

# Samhandling mellom sykepleier og lege er viktig for ernærings-tilstanden til sykehjems-pasienter

For å ivareta pasientens ernæringsstilstand best mulig trenger sykepleiere en fast sykehjemslege som kjenner den enkelte pasientens ernæringsmessige ønsker og behov .

## Forfattere

### **Britt Moene Kuven**

Førstelektor

Institutt for sykepleie, Høgskulen på Vestlandet

### **Tove Giske**

Professor

VID vitenskapelige høgskole

## Nøkkelord

Sykehjem

Ernæring

Samarbeid

Lege

sykepleier

Sykepleien Forskning 2017 12(64510)(e-64510)

DOI: 10.4220/Sykepleienf.2017.64510

## SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** Ernæringsarbeidet i sykehjem er både nødvendig og viktig helsehjelp. Ved mange sykehjem inngår ernæringsarbeidet som et samarbeid mellom flere faggrupper og fagpersoner. Forskning og tilsyn har avdekket at mellom 20 og 60 prosent av pasientene i sykehjem er underernærte.

**Hensikt:** Studien belyser hvordan sykepleiere samhandler med lege. Temaet er lite belyst i forskningen.

**Metode:** Studien har et kvalitativt design med analyse av fokusgruppeintervjuer med sykepleiere som er involvert i direkte pleie. Analysen bygger på Malteruds tilnærming til analyse av datamateriale, med helhetslesning, meningsbærende enheter, systematisering og abstraksjon før funnene ble sammenfattet.

**Resultat:** Samarbeidet mellom sykepleiere og sykehjemslegen spiller en viktig rolle i ernæringsarbeidet i sykehjem. Pasientene og de pårørende trygges når sykehjemslegen tar opp ernæring ved innkomst, informerer om forventet utvikling underveis samt kjenner pasientens ønsker og behov. Samtidig har sykepleierne behov for en sykehjemslege som kjenner til pasientens individuelle ønsker og behov i ernæringsarbeidet, og som etterspør ernæringsarbeidet i avdelingen.

**Konklusjon:** Erfaringene til sykepleiere i sykehjem tilsier at et samarbeid med sykehjemslegen er en viktig faktor i ernæringsarbeidet i sykehjem. Et godt samarbeid fremmer faglig forsvarlig ernæringsbehandling for pasienter i sykehjem.

Faglig forsvarlig ernæringsbehandling er avhengig av både kompetanse og oppfølging på alle nivåer i helse og omsorgstjenesten (1). I primærhelsetjenesten ser vi i dag store omstillinger med fokusering på flerfaglighet og jobbgilding.

Pasientsikkerhet vektlegges samtidig som effektivisering og innsparing skal gi gode helsetjenester til befolkningen (2, 3). Kommunene satser på kvalitetshevingspakker, og i sykehjemmene skal kunnskapsbasert praksis vektlegges.

I sykehjem er pasientgruppen preget av høy alder og et sammensatt sykdomsbilde. De fleste pasientene trenger hjelp til å håndtere grunnleggende behov, også ernæringsbehov (4, 5). Ernæringsarbeidet i sykehjem er derfor både nødvendig og viktig helsehjelp.



**«De fleste pasientene trenger hjelp til å håndtere grunnleggende behov, også ernæringsbehov.»**

Det er sammenheng mellom funksjonsdyktighet og helse, og den ernæringsmessige tilstanden en person befinner seg i, er nært knyttet til funksjonsdyktighet (6, 7). Forskning og tilsyn har avdekket mangelfulle rutiner for å oppdage og følge opp underernærte pasienter, både i sykehus og på sykehjem (1, 8).

## **Ernæringsarbeid ved sykehjem**

Ved mange sykehjem inngår ernæringsarbeidet som et samarbeid mellom flere faggrupper og fagpersoner (9). Sykehjemslegen har det overordnede ansvaret for medisinsk utredning, diagnostisering og behandling, mens sykepleierne har ansvar for å iverksette tiltak og sørge for at pasientene får i seg tilstrekkelig mat og drikke (9). Sykehjemslegen er ansvarlig for det medisinske tilsynet med pasientene, men har ofte ingen ledelsesfunksjon ved sykehjemmet (10).

