalget, 2) oppmerksomhet på ernæring, 3) kjennskap om ressurser innenfor ernæring, 4) kunnskap om vekt og BMI, 5) kartlegging og dokumentasjon av ernæringsstatus og 6) intervensjon ved ernæringsbehandling. Funnene presenteres i tabeller med prosentandelen satt i parentes bak tallet.

4.1 Bakgrunn

Bakgrunnsinformasjon som er gitt av arbeidslagets avdelingssykepleier oppgir at arbeidslaget er bestående av 22 fast ansatte, 15 kvinner og 7 menn. 7 er sykepleiere, 5 er hjelpepleiere/helsefagarbeidere og 10 er pleieassistenter. Aldersspredningen er fra 23 år til 61 år, med en gjennomsnittsalder på 32 år. De ansatte er fordelt på 6 nasjonaliteter; Norge, Bulgaria, Serbia, Polen, Thailand og Tyskland (vedlegg 3).

Studiens utvalg består av respondenter fra testtidspunkt 1 (T1), september 2011 og testtidspunkt 2 (T2), januar 2012.

Tabell 3
Demografiske data av respondentenes; kjønn, alder, faggrupper og stillingsprosent

	T1 (n=15)	T2 (n=18)
<u>Kjønn</u>		
kvinne	12 (80)	13 (72,2)
mann	3 (20)	5 (27,8)
<u>Alder</u>		
opptil 39år	9 (60)	10 (55,6)
40-66 år	6 (40)	8 (44,4)
<u>Faggrupper</u>		
sykepleier	7 (46,7)	8 (44,4)
hjelpepleier/ helsefagarb	2 (13,3)	3 (16,7)
pleieassistent	5 (33,3)	7 (38,9)
<u>Stillingsprosent</u>		
opptil 49 %	1 (6,7)	1 (5,6)
50 % - 75 %	3 (20)	1 (5,6)
76 % -100 %	11 (73,3)	13 (83,3)

Tabell 3 viser ved T1 at 2 av 3 ansatte (68 %, n=22) besvarte, og videre ved T2 besvarte 4 av 5 ansatte (82 %, n =22) på undersøkelsen. Dermed gir tabell 3 uttrykk for at ansatte i arbeidslaget hadde stor interesse for studiens tema på grunn av den store oppslutningen.

Tabellen viser som forventet at det er overvekt av kvinner i utvalget. Kjønnssammensetningen ved begge testtidspunktene har relativt like proporsjoner og samsvarer med statistisk sentralbyrå sin statistikkbank for 2010, der kjønnsmessig fordeling av personer med helse- og sosialfaglig utdanning er bestående av 90 % kvinner (Statistisk sentralbyrå, 2010b) .

SPSS viser til at aldersvariablene er normalfordelt. Tabell 3 viser at majoriteten av respondentene er under 40 år, og gjennomsnittlig alder er 6,6 år. Snittalderen er i realiteten noe lavere på 32 år, som er oppgitt i bakgrunnsinformasjonen.

Faggruppene sykepleier og pleieassistenter er best representert ved både T1 og T2. Ved T1 var det 7 sykepleiere, 2 hjelpepleiere/helsefagarbeidere, 5 pleieassistenter og 1 respondent som ikke oppgav yrke. Ved T2 var det 8 sykepleiere, 3 hjelpepleiere/helsefagarbeidere og 7 pleieassistenter. Innebefattet betyr faggruppen pleieassistenter også studenter, lærlinger og hjemmehjelp. Det var i utgangspunktet ønskelig å dele utvalget inn i tre forskjellige faggrupper: sykepleiere, hjelpepleiere/helsefagarbeidere og pleieassistenter for å se om det var forskjellige svar mellom gruppene. Men frekvensfordelingene i tabell 3 viser skjevfordelinger mellom faggruppene, som ikke gjør det mulig å utføre analyser basert på forskjeller mellom faggruppene i analysene (Polit & Beck, 2008). Tabell 3 viser at ca halvparten av pleieassistentene og hjelpepleiere/helsefagarbeiderne besvarte undersøkelsen. I sykepleiergruppen gir T1 uttrykk for at alle sykepleierne besvarte, mens ved T2 viser frekvenstabellen at det var 8 sykepleiere som besvarte.

Videre viser frekvensanalysene ved T1 at 12 (80 %, n=15) har fast stilling og 11 (73,3 %, n=15) har mer enn 75 % i stillingsprosent. Ved T2 har 15 (83,3 %, n=18) fast stilling, 13 (83,3 %, n=18) har over 75 % i stillingsprosent, og en respondent oppgav ikke stillingsstørrelse. Det betyr at arbeidslaget anses som en stabil gruppe som har god kontinuitet når de utøver helsehjelp hos pasientene.

Samlet sett har respondentene vært i samme stilling i gjennomsnittlig 3,2 år og har 8,5 års erfaring innen geriatri. Ved T1 var det 1 respondent med lederstilling i distriktet og 2 med videreutdanning, hvorav 1 anså sin videreutdanning relevant innenfor ernæringsarbeidet. Ved T2 var det 4 respondenter i lederstillinger, 5 hadde videreutdanning der 4 oppgav å ha nytte av utdanningen i forbindelse med ernæring.

Tabell 3 gir dermed uttrykk for at respondentene er godt representert for et ordinært arbeidslag med tanke på demografiske variabler.

4.2 Oppmerksomhet på ernæring

Spørreskjemaet tar for seg hvilke temaområder som belyser respondentenes grad av oppmerksomhet på ernæring. I tillegg fremkommer det spørsmål om hvilket fokus de oppfatter at organisasjonen har på ernæring.

Tabell 4

Respondentenes fokus på ernæring, kjennskap og deltakelse på kurs

	T1 (n=15)	T2 (n=18)
<u>Tilfredshet med arbeidsplassens fokus på ernæring</u>	1 (6,7)	2 (11,8)
<u>Kjenner til kommunale ernæringskurs</u>	2 (13,3)	7 (38,9)
<u>Deltar på kommunale ernæringskurs</u>		3 (16,7)
<u>Deltatt på eksterne ernæringskurs</u>	2 (13)	6 (33,3)

Ved T1 ses det at 14 (93,3 %, n=15) respondenter mener at det ikke er tilstrekkelig fokus på ernæring ved arbeidslaget. Ved T2 responderes det av 16 (88,2 %, n=18) ikke er fornøyd med arbeidslagets fokus på ernæring. Ved T1 angir 13 (87,7 %, n=15) at det ikke har vært internundervisning om ernæring det siste året eller at de har deltatt på noen form for undervisning. Ved T2 angir 7 (38,9 %, n=18) respondenter at de har kjennskap til at det har vært organisert et kommunalt ernæringskurs for arbeidslaget det siste året, mens 3 (16,7 %, n=18) angir at de har deltatt på ernæringskurset. Til sammen har 9 (50 %, n=18) respondenter deltatt på en form for ernæringsundervisning. Flere av respondenter oppgir ved kvalitative data å ha deltatt på eksterne kurs og foredrag gjennom studier eller annen jobb.

Tendensen viser at respondentene ikke er tilfredse med arbeidsplassens fokus på ernæring, og respondentenes svar peker i samme retning ved T1 og T2. Det viser at respondentene har kjennskap til det gjennomførte ernæringskurset, men kun et fåtall har deltatt. Flere av respondentene har likevel deltatt på en form for intervensjon i ernæringslære, dog har jeg som forsker ikke kontroll eller kjennskap til de ulike kursenes omfang. Likevel kan det peke i retning av at det er noe mer oppmerksomhet omkring ernæring ved T2.

4.3 Kjennskap om ressurser innenfor ernæring

Kjennskap og bruk av ressurser innenfor ernæringsarbeidet er viktig og nødvendig for å kunne utøve faglig helsehjelp. For å imøtekomme og gjøre ernæringsarbeidet lettere for organisasjonens ansatte, foreligger det interne retningslinjer i den aktuelle kommunen. I følge retningslinjene til kommunen er det ansatt tre ernæringsfysiologer som er knyttet opp mot hvert sitt funksjonsområde og distrikt. På grunn av kommunens størrelse, er umulig for hver enkelt ernæringsfysiolog å ha tett oppfølging med hvert enkelt arbeidslag. Hvert arbeidslag skal derfor ha en fast kostkontakt som skal fungere som et bindeledd og ressursperson mellom ernæringsfysiolog og de ansatte i arbeidslagene. Tabell 5 illustrerer respondentenes kjennskap til kostkontakt og ernæringsfysiolog.

Tabell 5

Kjennskap til om det er tilknyttet ernæringsfysiolog og kostkontakt

	T1 (n=15)			T2 (n=18)		
	Ja	Nei	Vet ikke	Ja	Nei	Vet ikke
<u>Ernæringsfysiolog</u>		5 (33,3)	10 (66,7)	2 (11,1)	9 (50)	7 (38,9)
<u>Kostkontakt</u>	3 (20)	5 (33,3)	7 (46,7)	1 (5,6)	11 (61,1)	6 (33,3)

Tabellen viser at majoriteten av respondentene ved begge testtidspunktene har liten kjennskap til ressurser som kostkontakt og ernæringsfysiolog. 2 (11,1 %, n=18) respondenter ved T2 angav å ha kjennskap til ernæringsfysiolog som ressurs. Likeledes ved spørsmål om kjennskap til kostkontakt, var det ved T1 3 (20 %, n=15) som var klare over ressursen og ved T2 var det 1 (5,6 %, n=18). Lite kjennskap til ressurser peker i retning av at informasjon om tilgjengelige ressurser ikke er kommet frem til de ansatte selv om ernæring er et satsningsområde i kommunen.

Videre ble respondentene spurt om hvilke faggrupper i kommunen de anså som ressurser i forhold til ernæringsspørsmål, og hvilke faggrupper de faktisk spurte til råds. De fikk muligheten til å krysse av for flere faggrupper.

Tabell 6

Kjennskap og bruk av andre faggrupper som ressurs ved ernærings spørsmål

	<u>Hvem gir veiledning i ernæring</u>		<u>Hvem spør du til råds om ernæring</u>	
	T1 (n=15)	T2 (n=18)	T1 (n=15)	T2 (n=18)
Storkjøkkenet	2 (13,3)	9 (50)	1 (6,7)	2 (11,1)
Fastlege	2 (13,3)	7 (38,9)	4 (26,7)	7 (38,9)
Ernæringsfysiolog	2 (13,3)	2 (11,1)	3 (20)	5 (27,8)
Sykepleier	6 (40)	5 (27,8)	8 (53,3)	7 (38,9)
Hjelpepleier/ helsefagarb	3 (20)	4 (22,2)	2 (13,3)	4 (22,2)
Pleieassistent	3 (20)	1 (5,6)	1 (6,7)	
Vet ikke	6 (40)	5 (27,8)		
Andre	1 (5,6)	2 (13,3)	3 (20,1)	3 (16,7)

Det er en signifikant økning på $p=0,05$ nivå om kjennskap til storkjøkkenet som ressurs i fht ernærings spørsmål.

Tabell 6 viser ved T1 at 6 (40 %, $n=15$) respondenter oppgir i størst grad at sykepleiere gir veiledning i ernæring, og 6 (40 %, $n=15$) angir at de ikke vet hvem som gir veiledning. 8 (53,3 %, $n=15$) respondenter oppgir at de spør sykepleiere til råds ved ernærings spørsmål. Det er en signifikant økning på $p=0,05$ nivå om kjennskap til storkjøkkenet som ressurs i fht ernærings spørsmål mellom testtidspunktene, hvor antall respondenter øker fra 2 (13,3 %, $n=15$) ved T1 til 9 (50 %, $n=18$) ved T2. Ved T2 oppgir 9 (50 %, $n=18$) respondenter i størst grad at storkjøkkenet gir veiledning, 7 (38,9 %, $n=18$) mener at det også er sykepleier og fastlege som gir veiledning, men kun 2 (11,1 %, $n=18$) velger i svært liten grad å kontakte storkjøkkenet ved spørsmål.

Det er en generell økning av oppmerksomhet på hvilke faggrupper respondentene anser som veiledere i ernærings spørsmål. Ved T1 viser medianverdien at respondentene krysset av for 1 faggruppe, ved T2 økte medianverdien til 1,5 faggrupper. Likevel viser medianverdien at det ikke er økning mellom testtidspunktene i hvor mange faggrupper respondentene spør til råds, og dermed kan det tyde på at kjennskap til ressurspersoner ikke har innvirkning på hvem respondentene benytter seg av for veiledning ved ernærings spørsmål.

4.4 Kunnskap om vekt og BMI

Hovedområdet vekt og BMI i spørreskjemaet omhandler tema omkring respondentenes kunnskap om vekt og BMI. Spørsmålene belyser også hvilke ansvarsområder respondentene selv anser at de har ved oppfølging av pasienters ernæringsstatus, og hvilke andre faggrupper de anser som ansvarlige.

Tabell 7
Selvoppfattet ansvarsområder

	T1 (n=15)				T2 (n=18)			
	Ja	Nei	Vet ikke	Ingen info	Ja	Nei	Vet ikke	Ingen info
<u>Veie pasienter</u>	5 (33,3)	6 (40)	4 (26,7)		6 (33,3)	6 (33,3)	5 (27,8)	1 (5,6)
<u>Tilstrekkelig mat/drikke</u>	11(73,3)	2 (13,3)	2 (13,3)		13 (72,2)	3 (5,6)	1 (5,6)	1 (5,6)
<u>Beregner BMI på nye pasienter</u>	0	9 (60)	4 (26,6)	1 (6,7)	0	15 (83,3)	3 (16,7)	

Ut i fra frekvensberegningen i tabell 7 viser det at ingen av respondentene beregner BMI på nye pasienter. Ved spørsmål om respondentenes selvoppfattet ansvarsområde vedrørende vektmåling og tilsyn av at pasienter får tilstrekkelig inntak av mat og drikke, ses en varierende spredning av selvoppfattet ansvar. Ved spørsmål om respondentene anså seg selv som ansvarlige for at pasientene fikk tilstrekkelig mat og drikke bekreftet 2 av 3 ved både T1 og T2 at de var ansvarlig for dette. Ved både T1 og T2 er det 2 av 3 respondenter som mener de ikke har/ikke vet om de har ansvar for å veie pasientene. Tabell 7 gir uttrykk for at det er lite selvoppfattet ansvar eller usikkerhet hos respondentene omkring vektmåling og BMI beregning. Men daglige gjøremål som å tilse at pasienten får tilstrekkelig inntak av mat og drikke anses som et ansvarsområde hos majoriteten av respondentene.

Ved å gå fra selvoppfattet ansvarsområde, ble respondentene så spurt om hvilke andre faggrupper de anser at veier pasientene. Hensikten med spørsmål omkring respondentenes antagelser omkring vektmålinger var å få oversikt over deres kunnskap om ansvarsområder.

Tabell 8
Hvilke faggrupper respondentene anser at veier pasienter

	T1 (n=15)	T2 (n=18)
Fastlege	5 (33,3)	12 (66,7)
Ernæringsfysiolog	1 (6,7)	2 (11,1)
Sykepleier	8 (53,3)	7 (61,1)
Hjelpepleier/ helsefagarb	2 (13,3)	6 (33,3)
Pleieassistent	1 (6,7)	4 (22,2)
Andre	1 (6,7)	2 (13,4)
Vet ikke	3 (20)	5 (27,8)

Det er en signifikant økning på $p=0,05$ nivå om at respondentene anser at fastlege veier pasienter

Tabell 8 viser ved T1 at 8 (53,3 %, n=15) respondenter angir sykepleiere og 5 (33,3 %, n=15) angir fastlege som høyest antatt faggruppe for å veie pasienter. Medianverdien viser ved at respondentene velger 1 faggruppe som utfører vektmålinger. Ved T2 viser medianverdien at respondentene velger 2 faggrupper. T-testen viser en signifikant økning ($p=0,05$) der 12 (66,7 %, n=18) respondenter antar at fastlege veier pasientene. Sykepleiere scorer samtidig høyt med 7 respondenter (61,1 %, n=18). Tabellen viser at har vært en endring mellom testtidspunktene at det er en felles oppfatning hos respondentene at flere faggrupper veier; blant annet er det en liten økning hos hjelpepleiere/ helsefagarbeidere og pleieassistenter.

Tabell 9 illustrerer respondentenes kunnskap om hva de anser som normal intervalltidspunkt for vektmålinger hos pasienter som er: normalvektige, har et pågående vekttap og som er undervektige. Tabellen viser også hvilken kjennskap respondentene har til faktiske rutiner av vektmålinger.

