

UiT

NORGES  
ARKTISKE  
UNIVERSITET

Institutt for helse- og omsorgsfag

Det helsevitenskapelige fakultet

## Ernæringsarbeid i hjemmetjenesten

*Hvordan jobber helsepersonell i hjemmetjenesten med ernæringsarbeid knyttet til eldre pasienter?*

**Ida Nergård**

*Masteroppgave i helsefag*

*Studieretning Helse- og omsorgstjenester til eldre, 06.05.15.*

*Antall ord: 24 758.*



## Forord

Denne masteroppgaven markerer slutten på et treårig deltidsstudium, master i helsefag studieretning Helse og- omsorgstjenester til eldre ved Universitetet i Tromsø. Studietiden har vært strevsom, men også flott og lærerik. Jeg vil rette en stor takk til min veileder Toril Agnete Larsen for god veiledning og inspirasjon gjennom masterskrivingen. Du har vært til stor hjelp!

En spesiell takk går til min søster Jenny Nergård, mine foreldre Mai-Britt Martinsen og Knut Nergård, samt venner og kolleger som har støttet og oppmuntret meg gjennom studietiden. Takk for at dere har vært så tålmodige og motivert meg når ting har gått litt trått.

Jeg vil takke mine medstudenter som har bidratt til hyggelige møter og har gjort de tre studieårene til en fantastisk tid. Jeg kommer til å savne dere.

I tillegg vil jeg takke mine informanter i hjemmetjenesten som stilte til fokusgruppeintervju og bidro til at oppgaven kom i havn.

Tromsø, 05. Mai 2015

Ida Nergård

## Sammendrag.

**Bakgrunn:** Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring ble utgitt i juni 2009. Jeg har erfart at det er vanskelig å følge nye retningslinjer og få dem implementert inn i arbeidshverdagen. Eldre pasienter er spesielt utsatt for underernæring, og det kan få store konsekvenser for pasienten hvis ikke problemet blir oppdaget.

**Hensikt:** Å få kunnskap om helsepersonells erfaringer med ernæringsarbeid knyttet til eldre pasienter.

**Problemstilling:** *Hvordan jobber helsepersonell i hjemmetjenesten med ernæringsarbeid knyttet til eldre pasienter?*

**Metode:** Dette er en kvalitativ studie. Det ble gjennomført to fokusgruppeintervju med til sammen fem deltagere. Alle deltagerne jobbet på samme avdeling i hjemmetjenesten. Det er brukt en åpen koding i analyseprosessen.

**Resultat:** Gjennom analysen kom det frem at den gamle pasienten forsvinner i det generelle gjennom ernæringsarbeidet. Helsepersonell forteller at ernæringskartlegginger og vektregistreringer er blitt et krav i hjemmetjenesten. Pasientens vedtak legger føringer for hvordan arbeidet skal utføres. Helsepersonell forteller om viktige samarbeidspartnere i ernæringsarbeidet og spesielle utfordringer med ernæringsarbeid til eldre pasienter.

**Konklusjon:** Studien viste at helsepersonell har fokus på ernæring, men det spesielle med ernæringsarbeid til eldre pasienter har en tendens til å forsvinne i det generelle.

Helsepersonell fokuserer på ernæringskartlegginger og vektregistreringer, men noen ganger blir registreringer mer som et pålegg fra ledelsen enn en integrert del av arbeidsdagen. Det er en kompleks prosess å integrere nye retningslinjer slik at det blir en naturlig del av arbeidshverdagen. Det krever faglig kompetanse, strukturert ansvarsfordeling og tydelig ledelsesforankring for å lykkes. Hjemmetjenesten må fortsette å jobbe mot dette målet. Helsepersonell i hjemmetjenesten har en viktig funksjon som bindeledd mellom forskjellige samarbeidspartnere. Å skape en felles forståelse for målsettinger og utfordringer i ernæringsarbeidet er viktig for å sikre kvalitet og best mulig tjenester til eldre pasienter.

**Nøkkelord:** Ernæringsarbeid, hjemmetjeneste, eldre, underernæring.

## Summary.

**Background:** The National guidelines for prevention and treatment of malnutrition were released in June 2009. I have learned that it is difficult to follow new guidelines and implement them into my own work. Elderly patients are vulnerable to malnutrition and this can have serious consequences for the patient if the problem is not discovered.

**Objective:** To gain knowledge about health professionals' experiences with nutrition programs related to elderly patients.

**Research question:** How do health professionals in home care services work with nutrition programs related to elderly patients?

**Method:** This is a qualitative study. The study was conducted with two focus group interviews and with a total of five participants. All participants worked in the same department. An open coding method is used in the analysis process.

**Result:** The analysis revealed that the older population age group was not given as much consideration as other groups with regards to nutritional information and facts. According to health professionals, nutrition surveys and weight records have become a requirement in home care service. The patients care decisions creates the guidelines of how the work should be performed. Health professionals talk about the importance of collaborating partners in nutrition efforts and eventually special challenges with nutrition programs for the elderly.

**Conclusion:** The study showed that even though health professionals do focus on nutrition, the special nutrition programs for elderly seem to be lacking. Health care professionals focus on nutrition guidelines and weight records, but sometimes registration is more like an order from management rather than an integrated part of the work. Integrating new guidelines and making them a natural part of the work is a complex process. It requires professional expertise, structured responsibilities and clear management commitment in order to succeed. Health care professionals in home care services must continue to work towards this objective. Health care service has an important function as a link between various collaborators. They have to create a common understanding of objectives and challenges in nutrition programs in order to ensure quality and create the best possible service to elderly patients.

**Key words:** Nutrition programs, home care service, elderly, malnutrition.

## Innholdsfortegnelse

Forord.....	i
Sammendrag.....	ii
Summary.....	iii
1 Innledning.....	1
1.1 Studiens tema.....	2
1.2 Studiens hensikt.....	4
1.3 Problemstilling og forskningsspørsmål.....	5
1.4 Oppgavens oppbygging.....	6
2 Teoretisk utgangspunkt.....	6
2.1 Hermeneutikk.....	6
2.2 Tidligere forskning.....	8
2.3 Hjemmetjenestens ansvarsområde for oppfølging av eldre pasienter.....	10
2.4 Pasientens hjem som arbeidsplass.....	13
2.5 Ernæring til eldre pasienter.....	14
2.6 Kollektive holdninger til eldre som gruppe.....	17
3 Metode.....	18
3.1 Kvalitativ forskning.....	18
3.2 Fokusgruppeintervju, utvalg av forskningsdeltagere og forskningsfelt.....	20
3.3 Forforståelse.....	22
3.4 Forskningsprosessen.....	24
3.5 Pålitelighet og gyldighet for studien.....	25
3.6 Analyse.....	26
3.7 Ethiske overveielser.....	30
4 Resultater og diskusjon.....	31
4.1 Eldre pasienter forsvinner i det generelle.....	31
4.2 Krav om ernæringskartlegging og vektregistrering.....	36
4.3 Hjemmetjenesten er vedtaksstyrt.....	39
4.4 Viktige samarbeidspartnere i ernæringsarbeidet til eldre pasienter.....	43
4.5 Utfordringer med ernæringsarbeid til eldre pasienter.....	52
5 Konklusjon og avslutning.....	58
Litteraturliste.....	62
Vedlegg 1. Godkjenning fra NSD.....	66
Vedlegg 2: Personvernombudet for forskning.....	67
Vedlegg 3: Søknad om gjennomføring av mastergradsprosjekt.....	68
Vedlegg 4: Informasjon til deltagere i mastergradsprosjekt.....	70

Vedlegg 5: Intervjuguide.....	72
Vedlegg 6: MNA.....	73

# 1 Innledning.

I denne masteroppgaven skal jeg skrive om ernæringsarbeid til eldre pasienter i hjemmetjenesten. Jeg har valgt å ha fokus på helsepersonells erfaringer knyttet til ernæringsarbeidet. De siste 12 årene har jeg jobbet i hjemmetjenesten, derav syv år som sykepleier. Jeg jobber i dag som spesialsykepleier i aldring og eldreomsorg på samme avdeling. De siste tre årene har jeg jobbet aktivt med ernæringsarbeid. I 2011-2012 deltok jeg i et ernæringsprosjekt som kommunen gjennomførte. Under prosjektet «*Mat er den beste medisin*» var jeg med i arbeidsgruppen for ernæringsarbeid. Målet med ernæringsprosjektet var å implementere faglige nasjonale retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (Guttormsen et al., 2009). Jeg erfarte gjennom prosjektarbeidet at de fleste helsepersonell på min arbeidsplass hadde begrenset eller manglende kjennskap til Helsedirektoratets retningslinjer som ble innført i 2009. Jeg opplevde at det var stort sprik i kunnskaper og holdninger rundt ernæringsarbeid. Gjennom prosjektperioden vokste min egen interesse for ernæring. Jeg så viktigheten av å innarbeide gode rutiner for å få til et målrettet ernæringsarbeid. Jeg opplevde hvor vanskelig det kan være å implementere nye retningslinjer.

En annen utfordring var å følge opp ernæringsarbeid i arbeidshverdagen over tid. Min erfaring er at ernæringskartlegging ofte utsettes eller ikke blir prioritert når pleierne har det travelt. Gjennom mitt arbeid med ernæring i hjemmetjenesten har dette skapt et ønske om å få et bedre innblikk i hvordan andre jobber med ernæringsarbeid. Jeg har erfart at pasienter med en kreftdiagnose eller yngre pasienter ofte får bedre oppfølging når det kommer til ernæring. Eldre pasienter kan bli oversett fordi de har mange sykdommer og tilstander som kan påvirke matlyst og matinntak. Jeg ønsker derfor å fokusere på ernæringsarbeidet rettet mot eldre pasienter, fordi jeg ser på dem som utsatt gruppe. Stratton et al., (2003) hevder at ca. 10 % av syke hjemmeboende eldre er underernærte (Stratton, Green, & Elia, 2003). Andre studier har vist at 46 % av pasienter i hjemmetjenesten er i ernæringsmessig risiko eller underernært (Guttormsen et al., 2009). I følge Glindvad og Ravn (2004) utvikler eldre mennesker ofte en gradvis dårligere appetitt, stoffskiftet reduseres og smakssansen svekkes. Mange eldre er mindre fysisk aktive enn yngre mennesker, derfor har eldre mennesker mindre muskler og mer fettvev enn yngre. Gjennom dette kan man si at eldre mennesker har et mindre matbehov fordi aktivitetsnivået er lavere, men likevel har de det samme behovet for vitaminer, mineraler samt næringsrik og god mat. Eldre mennesker er også utsatt for dehydrering fordi de har

nedsatt evne til å føle tørste (Glindvad & Ravn, 2004). Birkeland og Flovik (2014) skriver at Helsetilsynet hadde i 2010 flere tilsyn for å kartlegge ernærings situasjonen til hjemmeboende pasienter med demens. Tilsynene skulle kartlegge kommunenes tiltak for å identifisere ernæringsmessig risiko, underernæring og oppfølging av tiltak. Rapportene fra tilsynene avdekket flere avvik. Flere kommuner hadde manglende dokumentasjon, manglende individuell oppfølging av pasientene, ingen skriftlige rutiner, dårlig styring og manglende oversikt over hvordan ernæringsarbeidet foregikk (Birkeland & Flovik, 2014). I følge Mowé et al.(2006) viser flere studier at helsepersonells kompetanse, tidsmessige og økonomiske ressurser, prioriteringer, samt holdninger til mat og ernæring er avgjørende for ernæringsstatusen til pasientene (Mowe et al., 2006).

## 1.1 Studiens tema.

Det finnes ingen klar grense på når alderdom inntreffer. Aldring skjer gjennom hele livsløpet og det er store variasjoner med tid, sted og sammenheng. I det moderne velferdssamfunnet blir man kanskje definert som eldre når man får statusen pensjonist, men pensjonsalder varierer i tid og mellom ulike land. Kategorien eldre mennesker omfatter minst to generasjoner og kan ha et aldersspenn på mer en 40 år, med stor variasjon i både antall år og funksjonsevne (Daatland & Solem, 2011). Jeg har valgt å fokusere på eldre mennesker som av forskjellige grunner og årsaker blir sett på som skrøpelige og har behov for hjelp fra hjemmetjenesten. Sviktende helse er noe som knyttes opp mot aldring. Dette er noe som øker risikoen for avhengighet av andre. I hjemmetjenesten er det en viktig arbeidsoppgave å forebygge og lindre aldersrelaterte problemer. Når det kommer til menneskets aldring er den biologiske alderen mye mer relevant i de fleste tilfellene enn kronologisk alder. Det er vanskelig å måle biologisk alder, men vi kan gjøre en vurdering om pasienten er sårbar eller robust.

I følge Wyller (2011) kan man forklare begrepet «frailty» som skrøpelighet eller sårbarhet. Begrepet sårbarhet beskriver redusert evne til å opprettholde homeostase ved belastning noe som medfører risiko for å utvikle sykdom når noe ekstraordinært inntreffer. Man kan forklare dette som tap av fysiologiske reserver (Wyller, 2011). Ernæringsproblemer hos eldre mennesker kan ha mange ulike årsaker, og det kan være et tegn på sårbarhet. I følge Wyller er det viktig å tenke over at rask vektreduksjon uansett årsak eller utgangsvekt er forbundet med dårligere prognose. Eldre mennesker med «normalvekt» kan også ha et ernæringsproblem dersom det har vært et raskt vekttap fra et høyere nivå (Wyller, 2011). Derfor er det viktig å



kartlegge ernærings situasjonen hos pasientene. Det finnes mange ulike verktøy for å avdekke underernæring. Det viktigste er at helsepersonell både tar for seg aktuell vekt og vektutvikling over tid. «*Lav vekt og vekttap er viktige markører på sårbarhet i eldre år, og indikerer økt risiko for en rekke sykdommer og skader*» (Wyller, 2011, p. 74). Underernærte eldre mennesker er mer utsatt og har høyere risiko for å utvikle osteoporose, svekket immunforsvar, infeksjoner, delirium, ustøhet og fall, kroniske sår, depresjon og apati, orale problemer, hjerte og karsykdom og død. I tillegg fører underernæring til dårligere prognose ved tilstander som hjertesvikt, KOLS, hjerneslag og pneumoni (Wyller, 2011). Konsekvenser av psykososial karakter vil også kunne ramme eldre pasienter på grunn av underernæring, som for eksempel apati, konsentrasjonsvansker, irritabilitet, depresjon og mangel på initiativ. Psykisk ubalanse kan føre til redusert evne til å følge et rehabiliteringsprogram etter sykdom. Dette kan medføre at pasienten kommer inn i en ond spiral med ytterligere redusert matinntak og forlenget sykdomsperiode (Kvamme, Olsen, Florholmen, & Jacobsen, 2011).