Måten sykepleiere og legen samhandler på, har derfor innvirkning på pasientsikkerheten. Helsedirektoratet viser til at det trengs god samhandling mellom involverte parter for at pasienter i sykehjem skal få dekket sine ernæringsmessige behov (9). Hvilke personer og faggrupper som er involvert i ernæringsarbeidet på det enkelte sykehjem, kan variere etter sykehjemmets størrelse og pasientens behov.

## **Hensikt med studien**

Vi har søkt etter artikler i SveMed+, PubMed og CINAHL, men fant ingen artikler som omhandlet samarbeidet mellom lege og sykepleier når det gjaldt ernæringsarbeid i sykehjem.

Denne artikkelen setter derfor søkelyset på legens rolle ved ernæringsarbeid i sykehjem. Vi har stilt følgende spørsmål til vårt datamateriale: «Hvordan erfarer sykepleiere sykehjemslegens rolle i ernæringsarbeidet?»

## **Metode**

Studien har et kvalitativt design med analyse av fokusgruppeintervjuer. Vi valgte fokusgrupper fordi de åpner for deling og diskusjon av deltakernes erfaringer. De kan få frem ulike synspunkter, holdninger og perspektiver som belyser hvordan sykepleiere erfarer dagliglivet i sykehjem (11).

## **Utvalg og situasjon**

Vi rekrutterte informantene ved å henvende oss direkte til sykehjemets ledelse, som så foretok en hensiktsmessig utvelgelse. Inklusjonskriterier var sykepleiere som var involvert i direkte pleie, og som hadde minst to års erfaring med beboere med demensdiagnoser.

15 sykepleiere fra sju sykehjem i fire ulike fylker deltok. Informantene hadde fra fire til 25 års pleieerfaring fra sykehjem, og vi gjennomførte fire fokusgruppeintervjuer. Vi valgte tre til fire deltakere i gruppene for å legge til rette for at deltakerne kunne utdype synspunktene deres.

## **Datasamling**

Intervjuene ble gjennomført høsten 2013.

Hovedspørsmålet var som følger:

«Fortell om opplevelser eller erfaringer og etiske dilemmaer du har opplevd i møte med underernærte beboere på sykehjem».

Intervjuerens oppgave var særlig å presentere formålet med samtalen og fremme gruppedynamikk og samspill underveis i samtalen mellom deltakerne (12).

Vi hadde en åpen tilnærming der vi ønsket å utforske informantenes personlige erfaringer og tanker omkring ernæringsarbeidet i sykehjem. Vi brukte oppfølgingsspørsmål og gjentakelse av utsagn for å klargjøre og verifisere uttalelser. Intervjuene varte fra 55 til 110 minutter. Alle intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert ordrett.

## **Dataanalyse**

Analysen bygger på Malteruds (12) tilnærming til analyse av datamateriale, som igjen er en modifisering av Giorgis (13) fenomenologiske analyse. Først leste vi hele materialet hver for oss slik at vi fikk en oversikt over helheten, før vi lette etter meningsbærende enheter som vi systematiserte med koding. I fellesskap arbeidet vi med kodingen og abstraherte innholdet for så å sammenfatte betydningen av funnene våre (11).

I intervjuet fokuserte vi på etiske dilemmaer i ernæringsarbeidet, og legens rolle i samarbeidet med sykepleierne kom tydelig frem. Med denne bakgrunnen har vi foretatt en sekundæranalyse av materialet for å få en dypere forståelse av hvordan sykepleierne ser på legens rolle i ernæringsarbeidet.

## **Etiske betraktninger**

Alle deltakerne mottok skriftlig og muntlig informasjon om studien og formålet med studien. Vi vektla at det var frivillig å delta, og at deltakerne når som helst kunne trekke seg fra studien. Alle opplysningene i det transkriberte materialet er anonymisert, og informantene fikk fiktive navn. Studien er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD).

## **Resultat**

Tre funn som var sentrale i analysen, kunne relateres til sykehjemslegens rolle i ernæringsarbeidet: legens kontakt med pasientene, med sykepleierne og med pasientens pårørende. Direkte sitater fra intervjuene er skrevet i anførselstegn.

## **Pasientkontakt**

Sykepleierne beskrev ernæringsarbeidet i sykehjem som krevende. Det var særlig utfordrende når pasienter gikk ned i vekt eller ikke ville spise. Informantene fortalte om pasienter som manglet matlyst, for lite personell til stede ved måltidene, begrenset ernæringskunnskap og manglende dokumentasjon. En del fortalte dessuten om mangelfull oppfølging av pasientens ernæringsbehov, og de mente at kvaliteten på ernæringsarbeidet var utilfredsstillende.