Tabell 9

Respondentenes kunnskap av rutiner hos arbeidslagets vektmåling

	T1 (n=15)				T2 (n=18)			
<u>Når bør pasienter veies?</u>	Ukentlig	Månedlig	Årlig	Vet ikke	Ukentlig	Månedlig	Årlig	Vet ikke
-normalvektige	1 (6,7)	6 (40)	6 (40)	2 (13,3)	3 (16,7)	7 (38,9)	7 (38,9)	1 (5,6)
-pågående vekttap	8 (53,3)	6 (40)		1 (6,7)	11 (61,1)	6 (33,3)		1 (5,6)
-undervektige	10 (66,7)	3 (20)		2 (13,3)	13(72,2)	5 (27,8)		
<u>Når blir pasienter veid?</u>								
-normalvektige	1 (6,7)		1 (6,7)	13 (86,7)	2 (11,1)	1 (5,6)	2 (11,1)	13 (72,2)
-pågående vekttap	1 (6,7)	4 (26,7)		10 (66,7)	1 (5,6)	9 (50)	1 (5,6)	7 (38,8)
-undervektige	3 (20)	2 (13,3)		10 (66,7)	5 (27,8)	5 (27,8)		8 (44,4)

Resultatene fra spørsmål om hva respondentene anser som vanlig prosedyre for vektmålinger, hva som faktisk blir gjennomført, viser ved T1 at det er like stor andel der 6 respondenter angir at vektmålinger skal gjennomføres månedlig (40 %, n=15) eller årlig (40 %, n=15). Ved pågående vekttap angir størst andel på 8 (53,3 %, n=15) av respondentene at vektmålinger gjennomføres ukentlig, mens 6 (40 %, n=15) angir månedlig. Undervektige skal i følge 10 (66,7 %, n=15) respondenter veies ukentlig. Ved T2 angir 7 (38,9 %, n=18) respondenter at vektmålinger hos normalvektige skal utføres månedlig og 7 (38,9 %, n=18) angir ukentlig. Det er ved T2 noe økende forekomst av respondenter som angir at pasienter med pågående vekttap og undervektige skal veies ukentlig. Med pågående vekttap angir 11 (61,1 %, n=18) respondenter at vektmålinger skal utføres ukentlig, mens 6 (33,3 %, n=18) angir månedlig. 13 (72,2 %, n=18) respondenter angir at undervektige bør veies ukentlig.

Ved forespørsel om når vektmålinger faktisk blir utført hos de forskjellige gruppene, er det ved T1 13 (86,7 %, n=15) respondenter som ikke vet når normalvektige blir veid. Likeledes angir 10 (66,7 %, n=15) at de ikke vet når pasienter med pågående vekttap og de som er undervektige blir veid. Ved T2 er det 13 (72,2, n=18) respondenter som angir at de ikke vet når normalvektige pasienter blir veid. Det er en endring fra T1 til T2 hos respondentene, der 7

(38,8 %, n=18) ikke vet når vektmålinger hos de med pågående vekttap blir utført. 9 (50 %, n=18) respondenter angir ved T2 at vektmålinger skal utføres månedlig hos de med pågående vekttap. Det er også en endring på antall respondenter som angir vektmålinger hos undervektige. 8 (44,4 %, n=18) vet ikke når undervektige blir målt, men 10 (55,6 %, n=18) angir likt at undervektige skal veies enten ukentlig eller månedlig.

Tabell 9 gir dermed uttrykk av at det ikke er noen store endringer mellom testtidspunktene angående respondentenes kunnskap om når vektmålinger bør utføres. Videre viser tabellen at det er økt forekomst mellom testtidspunktene at arbeidslaget utfører flere vektmålinger.

Siste område omkring temaet vekt og BMI omhandler respondentens kunnskap om hvilken BMI gradering som klassifiserer for underernæring.

Tabell 10
BMI klassifisering for underernæring

	T1 (n=15)	T2 (n=18)
< 22	4 (26,7)	12 (66,7)
22-27	2(13,3)	2 (11,1)
Vet ikke	9 (60)	4 (22,2)

Signifikant økning på p=0,05 nivå på kunnskap om BMI < 22 gir uttrykk for underernæring

Tabell 10 viser ved T1 at 9 (60 %, n=15) respondenter angir å ikke vite hva som er grensen for underernæring basert på en BMI beregning. Det er 4 (26,7 %, n=15) som angir rett svar på at BMI < 22 er grensen for underernæring. Ved T2 viser tabellen at det er skjedd en endring i respondentenes kunnskap omkring BMI grenser for underernæring. 12 (66,7 %, n=18) respondenter angir rett svar for BMI klassifiseringen, og t- testen gir en signifikant (p=0,05) økning av respondentenes kunnskap om de anbefalte retningslinjene for BMI klassifisering for underernæring (Helsedirektoratet, 2009).

4.5 Kartlegging og dokumentasjon av ernæringsstatus

I temaet rundt kartlegging og dokumentasjon av pasienters ernæringsstatus, vil resultater fra undersøkelsen kaste et lys over respondentenes kunnskap om ulike kartleggingsverktøy som finnes for å vurdere ernæringsstatus. Likeledes vil dokumentasjonspraksis omkring vurdering av ernæringsstatus belyses. Det finnes mange ulike hjelpemidler som kan identifisere pasienter i ernæringsmessig risiko, som tabell 11 illustrerer.

Tabell 11

Hjelpemidler som respondentene vurderer ernæringsstatus med

	T1 (n=15)	T2 (n=18)
Vekt	8 (53,3)	16 (88,9)
BMI	4 (26,7)	7 (38,9)
Målebånd		2 (11,1)
Kartleggingsskjema	4 (26,7)	4 (22,2)
Systematisk datainnsamling	3 (20)	6 (33,3)
Samtale med pasient	7 (46,7)	14 (77,8)
Samtale med pårørende	3 (20)	5 (61,1)
Muntlig rapport	5 (33,3)	3 (16,7)
Vet ikke	1 (6,7)	

Tabell 11 illustrerer hvilke hjelpemidler respondentene velger å bruke for å kartlegge pasienters ernæringsstatus. Tabellen viser at respondentene fikk mulighet til å velge flere hjelpemidler. Det viser ved T1 at 8 (53,3 %, n=15) respondenter angir å bruke det antropometriske målet vekt, 7 (46,7 %, n=15) angir å benytte seg av samtaler med pasienten og 5 (33,3 %, n=15) velger å diskutere med kollegaer ved mistanke om underernæring. Respondentene gir uttrykk for å bruke ulike kombinasjoner av hjelpemidler, gjennomsnittlig velger respondentene å bruke 2,3 hjelpemidler ved vurdering av ernæringsstatus. Ved T2 øker antall hjelpemidler til gjennomsnittlig 3,7. Antall respondenter som velger å bruke vektmålinger øker til 16 (88,9 %, n=18) og samtaler med pasienten øker til 14 (77,8 %, n=18).

Diskusjon med kolleger reduseres til 3(16,7 %, n=18) respondenter. Andre hjelpemidler som i økende grad blir angitt ved T2, velger 5 respondenter (61,1 %, n=18) å ha samtale med pårørende, 7 (38,9 %, n=18) angir å bruke BMI beregninger, og 6 (33,3 %, n=18) angir å bruke systematisk datainnsamling. Respondenter ved begge testtidspunktene som velger å bruke kartleggingsskjema, angir å bruke kostregistrerings skjema over 48 timer.

Ut i fra tabellens funn, viser trenden at det er økt fokus på hjelpemidler som kan brukes for å vurdere pasienter for ernæringsmessig risiko. Respondentene har ved T2 økt bruken med 1,4 hjelpemidler fra T1. I tillegg til at antropometriske mål som vektmålinger og BMI beregninger øker, velger respondentene å foreta datainnsamling, samt snakke med pasienten selv og dens pårørende.

I tillegg til at respondentene ble spurt om hjelpemidler, ble de forespurt om deres rutiner for observasjon av pasientens måltid og deres dokumentasjonspraksis dersom de observerte avvik vedrørende pasientens ernæringsstatus. 7 (46,7 %, n=15) respondenter angir ved T1 at de er til stede under pasientens måltid dersom de har tid, 5 (33,3 %, n=15) angir at de ikke har tid. Ved T2 er det 7 (38,9 %, n=18) som angir å være til stede dersom de har tid, mens 5 (27,8 %, n=18) angir at de ikke har tid.

Angående dokumentasjonspraksis ved T1 angir 14 (93,3 %, n=15) respondenter å dokumentere dersom de observerer avvik hos pasientens ernæringsstatus. Ved T2 er det 12 (66,7 %, n=18) respondenter som angir å dokumentere, men resterende respondenter velger å ikke dokumentere (3 stk= 16,7 %, n= 18), eller ikke har noen formening om egen dokumentasjonspraksis (3 stk= 16,6 %, n=18).

Resultatene peker i retning av at tidspress er avgjørende for om respondentene er hos pasienten under måltidet. Respondentenes egen dokumentasjonspraksis, viser at det er noe endring mellom testtidspunktene men majoriteten angir å dokumentere avvik i forhold til pasienter avvik i ernærings situasjon.

4.6 Ernæringsbehandling

Temaet ernæringsbehandling omhandler spørsmål omkring respondentenes generelle kunnskap om identifisering av underernæring, oppstart og gjennomføring av ernæringsbehandling.

Studiens aktuelle kommune har et storkjøkken som tilbyr en rekke ferdigproduserte middags- og dessertretter som bringes hjem til pasienten. Kommunens ernæringsfysiologer komponerer rettene slik at de inneholder anbefalt næringsinnhold. Fellesbetegnelse for alle rettene er at de er ernæringstette og i henhold til anbefalt kostsammensetning for eldre, samt at de fungerer som ønskekost (vedlegg 6). Pasienten kan ut i fra en stor meny bestemme selv hva de ønsker til middag hele uka. I tillegg tilbys matretter som er natriumreduerte, gluten- og laktosefrie og diabeteskost. I spørreskjemaet ble det spurt om hvilken kjennskap respondentene hadde til storkjøkkenets forskjellige dietter.

Tabell 12

Hvilke dietter respondentene tror at kommunens storkjøkken tilbyr

	T1 (n=15)	T2 (n=18)	Tilbys ved storkjøkken
Ønskekost	2 (13,3)	6 (33,3)	x
Ernæringstettkost	2 (13,3)	5 (27,8)	x
Proteinrikkost	2 (13,3)	7 (38,9)	
Næringsdrikker	2(13,3)	3 (16,7)	
Tyggevennligkost	2 (13,3)	2 (5,6)	
Sondeernæring	1 (6,7)	1 (5,6)	
Fettrikkost	1 (6,7)	6 (33,3)	
DIAkost	2 (13,3)	2 (11,1)	x
Vet ikke	7 (47,7)	6 (33,3)	
Natriumredusert kost			x
Glutenfri kost			x
Laktosefri kost			x

Ved T1 angir 7 (47,7 %, n=15) respondenter at de ikke vet hvilke dietter som tilbys, og få angir å ha kjennskap om faktiske dietter som storkjøkkenet lager. Ved T2 øker kjennskapen til faktiske dietter som tilbys. 6 (33,3 %, n=18) respondenter angir ønskekost og 5 (27,8 %, n=18) angir ernæringstett kost. 7 (38,9 %, n=18) respondenter angir proteinrik og 6 (33,3 %, n=18) fettrik kost som diett. Ved T2 er det 6 (33,3 %, n=18) respondenter som angir at de ikke vet hvilke dietter som finnes.

Ut i fra tabellen å tyde, viser det at respondentene har liten kjennskap til storkjøkkenets tilbud av dietter, dog det er en liten tendens ved T2 at respondentene har økt oppmerksomhet på dietter som beriker næringsinnholdet.

Videre i tematikken rundt ernæringsbehandling viser tabell 13 til spørsmål omkring respondentenes oppfatning av når ernæringstett kost skal gis til pasienter.

Tabell 13

Respondentens oppfatning av når ernæringstett kost gis

	T1 (n=15)	T2 (n=18)
Alle pasienter	1 (6,7)	3 (16,3)
Mangelfullt matinntak	6 (40)	7 (38,9)
Undervektige	4 (26,7)	8 (44,4)
Kun ved kosttiltak	2 (13,3)	1 (5,6)
Har ikke mulighet	2 (20)	1 (5,6)
Vet ikke	4 (26,7)	4 (22,2)

Tabellen viser at 6 (40 %, n=15) respondenter ved T1 angir at pasienter skal ha ernæringstett kost ved mangelfullt inntak, 4 (26,7 %, n=15) angir når pasienten har påvist undervekt. T2 viser at 7 (38,9 %, n=18) angir at ernæringstett kost gis til mangelfullt matinntak og 8 (44,4 %, n=18) angir ved påvist undervekt. Tabellen gir uttrykk for at ernæringstett kosthold settes i gang hovedsakelig når det er nedsatt matinntak eller ved påvist underernæring.

Tabell 14 illustrerer respondentenes kunnskap om mengde kalorier pasienter skal ha per døgn, antall dager en skal tolerere at en pasient har et matinntak som er mindre enn halvparten av energibehovet, ved hvilket prosentvis vekttap man vil anbefale ernæringstiltak og om man vil anbefale ernæringstiltak dersom man mistenker underernæring.

Tabell 14

Kunnskap om kcal inntak, lite energiinntak og vekttap

	T1 (n=15)	T2 (n=18)
30kcal/kg/døgn	5 (33,3)	4 (22,2)
3-4 døgn	4 (26,7)	6 (33,3)
5 % vekttap		4 (22,2)
Anbefaler ernæringstiltak	9 (60)	10 (55,6)

Begge testtidspunktene viser til at omtrent $\frac{1}{4}$ av respondentene svarer korrekt at daglig kcal inntak skal være på 30 kcal/kg/døgn, og at antall dager med akseptasjon av for lite matinntak ikke skal overskride 3-4 døgn. Respondentene viser i liten grad har kunnskap om at anbefalte retningslinjer som ligger på 5 % vekttap krever ernæringsbehandling. Ved T1 kan ingen den anbefalte grensen for vekttap, mens ved T2 har 4 (22,2 %, n=18) kunnskap om anbefalingen. Likevel angir ca 50 % av respondentene ved begge tidspunktene at de vil anbefale ernæringstiltak dersom de mistenker underernæring.

Tabellen tyder på at om lag halvparten har intensjoner om å starte opp ernæringsbehandling ved mistanke om svikt i ernæringsstatusen, men har ikke tilstrekkelig kunnskap om konkret ernæringslære.

4.7 Oppsummering av resultater

Oppsummert viser studiens resultater at de ansatte sier at arbeidsplassen har lite oppmerksomhet på ernæring. Halvparten av respondentene angir ved T2 å ha deltatt på en form for ernæringskurs, men 3 stykker deltok på det arrangerte kommunale ernæringskurset. Det kan gi uttrykk for at fokus på ernæring kan være en ledelsesprioritering, og at det kan være krevende å formidle informasjon i store systemer.

Respondentene angir ved begge testtidspunktene å ikke ha kunnskap om tilgjengelige ressurser som ernæringsfysiolog og kostkontakt. Det ses en signifikant endring mellom T1 og T2 ved forespørsel om respondentene anså kommunens storkjøkken som ressurser i forhold til ernæringsspørsmål. Til tross for den signifikante økningen om kjennskap til storkjøkkenet, ble de i liten grad angitt å bli brukt som ressurs.

Det ses ingen endring mellom testtidspunktene når det gjelder respondentenes selvoppfattede ansvarsområder. Det oppgis at $\frac{2}{3}$ av respondentene anser seg som ansvarlige for at pasientene får i seg tilstrekkelig mat og drikke, mens $\frac{1}{3}$ anser seg ansvarlig for å veie

pasienten og måle BMI. Det er en signifikant økning mellom testtidspunktene at respondentene anser fastlege som ansvarlig for å veie pasientene. Ved begge testene er det angitt at sykepleiere også anses som ansvarlige for vektmålingene. Manglende kunnskap om arbeidsplassens vektmålinger gir uttrykk for at det er manglende rutiner omkring temaet.

Det er en signifikant økning av kjennskap til BMI klassifisering for underernæring mellom T1 og T2. Det ses også en markant økning av fokus på hvilke hjelpemidler respondentene bruker for å vurdere pasienters ernæringsstatus. Fra å fokusere på vektmålinger ved T1, angir respondentene i T2 i tillegg til vektmålinger, velger de også samtaler med pasient og pårørende.