Birkeland og Flovik (2014) forklarer at hjemmetjeneste er offentlig tjenesteyting som utøves i pasientens hjem. Hjemmetjenester har fokus på grunnleggende sykepleie, praktisk hjelp, rehabilitering og forebygging. Hjelpen blir ofte gitt til pasientene over lengere tid noe som medfører at de ansatte blir godt kjent med pasientene og kan følge at langt sykdomforløp. Dette vil være en stor kontrast mot arbeid i sykehus der pasientene er innlagt for en avgrenset periode og det medisinske fagområdet vil ha fokus (Birkeland & Flovik, 2014). Det finnes ingen klar definisjon av hjemmetjeneste eller hjemmesykepleie. I hjemmetjenesten møter man på alle typer pasienter, og man kan dermed si at det spesielle med hjemmetjenesten er det generelle. For å definere hva man gjør i hjemmetjenesten må man forklare de ulike fagområdene som finnes der (Birkeland & Flovik, 2014).

*Hjemmesykepleie er helsehjelp, herunder pleie og omsorg, som utføres av profesjonelle til en pasient og dennes pårørende i pasientens eget hjem, der fokus primært er rettet mot å ivareta pasientens grunnleggende behov. Videre er fokus på trivsel, velvære, funksjonsnivå, helsetilstand og pasientens opplevelse av situasjonen sentralt. En viktig funksjon for hjemmesykepleien er å være et alternativ til institusjonsomsorg. Hjemmesykepleie dekker ellers en vid skala av oppgaver, fra besøk som har ren forebyggende funksjon til rehabilitering og terminal pleie (Birkeland & Flovik, 2014, p. 15).*

## 1.2 Studiens hensikt.

Hensikten med denne masteroppgaven er å få kunnskap om helsepersonells erfaringer rundt ernæringsarbeid knyttet til eldre pasienter. Jeg ønsket å undersøke hvordan helsepersonell i hjemmetjenesten jobber med ernæringsarbeid. Målgruppen er pleiere som jobber i direkte pasientkontakt i hjemmetjenesten, primært sykepleiere, men det kan også være hjelpepleiere, helsefagarbeidere og vernepleiere. I Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene § 1 står det skrevet at pasienter som mottar pleie- og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven skal få ivaretatt sine grunnleggende behov. Det står skrevet i § 3 at kommunen skal etablere et system av prosedyrer som sikrer at pasienter i pleie- og omsorgstjenester skal få tilfredsstilt grunnleggende behov, blant annet fysiologiske behov som tilstrekkelig næring. Pasienten skal få tilbud om et variert og helsefremmende kosthold og rimelige valgfriheter til mat (Sosial- og Helsedirektoratet, 2004). Hvis en eldre pasient med dårlig ernæringsstatus blir utsatt for akutt sykdom, risikerer man en kraftig forverring av ernæringsstatusen i løpet av sykdomsforløpet. Underernæring kan være en følge av sykdom, men kan også forverre helsesituasjonen til pasienten.

Departementene (2007–2011) skrev i sin handlingsplan for å bedre kosthold i befolkningen, at ernæring spiller en viktig rolle både i forebygging og behandling av en rekke sykdommer og helseplager. Helsetjenesten har ansvaret for å styrke innsatsen i det forebyggende og helsefremmende arbeidet. Utfordringen er å bidra til at pasienter har kunnskap og forståelse til å kunne sette sammen et fullverdig kosthold, samt å hjelpe til med endringer i kosten der det er nødvendig. Det legges vekt på at mat og måltider er en viktig del av hjemmetjenestens arbeidsoppgaver. Dette krever gode arbeidsverktøy og kompetanse blant helsepersonell for å kunne gi god veiledning om kosthold både i forebyggende og behandlingsøyemed (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007).

Helsedirektoratet utgav i 2009 Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring for å sikre bedre kvalitet i helsetjenesten. Retningslinjene ble skrevet for personell og ledere i både primær- og spesialisthelsetjenesten. Disse har ansvaret for å følge opp pasienter som er i ernæringsmessig risiko eller som allerede er underernærte.

Retningslinjene forklarer hvordan man kan styrke ernæringsarbeidet både i hjemmetjeneste, sykehjem og sykehus. En forutsetning for vellykket ernæringsarbeid er økt kompetanse både i primær og spesialisthelsetjenesten. For å skape et best mulig grunnlag trenger man ledelsesforankring, samhandling mellom omsorgsleddene samt definerte og konkrete

ansvarsforhold. Helsedirektoratet skriver at gjennom å implementere fire ernæringstiltak vil mye av arbeidet være gjort (Guttormsen et al., 2009).

1. Alle pasienter skal vurderes for ernæringsmessig risiko.
2. Å gi pasienter i ernæringsmessig risiko målrettet ernæringsbehandling og oppfølging.
3. Å dokumentere ernæringsstatus og begrunne tiltak i pasientens journal og epikrise.
4. Å videreformidle dokumentasjonen til neste omsorgsnivå. For eksempel fra sykehus til hjemmetjeneste eller fra hjemmetjeneste til sykehjem (Guttormsen et al., 2009).

### 1.3 Problemstilling og forskningsspørsmål.

Med bakgrunn i studiens hensikt og tema har jeg utformet problemstillingen:

*«Hvordan jobber helsepersonell i hjemmetjenesten med ernæringsarbeid knyttet til eldre pasienter?»*

For å kunne svare på problemstillingen har jeg noen utdypende forskningsspørsmål.

1. Hvordan går helsepersonell frem for å kartlegge ernærings situasjonen til eldre pasienter i hjemmetjenesten?
2. Klarer helsepersonell i hjemmetjenesten å følge opp eldre pasienter som er i ernæringsmessig risiko?
3. Hvilke samarbeidspartnere er viktige for ernæringsarbeidet?
4. Hva er det spesielle med ernæringsarbeid knyttet til eldre pasienter?

Jeg mener at gjennom å samle helsepersonells erfaringer med ernæringsarbeid, vil jeg skape en bevisstgjøring. Erfaringene fra hjemmetjenesten kan være aktuelle for både sykehus og sykehjem med tanke på samhandling. Jeg håper og tror at min masteroppgave kan sette fokus på viktige punkter ved ernæringsarbeid i hjemmetjenesten. Kanskje dette kan være med på forbedre kvaliteten i dagens praksis og skape en best mulig tjeneste for pasientene.

## 1.4 Oppgavens oppbygging.

Videre i denne oppgaven skal jeg i kapittel 2 presentere det teoretiske utgangspunktet. Der vil jeg skrive om hermeneutikk, tidligere forskning og tema som er relevant for min oppgave. I kapittel 3 beskrives den metodiske tilnærmingen. Dette er en kvalitativ oppgave, og jeg har valgt å bruke fokusgruppeintervju for å kunne besvare problemstillingen. Deretter vil jeg forklare min forforståelse, fortelle om forskningsprosessen og si noe om pålitelighet og gyldighet for studien, forklare analyseprosessen og etiske overveielser. I kapittel 4 vil jeg presentere resultatene. Jeg har valgt å la presentasjon av funn og diskusjon henge sammen, for å skape en bedre flyt og gjøre oppgaven leservennlig. Oppgaven har fem hovedfunn og hvert funn drøftes fortløpende. Til slutt vil jeg i kapittel 5 presentere oppgavens konklusjon.

## 2 Teoretisk utgangspunkt.

I dette kapittelet vil jeg presentere min hermeneutiske tilnærming til oppgaven. Deretter vil jeg presentere tidligere forskning. Så kommer underpunkt om pasientens hjem som arbeidsplass, hjemmetjenestens ansvarsområde for oppfølging av eldre pasienter, ernæring til eldre pasienter og til slutt kollektive holdninger til eldre pasienter som gruppe.

### 2.1 Hermeneutikk.

For å forklare ordet hermeneutikk kan man si at det betyr tolkning, uttrykk og oversettelse (Nilssen, 2012). Jeg kan forklare dette gjennom at dersom man står ovenfor noe man ikke forstår, vil man prøve å tolke det. Forståelse og tolkning er viktig for forskere fordi analyseenheten og datamaterialet ofte inneholder fenomener som uttrykker mening gjennom menneskelige handlinger, kunngjøringer, uttalelser og produksjon av tekster (Nilssen, 2012). Tolkning er et forsøk på å belyse eller gi mening til et forskningssubjekt som kan oppleves som kaotisk, uklart, selvmotsigende eller uforståelig. Tolkning vil derfor være en måte å finne den underliggende meningen eller å forsøke å uttrykke det som er uklart på en tydelig måte. Både forståelse og tolkning kan beskrives som en kunnskapsprosess som utvikles gjennom samtalen forskeren og det som blir tolket har. Nilssen (2012) bruker Marc-Wogau (1981) når hun skal forklare forforståelse. Denne dannes i en prosess mellom tolker og tekst. Man kan forklare dette gjennom at prosessen skaper en dialog der et spørsmål leder til et svar, som

videre leder til et nytt spørsmål. Gjennom denne prosessen kan man skape ny kunnskap (Nilssen, 2012). En hermeneutisk tilnærming kan forklares gjennom at det ikke finnes noen sannhet, men at ulike fenomener kan forstås på forskjellige måter. Dette betyr at man kan stille mange ulike spørsmål, og det vil ofte føre til ulike tolkninger og svar. Vi kan oppleve ulike scenarier i den samme konteksten. Dette avhenger av forskningsmetode, forskerens bakgrunn, fokus og hensikt (Nilssen, 2012).

Giddens (1976) introduserte begrepet dobbel hermeneutikk (Giddens, 1976). Nilssen (2012) bruker Giddens når hun skal forklare dette begrepet. Hun skriver at forskeren er i den spesielle situasjonen at man fortolker forskningsdeltagerens fortolkning av en bestemt situasjon. Forskningssubjektet er i seg selv meningsbærende og skaper mening. Forskeren må håndtere denne dobbeltheten på en konstruktiv måte. Det er viktig å tilstrebe at forskningsdeltagerens perspektiv blir fremhevet, og man må forsøke å få tak i deltagerens verden. Dette betyr ikke at forskeren bare kan gjengi det forskningsdeltageren gjør og sier, man må se bak teksten. Forskeren må hente inn begrunnelser, refleksjoner og holdninger som ligger til grunn for det som blir sagt og gjort. Gjennom systematiske analyser og tolkning bidrar forskeren til å gjøre det ubevisste bevisst både for seg selv og andre. Som forskere er oppgaven å tilegne tekstens mening og å tolke den (Nilssen, 2012). Forskeren baserer tolkningene på deltagerens egen forståelse, men drar det også videre gjennom å trekke inn forskerens teoretiseringer (Thagaard, 2009). Dette betyr at forskeren må forholde seg til forskningsdeltagerens tolkning av situasjonen og samtidig sin egen tolkning og mening. Dette avhenger av den kulturelle konteksten der meningen skapes og den kulturelle konteksten som den fortolkes senere (Patton, 2002).

For å forklare begrepet hermeneutisk sirkel kan man si at all tolkning består av en kontinuerlig bevegelse mellom deler og helhet, mellom kontekst og det som blir fortolket og mellom det som blir fortolket og vår egen forståelse (Nilssen, 2012). Gadamer forklarer meningshorisonten som en horisont som omfatter synsfeltet fra et fordelaktig ståsted. Trekker vi dette over i tenkningen kan jeg si at man snakker om en snever horisont, som muligens kan utvides til en større horisont, som igjen åpner for nye horisonter og så videre. Dette forklarer hvordan tankene er bundet i begrensninger, men samtidig hvordan vårt synsfelt gradvis kan utvides (Gadamer, 1989). Gadamer hevdet at mangel på horisont ville medføre at man ikke ser langt nok fremover, man konsentrerer seg mest om det som ligger nærmest. Å ha en horisont handler om evnen til å se utover det som ligger nærmest. Det betyr ikke å overse det,

men å se det i rammen av noe større. Hvis man skal oppnå forståelse, må både forskere og horisontene være i bevegelse. Vi vil kun oppnå full forståelse av teksten hvis tekstens horisont smelter sammen med forskerens (Gadamer, 1989).

Begrepet hermeneutisk sirkel blir ofte forklart som noe som går fram og tilbake. Dette gjør at enkelte teoretikere foretrekker å bruke begrepet spiral fremfor sirkel, fordi sirkel kan tolkes som noe som er lukket, mens spiral viser at tolkningen ikke er en lineær prosess (Gudmundsdottir, 2001). Det er mange detaljer og deler som må settes sammen for å kunne forstå en helhet. Gadamer (2003) bruker begrepet konsentriske sirkler. Dette betyr at forståelsen vil stadig være i bevegelse fra deler til helhet og tilbake til helheten igjen (Gadamer, 2003). Nilssen (2012) forklarer hermeneutiske sirkler og konsentriske sirkler som viktige tilnæringsmåter til fortolkende forskning, og det kan settes sammen med Rogoffs (1995) ideer om forskjellige nivåer i analysen. Hun bruker tre forskjellige analysenivåer som er: personlig, mellommenneskelig og felleskap. For å forklare dette kan man si at aktive og dynamiske bidrag fra enkeltindivider, samarbeidspartnere, historiske tradisjoner og materiale er sammenbundet gjennom «hendelse» og «aktivitet» som analyseenhet. Dette betyr at enhver detalj kan være i fokus, men alltid med de andre detaljene i bakgrunnen. Likevel kan ikke den enkelte detaljen forklare saken hvis den ikke blir satt i sammenheng av de andre detaljene (Rogoff, 1995).

## 2.2 Tidligere forskning.

Juul og Frich (2013) har utført en studie «*Kartlegging av underernæring i sykehus*». I denne studien har de undersøkt avdelingssykepleiernes erfaringer gjennom å ta i bruk screeningsverktøy for å identifisere ernæringsmessig risiko hos pasienter på norske sykehus. De ønsker å se på hva som hemmer og fremmer innføring av et kartleggingsverktøy i sykehus. Det kommer tydelig frem i studien at sykepleierne bør være de som har ansvar for ernæringskartlegginger. Resultatene av studien viser at forhold som svekket bruken av ernæringsverktøy var uklare ansvarsforhold på avdelingen, lite engasjement og manglende involvering fra sykehusledelsen, dårlig samarbeid blant ansatte, lite brukervedvirkning og utilstrekkelig kunnskap om ernæring. Studien viste at forhold som styrket innføringen av screeningverktøyene var bedre dokumentasjonssystemer rundt ernæring, diagnosekoder for underernærte pasienter og engasjement fra legenes side, der de etterspør informasjon om pasientenes ernæringsstatus (Juul & Frich, 2013).