Sykehjemslegens kjennskap til den enkelte pasienten var viktig. Informantene la vekt på betydningen av at sykehjemslegen samarbeidet med avdelingen ved å sette seg inn pasientens situasjon samt kartlegge og følge opp ernærings situasjonen:

«Hun [legen] ser liksom ikke bare det medisinske perspektivet, men hun ser liksom mer helheten rundt et menneske.»

En slik tilnærming kunne tilsynelatende være selvsagt, men for å kunne samhandle med pasienten måtte legen gjøre seg kjent med og lytte til den enkelte. Ved to av sykehjemmene ble ernærings situasjonen rutinemessig diskutert med legen under innleggelsessamtalen med pasienten.

Da var det lettere å danne seg et bilde av pasientens forhold til mat og av pasientens ønsker og behov i det videre forløpet. Sykepleierne erfarte noen ganger at legen var mer interessert i medikamentlisten til pasienten enn i ernæringstilstanden og den helhetlige situasjonen.

### **Lyttet mer til legen**

Når sykehjemslegen diskuterte ernæringstilstanden med pasienten, opplevde informantene at pasientene oftere lyttet til legens anbefalinger enn til deres egne. Legens ord ble oppfattet som «viktigere» enn det sykepleierne sa, og derfor var det essensielt at legen hadde god kjennskap til og kontakt med pasientene.

Flere informanter trakk frem at oppfølgingen av pasientene var mye bedre når det var en fast lege som kjente hver enkelt pasient. I tillegg var det viktig at legen måtte like å ha kontakt med eldre mennesker. En sa følgende:

«Så det er viktig at vi har en lege som er fast, som liker å ha kontakt med de eldre, [som] på en måte har glede av det, og når det ikke er sånn, da er det vanskelig.»

Vanskene oppsto gjerne når pasientene gikk ned i vekt, sluttet å spise eller ble merkbart dårligere. Flere beskrev situasjoner der innleggelse i sykehus kunne vært unngått dersom legen som ble kontaktet, hadde hatt bedre kjennskap til pasienten.

### **Bør sette seg inn i pasientens ønsker og behov**

Informantene ga eksempler på at den årlige legemiddelgjennomgangen burde inneholde mer enn bare en gjennomgang av og tilsyn med medisinen til pasienten. Legen burde være villig til å ta seg tid til og sette seg inn i pasientens ønsker og behov. Dersom legen kalte inn pasientene for å snakke med dem, fikk vedkommende et annet innblikk i livssituasjonen enn når legen bare hadde en legemiddelgjennomgang på vaktrommet:

«Vi har begynt med legemiddelgjennomgang, og da går vi gjennom hele helsetilstanden. [...] Både sykepleier og lege har samtale med pasient og pårørende, og da uttaler de [pasientene og pårørende] seg både om det ene og det andre, og tar opp forløpet fremover allerede da.»

Litt over halvparten av sykepleierne erfarte at legen hadde god kjennskap til pasienten. Leger på små sykehjem hadde nødvendigvis ikke bedre kjennskap til pasienten enn leger på større sykehjem; det berodde mer på legens interesse og kontinuitet enn størrelsen på sykehjemmet.

## **Kollegasamarbeid**

Sykepleierne anså sykehjemslegen som en viktig medspiller i ernæringsarbeidet. I flere av fokusgruppene ble sykehjemslegen beskrevet som en god samarbeidspartner, både til å vurdere pasientens ernærings situasjon og sette i verk ernæringsmessige tiltak:

«Jeg synes legen vår er veldig flink, hun er så grei, kartlegger slike ting på forhånd, og prater med pårørende og oss om hva som skal skje, og skriver det inn i journalen.»

Sykepleierne betraktet sin egen rolle som å sørge for at pasienten fikk tilstrekkelig mat og drikke etter ønske og behov, samt diskutere med legen dersom de opplevde vansker i ernæringsarbeidet.

Legens rolle var å være en viktig diskusjonspartner. Vedkommendes ønske om å være til stede og bli kjent med både pasienter og personalet i avdelingen, hadde stor betydning for samarbeidet og ernæringsarbeidet.