Respondentene angir i liten grad ved testtidspunktene å ha kjennskap til hvilke dietter kommunens storkjøkken tilbyr og hva ernæringstett kost betyr. Respondentene viser til å ha utilstrekkelig kunnskap om konkrete kunnskapsspørsmål angående anbefalt inntak av kcal per døgn, hvor lenge det skal godtas med for lite energiinntak og akseptabelt vekttap.

5. DISKUSJON

Diskusjonene vil i hovedsak knyttes opp mot fire sentrale temaer. Hvert tema tar for seg hovedfunn som til sammen vil belyse forskningsspørsmålene og studiens hensikt. I tillegg vil teoretiske perspektiver fra de ulike kunnskapsformene fungere som grunnlag for diskusjonen av studien for å belyse hvordan de ulike kunnskapsformene er i kontinuerlig samspill.

5.1 Demografi

Resultatet som ble presentert i kapittel 4.1, viser at det var stor oppslutning blant de ansatte som svarte på undersøkelsen. At det ved T1 var 15 (68%, n=15) og ved T2 18 (81%, n=18) respondenter viser til at de ansatte i arbeidslaget viste stor interesse for tematikken, og at de ønsket å kartlegge eget kunnskapsnivå. Resultat angående respondentenes utvalg viser til at det var ved T2 8 sykepleiere som besvarte undersøkelsen. Oppgitt bakgrunnsinformasjon viser til at det er 7 sykepleiere som er ansatt i arbeidslaget. Videre viser T2 viser det seg at det er 4 respondenter som har lederstilling i distriktet. At det er flere sykepleiere som besvarer undersøkelsen enn det som faktisk er ansatt og i tillegg at det oppgis at 4 har en lederstilling, kan det tolkes til at sykepleiere som ikke har den daglige pasientkontakten, deltok i undersøkelsen for å øke responsen. Det kan også stilles spørsmålstegn til at et arbeidslag bestående av 22 ansatte, har 4 i ansatte i lederstillinger. Likevel kan det vektlegges at flere ledd i organisasjonen anser tematikken som viktig, og derfor anser at det er nødvendig å besvare undersøkelsen.

Resultatene i kapittel 4.1 viser at det ofte er utskiftning og mange nyansatte i arbeidslaget da stillings medianverdien for respondentene er 3 år, og medianverdien for erfaring med geriatrisk pleie er på 8 år. Lengde i en stilling eller erfaring i et fagfelt er et viktig moment for å få kontinuitet og mulighet til å utvikle kompetanse. Ut i fra et kunnskapsperspektiv vil det være mulig å diskutere med bakgrunn i personlig og estetisk kunnskap.

I følge Patricia Benner (Benner, 1984), utvikles erfaring fra novise til ekspertnivå over en tidsperiode på omkring fem år. Hvor lenge helsepersonell har jobbet innen geriatri og har vært i samme stilling har ofte betydning for deres erfaring og oppfattet betydning av ernæring, og kan knyttes opp til personlig og estetisk kunnskap (Carper, 1996; Estabrooks et al., 2005; Kim, 1983; Mantzoukas & Jasper, 2008). Personlig kunnskap der erfaring fremheves er essensielt for å identifisere og iverksette tiltak hos pasienter med fare for underernæring. Med erfaringskunnskap har helsepersonell hatt liknende opplevelser som de har tatt lærdom av og som gir dem kunnskap og erfaring til å gjøre vurderinger i liknede fremtidige hendelser. Studier viser at økende grad av erfaring, endrer holdninger til ernæring (Bachrach-Lindström et al., 2007; Christensson & Bachrach-Lindstrom, 2009). Ved at helsepersonell har omlag 8 år med erfaring i geriatrisk pleie, kan gi dem ekspert kunnskap om eldre, men det sier lite om deres erfaringskunnskap om ernæring.

Med fokus på estetisk kunnskap anser jeg flere områder som viktige å trekke frem: taus og ikke- artikulert kunnskap, helsepersonells samhandling med pasienten, kollektiv kunnskap og avdelingskultur (Carper, 1996; Estabrooks et al., 2005; Mantzoukas & Jasper, 2008; Spenceley et al., 2008). I en kontekstavhengig situasjon med pasienten i sitt hjem, vil helsepersonell som bruker sin tause og ikke- artikulerte kunnskap få mulighet til å få innsikt og dybdeforståelse i pasientens selvopplevde situasjon (Spenceley et al., 2008). Ved å fremheve kollektiv kunnskap menes den kunnskapen som arbeidslaget i fellesskap har blitt opparbeidet seg, i dette betyr også den kultur arbeidslaget har i forhold til ernæringsarbeidet. Kollektiv kunnskap resirkuleres og produseres uformelt hos arbeidslaget i et fellesskap, og en felles oppfatning blir dermed en slags norm for arbeidet. At arbeidslaget viser at de ansatte har vært omlag 3 år i samme stilling, kan illustrere at arbeidslaget har en utskiftning av ansatte, som kan gi konsekvenser for at kollektiv kunnskap ikke resirkuleres, men fører til et vakuum hvor tematikk rundt pasienters ernæringsstatus ikke vektlegges som en viktig del av pleien som utøves (Estabrooks et al., 2005; Mantzoukas & Jasper, 2008).

5.2 Organisatorisk oppmerksomhet på ernæring

Kapittelet oppmerksomhet på ernæring tar for seg kommunens fokus på ernæring og arbeidslagets oppmerksomhet på ernæring. Kommunens fokus på ernæring, gir en indikasjon på hvor viktig rolle en organisasjons ledelse har i å videreformidle organisasjonenes oppmerksomhet til arbeidslagene. Videre i kapittelet vil det belyses hvilke ressurser arbeidslaget har til støtte i ernæringsarbeidet.

5.2.1 Kommunens fokus på ernæring

Respondentene angir ved begge testtidspunktene at de ikke er tilfredse med arbeidsplassens fokus på ernæring. Ved T1 var 1 (6,7%, n=15) respondent fornøyd, mens ved T2 var 2 (11,8%, n=18) respondenter fornøyde. Det arrangerte ernæringskurset i regi av arbeidsgiver som ble gjennomført to ganger, viste ikke å ha særlig endring av respondentenes tilfredshet med fokus på ernæring. Likevel viser resultatene at det har vært en form for ernæringskurs. Det var 3 (16,7%, n=18) respondenter som deltok på det kommunale kurset, og ytterligere 6 (33,3%, n=18) deltok på andre ernæringskurs i regi av utdanning eller andre arbeidsgivere. Hva som er grunnen til at ikke flere respondenter deltok på det kommunale ernæringskurset er ikke utdypet i spørreskjemaet. Men det viser klare likhetstrekk til to studier der helsepersonell mener, i likhet med studien min, at ernæring er relevant og viktig i jobben deres (U. Johansson et al., 2009; Meijers et al., 2009). Mangel på deltakelse på det kommunale ernæringskurset viser at det funnet må diskuteres om det er personlige eller organisatoriske/ledelsesmessige aspekter som ligger til grunn for den lave kursdeltakelsen og tilsynelatende lave interessen for kunnskapsutvikling innenfor ernæring. Grunnlaget for diskusjonen tar for seg empirisk og estetisk kunnskap.

For at helsepersonell skal få et økt fokus på ernæring, er empirisk kunnskap nødvendig. Ved å fremme kunnskap om ernæringslære og matvarekunnskap, hvilke aldersforandringer mennesker gjennomgår og hvilke sykdomsforhold som har betydning for ernæringsstatusen til

pasienten (Spenceley et al., 2008). Ved å benytte seg av forskningsbasert kunnskap i praksis, fordrer det helsepersonell til å implisere den empiriske kunnskapen i praksis hos den enkelte pasient (MW Nortvedt & Hanssen, 2001).

Det er en glidende overgang fra at helsepersonell skal innha empirisk kunnskap til estetisk kunnskap, der jeg anser at organisasjonen er ansvarlig for å bidra til en kollektiv kunnskapsutvikling ved å være sterkt deltakende. Slik jeg tolker Meijers et al. (2009) og Barba og Fay (2009), beskriver de viktige momenter innenfor estetisk kunnskap og kollektiv ekspertise. Organisasjonsledelsens tilstedeværelse er nødvendig for å fremme deltakelse på kurs og få økt fokus på ernæring blant de ansatte. At et tilgjengelig kurs skal være motivasjon nok for at de ansatte, kan dermed ikke forventes. Alle ledd organisasjonsledelsen må være synlige, aktive og tilby strukturerte og regelmessige kurs for at ernæringskurset skal være av betydning og resultere i økt fokus på ernæring (Barba & Fay, 2009; Meijers et al., 2009). Ved å fokusere på kollektiv ekspertise og avdelingskultur, vil det kunne resultere slik det gjorde i Westergren og Hedin (2010) sin studie, der felles konsensus hos alle ledd i organisasjonens ledelse at ernæringsarbeidet ble prioritert. Det førte til at helsepersonell har klare retningslinjer som det forventes at de skal gjennomføre, både i praksis og for kunnskapsutvikling. Det vil dermed føre til en bevisst felles holdning om å fokusere på ernæring og prioritere kunnskapsutvikling. Videre vil det bli en felles oppfatning i hele organisasjonen, og dermed i avdelingskulturen, at en resirkulering og utvikling av kunnskap er en selvfølge.

5.2.2 Arbeidslagetets fokus på ressurser i ernæringsarbeidet

Med ressurser i ernæringsarbeidet menes fagpersoner som gir veiledning ved ernærings spørsmål, og som kan bidra til at helsepersonell kan utføre en faglig rettet og forsvarlig jobb når de skal utføre ernæringsrelatert pleie. I bakgrunnsinformasjonen om studiens kommune, kommer det fram at ernæringsfysiologene er knyttet opp til flere funksjonsområder og distrikt. På grunn av den store avstanden til ernæringsfysiologen, skal

derfor hvert enkelt arbeidslag ha en kostkontakt som fungerer som et bindeledd og ressursperson mellom ernæringsfysiologen og arbeidslaget.

Organisasjonens ledelse gir i vedlegg 2 uttrykk for en forventning til de ansatte om at de skal ha kunnskap om organisasjonens retningslinjer i ernæringsprosedyren og at de skal følges. Tabell 5 i kapittel 4.3 illustrerer at et fåtall av respondentene har kjennskap til disse retningslinjene og tilgjengelige ressurser. 3 (20 %, n=15) respondenter ved T1 kjente kun til kostkontakt, ved T2 kjente 2 (11,1 %, n=18) til ernæringsfysiologen og 1 (5,6 %, n=18) til kostkontakten.

For å få et bredere bilde av hvilke faggrupper i kommunen respondentene anså som ressurser ved ernærings spørsmål, var det en signifikant ($p=0,05$) økning mellom testtidspunktene at de anså kommunens storkjøkken som en ressurs. Fra 2 (13,3 %, n=15) ved T1 til 9 (50 %, n=18) ved T2 hadde fått kjennskap til storkjøkkenet som en ressurs, likevel var det kun 2 (11,1 %, n=18) respondenter ved T2 som faktisk spurte storkjøkkenet til råds.

Det var ellers ved T1 ansett at det var sykepleiere som fikk rollen som ressurs og som faktisk ble spurt. Ved T2 var som nevnt storkjøkkenet og sykepleiere, men også fastlege ble også i stor grad ansett som ressurs.

Det kommer ikke frem i studien om respondentene ikke kjenner til at det finnes en kostkontakt eller om arbeidslaget faktisk ikke har en kostkontakt oppnevnt. Uansett årsak, viser resultatene i likhet med U. Johansson et al. (2009) og Meijers et al. (2009) sine studier at ernæringsarbeidet ikke har et multidisiplinært perspektiv og fremhever ikke tverrfaglig samarbeid med lege og ernæringsfysiolog. Det kommer frem fra Meijers et al. (2009) sin studie at ernæringsfysiologer i liten grad er direkte tilknyttet hjemmesykepleiens ansatte, og de som er tilgjengelige i liten grad blir benyttet som en ressursperson. T1 viser at det er de nærmeste fagpersonene som blir ansett som ressurser. Ved T2 viser det økt oppmerksomhet på flere ressurspersoner enn de som respondentene jobber sammen med, likevel blir de ikke i like stor grad spurt til råds. Dette viser at de ressurser som er lettest tilgjengelige blir oftest brukt, til tross for kjennskap til faggrupper med mer spesialisert kunnskap. Ved å ha en aktiv

kostkontakt i arbeidslaget som alle kjenner til, vil kunnskapsutveksling og veiledning kunne foregå på et høyere faglig nivå (ibid).

5.3 Helsepersonells kunnskap om ernæring og behandlingstiltak

Helsepersonells kunnskap om ernæring og behandlingstiltak belyser tema som vekt og BMI, respondentenes rutiner for vektmålinger, hvilke ansvarsområder respondentene selv anser de har ved oppfølging av pasientenes ernærings situasjon og hvilke faggrupper de anser som ansvarlige. Videre tar diskusjonen for seg helsepersonell kjennskap til hvilke dietter storkjøkkenet tilbyr som er tilpasset for eldre og underernærte, samt kunnskap om og deres evne til å bedømme ernæringsstatus, iverksette og gjennomføring av ernæringsbehandling.

5.3.1 Kunnskap om BMI og vektrutiner

BMI klassifiseringen for underernæring er en felles betegnelse for norske retningslinjer på grunnlag av empirisk kunnskap. Helsedirektoratets retningslinjer for BMI klassifiseringsgrense for underernæring er under 22 (2009). Det innebærer at helsepersonell må ha empirisk kunnskap om BMI for å gjøre vurderinger av en pasients ernæringsstatus basert på BMI beregninger. Ved T1 angav 4 (27 %, n=15) respondenter rett svar, og frem til neste testtidspunkt økte rett svar signifikant til 12 respondenter (67 %, n=18, $P<0,05$). Det har vært en klar forbedring om kunnskap av BMI klassifiseringsgrensen for underernæring. Det kan diskuteres om det er på grunn av de 9 respondentene som har deltatt på en form for ernæringsundervisning, enten internt eller eksternt, som har gitt økt kollektiv kunnskap av en slik klassifisering. Det kan også tenkes at respondentene fra T1 aktivt oppsøkte å få kjennskap til BMI klassifiseringen på egenhånd.

Ved forespørsel om arbeidslagets vektmålinger, angav respondentene i stor grad uttrykk for å ha empirisk kunnskap ved begge testtidspunktene når de anså at pasienter skulle veies. Omlag 40 % angav at normalvektige eldre skal veies månedlig, omlag 55 % angav at eldre med pågående vekttap skal veies ukentlig og omlag 70 % angav at eldre med påvist underernæring skal veies ukentlig (Helsedirektoratet, 2009). Det var stor forskjell mellom hva respondentene angav hvor ofte de selv mente at pasienter skal veies og når de faktisk ble veid. Tabell 9 i kapittel 4.4 gir uttrykk for at respondentene ikke kjenner til de organisatoriske retningslinjene for vektmåling som i utgangspunktet betegnes som empirisk kunnskap. Datauttrekkene fra tabell 1 i kapittel 3.4 understreker dette, da omlag 20 % av pasientene har dokumentert vektmålinger, mens 1,7 % har dokumentert høydemålinger. Videre gir de ikke innsyn i målingenes hyppighet eller når de ble dokumentert sist. Ernæringsprosedyren i vedlegg 2 viser til at vektmålinger skal gjennomføres månedlig på grunnlag av helsedirektoratets anbefalinger. Ved markant vektendring må vektmålinger vurderes hyppigere og fastlege skal kontaktes. Videre gir tabell 9 uttrykk for at det er ingen fast praksis innen vektmåling, men at det utføres på mer tilfeldige tidspunkt.

At det er så store forskjeller innen hva respondentene anser som rett tidspunkt for når vektmålinger bør utføres, og hva de faktisk gjør i praksis, inviterer til å diskutere nødvendigheten av flere kunnskapsformer, og hva som gjør at helsepersonell som har empirisk kunnskap, velger å ikke utføre en arbeidsoppgave. Estetisk kunnskap kan være et tema, hvor det i en avdelingskultur ikke foreligger noen form for praksis av vektmålinger. Det må vurderes om den lave medianverdien der helsepersonell i arbeidslaget har vært i samme stilling i 3 år, gir uttrykk for at arbeidslagets kollektive kunnskap ikke har fått mulighet til å utvikle seg. Likeledes kan forvaltningsmessige forhold ligge som en medvirkende årsak. Pasientenes vedtak setter dagsorden, og dersom pasienten ikke har vedtak på vektmålinger, blir det dermed ikke utført pga at det er satt av liten tid å snakke med pasienten. Videre kan personlig kunnskap i form av refleksjon og erfaring være mangelfull, fordi helsepersonell ikke har tilstrekkelig praksis omkring oppfølging av ernæringsstatus.