En dansk studie fra 2012 gikk ut på å implementere retningslinjer innenfor ernæring på sykehus, og spesifikk ernæringsopplæring blant sykepleiere viste at implementering av ernæringsretningslinjer kan redusere forekomsten av underernæring av pasienter i sykehus. Opplæringsprogrammet som ble utført blant sykepleiere fokuserte på å identifisere spisevaner hos pasientene. Det kunne påvirke pasientenes kunnskap om hensiktsmessig valg av mat og gjøre at pasientene inntok flere mellommåltider. Dette var med på å redusere risikoen for underernæring. Treningsprogrammet for sykepleierne var fordelt over fem moduler og varte i et år. Undervisningen vektla å identifisere ernæringsmessige problemer hos pasientene samt implementere teorier om planlagt endring av praksis. Effekten hos pasientene ble målt gjennom spørreskjema i etterkant. Resultatene fra studien viste at gjennom å implementere retningslinjene, fikk flere pasienter diskutert sine spisevaner med sykepleierne. Pasientene fikk mer hjelp under måltidene, og de fikk servert riktig mat. Maten var basert på pasientenes egne ønsker og hadde riktig konsistens. Pasientens kunnskap om valg av riktig mat økte. Dette tyder på at pasientens næringsinntak bedret seg etter veiledning fra sykepleiere (Pedersen, Bjerrum, & Tewes, 2012).

Rognstad med flere utførte en tverrsnittstudie i 2013 der de forsøkte å kartlegge og belyse ernæringsstatusen til eldre hjemmeboende pasienter med kognitiv svikt og demens som var underlagt hjemmetjenesten i fire bydeler i Oslo. Resultatene fra studien viste at flere, nesten halvparten av hjemmeboende pasienter med demens og kognitiv svikt slet med underernæring eller sto i fare for å utvikle underernæring. Studien viste at kvinner var spesielt utsatt hvis de hadde problemer med matinntaket. Denne studien konkluderer med at det er helt avgjørende at helsepersonell og pårørende er kjent med risikofaktorer for utvikling av underernæring. Det er viktig at tiltak iverksettes tidlig for å hindre alvorlig underernæring og forebygge sykdomstilstander som følger av dette (Rognstad, Brekke, Lindberg, & Lühr, 2013).

Tønnessen og Nortvedt (2012) har skrevet «*Hva er faglig forsvarlig hjemmesykepleie?*». De skriver at kriteriene for en forsvarlig tjeneste innenfor hjemmesykepleien må utvides i samsvar med sykepleiens grunnlag og hensikten med tjenestene. En hjemmesykepleier skal ivareta pasientenes behov for pleie og omsorg på en faglig forsvarlig måte. De hevder imidlertid at det er uklart hva som er minstenormen for en faglig forsvarlig tjeneste. Hensikten med studien er å avklare hva som menes med at tjenesten i hjemmesykepleien skal være faglig forsvarlig og at hjelpen som ytes av helsepersonell skal være omsorgsfull. Et av kravene er at pasientene skal få hjelp til å dekke sine grunnleggende behov.

*«Dette kravet handler om hvilke pleie- og omsorgstjenester pasientene skal få vurdert og ivaretatt av sykepleierne og beskriver grunnleggende behov som vi mener må registreres som nødvendig helsetjenester i hjemmesykepleien» (Tønnessen & Nortvedt, 2012, p. 280).*

For å forklare hvordan jeg har kommet frem til litteraturen og forskningen som presenteres i dette kapittelet har jeg brukt forskjellige databaser: SveMed+, PubMed og Cinahl. Jeg har brukt søkerord i ulike kombinasjoner. I SveMed+ søkte jeg etter «eldre» and «hjemmetjeneste». Da fikk jeg 54 treff, men valgte bare ut en artikkel som var relevant for min problemstilling. Deretter søkte jeg på «ernæring» and «eldre» og fikk 34 treff. Jeg valgte ut seks artikler som hadde relevans for min oppgave. Artikler som var rettet mot ernæring til spesifikke sykdommer og skader ble valgt bort. For eksempel «ernæringsråd til pasienter med hoftefraktur». I PubMed søkte jeg etter «home care» and «elderly» and «nutritional status» and «malnutrition», og fikk 569 treff. Jeg leste gjennom mange artikler og valgte ut de som var mest relevant for min problemstilling. Deretter søkte jeg på «home care services» and «elderly» and «nutritional status» and «malnutrition». Der fikk jeg 102 treff. Til slutt søkte jeg på «home care» and «frail elderly» and «nutritional status» and «malnutrition», og fikk 39 treff. I Cinahl søkte jeg på «home care services» and «frail elderly» and «malnutrition» og fikk jeg 13 treff. Deretter søkte jeg på «home care» and «frail elderly» and «nutritional status». Der fikk jeg åtte treff. Jeg samlet sammen over 50 relevante artikler fra SveMed+, PubMed og Cinahl. Ikke alle artiklene ble brukt i oppgaven. I tillegg har jeg sett på andres litteraturlister, i artikler og bøker. Gjennom dette kom jeg fram til annen relevant litteratur og forskning. Jeg valgte å bruke EndNote for å holde oversikt i oppgaven. Dette programmet forenklet arbeidet med referering i skriveprosessen og oppdaterte litteraturlisten automatisk.

### 2.3 Hjemmetjenestens ansvarsområde for oppfølging av eldre pasienter.

Birkeland og Flovik forklarer (2014) at det overordnede målet i hjemmetjenesten er at man skal tilrettelegge for at pasientene skal kunne mestre hverdagen i hjemmet så lenge det er ønskelig og forsvarlig (Birkeland & Flovik, 2014). En stor del av arbeidet i tjenesten går ut på å dekke pasientens grunnleggende behov. Ernæring er et av de grunnleggende behovene. I Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenester (Sosial- og Helsedirektoratet, 2004) står det beskrevet at kommunene er pålagt å utarbeide prosedyrer som skal sikre at pasientene får ivaretatt grunnleggende behov på en god måte. Et av punktene her er fysiologiske behov som innebærer at hjemmetjenesten skal sikre tilstrekkelig næring, et variert og helsefremmende



kosthold og sikre at pasienter får ulike valgmuligheter til mat. I forskriftene er det beskrevet at hjemmetjenesten skal tilrettelegge for tilbud for personer med demens som har vanskeligheter med å uttrykke sine behov. Helsepersonell i hjemmetjenesten skal også tilpasse hjelp til måltider samt ro og tid til å spise tilstrekkelig (Sosial- og Helsedirektoratet, 2004).

I følge Birkeland og Flovik (2014) er hjemmetjeneste et fellesbegrep som brukes for all sykepleie som utføres i pasientens hjem, uansett om det er en sykepleier eller annet helsepersonell som utfører jobben. Faglig forsvarlig helsehjelp handler om at helsepersonell skal ha kunnskap om funksjonsnedsettelse og sykdom og hvordan dette vil påvirke mennesket med tanke på velvære, mestring, håp og livskvalitet. Arbeidet i hjemmetjenesten handler ofte om å følge opp pasientene over tid. Helsepersonell må observere og iverksette riktige tiltak hos pasientene når det er behov for det. Slike tiltak bygger på klinisk erfaring og teoretisk kunnskap. Dette er viktig for å skape muligheten til å identifisere og gjenkjenne problemer hos pasienter før de oppstår, eller før de rekker å utvikle seg til alvorlige situasjoner (Birkeland & Flovik, 2014). I dag har pasienter som mottar hjemmetjeneste et skriftlig enkeltvedtak på hvilken hjelp de skal få. Helsepersonell er alltid pålagt å yte nødvendig helsehjelp, uavhengig om pasienten har et vedtak eller ikke. Pasientenes situasjon kan endres raskt, og helsepersonell skal alltid utøve forsvarlig helsehjelp. Forebyggende arbeid er en viktig del av utøvelsen av sykepleie i hjemmet. Det forebyggende arbeidet vil konsentrere seg om å forhindre forverring av sykdom pasientene allerede har. Sykepleie i hjemmet veksler derfor mellom hjelp til å dekke grunnleggende behov, forebygging og behandling (Birkeland & Flovik, 2014).

Når det gjelder forebygging av underernæring, er det nødvendig å gjøre en karlegging av ernærings situasjonen før man går i gang med det videre arbeidet. I følge Guttormsen et al., (2009) er det ikke tilstrekkelig å gjøre en ernæringskarlegging hvis man finner ut at pasienten er i faresonen for å utvikle underernæring. Dersom pasienten er i risiko for å utvikle underernæring, vil det være behov for å lage en ernæringsplan med tiltak og oppfølging (Beck et al., 2001; Kondrup, Allison, Elia, Vellas, & Plauth, 2003). Helsepersonell må få en oversikt over appetitt, tannstatus, tyggeeve, svelgevansker og pasientens evne til å spise selv før man kan lage en tilrettelagt ernæringsplan. En ernæringsplan bør inneholde energi- og væskebehov, energi og væskeinntak og individuelle tiltak (Guttormsen et al., 2009). Gjennom disse opplysningene må man sette mål for pasientens behandling. Ønsker pasienten stabil vekt

eller vektøkning? Det bør utformes en plan for tiltakene som angir oppstart, oppfølging og avslutning av ernæringsbehandlingen (Guttormsen et al., 2009).

Hjemmetjenesten har et ansvar om å kartlegge og følge opp ernæringsstatus hos pasientene som er registrert under tjenesten. Det anbefales at pasienter følges opp med vektregistreringer månedlig, eller gjennom et annet faglig begrunnet opplegg (Guttormsen et al., 2009). Hvis det oppstår infeksjoner hos pasienten eller endringer i ernæringsstatusen, bør vektregistreringer gjøres ukentlig (Nasjonalt råd for ernæring, 2005). Pasienter som er i ernæringsmessig risiko, skal følges opp jevnlig av fastlegen (Guttormsen et al., 2009). Birkeland og Flovik (2014) hevder at vektkontroll blir lite brukt i hjemmetjenesten fordi mange mangler prosedyrer som sikrer god ernæringsoppfølging (Birkeland & Flovik, 2014). Tiltak kan derfor bli satt i gang for sent fordi vektnedgangen ikke oppdages før pasientens klær begynner å bli for store. Da er ofte pasienten allerede underernært. I januar 2011 ble «verdighetsgarantien» ikraftsatt (Forskrift om en verdig eldreomsorg, 2011). Denne har som formål å sikre en verdig, trygg og meningsfull alderdom gjennom at alle eldre gis muligheter til en livsutfoldelse som samsvarer med pasientens muligheter og grunnleggende behov. Herunder er det beskrevet at pasienter har rett på et variert og tilstrekkelig kosthold samt tilpasset hjelp ved måltider (Forskrift om en verdig eldreomsorg, 2011). Selv om det finnes retningslinjer på hvordan helsepersonell skal forebygge og behandle underernæring, og verdighetsgarantien (2011) skal sikre at pasientene får dekt sine grunnleggende behov, så vet man at mange pasienter ikke får den ernæringsoppfølgingen de har krav på. I følge Mowé et al., (2008) kan dette forklares ved at helsepersonells ernæringskunnskaper er for dårlige.

Mowé et al.,(2008) hevder at den selvrapporterte ernæringskunnskapen hos skandinaviske leger og sykepleiere er utilstrekkelig i følge undersøkelsen som var utført blant helsepersonell i Norge, Sverige og Danmark. 4512 leger og sykepleiere besvarte spørreundersøkelsen og resultatene viste at den vanligste årsaken for utilstrekkelig ernæringsmessig praksis var mangel på kunnskap blant helsepersonell. 25 % svarte at det var vanskelig å identifisere pasientens behov for ernæring, 39 % manglet verktøy for å indentifisere underernærte pasienter og 53 % syntes det var vanskelig å vurdere pasientens energibehov. Ernæring er en stor og viktig del av sykdomsforebyggende arbeid. Underernæring påvirker kroppen negativt, det gjør organene svakere, reduserer livskvaliteten, sykeligheten øker og det vil igjen føre til økt dødelighet. Underernæring kan forebygges hvis man setter fokus på retningslinjer innenfor ernæring og ernæringscreening (Mowé et al., 2008).

I følge Fjørtoft (2006) jobber man selvstendig i hjemmetjenesten. Dette krever at de som jobber der er beslutningsdyktig og tar de riktige beslutningene. Dette krever kompetanse. I hjemmetjenesten er det ikke alltid lett å se hva som er sykepleieoppgaver, fordi det finnes så mange gråsoner. Mange kan i utgangspunktet utføre de samme oppgavene. Å lage mat til pasientene kan utføres av ulike yrkesgrupper fordi det er en kjent og praktisk oppgave. Likevel er det viktig å være oppmerksom på at hvis noe er uavklart rundt pasientens ernæring, kan det være nødvendig med sykepleierkompetanse for å gjøre observasjoner, kartlegginger og vurderinger av pasientens tilstand. Når situasjonen er avklart og stabil igjen, er det kanskje ikke nødvendig at det er en sykepleier som drar hjem til pasienten (Fjørtoft, 2006).

## 2.4 Pasientens hjem som arbeidsplass.

Å møte pasienter i deres hjem og ha pasientens hjem som arbeidsarena krever spesielle hensyn for helsepersonell. Et hjem er en plass for basal trygghet (Hauge, Jacobsen, & Alvsvåg, 2008). Flere mennesker opplever gjennom alderdommen at de har økt behov for bistand, og trenger hjelp til å skape forutsigbarhet og trygghet. Et hjem er et sted for identitetsbekreftelse, selvrespekt og andres respekt for det unike menneske (Hauge et al., 2008). Betydningen av hjemmet i eldre år er viktig kunnskap for helsepersonell. Hjemmet kan være et samlingsted for minner som er viktig for det mennesket som har bodd der. Grensene rundt et hjem vil alltid ha ulike grader av åpenhet rettet ut mot verden. «*My home is my castle*» (Hauge et al., 2008, p. 17). I et hjem kan man kontrollere hvem man ønsker å slippe inn, og man bestemmer selv hvilken grad av gjestfrihet man ønsker å ha. Et hjem er selve sentrum i hverdagslivet. Hjemmet til eldre mennesker kan symbolisere det levde liv. Det viser hvem vi er gjennom ting, innredning, bilder, utsende og beliggenhet. Et hjem kan endre seg dersom man blir hjelpetrengende og har behov for rullator, spesialseng, løfteanordninger, heis, rullestoler og medisinske apparater. De nye hjelpemidlene kan symbolisere at personen i hjemmet ikke lengere lever et selvstendig liv, men er avhengig av hjelp. Hjemmet er åpnet for hjelpere som har huset som arbeidsplass. Det kan derfor framstå som mindre privat (Hauge et al., 2008). For eldre mennesker blir ofte hjemmet det sentrale livsområdet. Alle aspekter ved hjemmet vil få større betydning når man tilbringer mesteparten av tiden der. Hjemmet blir kanskje det viktigste symbolet på et selvstendig liv, og det vil være et symbol på en livsform som truses når hjelpebehovet til mennesket øker (Hauge et al., 2008).