### **Tett kontakt med legen gir bedre ernæring**

Informantene trakk frem tett kontakt med legen og det at «han [legen] stikker innom for å høre om det er noe spesielt som står på når han er på huset», som ernæringsfremmende. At sykehjemslegen fokuserte på ernæringstilstanden til den enkelte på legevisitten, var viktig for at resten av personalgruppen i avdelingen også skulle rette oppmerksomheten mot ernæring.

Det som fikk legens oppmerksomhet på visitten, fikk også sykepleiernes oppmerksomhet. Dersom sykehjemslegen ikke var opptatt av ernæring, kunne temaet noen ganger bli mindre vektlagt av det øvrige personalet.



**«Det som fikk legens oppmerksomhet på visitten, fikk også sykepleiernes oppmerksomhet.»**



Når ernærings samarbeidet med legen var godt, følte informantene at det ble mindre krevende å stå i utfordrende ernærings situasjoner fordi de våget å vise sin usikkerhet og ta opp det de lurte på. En sykepleier trakk spesielt frem hvor viktig sykehjemslegen hadde vært da hun som nyutdannet var i et dilemma med en pasient som ikke lenger ville leve og ikke ville ta til seg mat:

«Legen hjalp oss litt i den prosessen, og så seier han [legen]: 'Lat ho få lov å gå gjennom denne prosessen ho er begynt på'.»


Samarbeidet med legen ga sykepleieren trygghet til å akseptere pasientens ønske om ikke å ta til seg mat, samtidig som hun fikk hjelp til å se situasjonen på en ny måte.

### **God kommunikasjon påvirker**

Flere sykepleiere påpekte at god kommunikasjon, drøftinger om ernærings situasjonen ved innleggelse og dokumentasjon om ernæring underveis i oppholdet fremmet ernærings arbeidet. Informantene beskrev en tilsynsordning der det kunne gå flere dager mellom hver gang legen var innom. Derfor var det særdeles viktig med et godt samarbeid, slik at sykepleierne var trygge på forventet utvikling og videre forløp:

«Vi vil ha en doktor som vet hva det er, som vet hvem jeg snakker om.»

Et godt samarbeid kunne også hindre innleggelser i sykehus dersom pasienten ble dårlig eller sluttet å ta til seg næring, fordi sykepleierne visste hva pasienten og legen ønsket.



**«Vi vil ha en doktor som vet hva det er, som vet hvem jeg snakker om.»**

Sykepleier

Flere sykepleiere beskrev at de vegret seg for å kontakte legevakten fordi de var redde for å utsette pasienten for overbehandling og innleggelse i sykehus av en lege som ikke kjente vedkommende:

«Så skjer det at du ringer til legevakta, og så er dei nokre som ikkje greier å kome seg inn på legemodulen, så får ikkje innkomande lege lese kva som er beskrive, og då er det å starte opp med de eine og de andre.»

Informantene opplevde spesielt kontakten med legevaktlegen som krevende dersom legen de kontaktet, ikke fikk tilgang til den medisinske journalen.

### **Pårørendekontakt**

Sykepleierne beskrev samtaler med pårørende som en viktig del av ernæringsarbeidet på sykehjem. De viste til pårørende som var bekymret for ernærings situasjonen til sine nærmeste, det være seg bekymringer for at pasientene spiste for mye eller for lite. Flere sykepleiere uttrykte at sykehjemslegen ble tatt mer seriøst og hadde mer myndighet ved samtaler om mat og drikke med pårørende enn dem selv:

«Det legen sier, blir ofte mer vektlagt, tror jeg, for vi kan si hva vi vil altså, men du er jo bare en sykepleier. Men når en lege forteller akkurat det samme, så er det liksom riktig.»

### **Pårørendemedisin**

Informantene beskrev hvor viktig det var at sykehjemslegen var villig til å sette av tid med de pårørende og vise interesse. Når ernæring var et tema ved innleggelsessamtalen, var det lettere for de pårørende å forholde seg til sykehjemmets retningslinjer om de kom i en situasjon der pasienten ikke ønsket å ta til seg mat, eller livet gikk mot slutten. De var dermed bedre forberedt og kunne være mer delaktige i pasientens egen prosess.

To sykepleiere brukte begrepet «pårørendemedisin» og mente det var et velkjent uttrykk i sykehjemmet:

«Pårørendemedisin kaller vi det, at de har vært så opphengt i at mora tørstet i hjel, at vi har hengt opp intravenøst for at pårørende skal få det bedre.»