De ulike årsaksforhold som er diskutert kan være medvirkende til at arbeidslaget ikke gir uttrykk for å ha faste rutiner på vektmålinger, til tross for empirisk kunnskap, viser nødvendigheten med å implementere flere kunnskapsformer.

5.3.2 Ansvarsforhold

Spørsmål som tar for seg respondentenes selvoppfattet ansvarsområder omhandler tema som at pasienter får i seg tilstrekkelig mat og drikke, vekt målinger og BMI beregninger.

Ved å se tilbake på frekvenstabell 7 i kapittel 4.4 om selvoppfattet ansvarsområde blant respondentene, angir 2/3 ved begge testtidspunktene at de er ansvarlige for at pasientene får i seg tilstrekkelig mat og drikke. Det var en relativt jevn fordeling mellom faggruppene av de som ikke så seg selv som ansvarlig. Det er det ingen endring over tid vedrørende ansvarsområdene BMI beregninger og vektmålinger. Det er ingen som beregner BMI på nye pasienter, og der er et fåtall der 1/3 av respondentene ved begge testtidspunktene som angir at de veier pasientene. Ved nærmere gransking av respondentene som angav at de veier pasientene, var det ved T1 3 av 5 (60 %) respondenter sykepleiere, og 1 av 5 var pleieassistent som forøvrig var sykepleierstudent. Ved T2 var 5 av 6 (83 %) respondenter sykepleiere. Til tross for at det få antall respondenter som har selvoppfattet ansvarsområde i å veie pasienter, er det likevel sykepleiere som opplever seg i størst grad ansvarlig for å veie.

Respondentene ble så spurt i et multiple choice spørsmål om hvilke faggrupper de antok for å veie pasienter. Det ble målt medianverdier for hvor mange faggrupper respondentene anså at utførte vektmålinger, og ved T1 valgte respondentene 1 faggruppe. Ved T2 økte valg av faggrupper til 2. Fastlege fikk en signifikant økning mellom testtidspunktene, hos 12 av 18 respondenter (67 %). Videre ses en generell økning at alle faggruppene som har den daglige kontakten med pasientene; sykepleiere, hjelpepleiere/helsefagarbeidere og pleieassistenter, ble ansett for å veie pasienter.

Respondentenes angitte selvoppfattede ansvarsområde anser jeg at det gir en pekepinn på deres oppfatninger til ansvarsforhold, hvordan de forholder seg til lovverket og retningslinjer i

organisasjonen. Hva som er årsaken til at 2/3 av respondentene ser på seg selv ansvarlig for at pasientene får i seg tilstrekkelig mat og drikke, men bare 1/3 anser seg ansvarlig for å følge opp ernæringsstatus med vektmålinger og ingen følger opp med BMI beregninger, er grunnlag for videre diskusjon. Det må også tas med i diskusjonen at det har skjedd enn en endret oppfatning fra at sykepleiere ved T1 veier pasientene, til en mer multidisiplinert oppfatning til at alle i pleiegruppen inkludert, fastlege også veier pasientene. Det må ses ut i fra et organisatorisk perspektiv om hvilke forventninger det er til de ansattes arbeidsoppgaver og hvilket utdanningsperspektiv hver enkelt ansatt har. Ut i fra et kunnskapsperspektiv, innlemmes alle de fire hovedområdene for kunnskapsformer til diskusjon.

Det er flere forskrifter og lovverk som trekker frem den etiske og moralske formen for kunnskap (Helsedirektoratet, 2009; Helsepersonelloven, 1999). I Arvantitakis et al. (2009) sin litteraturgjennomgang trekkes alle som har daglig kontakt med hjemmeboende pasienter frem som ansvarlige for å observere og evaluere pasientens ernæringsstatus. Likeledes beskriver helsepersonelloven at helsepersonell har et individuelt ansvar for å oppfylle krav om faglig forsvarlighet (1999). Organisasjonens interne retningslinjer i vedlegg 2 viser til forventninger om at helsepersonell, skal vurdere pasienters ernæringstilstand, samt utføre BMI beregninger og vektmålinger, og henviser til videre ernæringstiltak dersom ernæringsstatusen ikke er tilfredsstillende.

Litteraturen viser til at helsepersonells empiriske og etiske kunnskap har en sammenheng når det gjelder deres oppfatning av eldre og ernæring (Bachrach-Lindström et al., 2007; Christensson & Bachrach-Lindstrom, 2009). Etisk kunnskap omtales i denne sammenheng, der helsepersonell skal være "pasientens advokat" og skal utøve pleie basert på moralske og faglige vurderinger, samt ut i fra det som er det beste for pasienten (Carper, 1996; Mantzoukas & Jasper, 2008). Nedsatt kunnskap om Eldres aldersforandring og ernæringslære, samt lavere utdanning fører til nedsatt holdning og ansvarsfølelse blant helsepersonell (Bachrach-Lindström et al., 2007; Christensson & Bachrach-Lindstrom, 2009). Av respondentene ved begge testtidspunktene er det sykepleiere som har høyest utdanning, og som flest ganger angir at de veier pasientene. Det er også sykepleiere som blir ansett av respondentene for å veie pasientene.

Et kjennetegn med helsepersonell som tillegges ansvarsområder kan ses opp mot funn i U. Johansson et al. (2009) sin studie der alle faggrupper i utvalget og sykepleiere selv anså seg selv som ansvarlig i ernæringsarbeidet. At sykepleierne i studien anså seg som ansvarlige for å bedømme ernæringsstatus og bearbeide behandlingsplaner, kan forklares at sykepleiere i hjemmesykepleien er faggruppen med høyest utdanning har ofte flere organisatoriske og tekniske arbeidsoppgaver (Crogan et al., 2001; U. Johansson et al., 2009). Ved å påta seg en oppfatning av ansvarlighet kan være at sykepleiere føler et profesjonsrelatert ansvar og autonomi i yrkesutøvelsen og det kan være en form for personlig kunnskap (Carper, 1996; Estabrooks et al., 2005; Norsk Sykepleier Forbund, 2001). Personlig kunnskap i form av profesjonsrelatert ansvar kan komme til uttrykk i at sykepleiere kan ha en form for iboende egenskap eller oppfatning om hva som kreves av dem.

Estetisk kunnskap kan forklares at det kan foreligge en felles konsensus hos helsepersonellet at det er sykepleiere som påtar seg ansvar selv, og for kollegaer å utføre mer tekniske oppgaver som vektmålinger (Crogan et al., 2001; U. Johansson et al., 2009). At fastlege pekes ut som ansvarlig, og at det har signifikant økning mellom testtidspunktene, kan i tillegg styrke en oppfatning hos annet helsepersonell, at det er fastlege som har det medisinske og tekniske faglige ansvaret. Fastlege har i likhet med sykepleiere mer teknisk og medisinsk ansvar for pasienten, og det dermed anses som en naturlig oppfatning hos noe helsepersonell at fastleger veier pasienter. Fastlege har dog i svært liten grad den daglige kontakten med pasientene. Pleieassistenter og hjelpepleiere/helsefagarbeidere som i størst grad har den daglige kontakten, gir i svært liten grad uttrykk for at de ser på det som sitt ansvar å veie pasienter. På grunnlag av at avdelingskulturen, eller en felles konsensus at sykepleiere utfører tekniske oppgaver, og derfor gir studien uttrykk for at 2/3 av respondentene ser på seg selv som ansvarlige for at pasienten får tilstrekkelig mat og drikke, kan relateres til at helsepersonell som har daglig kontakt med pasienten fokuserer mer på dagligdagse og praktiske gjøremål når de er hos pasienten, og at det er lite rom for vurderinger og oppfølging.

En meget positiv endring etter T2 er at det er fordelingen mellom de ulike faggruppene som er i kontakt med pasienten, som respondentene tror at utfører vektmålinger. Fra T1 hvor sykepleiere var i størst grad angitt, viser T2 at det er en økende oppfatning at flere faggrupper

som assistenter og hjelpepleiere/ helsefagarbeidere og fastlege sammen med sykepleiere veier pasientene. Det viser en tendens til at respondentene har økt oppmerksomhet på at det er flere faggrupper som har ansvar for å veie pasienten, ser på antropometriske målinger som vekt og BMI, og i tillegg å tilse at pasienten får tilstrekkelig inntak av mat og drikke må utføres med et multidisiplinært perspektiv.

5.3.3 Dietter

Kommunens storkjøkken tilbyr en rekke dietter til pasientene. Ved forespørsel om hvilke dietter respondentene trodde ble tilbudt, viste det brudd i kjennskap til kommunens diett tilbud. Ved T1 angir om lag halvparten av respondenter at de ikke har kjennskap om diettene, og svært få kjenner til faktiske dietter som storkjøkkenet lager. Ved T2 øker kjennskapen til de diettene ønskekost og ernæringstett kost som blir tilbudt ved storkjøkkenet.

Ut i fra tabell 12 i kapittel 4.6 å tyde, viser det at respondentene har liten kjennskap til storkjøkkenets tilbud av dietter, dog det er en liten tendens ved T2 at respondentene har økt oppmerksomhet på dietter som beriker næringsinnholdet. Likevel gir respondentene i tabell 13 i kapittel 4.6 i liten grad uttrykk for kjennskap til at ernæringstett kosthold anbefales hos alle aldrende mennesker. Det er liten variasjon mellom testtidspunktene der respondentene angir å iverksette slik spesialdiett når mangelfullt matinntak er påvist.

Ved å se tilbake på de demografiske datauttrekkene av pasientene i arbeidslaget i tabell 1 i kapittel 3.4 viser at det ikke er noen pasienter som har vedtak på matombringing, hjelp i matsituasjoner eller tilberedning av mat, til tross for at tabell 2 med oversikt over IPLOS funksjonsnivå viser til at 72,7 % av pasientene har behov for personbistand for innkjøp av mat og 37 % har behov for personbistand ved tilberedning av maten.

For videre diskusjon av tematikken, er alle de fire kunnskapsformene viktige. Kjennskap til storkjøkkenets tilby av dietter, anser jeg som et viktig område for empirisk kunnskap. Kommunens ernæringsprosedyre viser til ulike dietter som storkjøkkenet tilbyr, og dermed bør det foreligge en kjennskap til disse.

Det er nødvendig at helsepersonell har empirisk kunnskap om de ulike aldersforandringene som skjer hos mennesker, slik at de har kunnskap om at alle aldrende mennesker skal ha energitett kosthold (Ahmed & Haboubi, 2010). Respondentene i studien gir lite uttrykk for å inneha tilstrekkelig empirisk kunnskap om forutsetningene for ernæringsstett kosthold. Da produksjon av aktive metabolske celler avtar og basalstoffsifte reduseres, synker energiforbruket og energiinntaket avtar (Ahmed & Haboubi, 2010; Sortland, 2011). I tillegg spiser eldre generelt mindre, kjenner seg fortere mett, er mindre sultne før matinntak, spiser mindre porsjoner, spiser færre mellommåltider samt spiser saktere enn yngre (Fuhrman, 2009; Stechmiller, 2003). Dermed er det viktig å ha en forebyggende rolle, hvor pasientene får samme mengde mat/ mindre mengde mat med mye energiinnhold for å imøtekomme de ulike aldersforandringene som er nevnt over.

Samtidig må det tas i betraktning at respondentenes kjennskap til ressurspersonene kostkontakt og ernæringsfysiolog, kan ha sammenheng med liten kunnskap om dietter. Dersom arbeidslaget hadde hatt et nærmere samarbeid med ressursene, kan det tenkes at de hadde hatt økende grad av kjennskap til dietter som tilbys og hvorfor de skal benyttes. Det viser til at kollektiv ekspertise og et multidisiplinært samarbeid er essensielt i ernæringsarbeidet (Arvanitakis et al., 2009; Estabrooks et al., 2005; U. Johansson et al., 2009; Meijers et al., 2009). Ved å ha et nært samarbeid med ernæringsfysiolog og kostkontakt, viser studier til at helsepersonell som har slik multidisiplinær arbeidsmetode øker kunnskap om ernæring og i det aktuelle tilfellet: vil kunnskap om hvilke dietter som skal prioriteres hos pasientene, gi økt kollektiv ekspertise som vil ha en kontinuerlig resirkulering, dele erfaringer gjennom diskusjoner og samtaler (Arvanitakis et al., 2009; Estabrooks et al., 2005).

Med personlig kunnskap trekker jeg frem refleksiv kunnskap, som jeg igjen anser som svært nært knyttet opp mot kollektiv kunnskap. Gjennom refleksiv kunnskap opparbeider helsepersonell seg kunnskap gjennom erfaringer i liknende situasjoner (Mantzoukas & Jasper, 2008). Ved å få et nærmere samarbeid med ressurspersonene i ernæringsarbeidet, får hver enkelt ansatt, i ulike grader, en refleksjonsprosess rundt ernæring samtidig som de møter pasienter. Slik datauttrekkene fra tabell 1 er presentert, gir det uttrykk for at de ansatte i arbeidslaget har liten samhandling med pasientene når det gjelder matsituasjoner, da det

oppgis at ingen pasienter har vedtak på matombringing, får hjelp til å tilberede maten eller hjelp i måltidssituasjonen. Dermed kan det gi en mulig forklaring på den manglende kunnskapen til de ulike dietter, da de i praksis aldri forholder seg til dem.

Etisk kunnskap kommer frem som et viktig moment ved to ankepunkt rundt tematikken spesialdietter. Hvilket ansvar helsepersonell har for å være oppdatert innen arbeidsplassens retningslinjer og hvordan pasienters behov følges opp.

Ved å henvise til ernæringsprosedyren til kommunen i vedlegg 2, står det at alle ansatte har ansvar for å følge prosedyren. Det legges også med tjenesteleders ansvar for at prosedyren er kjent og at den følges. Her foreligger det et ansvar som krever at arbeidslaget følger disse bestemmelsene, dersom de ikke følger retningslinjene, bryter de både lovgivningen og deres ansvar som ”pasientens advokat”.

Slik jeg tolker IPOLS skalaen i tabell 2, legger den til grunn hvilke behov hver enkelt pasient har for grad av personbistand. IPLOS- registeret har til hensikt for kommunen å være et verktøy for å planlegge og dimensjonere tjenestene. Slik jeg tolker vedtakssystemet, skal dermed pasienter som har IPLOS skår som tilsier behov for personbistand i hjemmet, ha et vedtak på akkurat den tjenesten det gjelder (Sosial-og helsedirektoratet, 2006).

Ved å sammenligne tabell 1 og tabell 2, viser det at grad av bistand når det gjelder IPLOS skår på at 72,7 % av pasientene har behov for bistand til å skaffe seg mat, og 37 % har behov for bistand til å lage mat. Imidlertid viser datauttrekkene at det ikke er noen pasienter som har vedtak på verken bistand på hjelp til matlaging eller matombringing. Etter lovgivningen er man som helsepersonell pliktet til å følge opp pasientens behov, ta etisk og faglig ansvarlig å følge opp behov som er identifisert, som i dette tilfellet bør flere pasienter ha vedtak på bistand til matinnkjøp og tilberedning av maten (Helsepersonelloven, 1999). Det er mulig at pasienten mottar slik bistand, men at det ikke foreligger vedtak, og derfor ikke mulig å identifisere.

5.3.4 Oppstart av ernæringsbehandling

Tidspunkt for når ernæringsbehandling skal startes opp, tar utgangspunkt i flere målbare parametere. Tabell 14 i kapittel 4.6 viser til helsedirektoratets nasjonale retningslinjer for anbefalt kalori inntak, lengde for akseptasjon av for lite energi inntak og mengde vekttap over en tidsperiode. Målingene er indikatorer for pasienters ernæringsstatus og behov for ernæringsbehandling (Helsedirektoratet, 2009). I tillegg illustrerer tabellen respondentenes synspunkt på om de vil starte med ernæringsbehandling ved mistanke om underernæring.