Hjemmet er et sted som i stor grad preges av fastsatte rutiner og vaner. Både søvn, måltider, personlig stell og hyggestunder har fått sine ritualiserte former. Rutiner kan bidra til trygghet og effektivitet. Handlingene er ofte så godt innarbeidet både kroppslig og kognitivt at man gjennomfører ritualene uten å tenke over disse. Vanene gir ofte en følelse av mestring. Vanene våre er ofte noe som bidrar til at hjemmet blir et stabilt og forutsigbart sted (Hauge et al., 2008).

## 2.5 Ernæring til eldre pasienter.

Eldre pasienter kan være utsatt for sykdomsrelatert underernæring (Smedshaug, 2009). De generelle kostholdsrådene for eldre friske mennesker skiller seg ikke betydelig fra de offisielle anbefalingene for voksne mennesker, men man må være oppmerksom på spesielle utfordringer med ernærings situasjonen som kan ha betydning for ernæringsstatus. Gjennom systematisk å forebygge og behandle underernæring, vil eldre pasienter oppnå gevinster i form av mindre bruk av medikamenter, mindre komplikasjoner, mindre bruk av antibiotika, redusert liggetid på sykehus, færre reinnleggelses, bedre fysisk funksjon som kan føre til økt livskvalitet og bedre overlevelse (Stratton et al., 2003). Underernæring defineres som mangel på energi, protein eller andre næringsstoffer. Dette forårsaker en ugunstig effekt på kroppsfunksjon og kroppssammensetning (Lochs et al., 2006). For å forebygge underernæring hos pasienter, må helsepersonell kartlegge ernæringsmessig risiko, dokumentere ernæringsstatus, vurdere pasientens ernæringsbehov og kartlegge matinntak. Gjennom disse opplysningene kan helsepersonell sette i gang tiltak for å forebygge underernæring (Smedshaug, 2009). Helsepersonell må være spesielt oppmerksom på væskeinntak hos eldre pasienter.

Mange eldre har redusert tørstefølelse, og mange bruker vandrivende medikamenter som vil gi økt risiko for dehydrering (Sortland, Steensæth, & Gjerstad, 2011). Når helsepersonell skal dokumentere ernæringsstatus hos pasienter, kan man se på kroppsmasseindeks (KMI) og vektendringer over tid. Et ufrivillig vekttap på over 10 % det siste halve året regnes som et alvorlig vekttap. Det vil gi økt risiko for komplikasjoner og sykdom (Collins, 2003) KMI er definert som vekt (kg) dividert med (høyde x høyde) i meter (Smedshaug, 2009). I følge Mowé et al., (2008) mener de at normalområdet for KMI ligger på rundt 24-29 kg/m (Mowé, Diep, & Bøhmer, 2008). Guttormsen et al., (2009) definerer en person som underernært hvis man oppfyller ett av følgende kriterier. Har personen et utilsiktet vekttap på mer en 10 % i

løpet av de siste 3-6 månedene eller mer enn 5 % de siste 2 månedene, så er personen underernært. Det samme gjelder KMI  $<18,5 \text{ kg/m}^2$  for personer under 70 år, KMI  $<20 \text{ kg/m}^2$  ved alder over 70 år og samtidig har et ufrivillig vekt tap på mer en 5 %, eller hvis personen har et matinntak under halvparten av beregnet behov i løpet av den siste uken (Guttormsen et al., 2009). Det finnes flere verktøy for å kartlegge ernæringsstatus. Helsedirektoratet anbefaler blant annet MNA (Mini Nutritional Assessment, vedlegg 6). Jeg har valgt å ta utgangspunkt i dette skjemaet fordi jeg tror mange hjemmetjenester bruker dette til kartlegging av ernæringsmessig risiko.

Når man skal beregne pasientens energi- og proteinbehov, må dette gjøres individuelt. Energibehov regnes vanligvis som  $30 \text{ kcal/kg}$  kroppsvekt/dag og proteinbehov som  $1 \text{ gram}$  per  $\text{kg}$  kroppsvekt/dag. Væskebehov beregnes ut i fra  $30 \text{ ml/kg}$  kroppsvekt/dag, men man må alltid gjøre individuelle tilpasninger ut i fra pasientens aktivitetsnivå og sykdomstilstand (Guttormsen et al., 2009). Det er nødvendig for helsepersonell å kartlegge mat og drikkeinntak hos pasientene for å se om dette samsvarer med pasientens beregnede energibehov (Smedshaug, 2009). På bakgrunn av opplysningene man får gjennom kartleggingene, bør helsepersonell lage mål sammen med pasienten samt sette opp en plan for tiltak. Andre faktorer som matvaner, tannstatus, appetitt, tyggeeve og svelgproblematikk bør også vurderes. I tillegg må helsepersonell gjøre en vurdering av pasientens evne til å lage seg mat og til å spise maten (Beck et al., 2001; Kondrup et al., 2003). Ernæringstiltak som settes i gang av helsepersonell, bør gjøres i prioritert rekkefølge.

For å forklare hvor helsepersonell bør begynne, kan man bruke «ernæringstrappen» (Guttormsen et al., 2009). Det nederste trinn av trappen går ut på å kartlegge spisesituasjonen. Kan man gjøre endringer eller tilrettelegginger for å forbedre ernæringssituasjonen? Deretter gjør man en vurdering av normal kost. Får pasienten i seg nok mat? Kanskje trenger pasienten tilpasset kost, for eksempel finfordelt mat. Neste steg er berikning av kost. Det vil si å tilsette ekstra kalorier i den normale kosten eller sørge for at pasienten får i seg kaloritett mat som dekker ernæringsbehovet. Deretter bør man se på muligheten for å sette inn ekstra mellommåltider slik at pasienten får i seg mer næring. Neste steg er ernæringsdrikker som man kan gi som et supplement til normal kost. Helsepersonell kan tilby dette til pasienter som spiser lite til hvert ordinære måltid. Ernæringsdrikker kan øke inntaket av energi og næringsstoffer for pasienter som har vanskeligheter med å ta til seg normal eller beriket ernæring. En metaanalyse viste at rutinemessig bruk av ernæringsdrikker

bedret ernæringsstatus hos pasienter. Det var med på å minske risikoen for komplikasjoner og ga bedre overlevelse for eldre underernærte pasienter som var innlagt på sykehus. 32 av 49 studier viste en bedre overlevelse med ernæringsdrikker (Milne, Avenell, & Potter, 2006). Nest siste trinn i ernæringstrappen er sondeernæring, og siste trinn er intravenøs ernæring. De to siste trinnene krever ordinerer fra lege og er ikke noe helsepersonell i hjemmetjenesten setter i gang på egenhånd. I følge Smedshaug (2009) er poenget med denne ernæringstrappen at helsepersonell kan oppnå mye gjennom å starte noen enkle tiltak. Man trenger ikke nødvendigvis starte på nederste trinn og følge trinnene slavisk. Noen ganger kan man starte høyere opp eller hoppe over noen trinn.

Smedshaug (2009) påpeker at for å kunne drive en god ernæringspraksis til eldre pasienter, er man nødt til å ha etablert gode personuavhengige systemer for dokumentasjon av ernæring og oppfølging av dette. Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring understreker at det er helt nødvendig med ledelsesforankring, kompetanseheving, dokumentasjon og systemer for overføring av informasjon. I tillegg er anbefalingen fra Helsedirektoratet at fastlegene tar del i vurderingen av ernæringssituasjonen hos hjemmeboende pasienter. De bør følge opp pasienter som er i risiko for underernæring og underernærte pasienter regelmessig. (Guttormsen et al., 2009). Helsepersonell som jobber med ernæring til eldre pasienter må være oppmerksom på at aldring kan føre til endringer på en rekke fysiske områder, som nedsatt ernæringsabsorpsjon, endringer i væske og elektrolyttbalansen og nedsatt sensorisk funksjon. Kroniske sykdommer kan dessuten føre til økt medikamentbruk som kan påvirke smakssansen hos den gamle pasienten (Brownie, 2006; Fritz & Elmadfa, 2008). I tillegg vil psykososiale faktorer som mangelfulle ernæringskunnskaper, sosial isolasjon, dårlig økonomi og sorg kunne påvirke matinntaket hos pasienten (Brownie, 2006). Manglende forståelse for hvilken betydning ernæring har for eldre pasienter, både hos helsepersonell, pårørende og den eldre selv, kan påvirke ernæringssituasjonen (Morley, 1997). Det er dokumentert at manglende ansvarsforhold gjennom planlegging og ledelse og manglende samarbeid mellom forskjellig faggrupper, kan føre til at ernæringsbehandling til eldre pasienter blir ustrukturert og mangelfull (Beck et al., 2001; Guttormsen et al., 2009; Juul & Frich, 2013).

## 2.6 Kollektive holdninger til eldre som gruppe.

Daatland og Solem (2011) forklarer kollektive holdninger til eldre som gruppe. Med holdning mener man en tilbøyelighet til å reagere på en bestemt måte over ting eller personer. Man skiller mellom personlige holdninger og holdninger man har felles med andre (kollektive holdninger) «*Vi preges av kollektive holdninger gjennom å identifisere oss med dem og på andre måter gjør dem til våre personlige. Kulturer bæres i denne forstand av de menneskene som identifiserer seg med den, og som innordner seg den mer eller mindre frivillig*» (Daatland & Solem, 2011, p. 17). Gjennom dette kan samfunnet ha skapt noen holdninger til aldring og eldre pasienter som ikke helsepersonell tenker over. I det moderne samfunnet fremstilles alderdom som skrøpelig og svekkelse. Mange ser på eldre mennesker som mye mer skrøpelig en de egentlig er, og man overdriver de negative sidene med alderdommen (Daatland & Solem, 2011). Det pekes også på en generell tendens i samfunnet der eldre mennesker undervurderes. Man ser ikke personen for bare alder, og man betrakter eldre som en stereotyp masse, til tross for at de individuelle forskjellene blant eldre mennesker kan være store. En kan si at tendensen til å devaluere alderdommen har gitt opphav til negativ diskriminering av eldre. Det er dette vi kaller for alderisme. Kjennetegnet ved alderisme er at eldre er blitt «de» og gjøres til noe annet enn «oss». Dette kan man trekke ut til at de ikke har de samme interessene, verdiene eller behovene som oss. Man kan si at alderisme kan ha mange uttrykk og former. Fordommer kan føre til diskriminering, men de trenger ikke gjøre det. Visse former for diskriminering kan bli en sedvane som man ikke tenker over, men kan likevel begrunne og bekrefte forskjellsbehandlingen (Daatland & Solem, 2011).

En teori som er med på å bekrefte dette er tilbaketrekningsteorien som handler om ideen om en gjensidig tilbaketrekningssprosess mellom det eldre mennesket og samfunnet. Det aldrende mennesket har en tilbøyelighet til å trekke seg tilbake fra sosiale roller og kontakter og retter den mentale energien mot seg selv. Samfunnet responderer med å løsne på båndene til individet og fører dermed til en stimulering eller forsterkning av eldre menneskers tilbaketrekning. Tilbaketrekningsteorien vil derfor bli sett som en universell prosess som er aktivisert innenfra som et uttrykk på primær aldring. Denne teorien skaper et tankekors ved at man legitimerer en pasifiserende behandling av eldre mennesker med en begrunnelse av at det er til deres eget beste (Daatland & Solem, 2011).

### 3 Metode.

I alt forskningsarbeid avgjør studiens hensikt valg av forskningsmetode. Jeg har valgt en kvalitativ tilnærming fordi jeg ønsket å få kunnskap om helsepersonells erfaringer rundt ernæringsarbeid knyttet til eldre pasienter. I kvalitativ forskning er det mange veier å gå, men jeg har valgt å bruke fokusgruppeintervju for å kunne belyse problemstillingen min. I dette kapittelet vil jeg først forklare kvalitativ forskning som tilnæringsmetode, deretter forklare valget av fokusgruppeintervju, utvalg av forskningsdeltakere og forskningsfelt. Så vil jeg beskrive forforståelsen, forskningsprosessen, pålitelighet og gyldighet for studien, analysen og til slutt etiske overveielser for gjennomføring av studien.

#### 3.1 Kvalitativ forskning.

Kvalitativ forskningsmetode er en av mange veier til å nærme seg vitenskapelig kunnskap. Denne kunnskapen er innhentet og systematisert etter grunnleggende krav som den vitenskapelige kulturen kjenner til. Det er dette som skiller vitenskapelig kunnskap fra tilfeldige meninger eller beretninger (Malterud, 2011). Gjennom kvalitative studier arbeider man med å utvikle beskrivelser og analyser av egenskaper og karaktertrekk fra feltet man studerer. Beskrivelsene, begrepene og de teoretiske modellene man utvikler og presenterer bør kunne overføres til flere sammenhenger enn de først er hentet fra. Målet med overførbarheten er ikke at resultat skal kunne overføres til ett bestemt populasjonsnivå, men skal forsøke å vise betingelser, begrensninger og muligheter for beskrivelser og begreper for å skape gyldighet. Forskning handler om en systematisk og reflekterende prosess der kunnskapsutviklingen kan etterprøves og deles, med en ambisjon om at funnene kan overføres utover den sammenhengen der den enkelte studie er gjennomført. Overførbarhet er alltid en viktig ambisjon for forskeren. Funnene i studien skal kunne gjøres gjeldene som forståelse slik at den kan bli brukt i andre sammenhenger. Kunnskap om kunnskapen skaper ettertanke, ydmykhet, og reiser nye spørsmål. Dette betyr at kunnskapen sjelden er evige sannheter, den vil hele tiden være i endring. Malterud skriver at vitenskapelighet ikke kan sjekkes med enkle regnestykker eller prosedyrer. Likevel må forskeren ha en holdning til systematisk og selvkritisk håndtering av kunnskapen. I følge Malterud (2011) finnes det tre grunnprinsipper for vitenskapelig kunnskap, refleksivitet, relevans og validitet. Refleksivitet handler om forskerens tolkningsramme og forutsetninger. Relevans handler om hva kunnskapen skal



brukes til, og validitet betyr gyldigheten av studien. Det forklarer hva forskeren har funnet ut. Disse kriteriene kan hjelpe forskeren å stille spørsmål om begrensning, kunnskapens rekkevidde og mening (Malterud, 2011).