### **Forklarte hvordan slutten ville bli**

Dersom legen forklarte de pårørende hvordan pasientens siste dager ville bli, som en del av sykehjemmets rutine, var det større sannsynlighet for at de pårørende ville akseptere prosessen som pasienten gikk gjennom mot slutten av livet.

Flere informanter fortalte at mange pårørende var redde for at sykepleierne tok livet av pasienten dersom de unnlot å gi mat og drikke til pasienter som ikke ville eller orket å spise. Årsaken var at de ikke forsto prosessen pasienten var i. En av sykepleierne sammenliknet dødsprosessen med en visnet blomst i vinduskarmen:

«Det hjelper ikke å vanne blomsten hvis den har tørket inn, slik er det med kroppen også.»

Dette bildet forsto de pårørende, men de aksepterte ofte ikke situasjonen før de fikk høre det av legen. Derfor var det viktig at pårørende følte at legen og sykepleierne hadde en felles tilnærming til pasientens ernæringsproblem.

## **Diskusjon**

Denne studien viser at sykepleiere mener at et samarbeid med sykehjemslegen er viktig for pasientenes ernæringsbehandling og ernæringstilstand. Sykepleierne har det daglige ansvaret for ernæringsarbeidet samtidig som sykehjemslegen har en sentral funksjon som dialogpartner, både for sykepleierne, pasientene og de pårørende.

Videre har det betydning at legen har kjennskap til og interesse for den enkelte pasienten, de pårørende og sykepleierne i avdelingen. Dersom pasientens ernæringsstilstand blir drøftet ved innskottssamtalen og på legevisitten, kan alle parter forberedes og fokusere på pasientens videre forløp.

### **Kartlegge og vurdere ernæringsbehov**

God ernæringspraksis i sykehjem innebærer både at sykepleierne og legen i samarbeid kartlegger og vurderer fortløpende hvorvidt pasienten får sitt ernæringsbehov tilfredsstilt ved måltidene. De må dessuten følge opp etter behov og dokumentere pasientens ernæringsstatus (8, 9).

Sykepleierne ansvar er både å kartlegge ernæringsssituasjonen og følge opp med aktuelle tiltak. De skal dessuten innhente bistand fra annet kvalifisert personell ved behov. Samtidig har legen det overordnede ansvaret for medisinsk utredning, diagnostisering og behandling (1, 9). Denne ansvarsfordelingen krever fortløpende samarbeid om og systematisk gjennomgang av pasientens ernæringsstilstand.

Det er avdekket for lav ernæringskompetanse blant helsepersonell (9, 14) og blant norske sykepleiere (15, 16). Mowe og medarbeidere viser til at leger og sykepleiere i Skandinavia har utilstrekkelig ernæringskunnskap, samt at god ernæringspraksis henger sammen med god ernæringsmessig kunnskap (17).

Verdens helseorganisasjon viser til mangel på målrettede kurs for helsepersonell innenfor ernæring, og de vektlegger at ernæringsarbeidet må integreres på lokalt nivå (18).

### **Må oppdatere seg faglig**

Det er bekymringsverdig at sykepleiere ikke oppdaterer seg faglig på ernæringsområdet. Alle sykepleiere har en selvstendig funksjon med faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger (19). Det innebærer et personlig ansvar for å holde seg faglig oppdatert på forskning, utvikling og dokumentert praksis både innenfor fagfeltet ernæring og geriatri.

Videre må de bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis. Likeså er det bekymringsverdig dersom Verdens helseorganisasjon har rett i at man ikke er i stand til å integrere ernæringsarbeidet i det enkelte sykehjemmet og til den enkelte pasienten (18).

Dersom leger og sykepleiere hever ernæringskompetansen, kan de lettere samarbeide om og fokusere på ernæringsarbeidet i sykehjem (18). Samtidig er forhold som oppgavefordeling, pasientgrunnlag, ernæringskompetanse, fagutvikling, brukermedvirkning og tilrettelegging viktig for hvordan de klarer å samarbeide om pasientens ernæringstilstand (20).



## **«Det er bekymringsverdig at sykepleiere ikke oppdaterer seg faglig på ernæringsområdet.»**

Det er behov for at roller og ansvaret mellom sykepleierne og legen avklares på den enkelte avdelingen, og at samarbeidsklimaet er best mulig. Her kan det være verdt å merke seg at sykepleierne i studien betrakter legevisitten og samtalen mellom legen, de pårørende og pasienten som viktige arenaer for å samarbeide og avklare forventninger, roller og ansvar.