Omlag ¼ av respondentene svarer korrekt at daglig kcal inntak skal være på 30 kcal/kg/døgn, og at antall dager med akseptabel lengde av for lite matinntak ikke skal overskride 3-4 døgn. Respondentene har i liten grad kunnskap om at anbefalte retningslinjer som ligger på 5 % vekttap på en tre måneders periode krever ernæringsbehandling. Ved T1 kan ingen den anbefalte grensen for vekttap, mens ved T2 har 4 (22,2 %, n=18) kunnskap om anbefalingen. 55 % - 60 % av respondentene angir ved begge tidspunktene at de vil anbefale ernæringstiltak dersom de mistenker underernæring. Kunnskap om daglig kcal inntak, antall dager med lite energiinntak og vekttap handler hovedsakelig om empirisk kunnskap, mens anbefalinger om ernæringstiltak tar utgangspunkt i etisk kunnskap.

Funnene viser at respondentene har for liten empirisk kunnskap til å bedømme når ernæringsbehandling skal startes og hvilke områder som må identifiseres. Funnene kan relateres opp til U. Johansson et al. (2009) og Meijers et al. (2009) studier, som konkluderer med at helsepersonell har utilstrekkelig kunnskap om ernæringsproblematikk. De har utilstrekkelig empirisk kunnskap og evne til å bedømme ernæringsstatus og iverksette og gjennomføre behandling av underernæring.

Selv om respondenten har utilstrekkelig empirisk kunnskap, angir 55 % - 60 % at de ønsker å sette i gang ernæringsbehandling dersom de mistenker underernæring. Det viser til at de angir å ha forståelse for at ernæringsproblematikken er viktig og pasienters ernæringsstatus må følges opp. Likevel er det om lag 40 % som ikke vil anbefale å sette i gang behandling ved mistanke om underernæring. Slik jeg oppfatter tallene, viser de at det er en sammenheng mellom kunnskap og holdninger (Bachrach-Lindström et al., 2007; Christensson & Bachrach-

Lindstrom, 2009). Dersom helsepersonell har nedsatt kunnskap om ernæring viser det samtidig at de har dårlige holdninger, i form av å fraskrive seg ansvar og ikke se nødvendigheten av ernæringsbehandling (Bachrach-Lindström et al., 2007; Christensson & Bachrach-Lindstrom, 2009)

5.4 Kartleggingsverktøy for vurdering av ernæringsstatus

Kartlegging og dokumentasjon av pasienters ernæringsstatus kan bidra med å identifisere ernæringsmessig risiko på et tidlig tidspunkt. Ved å se på respondentenes rutiner og kunnskap omkring kartlegging og dokumentasjon av ernæringsstatus vil det kunne gi et inntrykk om hvorvidt deres fokus er av forebyggende karakter.

5.4.1 Hjelpemidler for å identifisere ernæringsmessig risiko og underernæring

Tidlig identifisering av pasienter i ernæringsmessig risiko gjør det mulig å iverksette tiltak før underernæring oppstår. Hjelpemidler har til hensikt å veilede helsepersonell ved vurdering av ernæringsstatus (U. Johansson et al., 2009; Meijers et al., 2009).

Studiens respondenter fikk svare på et multiple choice spørsmål om hvilke hjelpemidler de brukte for å vurdere ernæringsstatus med. Ved T1 valgte respondentene gjennomsnittlig 2,3 hjelpemidler for vurdering av pasienters ernæringsstatus. Antropometriske mål som vekt ble prioritert hos 8 av 15 respondenter (53 %). Videre ble samtale med pasienten oppgitt av 7 (47 %, n=15) og muntlig rapport til kolleger ble angitt hos 5 (33 %, n=15). Ved T2 økte gjennomsnittlig antall hjelpemidler til 3,7. Vekt var prioritert hos 16 respondenter (89 %, n=18), 14 (78 %, n=18) respondenter angav å bruke samtaler med pasienten, samt samtale

med pårørende ble angitt hos 5 (61 %, n=18). Videre ble BMI valgt hos 7 (39 %, n=18), og 6 (33 %, n=18) valgte systematisk datainnsamling. Kartleggingsskjema ble i liten grad angitt som hjelpemiddel. Respondenter som brukte kartleggingsskjema, spesifiserte at det var kostregistrerings skjema for 48 timer.

Tabell 11 i kapittel 4.5 viser at hjelpemidlene for vurdering av ernæringsstatus belyser de ulike kunnskapsformenes gjensidighet og hvor viktig det er å aktivere disse i vurdering av pasienters ernæringsstatus.

For å kunne nyttiggjøre seg av hjelpemidler i vurdering av pasienters ernæringsstatus, er empirisk kunnskap om hjelpemidlenes funksjon og hensikt nødvendig. Tabell 11 illustrerer at de antropometriske målene: vekt, BMI og målebånd viser til at helsepersonell må ha kunnskap om hensikten med dem, og det kan forventes ut i fra allmennkunnskap at helsepersonell vet hensikten med slike mål. Helsedirektoratet viser til at bruk av enkle mål som vekt og BMI alene, uten å vurdere vektutvikling og/eller matinntak, ikke fanger opp alle som bør ha ernæringsbehandling (2009), og anbefaler derfor i tillegg verktøy som fanger opp ernæringsmessig risiko.

Det antropometriske målet vekt er prioritert blant respondentene ved begge testtidspunktene. Forklaringen på at bruk av vekt er prioritert, kan være at den er svært enkel å håndtere og det er anerkjent verktøy for å måle vekt. BMI er også er enkelt mål, som angis i noe grad. At BMI beregninger ikke blir angitt som et hjelpemiddel kan relateres til studiens funn der respondentene ikke angir å ha brukt BMI beregninger i det hele tatt (jf kapittel 5.3.2), eller at pasienter ikke får målt høyde (jf kapittel 3.4).

Ernæringsprosedyren i vedlegg 2, viser til at helsepersonell skal utrede årsak til mangelfullt inntak av mat og drikke og benytte kostregistrerings skjema som kartleggingsskjema. Dermed viser det at kommunen ikke forventer at respondentene har kunnskap om de ulike verktøyene som ble presentert i kapittel 5.3.2, men henviser til å kontakte fastlege og ernæringsfysiolog for faglig vurdering. De ulike kartleggingsskjemaene som ble presentert i kapittel 2.3.1, krever at helsepersonell har kjennskap til at de finnes og kunnskap om hvordan de skal

brukes. Respondentene angir i liten grad å bruke slike kartleggings skjema, men de som gjorde dette, beskrev at det var et kostregistreringsskjema, noe som er i samsvar med ernæringsjournalens retningslinjer.

Studiens respondenter gir uttrykk for å bruke hverandre ved mistanke om pasienters ernæringsstatus. Dermed brukes kollegers refleksive kunnskap når man ønsker å diskutere pasienters ernæringsstatus (Mantzoukas & Jasper, 2008).

Etisk og estetisk kunnskap for vurdering av pasienters ernæringsstatus omhandler å ha samtale med pårørende og pasienten for å kartlegge ernæringsstatusen. Etisk kunnskap i denne sammenhengen innebærer at helsepersonell er forpliktet ut i fra egen profesjon, lovverket, kommunenes kvalitetshånd og som pasientens advokat, å utrede årsaken til mangelfullt inntak av mat og drikke (Norsk Sykepleier Forbund, 2001; Carper, 1996; vedlegg 2). Derfor er helsepersonell pliktet til å gå inn i samtaler med pasienter og pårørende for å kartlegge ernæringsstatusen. Ved å bruke tid hos pasienten og pårørende kan helsepersonell kartlegge pasientens situasjon og vektlegge mulige årsaksforhold for nedsatt ernæringsstatus. Gjennom estetisk kunnskap går helsepersonell mer inn i en mellommenneskelig relasjon, bruker en empatisk tilnærming til å sette seg inn i pasientens situasjon. Ved å ha tilstrekkelig kunnskap om eldre og ernæring, samt bruke sin tause og refleksive kunnskap for å kartlegge situasjonen, og fungere som en veiledende rolle for hvilke tiltak som må tas for å bedre ernæringsstatusen for pasienten. at respondentene i studien angir i økende grad mellom testtidspunktene å snakke med pasient og pårørende for å kartlegge ernæringsstatusen, viser at de har økende fokus på nødvendigheten av mellommenneskelige relasjoner mellom helsepersonell og pasient/ pårørende, og hvor mye viktig informasjon som kan komme frem.

Oppsummert viser studien at det var en økt bevissthet hos respondentene på at det finnes flere hjelpemidler for å vurdere ernæringsstatus mellom de to testtidspunktene, og at respondentene har økt fokus på at kombinasjoner av flere hjelpemidler er til fordel når pasienters ernæringsstatus skal kartlegges.

5.4.2 Observasjon og dokumentasjonspraksis

Observasjon og dokumentasjonspraksis handler om helsepersonells praksis når det gjelder observasjon og dokumentasjon av pasienters matsituasjon. I spørreskjemaet var det liten endring mellom testtidspunktene, der respondentene svarte at de var til stede under pasientens måltid dersom de hadde tid. Angående dokumentasjonspraksis ved T1 svarte 14 (93,3 %, n =15) respondenter at de dokumenterte dersom de observerte avvik i pasienters ernæringsstatus. Ved T2 svarte 12 (66,7 %, n=18) det samme, mens de resterende respondentene valgte å ikke dokumentere slike avvik. Ved å diskutere observasjonspraksis, trekkes estetisk kunnskap inn som en viktig kunnskapsform, mens dokumentasjon skal diskuteres ut i fra et etisk perspektiv.

At eldre spiser måltidene sine alene, kan føre til en svært ugunstig situasjon, da sosialt samvær ved et måltid har stor betydning for ernæringsstatusen (Locher et al., 2005; Olin et al., 2005; Timonen & O'Dwyer, 2010). At helsepersonell har kunnskap om betydning av sosialt samvær, kan de bidra til å støtte opp om pasientens ernæringsstatus. Ved å legge til rette for at pasienten kan ha selskap, eller dele ett måltid sammen med andre mennesker kan resultere i flere gunstige effekter. Måltider blir oftere lengre under sosiale sammenhenger, og dermed økt inntak av mat og kalorier. Det kan være sosiale regler, som sier at en ikke skal dele opp maten i flere porsjoner, og dermed heller spise opp alt en har på tallerkenen. Til slutt kan det å tilberede maten sammen hjemme hos pasienten føre til økt appetitt og dermed økt matinntak (Locher et al., 2005). Fordi pasientenes vedtak ofte bestemmer hva som skal utføres av pleietjenester hos dem, er det forståelig at flere av respondentene i studien angir tidspress som en barriere for å være til stede under pasienters måltider. Men ved å gå inn i samtaler med pasienten og pårørende for å kartlegge pasientens sosiale situasjon, kan det være mulig å legge til rette for at pasienten får matsituasjoner som fortsatt oppleves som sosialt samvær. Ved å kartlegge pasientens sosiale og familiære situasjon, samt legge til rette for at familien har forståelse for dette, kan pasientens situasjon bedres betraktelig. Om kommunen har dedikerte dager med middag og sosialt samvær på det lokale seniorsenteret kan det være et godt tilbud til pasienten.

Andre enkle løsninger som kan bidra til økt fokus på observasjon, er å legge til rette for appetittvekkende mellommåltider og frisk drikke. Ved å tilberede slike måltid, kan man ved neste besøk observere og snakke med pasientens hvordan han/hun opplevde det, og om det bør gjøres endringer.

Helsepersonell sin dokumentasjonspraksis bør ses ut i fra kunnskapsformen som omhandler etikk. Under dette temaet trekker jeg frem at helsepersonell er pasientens advokat, og derfor er pliktet til å følge lovverket og kommunens ernæringsjournal ved å dokumentere i pasienters tiltaksjournal i Helios (kommunens dokumentasjonssystem). Ved at nærmest alle respondentene angir ved T1 mens om lag 2/3 i T2 gjør dette, viser til at respondentene har god etisk kunnskap omkring nødvendigheten av å dokumentere pasienters ernæringsstatus.

5.5 Oppsummering av funnene

Ved oppsummering av studiens funn er det viktig å lese resultatene i lys av at det er et begrenset utvalg, og nødvendigvis ikke gir et fullstendig bilde av helsepersonells kunnskap om ernæring i hjemmesykepleien. Likevel gir resultatene en pekepinn på kunnskapsnivået og fokus omkring ernæring, og hvilke områder det bør satses videre på å forbedre.

For å ha et godt grunnlag for et faglig og forsvarlig ernæringsarbeid, kreves det en organisasjonsledelse som er styrende for å opprettholde fokus, og legge til rette for at alle ledd i organisasjonen får all informasjon og kjennskap til ressurser som er tilgjengelige. Funnet peker i retning at til tross for at ledelsen har økt fokus på ernæring ved å tilby ernæringskurs, samt at det skal være et samarbeid mellom ernæringsfysiolog, kostkontakt og arbeidslag, gir studien uttrykk for at den informasjonen og kunnskapsutviklingen som er tilgjengelig ikke kommer frem til de ansatte. Dermed har ikke de ansatte kjennskap til hvilke ressurser som er tilgjengelige og får ikke benyttet seg av disse.

Funn gir uttrykk for at respondentene mangler kunnskap om tilgjengelige ressurser og kjennskap til interne ernæringsprosedyrer, da det viser at respondentene har nedsatt kunnskap om hvordan ernæringsstatus skal kartlegges, i form av hvilke verktøy som er tilgjengelige og når kartlegging bør tilstrebes. Det er likevel en endring i kjennskap til de ulike kartleggingsverktøyene der samtaler med pasient og pårørende fremheves. Likeledes har respondentene en signifikant økning av BMI klassifiseringen for underernæringen. Funn viser at det er motstridende hva respondentene kan om kartlegging av ernæringsstatus og hva som utføres i praksis. Det gir uttrykk for at det er lite fokus på kartleggingsrutiner i arbeidslaget. Identifiserte områder gir dermed videre funn uttrykk for at respondentene har utilstrekkelig kunnskap til å iverksette og gjennomføre ernæringsbehandling.

Videre viser funn i studien at respondentenes oppfatninger i forhold til ansvarsforhold rundt ernæringsbehandlingen har endret seg mellom testtidspunktene. Fra å ha en oppfatning om at fapersoner med høyere utdanning er ansvarlige for å vurdere ernæringsstatus, som fastlege og sykepleiere, har fokus endret seg og gitt økt oppmerksomhet på at ernæringsarbeidet skal utføres med et multidisiplinært perspektiv, og at alt helsepersonell som har kontakt med pasienten har ansvar for å følge opp ernæringsstatusen.

6. KONKLUSJON

Eldre hjemmeboende pasienters ernæringsstatus krever fokus fra kommunehelsetjenesten for å sikre god faglig helsehjelp. Ernæringsstatusen til eldre mennesker krever særskilt kunnskap og oppmerksomhet rundt de svært komplekse forholdene som har innvirkning på eldres ernæringsstatus. Helsepersonell er således viktige aktører for å behandle og forebygge underernæring (Arvanitakis et al., 2009; Fuhrman, 2009; Helsedirektoratet, 2009; Stechmiller, 2003). Denne studien viser at økt fokus på ernæring hos eldre, fører til endret holdning om at ernæringsarbeid bør utføres ut i fra et multidisiplinært arbeid, og at alle ledd i organisasjonen deltar aktivt i å opprettholde fokus på ernæring. Dermed vil det kunne føre til at helsepersonell som har den daglige kontakten med pasienten, implementerer kunnskap som de erverver seg gjennom ressurspersoner, kollegaer, organisasjonens retningslinjer og empirisk kunnskap.

Behandling og forebygging av underernæring i hjemmet kommer hovedsaklig pasienten til gode, men også organisasjonen sett i lys av økonomiske forhold. Behandling og forebygging av underernæring i hjemmet vil gi reduserte pleiekostnadene da underernæring gir store økonomiske kostnader i offentlig sektor, i form av at pasienter legges inn på sykehus for behandling av underernæring, og må eventuelt ha et opphold på sykehjem før hjemreise (Helsedirektoratet, 2009).

Hensikten med studien var å se om økt fokus på ernæring endret helsepersonells kunnskap, holdninger og handlingsferdigheter omkring underernæring.