Nilssen (2012) forklarer kvalitativ forskning som en metode der man forsøker å nærme seg en verden slik at man kan forstå og beskrive sosiale fenomener fra innsiden. Kvalitativ forskning er basert på noen grunnleggende filosofiske forutsetninger eller antagelser. En antagelse baserer seg på at det finnes mange virkeligheter. Virkeligheten vil alltid være kompleks. Den blir konstruert av de som er involvert i den og er i stadig forandring. Deltagere i forskning og forskeren selv kan ha helt forskjellige oppfatninger av virkeligheten. På grunn av at det finnes mange virkeligheter, kan forskning gi oss en utvidet forståelse av et fenomen, men ikke selve svaret. I kvalitativ forskning er forskeren selv sitt mest betydningsfulle instrument. Dette kan begrunnes i at forskeren samler inn informasjonen, men også konstruerer store deler av materialet gjennom interaksjon med forskningsdeltagerne. Gjennom dette maksimeres muligheten til å samle inn betydningsfull informasjon. Forskeren kan behandle datamaterialet umiddelbart, summere og oppklare underveis mens studien utvikler seg. Samtidig er forskeren som instrument begrensende fordi man er menneskelig. Man kan gjøre feil, man kan overse muligheter og forskerens forforståelse kan være begrensende. Sensitivitet, toleranse for ambivalens og kommunikative ferdigheter er tre viktige faktorer som har betydning når forskeren er sitt eget instrument (Nilssen, 2012). Forskeren er deltagende i sin egen forskning. Man kan respondere på situasjoner man møter og tilpasse datainnsamlingen underveis.

Kvalitativ forskning kan tiltale mange fordi den mangler klare oppskrifter og struktur, og fordi forskeren kan tilpasse seg uforutsette hendelser. Man kan også tilpasse og endre retning i sin jakt på forståelse og mening. Likevel er dette den store utfordringen for forskeren. Forskeren må være åpen for det uventede og ha stor toleranse for flertydighet og ambivalens (Nilssen, 2012). I følge Nilssen innebærer dette å være sensitiv, at forskeren må lytte og være oppmerksom gjennom hele forskningsprosessen. Forskeren må lytte til nyanser og signaler i konteksten og alle variabler som finnes der som for eksempel mennesker, det fysiske miljøet, ikke verbal adferd og skjulte agendaer. Derfor må forskeren være sensitiv til materialet som blir samlet inn (Nilssen, 2012). Når jeg skal intervju og analysere andre mennesker, må jeg tenke på at jeg kan påvirkes av mitt eget livssyn, perspektiver og verdier. Derfor må man være oppmerksom på sin egen subjektivitet. Målet med kvalitativ forskning er å få tak i menneskers tanker, meninger, opplevelser og følelser. Man ønsker å få tak i

forskningsdeltagerens livsverden. Som forsker samler man datamateriale og videreutvikler det i stor grad sammen med forskningsdeltageren. Dette krever gode kommunikative ferdigheter, og handler om å skape en god relasjon, tillit, kontakt og vise respekt for forskningsdeltagerens integritet (Nilssen, 2012).

Kvalitativ forskning hviler på noen grunnleggende filosofiske antagelser som baserer seg på: måter å være, måter å se og måter å gjøre. Det teoretiske rammeverket av studien er den teorien som omgir studien, men dette betyr ikke nødvendigvis den teorien som brukes for å tolke og forklare funn. Alle studier vil ha et teoretisk rammeverk som utledes fra forskerens holdninger og forforståelse som bringes inn i forskningen. Rammeverket kan forklares som den linsen forskeren ser gjennom (Nilssen, 2012). Jeg som forsker har selv bestemt hva som fanger nysgjerrigheten min. Det er jeg som avgjør hva som forvirrer meg og hvilke spørsmål jeg ønsker å stille. Alt dette vil være med på å skape en retning i studien min. Avhengig av teoretisk innfallsvinkel vil vi som forskere stille ulike spørsmål, og vi vil se ulike ting. Det vil være det teoretiske rammeverket som påvirker hva du gjør og hva du ser (Nilssen, 2012). Spørsmålene i intervjuguiden vil være påvirket av ting jeg har sett, lest og erfart tidligere. Dette kan være med på å bestemme hva jeg ser, eller overser. Innenfor et hvert paradigme vil vi finne ulike teoretiske modeller som er avgrenset og spesifikke. Vi kan si at både paradigmer og teoretiske modeller gir uttrykk for hvordan vi kan forstå verden og hvordan kunnskap kan bli skapt. Nilssen (2012) viser til Merriam (1998) når hun skriver at dette vil være eksempler på teorier som vil ledsage studien, og er brillene vi ser verden gjennom. Nilssen viser til Marton (1967) når hun skriver at man kan si at teoretiske modeller har forgreininger til teorier som bygger på empiriske data, midtdelsteorier eller mellomteorier. Den teoritypen som er mest avgrenset er substantive teorityper. Disse viser bare noen få sider av personens handlinger på et bestemt tidspunkt. Den vil derfor være begrenset til å beskrive trekk ved befolkningen, tidspunkter og settinger som kan identifiseres. Paradigmer, teoretiske modeller og mellomteorier vil skape en retning i forskningen, mens substantive teorier vil i bredere grad kunne danne forskbare problemstillinger (Nilssen, 2012).

### 3.2 Fokusgruppeintervju, utvalg av forskningsdeltagere og forskningsfelt.

Fokusgrupper er en god metode når man ønsker å lede diskusjoner i små grupper. Denne metoden kan regnes som spesielt relevant når hensikten med studien er å forstå og avdekke erfaringer, holdninger, meninger og synspunkter i et miljø der flere personer samhandler

(Hamran & Moe, 2012; Malterud, 2002). Grunnen til at jeg valgte fokusgruppeintervju var at jeg ønsket en felles diskusjon. Jeg tenkte at historiene forskningsdeltagerne fortalte kunne motivere andre i gruppen til komme med andre erfaringer og fortellinger som handlet om ernæringsarbeid til eldre pasienter. Dette kan være med på å få frem flere synspunkter og skape en større forståelse av temaet. En styrke med fokusgruppeintervju er at deltagerne kan diskutere spørsmålene sammen, og det vil stimulere til flere synspunkter og innspill fra deltagerne.

Utvalget til denne studien bestod av helsepersonell i en hjemmetjeneste som var lokalisert i en middels stor kommune som både dekket områder med tett bebyggelse og landlige strøk. Området ble valgt på grunnlag av at jeg trodde det ville finnes andre utfordringer i en hjemmetjeneste som strekker seg over et stort geografisk område sammenlignet med en hjemmetjeneste som er lokalisert i et bymiljø. Jeg hadde en forventning om at det kunne kreve en annen form for planlegging, organisering og samarbeid enn hva man kan forvente fra en hjemmetjeneste som kun var lokalisert i tettbygde strøk.

Som utvalgskriterier for deltagelse i studien hadde jeg valgt ut primært sykepleiere, men det kunne også være vernepleiere, helsefagarbeidere og hjelpepleiere. Jeg ønsket å snakke med helsepersonell som var fast ansatt og som hadde erfaring med ernæringsarbeid og ernæringskartlegginger. Dessuten ønsket jeg å sette sammen fokusgruppen av personer som var fast ansatt og jobbet på samme avdeling. Jeg ønsket å ha to-tre deltagere i hver gruppe. Grunnen til at jeg satte få deltagere i hver fokusgruppe, var at jeg skulle utføre intervjuene alene og jeg tenkte det både ville bli vanskelig med rekruttering samt å holde oversikt i intervjusituasjonen hvis jeg fikk for mange deltagere i hver gruppe. Et annet kriterium var at helsepersonell hadde jobbet minimum et år på samme avdeling. Intensjonen med dette var å sikre at de hadde erfaring med ernæringsarbeid og kunne komme med nyttig informasjon.

Etter godkjenning fra NSD (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste, vedlegg 1) ble det sendt ut søknad til enhetsleder i hjemmetjenesten (vedlegg 3) om å få gjennomføre studien der. Jeg fikk tilbakemelding på mail fra enhetslederen som syntes prosjektet mitt var spennende og relevant for enheten, og hun stilte seg positiv til deltagelse. Enhetslederen videresendte informasjonsskrivet og samtykkeskjema (vedlegg 4) til avdelingslederne i hjemmetjenesten. Etter en uke fikk jeg svar på mail fra en avdelingsleder. Jeg fikk beskjed om å ta kontakt på telefon for å avtale tid og sted for fokusgruppeintervjuene. Avdelingslederen skulle ta på seg ansvaret med å rekruttere frivillige deltagere som passet til studiens kriterier.

Jeg fikk tilbud fra henne om å gjennomføre to fokusgruppeintervju på samme avdeling. I utgangspunktet hadde jeg tenkt å utføre studien på to avdelinger, men på grunn av tidspress og manglende tilbakemelding fra andre avdelingsledere, takket jeg ja til tilbudet.

### 3.3 Forforståelse.

For å forklare hva forforståelse er, så lar jeg meg inspirere av Gadamer (2010). Når man skal intervju deltagerne i et fokusgruppeintervju, vil man alltid møte det ukjente med en bakgrunn i forestillinger og tankesett som man har fra før. Dersom man møter noe man ikke forstår, vil man forsøke å forstå det gjennom erfaringene og forutsetningene man har. Det man bringer med inn i situasjonen vil være det Gadamer kaller for forforståelse, forutinntatthet eller fordommer (Gadamer, 2010). Forutinntatthet betyr en individuell begrensning av forforståelsen. «*Den ensidige preferansen for det som ligger innenfor den egne tankekretsen*» (Gadamer, 2010, p. 316). Forforståelsen innebærer ikke bare det teoretiske rammeverket, men omfatter også erfaringer, kunnskaper, verdier, holdninger og forskningsfilosofi til det feltet vi skal studere (Nilssen, 2012). Gilje og Grimen (1993) forklarer tre ulike typer forforståelse. Den første handler om begreper og språk. Dette vil si at forskeren ser verden gjennom begreper språket har til rådighet. En annen type forforståelse innebærer ideer og tro. Det er dette forskeren vil definere som faktum når det kommer til virkeligheten, samfunnet, det man tror om andre mennesker og seg selv. Denne typen forforståelse er særdeles viktig fordi den kan være med på å definere hva forskeren opplever som utfordringer og vil dermed være med å definere problemstillinger til det som forskes på. Den tredje typen forforståelse handler om personlige opplevelser. Disse vil være forskjellige fra forsker til forsker og avhenger av det miljøet forskeren er vokst opp i. Alle de forskjellige typene forforståelse kan henge nøye sammen (Gilje & Grimen, 1993).

Jeg har utviklet et begrepsapparat gjennom det jeg tror på. Mine personlige erfaringer vil basere seg på hvilke verdier jeg har og hvordan jeg ser verden. Dette vil påvirke mine erfaringer. Man kan ikke være foruten forforståelsen, man trenger noen ideer på hva vi skal lete etter for å kunne tolke nye situasjoner (Nilssen, 2012). Forforståelsen kan medføre at jeg kommer til kort når jeg skal forklare en sak, fordi min forforståelse ikke bekrefter saken selv. Saken blir utydelig fordi jeg ikke ser det man leter etter, nettopp fordi det avviker fra forforståelsen min. En forsker må alltid være bevisst på at teksten eller situasjonen har noe å fortelle, selv om den ikke nødvendigvis stemmer med forforståelsen (Nilssen, 2012). Derfor

er det viktig at jeg må tilstrebe og tilpasse meg min egen forforståelse og til situasjonen. Jeg må være bevisst min egen forutinntatthet for å gi mulighet til at teksten eller situasjonen kan tale for seg selv. Hvis jeg får dette til, kan jeg sammenligne min egen forforståelse med tekstens virkelighet. Forforståelsen er med på å avgjøre hva jeg skal se etter, hva jeg vil forstå og preger hvordan jeg griper fatt i arbeidet. Forforståelsen vil ha størst betydning når jeg erfarer at den kommer til kort, for eksempel når jeg opplever at verden ikke er slik jeg har tenkt. Nilssen støtter seg på Gadamer når hun skriver at alle hullene i forståelsen og overraskelsene vi møter på, kan være et steg på veien mot utvikling og en dypere forståelse (Nilssen, 2012).

Når jeg skal ut å intervju forskningsdeltagerne, må jeg være oppmerksom på at tilstedeværelse i intervjusituasjonen kan påvirke hva som blir sagt. Jeg kan også bli påvirket av mitt eget forskningsfokus. Med dette mener jeg at min tilstedeværelse kan påvirke forskningsdeltagerens adferd. Nilssen (2012) påpeker et annet moment som har betydning. Det handler om hvilket forhold deltagerne har til forskeren. Dette kan påvirke hva deltagerne forteller og utgir av informasjon (Nilssen, 2012).

Før jeg møtte fokusgruppedeltagerne, hadde jeg gjort meg noen tanker om hvordan intervjuet ville utarte seg. Jeg hadde utformet en intervjuguide, og min forforståelse hadde nok preget hvilke spørsmål jeg hadde valgt ut. Deltagerne i fokusgruppeintervjuene hadde i forkant av intervjuene fått vite noe om essensen i spørsmålene mine, slik at de fikk mulighet til å forberede seg. Umiddelbart etter første fokusgruppeintervju begynte jeg å stille meg selv spørsmål og undret meg over svarene jeg fikk under intervjuet. Jeg begynte å danne meg sammenhenger og mønstre. Jeg skrev ned tanker og refleksjoner i forskningsloggen min, slik at jeg fikk skriftliggjort noen tanker som kunne være viktig til analysefasen. Nilssen (2012) skriver at gjennom å skrive forskningslogg, bidrar man til forskningsrefleksivitet. Forforståelsen vil påvirke tolkningsresultatet hvis ikke forskeren aktivt motvirker det gjennom å lage tiltak som skaper åpenhet. Det er viktig at forskeren må være i dialog med seg selv og være bevisst på valgene man gjør i prosessen (Nilssen, 2012).