For pasienten innebærer god og forsvarlig ernæringsbehandling individuell tilpasset hjelp etter den enkeltes behov (1). Hvis sykepleiere har manglende ernæringskunnskaper og dialogen og samhandlingen mellom sykepleierne og legen mangler, blir det vanskelig å oppnå kravet om forsvarlighet og kvalitet i ernæringsarbeidet

### **Mer oppmerksomhet på ernæringsarbeid**

Informantene opplever varierende grad av engasjement fra sykehjemsleger når det gjelder pasientens ernærings situasjon. Samtidig er det bekymringsfullt at sykepleierne blir mindre oppmerksomme på pasientens ernæringsbehov dersom det ikke er tema på legevisitten.

Leirvik og medarbeidere (21) viser til at sykepleiere i sykehjem ikke er spesielt oppmerksomme på ernæringsarbeidet fordi andre sykepleieroppgaver bidrar til at ernæringsbehovet blir nedprioritert. Tidspress og mange arbeidsoppgaver er en realitet i dagens sykehjem. Likevel stiller vi spørsmål ved hvordan sykepleiere kan overse pasientens behov for ernæring, da enhver sykepleier har et faglig ansvar for å ivareta pasientens grunnleggende behov (7, 22).

Ernæringstilstanden til pasienten er en viktig del av den helhetlige pasientbehandlingen, noe sykepleierne i undersøkelsen vår understreket. De la også vekt på at godt samarbeid med sykehjemslegen kunne forhindre innleggelser og overbehandling dersom pasienten ble dårligere eller sluttet å ta til seg mat.

En undersøkelse av pasienter innlagt fra sykehjem rundt Bergen, konkluderte med at sykehjemmene ikke hadde tilfredsstillende rutiner for legevurdering før innleggelse i sykehus. Samtidig virket det som om beslutningsprosessen rundt innleggelse var mangelfulle (23), noe også sykepleierne i studien vår var inne på.

### **Styrker og svakheter ved studien**

Studiens styrke er fokusgruppeintervjuene med sykepleiere fra flere deler av landet. Alle informantene har lang erfaring og representerer sykehjem av ulik størrelse. Dataene har vært gjennomarbeidet av både første- og andreforfatteren, og det er konsensus vedrørende analysen og resultatet.

Det kan være en svakhet at vi ikke spurte direkte om sykehjemslegens rolle i ernæringsarbeidet under fokusgruppene. Likevel får samarbeidet med legen en tydelig plass i intervjuene. Vi mener derfor at det er viktig å belyse nødvendigheten av et godt samarbeid mellom sykepleierne og legen for å kvalitetssikre ernæringstilstanden best mulig for pasienter i sykehjem.

## **Konklusjon**

Artikkelen belyser sykepleiernes erfaringer med sykehjemslegens rolle i ernæringsarbeidet. Hovedfunnene er at samhandling mellom sykepleiere og lege spiller en stor rolle for sykehjemspasientenes ernæringstilstand.

For å kunne ivareta pasientens ernæringstilstand på en best mulig måte har sykepleierne behov for en fast sykehjemslege som kjenner pasientens individuelle ernæringsmessige ønsker og behov, og som er interessert i og etterspør ernæringsarbeidet i avdelingen.

Både sykepleiere, pasienter og pårørende blir tryggere når sykehjemslegen samhandler med sykepleierne og diskuterer forventet utvikling med pasienten og de pårørende. I livets slutfase er det særlig viktig at både sykepleierne og legen kjenner pasientens ønsker og behov.