Et hovedfunn i studien viser i likhet med studier, som har satt som en betingelse for ernæringsarbeidet, er at alle ledd i organisasjonen må være aktive for at helsepersonell skal ha fokus på ernæring (U. Johansson et al., 2009; Meijers et al., 2009; Westergren & Hedin, 2010). Kommunen som deltok i studien hadde satt fokus på ernæring i form av at de ansatte ble tilbudt ernæringskurs. Funnet fra denne studien peker i retning av at til tross for at ledelsen har intensjoner om å øke de ansattes kunnskap og oppmerksomhet omkring ernæring, gis det inntrykk for at den informasjonen og kunnskapsutviklingen som er tilgjengelig ikke kommer frem til de ansatte. Dermed har ikke de ansatte kjennskap til hvilke ressurser som er

tilgjengelige og får i liten grad benyttet seg av disse. Annet empirisk arbeid viser i likhet med funnet at fokus på ernæring må være gjeldende i en organisasjonens alle ledd, da det er nærmest umulig for enkelt personer alene å få gjennomført et vellykket ernæringsarbeid (Meijers et al., 2009; Westergren & Hedin, 2010).

Funn som identifiserte respondentenes kunnskap om underernæring og deres handlingsferdigheter i ernæringsbehandling er noe sammenfallende mellom hva de kan og hva de faktisk utfører. Funnene viser at det har skjedd en endring i respondentenes kunnskap om BMI klassifiserings grensen for underernæring. Til tross for at respondentene i stor grad har kunnskap om når vektmålinger bør utføres, viser funnene imidlertid at vektmålinger fortsatt utføres tilfeldig eller ikke i det hele tatt. Det er en økende grad av oppmerksomhet på hjelpemidler som kan vurdere ernæringsstatus, da respondentene angir å bruke flere hjelpemidler. Funn viser at det er liten kunnskap om hvilke dietter kommunens storkjøkken tilbyr, og hva ernæringstett kost faktisk betyr eller innebærer. Samtidig gir det uttrykk for at det er utilstrekkelig kunnskap rundt konkrete kunnskapsspørsmål angående anbefalt inntak av kcal per døgn, hvor lenge det skal godtas for lite energiinntak og hva som er akseptabelt vekttap. Liknende resultater fra andre studier viser til at helsepersonell har utilstrekkelig kunnskap, evne til å bedømme, iverksette og gjennomføre ernæringsbehandling (U. Johansson et al., 2009; Meijers et al., 2009).

Et av funnene er respondentenes holdninger ovenfor deres selvoppfattede ansvarsområder i ernæringsarbeidet, samt oppfatning av andre faggruppers ansvarsområder, viser til liknende resultater fra andre studier (Crogan et al., 2001; U. Johansson et al., 2009). Tekniske oppgaver som BMI beregninger og vektmålinger blir i liten grad ansett som selvoppfattet ansvarsområde, og slike oppgaver blir i liten grad utført av faggruppene hjelpepleier/helsefagarbeider og pleieassistenter. Sykepleiere for øvrig, anser seg selv som ansvarlige for slike oppgaver. Samtidig ilegges sykepleiere og fastlege ansvar for de tekniske oppgavene hos alle faggruppene. Likevel viser studien at det er en endring mellom testtidspunktene, og at det er en noe endret oppfatning omkring selvoppfattet ansvarsområde, hvor respondentene ser på ernæringsarbeidet som et multidisiplinært arbeid. Det betyr at alle

faggruppene som har kontakt med pasienten er ansvarlige for å følge opp ernærings situasjonen.

6.1 Implikasjoner for praksis

I et klinisk perspektiv vil kartleggingsstudier, kunne gi ny kunnskap som kommer pasienten til gode gjennom forbedret praksis. Ny kunnskap, kan gi en indikasjon på om pågående praksis har god nytteverdi, eller om ulike tiltak bør tilstrebes for å forbedre praksis. Et viktig funn i studien, som må vektlegges for implikasjoner for praksis, er å legge til rette for at alle ledd i hjemmesykepleien aktivt fokuserer på ernæring. Videre kan det anbefales å legge til rette for å ha arbeidsgrupper eller refleksjonsgrupper som tar for seg praksis omkring pasienters ernærings situasjon, og hvilke utfordringer helsepersonell møter. På slik måte kan økt ernæringsfokus gi forbedringer og bedre tilrettelegginger som kommer pasienten til gode.

6.2 Områder for videre forskning

Videre forskning innen for tematikken bør fokusere på tre områder: kompetanseutvikling, kartlegging av helsepersonell og hvordan legge til rette for økt kunnskap om ernæring hos pasienter/ pårørende. Ved å legge til grunn for hva som er årsaken til at ernæring hos eldre hjemmeboende ikke blir prioritert hos helsepersonell, og hva som skal til for at for at helsepersonell får økt kunnskap om ernæring, er viktige momenter å forske mer på. Videre er det viktig å se på hvilke vilkår som må ligge til grunn for at helsepersonell benytter seg av tilgjengelige ressurser i ernæringsarbeidet. Forskning bør også se nærmere på om det bør legges til rette egne kurs som er tilpasset de ulike faggruppene, slik at tilpasset kunnskap

kommer frem og dermed gir økt forståelse til at alle faggruppene anser seg selv som ansvarlige for å tilse at pasienter får et riktig tilpasset kosthold. Tilslutt bør pasienters og pårørendes kunnskap omkring ernæring få et større fokus, slik at helsepersonell på en lettere måte kan bidra til å styrke pasienten i sitt eget hjem og bidra til et selvstendig liv og medbestemmelse når det gjelder egen ernæringsstatus.

6.3 Svakheter med studien

Det foreligger flere forbehold jeg må nevne som mulige begrensninger med studien min. Først og fremst at dette er mitt første forskningsarbeid og mine valg kan ha ført til begrensninger ved studien. Kriterier for valg av litteratur og fremgangsmåte for å finne relevant litteratur, valg av søkeord, kan ha ført til at viktig litteratur ikke er identifisert. Likevel antar jeg at den litteraturen som er benyttet er relevant fordi jeg identifiserte samme forfattere gjentatte ganger under søkene mine, og fikk anbefalt identifisert litteratur fra forskere innenfor tematikken.

Antall respondenter og bekvemmelighetsutvalget i forskningsfeltet kan også representere begrensninger ved oppgaven. I forhold til antall respondenter var bekvemmelighetsutvalget mest hensiktsmessig med tanke på den tiden jeg hadde til rådighet for masteroppgaven. Likevel gav de respondentene som deltok i undersøkelsen viktig informasjon, som bidro med empiriske funn. Jeg tar til etterretning at empirien ikke nødvendigvis gir et fullstendig bilde av helsepersonells kunnskap om ernæring i hjemmesykepleien. Likevel gir resultatene en pekepinn på kunnskapsnivået og fokuset omkring ernæring, og dermed hvilke områder det bør satses videre på å forbedre, tatt i betraktning at mine funn har likheter med andre større forskningsarbeider.

Referanser

- Aalen, O. O., Frigessi, A., Moger, T. A., Scheel, I., Skovlund, E., & Veierød, M. B. (2008). *Statistiske metoder i medisin og helsefag* (1 ed. Vol. 3): Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Ahmed, T., & Haboubi, N. (2010). Assessment and management of nutrition in older people and its importance to health. *Clinical Interventions In Aging*, 5, 207-216.
- Arvanitakis, M., Coppens, P., Doughan, L., & Van Gossum, A. (2009). Nutrition in care homes and home care: Recommendations - a summary based on the report approved by the Council of Europe. *Clinical Nutrition*, 28(5), 492-496.
- Bachrach-Lindström, M., Jensen, S., Lundin, R., & Christensson, L. (2007). Attitudes of nursing staff working with older people towards nutritional nursing care. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 2007-2014.
- Bandayrel, K., & Wong, S. (2011). Systematic Literature Review of Randomized Control Trials Assessing the Effectiveness of Nutrition Interventions in Community-Dwelling Older Adults *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 43(4), 251-262.
- Barba, B. E., & Fay, V. (2009). Does continuing education in gerontology lead to changes in nursing practice? *Journal of Gerontological Nursing*, 35(4), 11- 17.
- Barczy, S. R., Sullivan, P. A., & Robbins, J. (2000). How should dysphagia care of older adults differ? Establishing optimal practice patterns. *Seminars in speech and language*, 21(4), 347- 361.
- Benner, P. (1984). *From novice to expert : excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park, Calif.: Addison-Wesley.
- Birkeland, A., & Flovik, A. (2011). *Sykepleie i hjemmet* (1 ed.). Oslo: Akribe AS.
- Bjørk, I. T., & Solhaug, M. (2008). *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie: en ressursbok*. Oslo: Akribe.
- Bjørndal, A., & Hofoss, D. (2004). *Statistikk for helse- og sosialfagene* (2 ed.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bocock, M. A., Keller, H. H., & Brauer, P. M. (2008). Defining malnutrition risk for older home care clients. *Canadian Journal of Dietetic Practice & Research*, 69(4), 171-176.
- Braga, M., Ljungqvist, O., Soeters, P., Fearon, K., Weimann, A., & Bozzetti, F. (2009). ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: surgery. *Clinical Nutrition*, 28(4), 378-386.
- Buus, N. (2008). Negotiating clinical knowledge. A field study of psychiatric nurses' everyday communication. *Nursing Inquiry*, 15(3), 189-198.
- Callen, B., & Wells, T. (2003). Views of community-dwelling, old-old people on barriers and aids to nutritional health. *Journal of Nursing Scholarship*, 35(3), 257-262.

- Carper, B. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Science*, 1(1), 13-23.
- Carper, B. (1996). Fundamental Patterns of Knowing in Nursing. In J. W. Kennedy & J. W. Kenney (Eds.), *Philosophical and Theoretical Perspectives for Advanced Nursing Practice* (pp. 5-13). Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publications.
- Carstensen, L. L., Isaacowitz, D. M., & Charles, S. T. (1999). Taking time seriously. A theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist*, 54(3), 165-181.
- Chinn, P. L., & Kramer, M. K. (2011). *Integrated theory and knowledge development in nursing*. St. Louis, Mo.: Elsevier Mosby.
- Christensson, L., & Bachrach-Lindstrom, M. (2009). Adapting "the staff attitudes to nutritional nursing care scale" to geriatric nursing care. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 13(2), 102- 107.
- Cook, T. D., & Campbell, D. T. (1979). *Quasi-Experimentation. Design & analysis issues for field settings*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Crogan, N. L., Shultz, J. A., Adams, C. E., & Massey, L. K. (2001). Barriers to nutrition care for nursing home residents. *Journal of Gerontological Nursing*, 27(12), 25-31.
- Ekeli, B. V. (2005). Fra evidensbasert praksis til praksisbasert evidens. In C. Foss & B. Ellefsen (Eds.), *Helsetjenesteforskning: perspektiver, metoder og muligheter* (pp. 243 s.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Endevelt, R., Werner, P., Goldman, D., & Karpati, T. (2009). Nurses' knowledge and attitudes regarding nutrition in the elderly. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 13(6), 485- 489.
- Estabrooks, C. A., Rutakumwa, W., O'Leary, K. A., Profetto-McGrath, J., Milner, M., Levers, M. J., & Scott-Findlay, S. (2005). Sources of practice knowledge among nurses. *Qualitative Health Research*, 15(4), 460-476.
- Fritz, K., & Elmadfa, I. (2008). Quality of nutrition of elderly with different degrees of dependency: elderly living in private homes. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 52(1), 47-50.
- Frongillo, E., & Wolfe, W. (2010). Impact of participation in Home-Delivered Meals on nutrient intake, dietary patterns, and food insecurity of older persons in New York state. *Journal of Nutrition for the Elderly*, 29(3), 293-310.
- Fuhrman, P. A. (2009). Home Care for the Elderly. *Nutrition in Clinical Practice*, 24(196), 196- 205.
- Gollub, E., & Weddle, D. (2004). Improvements in nutritional intake and quality of life among rail homebound older adults receiving home-delivered breakfast and lunch. *Journal of the American Dietetic Association*, 104(8), 1227-1235.
- Guenter, P., Malyszek, R., Bliss, D. Z., Steffe, T., O'Hara, D., LaVan, F., & Monteiro, D. (2000). Survey of nutritional status in newly hospitalized patients with stage III or stage IV pressure ulcers. *Advances in Skin & Wound Care*, 13, 164-168.
- Guigoz, Y. (2006). The mini nutritional assessment (MNA). Review of the literature- what does it tell us? *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 10, 466-477.

- Gulsvik, A. K., Thelle, D. S., Mowé, M., & Wyller, T. B. (2009). Increased mortality in the slim elderly: a 42 years follow-up study in a general population. *European Journal of Epidemiology* 24, 683- 690.
- Haraldsen, G. (1999). *Spørreskjemametodikk etter kokebokmetoden* (Vol. 1). Oslo: Ad Notam Gyldendal AS.
- Helse og omsorgsdepartementet. (2010). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). Proposisjon 91 L*. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet Retrieved from <http://www.regjeringen.no/pages/16246070/PDFS/PRP201020110091000DDD/PDFS.pdf>.
- Helse og omsorgsdepartementet. (2011). *Samhandlingsreformen - Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak. Nasjonal veileder*. Retrieved from <http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Dokumenter%20SAM/Nasjonal-Veileder-samarbeidsavtaler-mellom-kommuner.pdf>.
- Helsedirektoratet. (2006). *Ernæringsjournalen*. Oslo: Helsedirektoratet Retrieved from http://www.helsedirektoratet.no/ernaering/helsepersonell/ern_ringsjournalen_44874.
- Helsedirektoratet. (2009). *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*. Oslo: Helsedirektoratet, Avdeling ernæring Retrieved from http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonale_faglige_retningslinjer/nasjonale_faglige_retningslinjer_for_forebygging_og_behandling_av_undererning_443404.
- Helsedirektoratet. (2011). *Riktig legemiddelbruk til eldre pasienter/beboere på sykehjem og i hjemmesykepleien. Forslag til tiltak*. Oslo: Helsedirektoratet Retrieved from http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00330/IS-1887_Tiltak_for_330569a.pdf.
- Helsepersonelloven 1999. LOV-1999-07-02-64 (1999).
- Higgins, M., & Barkley, M. (2003). Tailoring nutrition education intervention programs to meet needs and interests of older adults. *Source Journal of nutrition for the elderly*, 23(1), 59-79.
- Iizaka, S., Okuwa, M., Sugama, J., & Sanada, H. (2010). The impact of malnutrition and nutrition-related factors on the development and severity of pressure ulcers in older patients receiving home care. *Clinical Nutrition*, 29, 47-53.
- Johansson, L., Sidenvall, B., & Christensson, L. (2009). Who will become malnourished? A prospective study of factors associated with malnutrition in older persons living at home. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 13(10), 851- 861.