### 3.4 Forskningsprosessen.

For å komme i gang med masteroppgaven, brukte jeg mye tid på å lete etter artikler og forskning som omhandler ernæringsarbeid til eldre. Tidlig i fasen hadde jeg fokus på Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring og ernæringskartlegginger. Hvorfor var det så vanskelig å implementere retningslinjer og ha et faglig fokus på ernæringsarbeid i hjemmetjenesten? Mye av forskningen jeg fant var gjort på sykehus eller sykehjem. Det fantes færre studier fra hjemmetjenesten. Etterhvert gikk jeg bort fra selve implementeringsperspektivet og konsentrerte meg heller om hvordan helsepersonell jobbet med ernæringsarbeid i hjemmetjenesten. Jeg brukte mye tid på å forberede søknad til NSD. Etter noen uker fikk jeg godkjenning og kunne starte søknadsprosessen for deltagelse til fokusgruppeintervjuene. I oktober 2014 var jeg klar til å starte intervjuene. I den første fokusgruppen deltok to sykepleiere og en helsefagarbeider. Intervjuet var preget av at jeg var uerfaren som intervjuer, og deltagerne snakket ikke så fritt som jeg hadde trodd de skulle gjøre. De svarte i korte setninger, og jeg som intervjuer ble bundet til intervjuguiden (vedlegg 5). Jeg hadde i forkant av intervjuet forklart at jeg ønsket historier og eksempler fra praksis, men svarene jeg fikk ble mer generelle og inneholdt lite pasienteksempler. Under transkriberingen oppdaget jeg at jeg stilte flere lukkede og ledende spørsmål som jeg ikke hadde planlagt på forhånd. Jeg tror dette skjedde fordi jeg forsøkte å få deltagerne til å utdype svarene sine bedre. Intervjuet varte i 60 minutter. Etter transkribering av første fokusgruppeintervju, bestemte jeg meg for å utdype spørsmålene mine ved å ha flere planlagte tilleggsspørsmål til neste intervju for å unngå utfordringene jeg møtte i det første.

Helhetsinntrykket etter første intervju var bra. Alle deltagerne var aktive og svarte på spørsmålene, men det ble ikke så mange diskusjoner som jeg hadde ønsket meg. Jeg fikk inntrykk av at deltagerne snakket mer generelt om ernæring. De hadde fokus på tiltak som ble satt i gang. De fortalte om hvordan de fanget opp underernærte pasienter og hvilke arbeidsmetoder de benyttet for å få ernæringsarbeidet til å fungere. Jeg hadde poengtert at dette skulle handle om eldre pasienter, men dette kommer ikke tydelig fram i svarene. Deltagerne snakket mer generelt om pasientene som en gruppe, uten å fremme den spesielle utfordringen med de eldste pasientene.

Til mitt andre fokusgruppeintervju var jeg bedre forberedt. Jeg hadde avtalt med avdelingslederen at jeg skulle ha intervju med tre deltagere, men på grunn av uforutsette hendelser møtte kun to sykepleiere. Til dette intervjuet var deltagerne godt forberedt. Den ene

sykepleieren hadde jobbet som sykepleier i mange år og hadde lang erfaring fra hjemmetjenesten, mens den andre kun hadde jobbet noen måneder. De hadde god oversikt og engasjement i ernæringsarbeidet på avdelingen. Under dette intervjuet tok begge deltagerne lett til ordet og kom med mange utdypende fortellinger fra praksis. Jeg som intervjuer kunne slappe mer av og la samtalen gå av seg selv. Jeg trengte ikke utdype svarene til deltagerne med så mange oppfølgingsspørsmål som jeg hadde planlagt på forhånd. Det andre fokusgruppeintervjuet varte i 90 minutter. Jeg satt igjen med et godt inntrykk, hadde samlet mye informasjon om hvordan denne hjemmetjenesten jobbet med ernæringsarbeid og hadde fått noen nye synspunkter som jeg ikke selv hadde tenkt over tidligere.

Et av kriteriene for deltagelse i intervjuene var minimum et års arbeidserfaring fra hjemmetjenesten. Dette hadde jeg valgt ut fordi jeg hadde en tanke om at helsepersonellet skulle ha nok erfaring til å svare på spørsmålene mine, komme med reflekterte utsagn og gode eksempler fra praksis. Tre av deltagerne kvalifiserte innenfor alle kriteriene, mens to av deltagerne hadde kun jobbet noen måneder ved denne avdelingen. Jeg valgte likevel å ta de med i intervjuene fordi jeg visste det kunne bli vanskelig å finne nye deltagere på kort varsel. Begge deltagerne kom med gode bidrag og refleksjoner. De var engasjerte og hadde mye å bidra med under intervjuene. Jeg velger å tro at det ikke hadde så stor innvirkning på intervjuet som jeg hadde trodd i forkant.

### 3.5 Pålitelighet og gyldighet for studien.

Svakheten med valget av fokusgrupper er at jeg kun fikk to små grupper på to og tre deltagere. Jeg kunne fått et rikere mangfold hvis jeg hadde hatt flere deltagere i gruppene, men som ny og uerfaren forsker var det lettere å håndtere færre deltagere. I følge Malterud (2012) kan både fokusgruppeintervju og individuelle intervju gi direkte tilgang til deltageres opplevelser og erfaringer. I fokusgruppeintervju forsøker moderator å åpne opp slik at deltagerne kan ha en hverdagsnær diskusjon. Likevel er fokusgruppediskusjonen iscenesatt med en målsetting og rammebetingelser som vil adskille den fra en hverdagslig samtale (Malterud, 2012). Gjennom fokusgrupper kan jeg stille deltagerne direkte spørsmål som de kan svare på, men også åpne opp for at andre deltagere kan reflektere over det som blir fortalt og komme med innspill. Jeg kunne brukt individuelle intervju til å svare på forskningsspørsmålene mine, men jeg ønsket å få i gang en diskusjon der flere kunne komme med innspill. Malterud (2012) skriver at å bruke individuelle intervju kan være bedre egnet

hvis innfallsvinkelen til tema forutsetter detaljerte historier og fortellinger. I individuelle intervju vil det være lettere for forskeren å styre samtalen hvis det blir for mange avsporinger (Malterud, 2012).

Jeg har selv lang erfaring fra hjemmetjenesten. Jeg kan derfor bli «nærsynt» når jeg skal se på materialet mitt nettopp fordi jeg har en rik og grundig forforståelse av hjemmetjenesten som arbeidsfelt. Ingen av deltagerne kjente meg fra før, men de visste hva jeg jobbet med, og dette kan påvirke noen av svarene jeg fikk. Jeg må tenke over at de ønsker å fremstille sin arbeidsplass som god, og de vil trekke frem det som er positivt. Samspillet mellom meg som moderator og deltagerne kan påvirkes av dette. Gjennom min forforståelse visste jeg om spesielle utfordringer ved ernæringsarbeid, og jeg var kanskje på jakt etter å bekrefte noen av mine antagelser. Likevel oppdaget jeg at deltagerne fortalte om andre utfordringer som jeg ikke hadde trodd de ville nevne.

Min studie er gjennomført i en stor hjemmetjeneste med mange ansatte. Selv om jeg kun har intervjuet fem personer gjennom fokusgruppene, tror jeg de har klart å vise meg flere og ulike tilnæringsmåter til ernæringsarbeid. Deltagerne har delt erfaringer, holdninger og fortellinger fra praksis som jeg kan hente ut ny kunnskap fra gjennom analyse av datamaterialet. Det er likevel viktig å tenke over at datamaterialet mitt er hentet ut fra en liten del av virkeligheten. Refleksjonene jeg får gjennom min studie vil ikke være gyldig for alle, men vil kunne belyse viktige sider og være gjenkjennbart for andre som jobber med ernæringsarbeid, spesielt innenfor kommunehelsetjenesten.

### 3.6 Analyse.

I følge Malterud vil det å analysere et datamateriale innebære abstraksjon og generalisering. I kvalitative tilnæringer kan man bruke fokusgrupper, da vil deltagerne historier kunne uttrykke kunnskap som kan benyttes i lignende situasjoner (Malterud, 2002). Når man generaliserer på grunnlag av kvalitativ data, betyr dette at man generaliserer ut i fra et datamateriale som er bygget på et relativt lite utvalg. Dette gjør det mulig å argumentere for mønstre i utvalget knyttet til konteksten. Gjennom dette kan man generalisere analytisk (Halkier & Gjerpe, 2010; Hamran & Moe, 2012) Man kan ikke strekke generaliseringen i kvalitative studier slik at resultatene skal gjelde en større populasjon. Refleksjonene deltagerne kommer med vil ikke ha gyldighet for alle, men de kan likevel være gjenkjennbare



og dermed være gyldige for flere. Formålet vil være å skape teorier eller ideer om kulturelle mønster eller sosiale prosesser som kan ha relevans utover det aktuelle datamaterialet. Dette medfører at man gjennom analysen både må være trofast, men også sette seg inn i perspektiver som går ut over den umiddelbare situasjonsbeskrivelsen deltagerne kommer med gjennom intervjuene. Hamran & Moe (2012) bruker Dreier (1996) når de forklarer at problemer som avdekkes i analysen vil kunne gå på tvers av hva hver enkelt deltager har oppfattet eller uttrykt. Det åpner for muligheten til å generalisere kunnskap om problemer som kan bli sett i andre sammenhenger (Hamran & Moe, 2012).

Da jeg var ferdig med analyseprosessen, satt jeg igjen med tema og kategorier som kan bli karakterisert som funn eller resultater. Dette var beskrivelser av det som skjedde eller var deltagerens meninger. Noen av eksemplene informantene delte med meg talte ikke for seg selv, de måtte tolkes. Nilssen (2012) skriver at gjennom tolkninger kan forskeren fortelle leseren hva teksten betyr. Da må forskeren ta frem teorien igjen. Teorien vil være et fortolkende og analytisk rammeverk som kan hjelpe forskeren å forklare og forstå betydningen av det deltagerne har fortalt. Tolkningen vil handle om forklaringer og vil hjelpe forskeren å ramme inn ideer i relasjon til teorien. Det er teorien som gir mening til kvalitative data, og teoriene brukes som redskap for å skape innsikt og forståelse (Nilssen, 2012). I kvalitativ forskning er man ute etter forskningsdeltagerens perspektiver. Teorien som brukes når jeg skal tolke resultatene av analysen, vil være en naturlig konsekvens av hvordan jeg forstår verden. Det er viktig å merke seg at dette kan være en ulik måte enn hvordan forskningsdeltagerne forstår verden (Nilssen, 2012).

Etter transkriberingen av fokusgruppeintervjuene, satt jeg igjen med 50 sider intervju. Jeg leste nøye gjennom teksten og forsøkte å legge merke til hvordan jeg som moderator stilte spørsmål til deltagerne. Fokusgruppeintervjuene ble oversatt til bokmål under transkriberingen. Jeg valgte å gjøre dette for å skape bedre flyt i teksten, men også som en del av anonymiseringen. Da jeg gikk i gang med analysen av datamaterialet, valgte jeg å bruke Nilssen (2012) som inspirasjon. Jeg hadde tidligere blitt inspirert av Malterud (2011), men gikk bort ifra henne for jeg syntes Nilsen hadde en enklere vinkling på hvordan datamaterialet kunne analyseres. Nilssen skriver at systematisering av koder og kategorier er en av kjerneaktivitetene i kvalitative analyseprosesser. Nilssen (2012) bruker en åpen koding av datamaterialet, og det var denne analyseprosessen jeg ble inspirert av.

Nilssen (2012) skriver at når en forsker går i gang med åpen koding, forsøker man å åpne opp for å få tak i det datamaterialet forteller. Man ønsker å gi slipp på teoriene for en stund, siden dette ikke skal styre kode og kategoriseringsprosessen. Dette er et uttalt mål for induktive kvalitative studier, men vil likevel være en høytsvevende tanke. Koding- og kategoriseringsprosesser vil alltid bli preget av teori, og vil beskrive forskerens erfaring, forforståelse og kunnskaper. Det er dette som danner grunnlaget for at forskeren ser noe i datamaterialet og gjør at datamaterialet blir data. Når forskere jobber etter induktiv metode, har man ikke forhåndsdefinerte kategorier. Man har ikke bestemt hvilke merkelapper man skal bruke. Merkelappene kommer underveis fra ulike perspektiver og vil speile erfaringer og kunnskaper som forskeren har (Nilssen, 2012).

Å bruke åpen koding som analyseprosess innebærer å møte datamaterialet gjennom et åpent sinn. Man går inn med en åpen holdning for å se på hva materialet forteller. Ideen bak metoden er å utvikle nye teoretiske ideer gjennom datamaterialet, ved å bruke en induktiv tilnærming. Dette vil være en motsetning til deduktiv tilnærming der man forsøker å teste teoriene man kommer frem til. Gjennom åpen koding forsøker man å sette navn eller koder på ytringer eller fenomener ved en nøye gjennomgang av forskningsmaterialet. Etter den første prosessen, vil man sitte igjen med mange koder. Disse kodene må sorteres inn i grupper eller tema slik at datamaterialet skal bli håndterlig. Deretter går man over til aksial koding som innebærer at man har noen få kategorier og ser på hvordan de forholder seg til hverandre. Allerede i den åpne kodingen dannes det bilder av hvordan kategoriene forholder seg til hverandre (Nilssen, 2012). Når man skal redusere, forenkle og skape mening ut fra en kompleks virkelighet, kan det skape utfordringer i kvalitative studier med en induktiv tilnærming. Kodingen vil være første steg i prosessen for å redusere en stor mengde datamateriale til tema, kategorier eller dimensjoner. Det er dette som skal skape essensen i datamaterialet (Nilssen, 2012). Gjennom åpen koding kan jeg identifisere og klassifisere viktig mønstre som jeg ser.

Nilssen bruker Bogdan og Biklen (2007) for å forklare hva man skal se etter når man prøver å skille ut de forskjellige kodene. Man må være oppmerksom på at man kan finne koder som ofte overlapper hverandre, og man vil dermed finne dobbelkodinger (Bogdan & Biklen, 2007). Jeg bestemte meg for å lete etter koder som forteller noe om deltagerne eller konteksten. Jeg så etter koder som forteller meg noe om hvordan forskningsdeltageren definerer sin egen situasjon. Hva var det deltageren trakk frem som viktig?

Hva ønsket de å oppnå? Jeg forsøkte å se etter koder som kan fortelle meg om deltagerens holdninger. Nilssen (2012) nevner at det kan være hensiktsmessig å se etter hendelseskoder som relateres til hva deltagerne gjør, samt strategikoder som forteller hva deltagerne bruker for å oppnå eller gjennomføre noe. Andre koder som kan være viktige å lete etter er koder som beskriver forhold og strukturer (Nilssen, 2012).