## **Referanser**

1. Helsedirektoratet. Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. 2009. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/916/Nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-underertering-IS-1580.pdf> (nedlastet 09.01.2017).
2. Busch T, Johnsen E, Klausen KK, Vanebo JO. Modernisering av offentlig sektor. Trender, ideer og praksiser. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2011.
3. Meld. St. 11 (2015-2016). Nasjonal helse- og sykehusplan. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2015. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20152016/id2462047/sec> (nedlastet 20.02.2017)
4. Mowe M, Bosaeus I, Rasmussen HH, Kondrup J, Unosson M, og Irtun Ö. Nutritional routines and attitudes among doctors and nurses in Scandinavia: A questionnaire based survey. *Clinical Nutrition* 2006;25(3):524–32.
5. Sortland K. Ernæring – mer enn mat og drikke. Bergen: Fagbokforlaget; 2015.
6. Baldwin C, Weekes CE. Dietary advice with or without oral nutritional supplements for disease-related malnutrition in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. Sep 2011 7;(9):CD002008. DOI: [10.1002/14651858](https://doi.org/10.1002/14651858).
7. Sortland K, Gjerlaug AK, Harviken G. Vektdokumentasjon, kroppsmasseindeks, måltidsfrekvens og nattfaste blant eldre sykehjemsboere – en pilotstudie. *Vård i Norden* 2013;33(1):41–5.
8. Aagaard H. Mat og måltider i sykehjem: undersøkelse utført for Sosial- og helsedirektoratet. Halden: Høgskolen i Østfold; 2008.
9. Helsedirektoratet. Kosthåndboken : Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten. 2012.



10. Hjort PF. Legens ansvar for kulturen i sykehjemmet. Tidsskr Nor legefören 2002;122:1586–8.
11. Malterud K. Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag. Oslo: Universitetsforlaget; 2012.
12. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning: En innføring. Oslo: Universitetsforlaget; 2011.
13. Giorgi A. Sketch of a psychological phenomenological method. I: Giorgi A, red. Phenomenology and psychological research. Pittsburgh, PA: Duquesne University Press; 1985.
14. Persenius MW, Hall-Lord M, Baath C, Larsson BW. Assessment and documentation of patients' nutritional status: Perception of registered nurses and their chief nurses. J Clin Nurs 2008;17:2125–36. DOI: [10.1111/j.1365-2702.2007.02202.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02202.x).
15. Sæland M. Sykepleiere trenger mer utdanning for å servere mat. Sykepleien. Oslo: 2014. Tilgjengelig fra: <http://sykepleien.no/meninger/innspill/2014/11/servering-av-mat-er-sykepleierens-oppgave> (nedlastet 10.01.2017).
16. Juul H, Frich JC. Kartlegging av underernæring i sjukehus. Hva hemmer og fremmer sykepleieres bruk av screeningverktøy for identifisering av ernæringsmessig risiko? Nordisk Sygeplejeforskning 2013;3:77–89.
17. Mowe M, Bosaeus I, Rasmussen HH, Kondrup J, Unosson M, Rothenberg E, Irtun Ø, The Scandinavian Nutrition group. Insufficient nutritional knowledge among health care workers? Clinical Nutrition 2008;27:196–202.

18. Verdens helseorganisasjon (WHO). Evaluation of the Norwegian nutrition policy with a focus on the Action Plan on Nutrition (2007–2011). Tilgjengelig fra:

[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/192882/Evaluation-of-the-Norwegian-nutrition-policy-with-a-focus-on-the-Action-Plan-on-Nutrition-20072011.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/192882/Evaluation-of-the-Norwegian-nutrition-policy-with-a-focus-on-the-Action-Plan-on-Nutrition-20072011.pdf) (nedlastet 20.02.2017).

19. Norsk Sykepleierforbund. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Tilgjengelig fra:

<https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer> (nedlastet 20.02.2017).

20. Helse- og omsorgsdepartementet. I-4/2007 Nasjonal standard for legetjenester i sykehjem.

Tilgjengelig fra:

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/i-42007-nasjonal-standard-for-legetjenes/id458057/> (nedlastet 20.02.2017).

21. Leirvik ÅM, Høye S, Kvigne K. Mat, måltider og ernæring på sykehjem – erfaringer fra et aksjonsforskningsprosjekt. Nordisk

Sygeplejeforskning 2016;02:179–97. DOI: [10.18261/issn.1892-2686-2016-02-07](https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2016-02-07).

22. Söderhamn U, Söderhamn O. A successful way for performing nutritional nursing assessment in older patients. J Clin Nurs 2009;18(3):431–9. DOI: [10.1111/j.1365-2702.2008.02378.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02378.x).

23. von Hofacker S, Naalsund P, Iversen S, Rosland JH. Akutte innleggelser fra sykehjem til sykehus i livets slutfase. Tidsskr Nor Legefor 2010;130:1721–4. DOI: [10.4045/tidsskr.09.1028](https://doi.org/10.4045/tidsskr.09.1028).