- Johansson, U., Boseaus, I., Larsson, J., Rothenberg, E., Stene, C., & Unosson, M. (2009). Nutritionsbehandling i äldrevård –ett bortglömt perspektiv. *Läkartidningen*, 106(40).
- Johansson, Y., Bachrach-Lindstrom, M., Carstensen, J., & Ek, A.-C. (2009). Malnutrition in a home-living older population: prevalence, incidence and risk factors. A prospective study. *Journal of Clinical Nursing*, 18(9), 1354-1364.
- Johnson, C., & Begum, M. (2008). Adequacy of nutrient intake among elderly persons receiving home care. *Journal of Nutrition for the Elderly* 27(1-2), 65-82.
- Jones, C., Badger, S. A., & Hannon, R. (2011). The role of carbohydrate drinks in pre-operative nutrition for elective colorectal surgery. *Ann R Coll Surg Engl*, 93(7), 504-507.
- Kennelly, S., Kennedy, N. P., Rughoobur, G. F., Slattery, C. G., & Sugrue, S. (2010). An evaluation of a community dietetics intervention on the management of malnutrition for healthcare professionals. *Journal of Human Nutrition & Dietetics*, 23(6), 567-574.
- Kim, H. S. (1983). *The nature of theoretical thinking in nursing*. East Norwalk, Conn.: Appleton-Century-Crofts.
- Kondrup, J., Allison, S., Elia, M., Vellas, B., & Plauth, M. (2003). ESPEN guidelines for nutrition screening 2002 *Clinical Nutrition*, 22(4), 415-421.
- Kretser, A., Voss, T., Kerr, W., Cavadini, C., & Friedmann, J. (2003). Effects of two models of nutritional intervention on homebound older adults at nutritional risk. *Journal of the American Dietetic Association*, 103(3), 329-336.
- Kunnskapssenteret. (2010). Kunnskapsbasert praksis, from <http://kunnskapsbasertpraksis.no/index.php?action=static&id=41>
- Kvamme, J.-M., Grønli, O., Florholmen, J., & Jacobsen, B. K. (2011). Risk of malnutrition is associated with mental health symptoms in community living elderly men and women: the Tromsø study. *Biomed Central Psychiatry*, 11(112).
- Kvamme, J.-M., Holmen, J., Wilsgaard, T., Florholmen, J., Midthjell, K., & Jacobsen, B. K. (2011). Body mass index and mortality in elderly men and women: the Tromsø and HUNT studies. *Journal of epidemiology and community health*.
- Kvamme, J.-M., Olsen, J. A., Florholmen, J., & Jacobsen, B. K. (2010). Risk of malnutrition and health-related quality of life in community-living elderly men and women: the Tromsø study. *Quality of Life Research* 20, 575-582.
- Landmark, B. (2008). Ernæringsrapport 2007. In D. Kommune (Ed.). Drammen: FoU, Drammen geriatriske kompetansesenter.
- Lesourd, B. (2006). Nutritional factors and immunological ageing. *Proceedings of the Nutrition Society*, 65, 319-325.
- Liaschenko, J. (1994). The moral geography of home care. *Advanced Nursing Science*, 17(2), 16-26.
- Locher, J., Robinson, C., Roth, D., Ritchie, C., & Burgio, K. (2005). The effect of the presence of others on caloric intake in homebound older adults. *Journals of*

- Gerontology Series A: Biological Sciences & Medical Sciences* 60A(11), 1475-1478.
- Lorefält, B., Andersson, A., Wirehn, A. B., & Wilhelmsson, S. (2010). Nutritional status and health care costs for the elderly living in municipal residential homes—an intervention study. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 15(2), 92- 97.
- Lund, T. (2002). *Innføring i forskningsmetodologi*. Oslo: Unipub.
- Lund, T., & Haugen, R. (2006). *Forskningsprosessen*. Oslo: Unipub.
- Mantzoukas, S., & Jasper, M. (2008). Types of nursing knowledge used to guide care of hospitalized patients. *Journal of Advanced Nursing*, 62(3), 318-326.
- McKie, L., MacInnes, A., Hendry, J., Donald, S., & Peace, H. (2000). The food consumption patterns and perceptions of dietary advice of older people. . *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 13(3), 173-183.
- Meijers, J. M. M., Halfens, R. J. G., van Bokhorst-de van der Schueren, M. A. E., Dassen, T., & Schols, J. M. G. A. (2009). Malnutrition in Dutch health care: prevalence, prevention, treatment, and quality indicators. *Nutrition*, 25(5), 512-519.
- Morley, J. E. (2002). Pathology of anorexia. *Clinics in Geriatric Medicine*, 18(4), 661-673.
- Mowe, M. (2002). Behandling av underernæring hos eldre pasienter. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 122, 815-818.
- Mowe, M., Bosaeus, I., Rasmussen, H. H., Kondrup, J., Unosson, M., Rothenberg, E., & Irtun, O. (2008). Insufficient nutritional knowledge among health care workers? *Clinical Nutrition*, 27(2), 196-202.
- Munch, C., Pedersen, P., Faergeman, K., & Thulstrup, A. M. (2006). Plejepersonalets viden og holdning om ernæring til eldre plejehjemsbeboere - en spørgekemaundersøgelse. *Vård i Norden*, 26(1), 20-24.
- Nes, S., & Moen, A. (2010). Constructing standards: a study of nurses negotiating with multiple modes of knowledge. *Journal of Workplace Learning*, 22(6), 376-393. doi: 10.1108/13665621011063487
- Norsk Sykepleierforbund. (2001). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere Retrieved 6/9, 2011, from <http://stud.hsh.no/home/125211/HSH/Yrkesetiske%2520retningslinjer%25202001.pdf>
- Nortvedt, M., & Hanssen, T. (2001). Evidensbasert sykepleie. *Tidsskriftet Sykepleien*, 89, 59-61.
- Nortvedt, M., Jamtvedt, G., Graverholt, B., & Reinart, L. (2007). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert -en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- Olin, A. Ö., Koochek, A., Ljungqvist, O., & Cederholm, T. (2005). Nutritional status, well-being and functional ability in frail elderly service flat residents. *European Journal of Clinical Nutrition*, 59, 263-270.

- Olsen, M. F., & Wennberg, E. (2011). Fast-track concepts in major open upper abdominal and thoracoabdominal surgery: a review. *World Journal of Surgery*, 35(12), 2586-2593.
- Omran, M. L., & Morley, J. E. (2000). Assessment of protein energy malnutrition in older persons, part I: History, examination, body composition, and screening tools. *Nutrition*, 16(1), 50-63.
- Pallant, J. (2010). *SPSS survival manual: a step by step guide to data analysis using SPSS*. Maidenhead: McGraw-Hill.
- Paquay, L., Wouters, R., Defloor, T., Buntinx, F., Debaillie, R., & Geys, L. (2008). Adherence to pressure ulcer prevention guidelines in home care: a survey of current practice. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 627-636.
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). (1999).
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia, Pa.: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Saletti, A., Johansson, L., Yifter-Lindgren, E., Wissing, U., Osterberg, K., & Cederholm, T. (2005). Nutritional status and a 3-year follow-up in elderly receiving support at home. *Gerontology*, 51(3), 192-198.
- Scott, T. M., Peter, I., Tucker, K. L., Arsenault, L., Bergethon, P., Bhadelia, R., . . . Folstein, M. (2006). The Nutrition, Aging, and Memory in Elders (NAME) Study: design and methods for a study of micronutrients and cognitive function in a homebound elderly population. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(6), 519-528.
- Soini, H., Routasalo, P., & Lauri, S. (2006). Nutrition in patients receiving home care in Finland: tackling the multifactorial problem. *Journal of Gerontological Nursing*, 32(4), 12-17.
- Sortland, K. (2011). *Ernæring - mer enn mat og drikke*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Sosial-og helsedirektoratet. (2005). *Felles forståelse- individuell registrering. Veileder, registrering av IPLOS-opplysninger*. Oslo: Retrieved from http://www.uloba.no/upload/nyhetsbilder/IPLOS_veileder.pdf.
- Sosial-og helsedirektoratet. (2006). *Veileder, saksbehandling og dokumentasjon for pleie- og omsorgstjenester*. Retrieved from <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-i-saksbehandling-og-dokumentasjon-for-pleie-og-omsorgstjenester/Sider/default.aspx>.
- Spenceley, S., O'Leary, K., Chizawsky, L., Ross, A., & Estabrooks, C. (2008). Sources of information used by nurses to inform practice: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 45(6), 954-970.
- Statistisk sentralbyrå. (2008). Avtalte årsverk og avtalte årsverk eksklusive lange fråvere i pleie og omsorg. 2004- 2010 Retrieved 6/9, 2011, from <http://ssb.no/emner/06/01/komregsys/tab-2011-03-15-02.html>
- Statistisk sentralbyrå. (2010a). Statistisk årbok 2010 Vol. 129. Retrieved from <http://www.ssb.no/>

- Statistisk sentralbyrå. (2010b). Statistikkbank, from http://statbank.ssb.no/statistikkbanken/Default_FR.asp?PXSid=0&nvl=true&PLanguage=0&tilside=selectvarval/define.asp&Tabellid=07938
- Stechmiller, J. K. (2003). Early Nutritional Screening of Older Adults. Review of Nutritional Support. *Journal of Infusion Nursing*, 26(3), 170-177.
- Sørbye, L. (2003). Hjemmetjenester til eldre i Bærum og Ullern - sammenlignende data fra AdHOC studiet. Oslo: Diakonhjemmet University College.
- Sørbye, L., Finne-Soveri, H., Schroll, M., Jónnson, P., Topinkova, E. L., Ljunggren, G., & Bernabei, R. (2008). Unintended weight loss in the elderly living at home: the Aged in HOME Care Project (AdHOC). *Journal of Nutrition, Health and Ageing*, 12(1), 10-16.
- Sørbye, L., & Jakobsen, E. (2012). Matlyst gir livslyst. *Et samarbeidsprosjekt mellom Utviklingssenter for hjemmetjenester i Bærum kommune og Diakonhjemmet høgskole*
- Terland, A. (2006). Yrkesutøvelse i hjemmebaserte tjenester- kvalitetsmessige forhold og utfordringer. In B. Horndalen & T. Torp (Eds.), *Vernepleier – utdanning og yrke i et faglig og etisk perspektiv: Høgskolen i Akershus*.
- Thompson Martin, T., Kayser-Jones, J., Stotts, N. A., & Froelicher, S. E. (2008). Community- living elder`s views on normal and low weight. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 12(1).
- Timonen, V., & O'Dwyer, C. (2010). It is nice to see someone coming in': exploring the social objectives of Meals-on-Wheels. *Canadian Journal on Aging*, 29(3), 399-410.
- Todorovic, V., Russell, C., Stratton, R., Ward, J., & Elia, M. (2003). "MUST" Brosjyren. En veiledning til "Mini Underernæring- ScreeningverkTøy" ("MUST") for voksne. In T. B. A. f. P. a. E. N. (BAPEN) (Ed.).
- Volkert, D., Berner, Y., Berry, E., Cederholm, T., Bertrand, P., Milne, A., . . . Lochs, H. (2006). ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Geriatrics. *Clinical Nutrition*, 25, 330-360.
- Westergren, A., & Hedin, G. (2010). Do study circles and a nutritional care policy improve nutritional care in a short- and long-term perspective in special accommodations? *Food & Nutrition Research*, 54(5402).
- Wikby, K., Ek, A.-C., & Christensson, L. (2009). Implementation of a nutritional programme in elderly people admitted to resident homes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23, 421-430.

VEDLEGG 1: PICO skjema

	Problem/Pasient	Intervensjon	Comparison/ Sammenlikning	Outcome/Endepunkt
Norske ord	Underernæring Ernæring Hjemmeboende Eldre	Hjemmesykepleie Utdanning		Kunnskap Holdninger Etikk
MeSH	Homebound persons Homecare services Malnutrition Nutrition assessments Geriatrics Home living elderly	Home care Nutrition Education Teaching Methods Education		Knowledge Clinical competence Nurse attitudes Attitudes of health personnel Medical geography Ethics
Tekst ord	Homebound Elderly Nutrition Gerontology Home care	Meals on wheels Home delivered meals		Attitudes

VEDLEGG 2: Kvalitetshåndbok i ansattportalen- ernæringsprosedyre

Ernæringsprosedyre

Tema: Bruker får tilstrekkelig ernæring	
Sist oppdatert: sep 2011	Utarbeidet av:
Målgruppe: Alle ansatte i PLO	Godkjent av:
Ansvar for prosedyren: Pleie og omsorgs- lederne har ansvar for at prosedyren er utarbeidet og godkjent. Tjensteleder er ansvarlig for at prosedyren er kjent og følges. Ansatte har ansvar for å følge prosedyren.	

1. KVALITETSMÅL

Brukers ernæringstilstand og behov er utredet og vurdert, og bruker får dekket sitt ernæringsbehov.

2. DEFINISJONER

Ernæring: mat og matens innhold av næringsstoffer som menneskekroppen trenger for å fungere.

Ernæringstilstand: mål på ernæringstilstand er for eksempel KMI og blodprøvestatus.

Ernæringsbehov: den mengde næringsstoffer som må til for å sikre optimale kroppsfunksjoner.

Kroppsmasseindeks(KMI)/ body mass index(BMI) – *vekt i kg delt på høyde i meter ganger høyde i meter*:
normal KMI for eldre fra 70 år er 22 – 27 og normal KMI for personer fra 18-70 år er 20-25.

3. UTFØRELSE

- Brukers ernæringstilstand og behov innhentes, vurderes og dokumenteres i tiltaksjournal i Helios.
- Bruker har rett til veiledning om riktig kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat og drikke. Det avklares med bruker og eller pårørende/hjelpeverge hva som er rimelig valgfrihet. Det forutsettes at ansatte har kunnskap om ernæring og utøver faglig skjønn i kommunikasjon med bruker og pårørende/hjelpeverge.
- Utred årsaken dersom bruker har sviktende evne til å spise/drikke.
- Ved fare for uttørring/feilernæring og/eller obstipasjon, observeres og dokumenteres mengde drikke/matinntak fortløpende.
- Ved behov tilrettelegges spesialkost som for eksempel diabeteskost eller glutenfri kost.
- Ved behov for ekstra ernæring tilbys ekstra energitett kost og evt. ernæringsdrikker.
- Tilby brukere som trenger det tilgjengelige, små, delikate måltider, og mellommåltider.
- Brukere med annen etnisk bakgrunn imøtekommes så langt det lar seg gjøre i henhold til ønsker om mat og spisevaner.
- Bruker bør ikke oppleve lengre nattefaste enn 11 timer. Helsedirektoratet anbefaler 4 hovedmåltider og 1 -2 mellommåltider fordelt over minimum 13 timer. Se vedlegg om forslag til dagsmeny.
- Avsett nok tid til måltidene.
- Der det er aktuelt tilpasses sammensetningen av spisegruppene.
- Matkortet er det daglige verktøyet som revideres jevnlig.
- Vektkontroll gjennomføres regelmessig hver måned eller etter annen faglig vurdering, registreres i Helios i generelt journalnotat under høyde/vekt. Ved markant vektendring vurderes hyppigere veiing og lege bør kontaktes.
- Alle brukere får tilbud om tran med A og D-vitamin daglig.

4. EVALUERING/SELVEVALUERING

Er brukers ernæringstilstand vurdert med utgangspunkt i KMI, vektforandring siste 3 måneder og opplysninger i Helios?

Er brukers ernæringsbehov dekket?

Blir brukers ressurser og behov i forhold til ernæring fortløpende kartlagt og dokumentasjonen om ernæring oppdatert i Helios?

Er evt årsak til underernæring undersøkt, og er tiltak satt i gang?

Evalueringsspørsmål til bruker: "Synes du maten smaker og har du tilpasset spisesituasjon/nok tid til å spise?"

VEDLEGG 3: Datauttrekk fra Helios og IPLOS

	sep.11	jan.12			
Tjenstermottakere					
Antall kvinner	118	117			
Antall menn	60	61			
aldersfordeling; gjennomsnitt	82	83			
Antall praktisk hjelp	98	91			
Antall hjemmesjukesleiere	131	137			
Antall trygghetsalarm	0	0			
Antall hjelp til å spisevedtak ("Å SPISE")	0	0			
Antall hjelp til å lage mat ("LAGE MAT")	0	0			
Antall som har matombringing (fra vedtak)	0	0			
antall dokumenterte Høyde	3	3			
antall dokumenterte vekt	40	34			
Tjenesteytere					
sykepleiere	7				
hjelpepleiere/helsefagarbeidere	5				
assistenter/hjemmehjelp/lærlinger/studenter	10				
antall kvinner	15				
antall menn	7				
aldersfordeling; gjennomsnitt, høy- lav	32 år (23-61)				
nasjonalitet	norge,serbia,polen, thailand, tyskland, bulagaria				
antall brukt ernæringsjournalen					
IPLOS Data, - skala 1-5					
	sep.11				
- skaffer seg mat og tjenester	17	20	67	42	22
- lager mat selv	53	48	33	15	18
- spiser	141	19	9	2	0
- mental fungering					
- beveger seg inne	57	61	41	9	5
- beveger seg ute	21	48	56	30	15
IPLOS Data, - skala 1-5					
	jan.12				
- skaffer seg mat og tjenester	1	2	3	4	5
- lager mat selv	23	27	51	42	24
- spiser	59	46	26	18	20
- mental fungering	134	25	8	2	3
- beveger seg inne					
- beveger seg ute	52	67	39	7	7
	23	47	54	32	15

VEDLEGG 4: Originalt spørreskjema fra Munch et al.

Bilag 1

Løbe nummer: _____

Spørgeskema-interview

Plekehjemmets/plejecentrets navn og afdeling: _____

Demografisk data:

1. Hvor gammel er du? _____
2. Køn: Kvinde: Mand:
3. Hvad er din uddannelsesmæssige baggrund?
 - Sygeplejerske
 - Social- og sundhedsassistent
 - Social- og sundhedshjælper
 - Sygehjælper
 - Andet: _____
4. Hvor længe har du været i nuværende stilling (mdr./år): _____
5. Hvor længe har du arbejdet med ældre (mdr./år): _____

Data om viden, holdning og handling:

6. Findes der en kostpolitik på plekehjemmet/plejecentret?
 - Ja Nej Ved ikke

Ressourceperson - Hermed menes en person på afdelingen, som har et tæt samarbejde med en køkkenansvarlig. Vedkommende skal sikre ny viden om ernæring, samt at redskaber/metoder til vurdering af ernæringstilstanden bliver opdateret.