Etter en nøye gjennomlesing av datamaterialet, startet jeg med å markere de ulike kodene i teksten med farger. Mange ord og setninger kunne ha de samme fargekodene, de overlappet hverandre. Det neste steget var å se på sammenhenger mellom kodene. Jeg forsøkte å sette de sammen til kategorier. Jeg tok tak i ordene og setningene jeg hadde markert i de ulike fargekodene og sorterte ut hvilken av de som kunne høre sammen med andre begreper. Nilssen (2012) forklarer at for å finne kjernekategoriene eller forskningens hovedtema, må man se på sammenhengen mellom underkategoriene. Det kan være vanskelig å holde kategoriene fra hverandre fordi mange av kategoriene handler om det samme og går over i hverandre, men det er likevel viktig å skille dem for å kunne gå i dybden på hver enkelt (Nilssen, 2012). Jeg bestemte meg for å se hva forskningsdeltagerne sa de gjorde gjennom tiltak de satt i gang. Hvordan de utførte ernæringsarbeidet kom til uttrykk gjennom erfaringer. Hvorfor de gjorde det eller tanker de uttrykte, kunne beskrive holdningene til ernæringsarbeid og til eldre pasienter. Jeg valgte å markere spesielle eksempler deltagerne fortalte om som handlet spesielt om eldre pasienter. Gjennom denne prosessen fikk jeg sortert det store datamaterialet jeg satt på til noe mindre og mer håndterlig. Dette var med på å skape innsikt i datamaterialet. Kodene mine baserte seg på ord og hendelser som gikk igjen i intervjuene. De hadde en nær sammenheng med spørsmålene i intervjuguiden. Jeg bestemte meg for å bruke kategoriene som jeg kalte for tiltak, erfaringer og holdninger.

Jeg støttet meg til det Bogdan og Biklen (2007) anbefalte. De beskrev at det kan være hensiktsmessig å skrive ned det meste jeg «så» i gjennomlesningen av intervjuene for å få en helhetlig oversikt av datamaterialet og en forforståelse (Bogdan & Biklen, 2007). Det jeg merket meg under gjennomlesningen ble notert i en loggbok. Jeg gransket ord, setningene og ytringene i datamaterialet. Ord som gikk igjen ble markert, og jeg forsøkte å finne nøkkelsetninger. Å kunne utføre en god kvalitativ analyse krever nøyaktighet i alle detaljer (Nilssen, 2012). Med dette mener jeg å ha et kritisk perspektiv, eller bruke kritiske briller gjennom å stille spørsmål til det man ser i teksten, selv om det er bevis på det. Patton (2002) hevder at det finnes en kunstnerisk side i den kvalitative analysen. Her må man bruke

metaforer og tørre å ta sjanser og være åpen for metodisk kreativitet. Han forklarer at man skal være åpen for at det finnes mange muligheter i datamaterialet. Det vil alltid finnes flere måter å tenke på. Det er derfor man bør ta sideveier, gå frem og tilbake i materialet og ta noen omveier. Videre forklarer Patton at det kan være hensiktsmessig å legge fra seg gamle tankesett og vaner for å se materialet med nye briller. Noe av det viktigste er likevel å stole på sin egen intuisjon. Fortolkninger og fremgangsmåter kan komme helt spontant (Patton, 2002).

Gjennom analyseprosessen kom jeg frem til funn. Tolkingsprosessen vil hjelpe meg å skape mening i funnene. Bogdan og Biklen (2003) hevder at det er lett å forklare forskjellen mellom de to prosessene, men i virkeligheten er det vanskelig å skille de to prosessene fra hverandre fordi funn og ideer utvikler seg parallelt i forskningsprosessen (Bogdan & Biklen, 2003).

### 3.7 Ethiske overveielser.

Som kvalitativ forsker er man avhengig av at deltagerne viser velvilje i intervjusituasjonen for at de skal dele tanker og erfaringer med forskeren. Forskeren må tenke over at man er privilegert som får lov til å ta del i disse tankene, og man skal vise respekt og følge de etiske kodene for forskning (Nilssen, 2012). Dette betyr at jeg må ta etiske hensyn og være oppmerksom på at det kan komme dilemmaer gjennom hele forskningsprosessen. Den nasjonale forskningsetiske komite for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH) utarbeidet forskningsetiske retningslinjer som skal ivareta etiske krav i forholdet mellom forsker og forskningsdeltager (NESH, 2006). Som forsker er man etisk forpliktet til å sette seg inn i de forskningsetiske retningslinjene. Overordnede punkter som krav om respekt for integritet og menneskeverd, medbestemmelse og frihet er viktig å ta hensyn til (Nilssen, 2012).

Før studien min ble satt i gang, ble det sendt søknad til NSD, og jeg fikk godkjenning til å gjennomføre prosjektet mitt. Jeg sendte skriftlig søknad til enhetsleder og når jeg fikk godkjenning, ble jeg satt i kontakt med avdelingsleder i aktuell hjemmetjeneste. De fikk utlevert et informasjonsskriv som beskrev hensikten av prosjektet, og det ble levert ut samtykkeskjema. Informert samtykke er viktig for å sikre frivillig deltagelse og sikre at de kjenner til hensikten med studien. De fikk informasjon om at studien skulle anonymiseres. Navn på deltagere og arbeidsplass skulle ikke gjengis i resultatene. Lydfilene av intervjuene skulle oppbevares forsvarlig etter retningslinjene og slettes etter at masteroppgaven var levert. Deltagerne ble informert om at de hadde mulighet til å trekke seg fra studien hvis de ønsket

dette, også i etterkant av fokusgruppeintervjuene. Deltagerne i min studie deler mange fortellinger fra sin praksis. Jeg må tenke over hvordan jeg bruker og legger frem eksemplene til deltagerne. Deltagerne har sitt ansvar for å aidentifisere det de deler med meg, men jeg vil også ha et ansvar for hvordan jeg håndterer pasienteksemplene på en god og verdig måte slik at de ikke blir gjenkjennbare.

## 4 Resultater og diskusjon.

Hva fant jeg gjennom fokusgruppeintervjuene? Jeg har brukt en hermeneutisk tilnærming gjennom analyseprosessen og gjennom dette vil jeg presentere fem hovedfunn. Resultatene jeg presenterer vil være en måte å forstå situasjonene ut i fra en spesiell kontekst jeg og informantene har vært i. Gjennom min hermeneutiske tilnærming er jeg som forsker fortolkende. Jeg har gått gjennom et stort datamateriale og forsøkt å sette det sammen slik at det gir mening. Resultatene belyses av teori og tidligere forskning fra kapittel 2. I tillegg har jeg valgt å trekke inn annen teori der jeg ser at det er relevant for å forklare funnene. Jeg har valgt å dele opp funnene og diskutere dem fortløpende før neste funn presenteres. Jeg har sammenfattet deler av det informantene har fortalt meg gjennom intervjuene og trekker ut noen sitater for å belyse hvordan jeg kom frem til funnene. Informantene mine kommer med flere eksempler der de beskriver pasientene som han eller hun. Jeg har også valgt å veksle mellom han og hun når pasienteksempler blir belyst i diskusjonsdelen.

### 4.1 Eldre pasienter forsvinner i det generelle.

Selv om informantene får direkte spørsmål om hva som er utfordringen med ernæringsarbeid til eldre pasienter, svarer de på et generelt grunnlag. Den eldre pasienten forsvinner i dette, og de individuelle tilpasninger og utfordringer helsepersonell møter i arbeidet med den gamle pasienten blir mindre synlig. Informantene bruker flere pasienteksempler i fokusgruppeintervjuene. De fremhever ikke eldre pasienter gjennom det de forteller. De snakker om eldre pasienter på et generelt grunnlag. En informant forteller at det ikke er alle pasientene som er så enkel å gå inn å gjøre noe med. En annen informant forteller:

*Det er mange (pasienter) som jeg opplever har lite kunnskap om ernæring, til tross for at de har levd et langt liv [...] Den generasjonen var kanskje ikke så opptatt av det der... Jeg tror ikke den generasjonen var så opptatt av hva de spiste. Hva kommer via fisk, hva kommer via poteter og hvilke næringskilder er det [...] De spiste det de hadde. Brød, kjøtt og fisk. Så jeg tror kanskje man ikke kan forvente så mye.*

En informant forteller om at hun hadde en pasient som var i dårlig form og hadde nedsatt appetitt. Pasienten hadde nylig fått en antibiotikakur på grunn av en infeksjon, og var nå i gang med sin andre antibiotikakur. Informanten var sikker på at dette hadde innvirkning på pasientens matlyst. Informanten forklarte at hun ble bedt om å kartlegge pasienten med MNA, og da hadde hun svart at det ikke var optimalt å gjøre kartleggingen nå. Hun mente det var best å vente til pasienten ble i bedre form og «kom seg litt» slik at matlysten bedret seg igjen. Informanten forklarte at hvis hun skulle gjort kartleggingen da hun ble bedt om å gjøre det, ville pasienten fått en dårligere poengsum, noe som ikke var reelt.

Videre forteller i informantene at de mener ernæringsarbeidet er godt integrert i arbeidshverdagen, og de har utført mange ernæringskartlegginger. De nevner at neste mål er å ernæringsregistrere alle pasientene før sommeren. Informantene har en plan om å gjøre seg ferdig med registreringene hvert år før de går på ferie. Hvis de holder på med kartlegginger gjennom hele året, får pasientene aldri fred. Det blir nye registreringer hele tiden.

## Diskusjon.

Informantene i fokusgruppeintervjuene kommer med flere pasienteksempler slik at jeg kan anta at dette gjelder eldre pasienter også. I hovedsak svarer informantene på ernæringsutfordringer på et generelt grunnlag. Dette kan gjelde alle pasientene de har ansvaret for. Det spesielle med eldre pasienter og utfordringer man kan forvente rundt dem, blir mindre synlig. Hvorfor skjer dette? Jamfør Gadamer (1989) kan jeg trekke inn den hermeneutiske sirkel der tolkningen min vil bestå av helheten, delene, den stadige bevegelsen mellom det jeg fortolker, konteksten og min forforståelse. Hvordan jeg velger å fortolke hendelsen avhenger av hvordan helheten blir fortolket og omvendt. Fordelen min er at jeg kjenner hjemmetjenesten som arbeidsfelt. Dette medfører at jeg skjønner informantene i deres utsagn. Jeg forstår at informantene snakker om eldre pasienter gjennom eksemplene de kommer med, selv om de ikke snakker om de eldre pasientene direkte. En forsker som ikke hadde den

samme bakgrunnskunnskapen fra hjemmetjenesten, ville kanskje ikke tolket informantenes utsagn på samme måte og hadde dermed ikke stilt de samme oppfølgingsspørsmålene.

Jamfør Daatland og Solem (2011) kan både den generelle samfunnspåvirkede holdningen til eldre og alderdom, alderisme og tilbaketrekningsteorien være med på å forklare det jeg legger merke til i funnet. Det er nok ikke en bevisst holdning blant helsepersonell, men man påvirkes av samfunnets holdning. I hjemmetjenesten har helsepersonell ansvar for mange ulike pasientgrupper. Det er ingen aldersgrense for å motta hjelp. Her finner man store variasjoner i sykdommer, funksjonsnivå, ressurser og hjelpebehov. Det er vanskelig å peke på hva som er det spesielle med hver pasientgruppe, for alle pasientene er forskjellige. Eldre mennesker er spesielt i risiko for å utvikle underernæring jamfør Wyller (2011) og Birkeland & Flovik (2014), fordi flere eldre pasienter har mange sykdommer, bruker mange ulike medisiner, har nedsatte funksjoner og har et stort hjelpebehov. Flere pasienter er isolerte i sine egen hjem. Mange er ensomme, og noen sliter med kognitiv svikt og demens. Alle disse faktorene kan påvirke matinntaket og er risikofaktorer for å utvikle underernæring. Derfor er det viktig at helsepersonell har et fokus på ernæringssituasjonen til eldre pasienter.

Et annet interessant moment er hjemmetjenesten som fagområde. I følge Birkeland og Flovik (2014) omhandler hjemmetjenesten et stort fagområde, og har derfor ikke fokus på en spesiell type pasienter eller pasientgrupper som man kanskje ville hatt på en sykehusavdeling. På sykehus er det ofte fokus på det spesifikke gjennom avdelingenes avgrensning. Slik er det ikke i hjemmetjenesten. Der møter man på alle typer pasienter. Det er kanskje derfor det er vanskelig å definere hjemmetjenesten. Ofte beskrives og relateres hjemmetjenesten til de ulike arbeidsoppgaver som utføres i hjemmet, for eksempel stell, medisint levering samt hjelp til matlaging. Det kan resultere i at man glemmer pasientens spesielle situasjon. Birkeland og Flovik (2014) hevder at det spesielle med hjemmetjenesten er det generelle, og det er kanskje derfor informantene mine svarer som de gjør. De tenker på alle utfordringene som finnes i tjenesten og svarer dermed på et generelt grunnlag.

En informant forteller at *«det er ikke alle pasientene som er så lett å gå inn å gjøre noe med»*. Gjennom dette kan jeg tolke det slik at informantene møter på noen utfordringer i ernæringsarbeidet. Informanten sier ikke eldre pasienter, men jeg velger å tro at det omhandler dem. Mange pasienter er bestemt og vet hvordan de vil ha det. Kanskje helsepersonell ser at pasienten har behov for mer hjelp eller at ernæringssituasjonen ikke er optimal. Jamfør Hauge (2008) må helsepersonell i hjemmetjenesten vise respekt både for

pasienten og hjemmet. I et hjem er det flere tradisjoner og rutiner som de som bor der kjenner til. Helsepersonell må respektere dette og være lydhør når de trer inn i et annet menneskes hjem. Dette er i tråd med hva Hauge et al., (2008) forklarer. Hjemmet er det stedet som i stor grad handler om innarbeidede rutiner, vaner og ritualer. Dette vil også ha betydning for å spise og lage mat. Å kunne lage mat handler om mestring, rutiner og vaner. Det er med på å skape forutsigbarhet i hverdagen. Når eldre mennesker trenger hjelp fra hjemmetjenesten, kan det være fordi de gjennom sykdom, funksjonsnedsettelse eller skrøpelighet ikke lenger er i stand til å opprettholde sin selvstendige husholdning. Å motta hjelp fra andre, kan oppleves som et sammenbrudd av vaner og rutiner. Det kan være vanskelig å akseptere. Den gamle mister noe som er viktig for det selvstendige livet, og selvbildet blir endret (Hauge et al., 2008). Dette er viktig for helsepersonell å tenke over.

Helsepersonell må bli flinkere å se på vaner og ritualer som viktige mestringsstrategier for den gamle. Pasienten har behov for støtte og respekt. Spesielt eldre kvinner kan ha problemer med å ta i mot hjelp til matlaging. Det er viktig å tenke over at mange eldre kvinner har hatt kjøkkenet som sin arbeidsplass. Ofte var det de som hadde ansvar for matlaging. De hadde oversikt og orden. Dette kan være en av grunnene til at eldre kvinner synes det er vanskelig å slippe andre til for å hjelpe. I følge Rognstad et al., (2013) har eldre kvinner som har problemer med matinntak en betydelig høyere risiko for å utvikle underernæring enn menn. Dette må helsepersonell være oppmerksom på. Jamfør Hauge et al., (2008) er det viktig at helsepersonell må forstå hva hjelp på ulike områder betyr for pasienten. Både kjønnsidentitet og kjønnsdefinerte vaner kan ha betydning og være forskjellige fra hva den yngre generasjonen praktiserer.