7. Er der en ressourceperson på plekehjemmet/plejecentret?
 - Ja Nej Ved ikke
 - Hvis Ja, hvilken uddannelse: _____
8. Hvem har I mulighed for at kontakte, for hjælp og vejledning med kosttilbudene til beboerne?
 - Økonoma Køkkenleder
 - Køkkenpersonale Klinisk diætist
 - Andre: _____

9. Hvor ofte, mener du, at beboere skal vejes;
 som er normalvægtige? _____ Pr. uge/mdr./år
 som er undervægtige? _____ Pr. uge/mdr./år
10. Hvor ofte bliver beboerne vejlet på afdelingen;
 som er normalvægtige? _____ Pr. uge/mdr./år
 som er undervægtige? _____ Pr. uge/mdr./år
 Ved ikke

BMI – betyder krops masse indeks og er en beregning af vægt i forhold til højde.

11. Hvornår er ældre på 65 år eller derover undervægtige, ud fra en BMI beregning?
 Undervægt BMI: _____ Ved ikke
12. Beregnes BMI på nye beboere, når de flytter ind?
 Nej
 Ja, på alle nye beboere
 Ja, på nye beboere som ser undervægtige ud
13. Hvilke diæter kan I tilbyde beboere, som er undervægtige?
 Kost til småt spisende/superkost Protein beriget kost
 Sygehuskost Proteindrik
 Tygge- og synkevenlig kost Ekstra fløde, smør mm.
 Sondeernæring Fedt beriget kost
 Andre: _____

14. Hvor mange måltider tilbydes beboere, som er undervægtige pr. dag?
 Hovedmåltider: _____ Mellemmåltider: _____ Ved ikke
15. Hvor meget mener du, at en daglig kost til undervægtige skal indeholde af de 3 makronæringsstoffer i E%?
 Fedt _____ E% KH _____ E% Protein _____ E% Ved ikke
16. Hvor mange kJ/kcal skal en daglig kost til undervægtige cirka indeholde?
 Ca.: _____ kJ/kcal Ved ikke

Ernæringsbehandling - Med ernæringsbehandling menes, en indsats overfor undervægtige, for at sikre et tilstrækkeligt indtag. Energi behovet beregnes, og der skal lægges en ernæringsplan. Der følges op ved vejninger og kostregistreringer.

17. Hvor mange døgn vil du acceptere, at en beboer indtager mindre end halvdelen af energibehovet, før du anbefaler ernæringsbehandling?
 1-2 døgn 3-4 døgn 5-6 døgn ≥ 7 døgn

18. Ved hvilket vægttab vil du anbefale ernæringsbehandling?
 Vægttabet måles i procent af kropsvægten og vurderes over 1 år.
 1 % 3 % 5 % 7 % 10 %

Eksempelvis: En normalvægtig dame på 65 år, som vejer 60kg og hvis hun taber sig 1 % = 600g, og hvis hun taber sig 10 % = 6kg.

19. Anbefaler du ernæringsbehandling i praksis på undervægtige beboere?
 Ja
 Ja, delvist _____
 Nej
 Det kan vi ikke tilbyde

Kostregistrering - Med kostregistrering menes en nedskrivning af beboernes indtagelse af føde og væske, dvs. hvor meget er der øset op, og hvor meget er der tilbage når de har spist.

20. Mener du, det er nødvendigt med kostregistrering for, at vurdere beboernes ernæringstilstand (generelt)?
 Ja Nej
21. Er der på afdelingen redskaber/materiale til at udføre en kostregistrering?
 Ja Nej Ved ikke
22. Foretager du en registrering af beboernes kostindtagelse?
 Nej
 Ja, på alle beboere
 Ja, på beboere som er undervægtige og/eller småt spisende

Screeningsmetode - Hermed menes en metode, som viser tegn på eller opsporing af undervægt.

23. Har du kendskab til nogen screeningsmetoder for undervægt?

Ja Nej

Hvis Ja, hvilke _____

24. Benytter du en eller flere screeningsmetoder i praksis?

Ja Nej

Hvis Ja, hvilke _____

25. Hvor mange gange har der været undervisning for personalet omkring ernæring på plejehjemmet/plejecentret i år 2003?

0 1 2 3 ≥ 4

26. Hvor mange gange har du deltaget i undervisning, foredrag, kurser eller lign. om ernæring i år 2003?

0 1 2 3 ≥ 4

27. Hvilken litteratur om ernæring har du læst?

"Omsorg gennem mad og drikke"

"Uden mad og drikke"

"Velbekomme, idéer til ældres måltider på plejecentre"

"Anbefalinger for den danske institutionskost"

"Måltidsservice på plejecentre"

"Fremtidens kost til ældre"

"Ernæring og aldring"

Andet: _____

Bilag 2

Bedes udfyldes af:

DEMOGRAFISK SPØRGESKEMA

Plejhjemmets navn: _____

1. Antal år plejhjemmet har eksisteret? _____
2. Findes der en kostpolitik på plejhjemmet?
JA _____ NEJ _____
3. Er der en ernæringsansvarlig på plejhjemmet?
JA _____ NEJ _____
4. Er der en diætist tilknyttet plejhjemmet?
JA _____ NEJ _____
5. Hvilken form for køkken har plejhjemmet?
 - Produktionskøkken _____
 - Modtagekøkken _____
 - Afdelingskøkken _____
 - Andet _____
6. Hvor mange beboere bor på plejhjemmet? _____
7. Hvor mange afdelinger/grupper er der på plejhjemmet? _____

VEDLEGG 5: Distribuert informasjonsskriv og spørreskjema

UiO : **Institutt for helse og samfunn**
Det medisinske fakultet



Spørreskjema undersøkelse

Jeg er student ved Universitetet i Oslo, og i forbindelse med min mastergradsoppgave i Sykepleievitenskap ønsker jeg å utføre en spørreundersøkelse blant helsepersonell i hjemmesykepleien i Bærum Kommune.

Jeg er opptatt av ernæring hos eldre og helsepersonells kunnskap og mulighet til å utføre ernæringstiltak i arbeidslagene i hjemmesykepleien.

Jeg ønsker å kartlegge helsepersonell i hjemmesykepleien sin kunnskap om ernæring. Studien er del av det større prosjektet "...uten mat og drikke..." der Universitetet i Oslo samarbeider med Bærum Kommune og Sintef for å sette velferdsteknologi og ernæringsproblematikk i fokus. Svarene du gir vil gi mer innsikt i hva helsepersonell kan, vektlegger og har mulighet til å utføre i forbindelse med ernæring og ernæringstiltak hos eldre tjenestemottakere. Funnene kan på lengre sikt bidra til å videreutvikle eksisterende tilbud, og det kan ha betydning for videre arbeid med ernæring i kommunen.

Spørreskjemaet er inndelt i seks kategorier. De fleste spørsmålene har svar alternativ der du skal ta stilling til hva du mener. Noen spørsmål vil ha en utdypende del, der du kan fylle ut egen tekst. Om du vil gi ytterligere kommentarer er det anledning til å skrive på baksiden eller i feltet på siste side. Utfyllingen av spørreskjemaet vil ta anslagsvis 15 minutter.

Ved å svare på spørsmålene samtykker du til å delta i denne undersøkelsen. Det vil ikke være mulig å tilbakeføre svarene til deg eller identifisere deg personlig. Materialet fra undersøkelsen vil primært brukes for å belyse problemstillingen i oppgaven. Funnene vil også inngå i en den større studien.

Har du spørsmål om undersøkelsen kan du kontakte Kirsten Djøseland Røland på k.d.roland@studmed.uio.no eller på telefon 995 06 549. Det er førsteamanuensis Anne Moen, ved Institutt for Helse og Samfunn, avdeling for Sykepleievitenskap som er veileder for mastergradsoppgaven. Hun treffes på anne.moen@medisin.uio.no eller telefon 909 71 904.

Takk for at du tar deg tid til å svare på min spørreundersøkelse og på den måte bidrar til min mastergradsoppgave.

Svarfrist for innlevering: 3 februar 2011

Når du har fylt ut spørreskjemaet - legg det i samlesken.

Med vennlig hilsen


Kirsten Djøseland Røland
Student/sykepleier



Anne Moen
Førsteamanuensis



Bakgrunn

Hvor gammel er du? _____ år

Kjønn?

- Mann Kvinne

Hva arbeider du som?

- Sykepleier
 Hjelpepleier/helsefagarbeider/omsorgsarbeider
 Assistent
 Annet: _____

Er du?

- Fast ansatt Ekstravakt Avtale om faste vakter

Hvor mye jobber du?

- Faste helger Mellom 50% og 75% Over 75% Full stilling

Har du lederstilling i distriktet?

- Ja Nei

Hvor lenge har du arbeidet i din nåværende stilling? _____ år

Hvor lenge har du arbeidet med eldre? _____ år

Har du videreutdanning?

- Ja Nei

Hvis ja, hvilken videreutdanning har du? _____

Hvis Ja, har du nytte av din videreutdanning i arbeidet ditt i forhold til ernæring?

- Ja Nei

Hvor ofte har det vært internundervisning om ernæring på arbeidsplassen din det siste året?

- 0 1 2 3 ≥4

Hvor ofte har du deltatt i eksterne foredrag, kurs eller lignende om ernæring det siste året?

- 0 1 2 3 ≥4

Mener du at det er tilstrekkelig fokus på ernæring ved din arbeidslag?

- Ja Nei Vet ikke

Utdyp gjerne ditt svar:

Var du med på ernæringskurset som ble gjennomført her høst 2011?

- Ja, begge kursdagene Kun en av kursdagene Nei

Kostkontakt

Er det en fast kostkontakt (ressursperson) i distriktet?

- Ja Nei Vet ikke

Er det tilknyttet ernæringsfysiolog til distriktet?

- Ja Nei Vet ikke

Hvem i kommunen gir veiledning om kostsammensetning til eldre brukere?

- Storkjøkken
 Fastlege
 Ernæringsfysiolog
 Sykepleier
 Hjelpepleier/helsefagarbeider/omsorgsarbeider
 Assistent
 Andre: _____
 Vet ikke

Hvem spør du til råds om ernæringsspørsmål?

- Storkjøkken
 Fastlege
 Ernæringsfysiolog
 Sykepleier
 Hjelpepleier/helsefagarbeider/omsorgsarbeider
 Assistent
 Andre: _____

Vekt og Body Mass Index (BMI)**Beregnes BMI på alle nye eldre brukere?**

- Ja Nei Bare på de som ser undervektige ut Vet ikke

Er det er en del av ditt ansvarsområde å veie brukere?

- Ja Nei Vet ikke

Hvem er det som veier brukerne?

- Fastlege
 Ernæringsfysiolog
 Sykepleier
 Hjelpepleier/helsefagarbeider/omsorgsarbeider
 Assistent
 Andre: _____
 Vet ikke

Er det er en del av ditt ansvarsområde at brukere har riktig tilpasset inntak av mat og drikke?

- Ja Nei Vet ikke

Hvis Nei, hvem sitt ansvarsområde: _____

Hvor ofte, mener du at brukere skal veies;

normalvektige?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	ukentlig	månedlig	årlig	Vet ikke
pågående vekttap?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	ukentlig	månedlig	årlig	Vet ikke
undervektige?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	ukentlig	månedlig	årlig	Vet ikke

Hvor ofte blir brukere veid;

normalvektige?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	ukentlig	månedlig	årlig	Vet ikke
pågående vekttap?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	ukentlig	månedlig	årlig	Vet ikke
undervektige?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	ukentlig	månedlig	årlig	Vet ikke

Når er eldre fra 65 år og over, ansett som undervektige, basert på en BMI beregning?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
BMI <22	BMI 22 -27	BMI >27	Vet ikke

Kartlegging av ernæringsstatus

Dersom du har mistanke om mangelfull ernæring hos en bruker vurderer du ernæringsstatus med;

- Vekt
- BMI
- Målebånd
- Kartleggingsskjema

Eksempel: _____

- Systematisk datainnsamling
- Samtale med bruker
- Samtale med pårørende
- Muntlig rapport
- Ser aldri mangelfull ernæring
- Vet ikke

Dokumentasjon

Observerer du alle brukernes matinntak ved et måltid?

- Ja, alltid
- Ja, dersom jeg har tid
- Nei, det har jeg ikke tid til
- Nei, det er ikke mitt ansvarsområde
- Vet ikke

Dokumenterer du dersom det er observert avvik omkring ernæring?

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ja | Nei | Vet ikke |

Ernæringstiltak

Hvilke dietter kan storkjøkkenet i kommunen kan tilby?

- Ønske kost
- Ernæringstett kost
- Proteinrik kost
- Næringsdrikker
- Tyggevennlig kost
- Sondeernæring
- Fettrik kost
- Intravenøs ernæring
- Andre: _____
- Vet ikke

Når gir du en bruker mindre porsjoner mat med samme energimengde (ernæringstett kost)?

- Det gir jeg til alle brukere
- Det gir jeg til de som spiser mangelfullt
- Det gir jeg til de som er påvist undervektige
- Det gir jeg kun til de som har vedtak
- Det har vi ikke mulighet til å utføre
- Vet ikke

Hvor mange kcal (kalorier) skal daglig kost inneholde?

- 10 kcal/kg/dag
- 20 kcal/kg/dag
- 30 kcal/kg/dag
- Vet ikke

Hvor lenge vil du akseptere, at brukere inntar mindre enn halvparten av energibehovet, før du anbefaler ernæringstiltak?

- 1-2 døgn
 3-4 døgn
 5-6 døgn
 Mer enn en uke
 Vet ikke

Ved hvilket vekttap vil du anbefale ernæringstiltak?

Vekttapet måles i prosent (%) av kroppsvekten og vurderes over tre måneder. EKSEMPEL:

EN NORMALVEKTIG KVINNE PÅ 65 ÅR, SOM VEIER 60 KG OG MISTER 1% = 600G, OG HVIS HUN MISTER 10% = 6 KG.

- 1%
 3%
 5%
 7%
 ≥10%
 Vet ikke

Anbefaler du ernæringstiltak når du mistenker undervekt?

- Ja
 Kun ved vedtak
 Nei
 Det kan vi ikke tilby
 Vet ikke

Utdypende kommentarer:

*Takk for at du tok deg tid til å svare på spørreundersøkelsen.
Vennligst legg det ferdig utfylte spørreskjemaet i samlesken.*

VEDLEGG 6: Porsjonsstørrelse og energitetthet som tilbys ved kommunens storkjøkken

Middagsmåltider	Porsjonsstørrelse i gram		
Matvare	2150 kcal (9,0 MJ)	1800kcal (7,5 MJ)	<u>Storkjøkken</u>
KJØTT			
Rent kjøtt	100	80	80
Opplaget kjøtt	130	120	120
Lapskaus, gryteretter	300 - 200	200 - 150	Lapskaus 400 Gryterett/grateng 200
FISK			
Ren fisk , mager	120 - 140	100 - 120	120
Fet fisk	100	80	120
Opplaget fisk, grateng	130	120	Kaker 120 Grateng 200
GRØNNSAKER			
Grønnsaker, råkost	80 - 100	75	Kokte 100
Salat	75	50	Råkost, salat 50
Stuinger	150	100	150
POTETER & PASTA			
Poteter, kokte	130	100	150
Potetmos, gratinerte poteter	200	150	Potetmos 180 Dillstuede 200
Spaghetti/pasta	130	100	
Ris	130	100	100
Flatbrød			10
SAUSER			
Brun /hvit saus	75	75	100
Rømme /smørsaus	50 - 75	50	60 100
Smeltet margarin	15 - 25	15 - 25	10
Remulade	25	25	50

SUPPE OG DESSERT			
Supper	200	150	200 Ertesuppe 300
Fruktsupper	150	150	200
Melkdessert	150	100 - 150	150
Is / fløtedessert	75	50 - 75	Is 150 Fromasj/panna cotta 100
Fruktgrøt/kompotter	100 - 150	100 - 150	150 + 50 melk
Dessertsaus	50 - 100	50 - 100	Rød saus 100 Topping 30
Frisk frukt	100 - 150	100 - 150	100 - 150 Herm.frukt m/lake 200
Pannekaker			180 + 60 blåbærsyltetøy
GRØT			
Smørgrøt			350
Risgrøt	300	200	400