Videre forteller en informant om pasientene som har levd et langt liv. Gjennom dette forstår jeg at informanten snakker om gamle pasienter. Informanten sier at det oppleves at pasientene har lite kunnskap om ernæring til tross for at de har levd et langt liv. Den generasjonen var ikke så opptatt av ernæring som man er i dag. Her tolker jeg det slik at informanten mener at eldre pasienter har manglende kunnskap om ernæring, og informanten sier videre at pasientene var ikke så opptatt av hva de spiste. På den ene siden kan det se ut som om informanten undervurderer pasientene. På den andre siden kan man forsøke å forstå hva hun mener med utsagnet. Mange eldre (de som er over 80 år) har vokst opp under trange kår og er dermed vant til å unngå å sløse med mat. Jamfør Hauge et al., (2008) er mange eldre mennesker lært opp til nøysomhet, beskjedenhet, hardt arbeid og utsatt behovstilfredstillelse.



De fleste hadde ikke tilgang til alle matvarer som vi har i dag. Mange eldre vokste opp med mat som familien skaffet eller dyrket selv, for eksempel fisk, kjøtt, poteter og gulrøtter. De spiste den maten de hadde tilgang på. I dagen samfunn har de fleste råd til å skaffe seg den maten de trenger. Helsepersonell er mer opptatt av å tenke kostsammensetting gjennom å se på proteiner, karbohydrater og fett. Kanskje helsepersonell kan bli flinkere til å være i dialog med pasienten om ernærings situasjonen? De kan diskutere mat og kostsammensetning ut i fra pasientens næringsbehov, jamfør forskningsresultatene fra studien til Juul og Frich (2013) som viser at for lite brukermedvirkning er en hemmende faktor på innføringen av screeningsverktøy i sykehus. Studien til Pedersen, Bjerrum og Tewes (2012) peker på viktigheten av at sykepleiere bruker tid på kostveiledning. Studien viste at pasientenes næringsinntak bedret seg etter de hadde fått veiledning fra sykepleierne. Brukermedvirkning og ernæringsveiledning er viktige faktorer for et godt ernæringsarbeid både innenfor sykehus og hjemmetjeneste.

En informant forklarete hvorfor hun mente det var best å utsette ernæringskartleggingen fordi pasienten var i dårlig form. Informanten mente pasienten ville få en lavere poengsum på kartleggingen hvis den ble utført med en gang, derfor var det bedre å vente til pasienten «kom seg». Jamfør Guttormsen et al., (2009) skal alle pasienter i primærhelsetjenesten vurderes for ernæringsmessig risiko når de registreres under tjenesten eller når det fattes vedtak.

Ernæringskartlegginger og registreringer skal gjøres så tidlig som mulig. Helsepersonell må ikke nødvendigvis gjøre ernæringskartlegginger hos svært syke pasienter. Man må gjøre en etisk vurdering, og det kan bli for belastende for pasienten. Når pasienter rammes av infeksjoner, er det viktig å gjøre en vurdering av ernærings situasjonen, jamfør anbefalingen fra Nasjonalt råd for ernæring (2005). De anbefaler at når det oppstår infeksjoner hos pasienten eller endringer i ernæringsstatusen, bør vektregistreringer gjøres ukentlig. Det bør gjøres en kartlegging av matinntak, fordi akutt sykdom kan være en risikofaktor for å utvikle underernæring (Nasjonalt råd for ernæring, 2005). Helsepersonell må være bevisst på risikofaktorer. Jamfør Mowé et al., (2006) kan dette handle om helsepersonells kunnskaper og holdninger til ernæring. I følge Wyller (2011) er eldre pasienter spesielt utsatt for risiko for utvikling av underernæring fordi mange har lite reservekapasitet. Derfor er det viktig å forebygge. Det vil være motstridene å utsette en kartlegging på grunn av en infeksjon. Derimot vil en pasient som er utenfor ernæringsmessig risiko, har stabil vekt og ikke er utsatt for akutt sykdom, ikke nødvendigvis ha behov for å bli ernæringskartlagt så ofte.

I neste eksempel forteller informanten at de har laget et system der de skal kartlegge alle pasientene før sommeren. Pasientene skal kartlegges en gang i året, og dette skal videreføres slik at alle pasientene er ferdig kartlagt hvert år før pleierne tar ut sommerferie. Det positive er at helsepersonellet har laget et system slik at de skal tilby kartlegginger til alle pasientene, men det er unødvendig å lage et system som skal være likt for alle. Den individuelle oppfølgingen forsvinner i dette. Hvis det bare utføres en årlig ernæringskartlegging hos alle pasientene, vil dette kunne få alvorlige konsekvenser for de som er i ferd med å utvikle underernæring. Dette vil heller ikke være i samsvar med anbefalingen fra Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (Guttormsen et al., 2009). Pasienter som er utsatt for ernæringsmessig risiko skal ha tettere oppfølging. Det er viktig å være oppmerksom på at endringer i ernæringsstatusen kan skje fort, spesielt hos eldre pasienter, og det er mange faktorer som kan ha innvirkninger på matinntaket. Helsepersonell må hele tiden gjøre en vurdering på hva som vil være det beste for pasienten. I en finsk undersøkelse har Suominen et al.,(2009) sett nærmere på hvor godt sykepleiere gjenkjenner underernæring hos gamle pasienter i en langtidsavdeling på sykehjem. Studien viste at sykepleierne vurderte 15,2 % av pasientene som underernærte, men etter kartlegging med MNA viste det seg at det var 56,7 % var underernærte (Suominen, Sandelin, Soini, & Pitkala, 2009). Dette illustrerer at man nødvendigvis ikke ser underernæring, man må gjøre kartlegginger for å avdekke det.

#### 4.2 Krav om ernæringskartlegging og vektregistrering.

Informantene gir uttrykk for at de ser viktigheten av å følge opp vektregistreringer hos pasientene. De må ta jevnlig registreringer av pasientens vekt for å oppdage endringer. Informantene forteller at de er pålagt å tilby ernæringskartlegginger. Alle pasientene skal få tilbudet, men selve kartleggingen er frivillig. En informant forteller at nå er det et krav om at alle pasientene i hjemmetjenesten skal veies en gang i måneden, og det skal legges inn i Profil (dokumentasjonssystemet). Informanten forklarer videre at dette er noe som har eskalert mye det siste året. Før var det bare i spesielle tilfeller at de registrerte vekten hos pasientene, men nå forsøker de å veie alle pasienter jevnlig. En annen informant forteller:

*Jeg hadde nylig en pasient som var nyoperert, som man egentlig ikke kunne se noe på i det hele tatt ved første øyekast, at vekten var gått ned. Der var det 4 kg (vekttap), det var faktisk vekten som var utslagsgivende for at vi oppdaget det.*

På spørsmål om hvorfor de bruker MNA-skjema til ernæringskartlegginger svarer informantene at de ikke vet hvorfor. Det var noe de fikk utdelt, og de gjør det de har fått beskjed om. En annen informant forteller at hun aldri hadde hørt om MNA- skjemaet før hun begynte å jobbe i hjemmetjenesten. Hun hadde ikke fått opplæring i ernæringsregistrering gjennom utdanningen, så dette var nytt for henne. Hun hadde heller ikke fått spesifikk opplæring på MNA når hun skulle starte med kartleggingene. Det var bare et skjema hun fikk utdelt, så det ble mye prøving og feiling i starten. En annen informant forklarer at hun hadde fått opplæring på MNA-skjemaet gjennom en fagdag som var relatert til ernæringsprosjektet i kommunen. Informantene presiserer at de har fått beskjed om at alle pasientene i kommunen kartlegges med MNA.

På spørsmål om informantene kjenner til Nasjonale faglig retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring, og om retningslinjene er godt integrert i tjenesten, svarer informantene at de har hørt om retningslinjene, men de brukes ikke aktivt. Noen av informantene ga ingen respons på dette spørsmålet. En informant sier at hun var på en nytilsattdag da hun begynte å jobbe i kommunen. Da hadde de vist hvor hun kunne finne retningslinjene. Før dette hadde hun aldri hørt om dem. En annen informant forklarer at hun hadde hørt om retningslinjene gjennom sykepleierutdanningen, men dette ble ikke spesielt vektlagt i utdanningen. Hun hadde heller ikke hørt snakk om retningslinjene etter hun begynte å jobbe på avdelingen.

## Diskusjon.

Informantene uttrykker at de er positiv til ernæringsarbeid, og at de har fokus på ernæringskartlegginger. De prøver så godt de kan, og de har gjennomført mange kartlegginger. Informantene forteller at det er bestemt at alle pasienter i hjemmetjenesten skal få tilbud om ernæringskartlegginger, og at alle pasienter skal veies en gang i måneden. De forteller at før var det kun i spesielle tilfeller at pasientene ble veid, mens nå veies de jevnlig. I dette eksempelet snakker informantene om pasientene som en stor gruppe. De trekker ikke frem viktigheten av å kartlegge eldre pasienter. Jamfør Rognstad, Brekke, Lindberg og Lühr (2013) er det viktig å være kjent med risikofaktorer for utvikling av underernæring. Hvis helsepersonell forebygger underernæring hos eldre pasienter, vil man kunne forhindre en rekke sykdomstilstander. Jamfør Mowé (2008) vil underernæring påvirke kroppen negativt. Det fører til at organene blir svakere, sykeligheten vil øke og dette vil igjen medføre til økt

dødelighet. I tillegg kan underernæring føre til nedsatt livskvalitet. Slik jeg tolker det, er informantene mest opptatt av kravet om å gjennomføre kartlegginger samt følge med vekt. Det kommer ikke tydelig frem hvor disse kravene kommer fra. Kanskje helsepersonell har lett for å bli oppgaveorientert og for opptatt av å utføre krav. Et faremoment med høy oppgaveorientering er at man glemmer hvorfor man gjør det.

En informant forteller om en pasient som de ikke visste var i faresonen for å utvikle underernæring. Etter en operasjon hadde pasienten gått ned 4 kg uten at pleierne hadde merket det. Dette viser hvor viktig det er å gjøre jevnlig registreringer. Eksempelet viser også at ernæringsproblemer ikke nødvendigvis er så synlige som helsepersonell tror. Man kan ikke alltid se at pasienten er underernært, og det er viktig å tenke over at selv pasienter med normal KMI kan ha et ernæringsproblem. Derfor er det nødvendig å gjøre kartlegginger. Birkeland og Flovik (2014) hevder at helsepersonell i hjemmetjenesten er dårlige på å registrere vekt hos pasientene. Det er motsatt av hva helsepersonell i denne hjemmetjenesten forteller. De veier de fleste pasientene månedlig. Ufrivillig vektnedgang hos pasienter kan være en følge av en rekke sykdommer og være et tegn på svekkelse. Vektregistreringer er et nyttig og enkelt redskap for at helsepersonell skal kunne følge opp pasientens ernæringstilstand på en forsvarlig måte. Det er positivt at helsepersonell i hjemmetjenesten har et system der pasienter vektregistreres månedlig. Likevel er det ikke nok å utføre registreringer hvis ikke helsepersonell aktivt går inn for å sette inn tiltak og gjør videre vurderinger av ernæringstilstanden. Wyller (2011) skriver at underernæring og utilsiktet vekttap hos gamle pasienter ofte har sammensatte årsaker. Man må derfor identifisere, bremse og korrigere årsakene så raskt som mulig hvis man skal klare å hemme eller stoppe vekttapet.

Når informantene får spørsmål om hvorfor de bruker MNA-skjema til ernæringskartlegginger, kan de ikke svare på dette. Informantene forklarer at det var noe de fikk utdelt. De fikk ikke spesifikk opplæring, så det ble mye prøving og feiling i starten. En annen informant forklarer at de har fått opplæring på fagdage, og skjemaet ble valgt fordi kommunen har hatt et ernæringsprosjekt. Det førte til at de tok i bruk skjemaet for å kartlegge alle pasientene. Guttormsen et al., (2009) anbefaler bruk av MNA for eldre over 65. Det vil derfor være gunstig å bruke dette kartleggingsskjema i hjemmetjenesten. Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring anbefaler også andre diagnoseverktøy som NRS 2002, MUST og SGA for å identifisere pasienter i ernæringsmessig risiko. Det vil være

en fordel om hjemmetjenesten bruker det samme verktøyet, med tanke på videreformidling av informasjon til neste omsorgsledd hvis pasienten flytter.

Informantene forteller at de har lite kjennskap til retningslinjene for forebygging og behandling av underernæring. Selv om de sier at de ikke har kjennskap til retningslinjene, viser informantene gjennom det de forteller at de følger noen av anbefalingene. Jamfør Guttormsen et al., (2009) skal alle pasienter i kommunehelsetjenesten få tilbud om ernæringskartlegginger og pasientene skal veises månedlig. I tillegg bruker informantene MNA som er anbefalt som kartleggingsverktøy i retningslinjene. Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring ble utgitt i 2009. Gjennom svarene fra informantene er det tydelig at retningslinjene ikke er en integrert del av arbeidshverdagen, fordi bare noen av informantene har hørt om dem i «forbifarten». Det nytter lite å dele ut retningslinjer hvis det ikke settes i gang aktive tiltak for å gjøre de ansatte kjent med dem. Det må settes av tid til informasjon og opplæring fra ledelsenes side. En informant nevner at de har deltatt i et ernæringsprosjekt i kommunen, og man kan anta at retningslinjene har vært i bruk her. Juul og Frich (2013) mener at for å få implementert retningslinjer for ernæring, er det viktig med involvering fra ledelsen. I tillegg er det viktig med kunnskap om ernæring, slik at helsepersonell har forutsetninger for å forstå hvorfor ernæringskartlegginger skal gjennomføres.

### 4.3 Hjemmetjenesten er vedtaksstyrt.

Ernæring er et basalt behov og helsepersonell er pålagt å sikre at pasienten får den hjelpen de trenger. Det er helsepersonells ansvar å følge opp pasientene. På spørsmål om hva helsepersonell opplever som utfordrende med ernæringsarbeid til eldre pasienter i hjemmetjenesten svarer en informant at de ikke har så god tid. Tiden som er satt av til matstell er regulert gjennom vedtaket til pasienten. En annen informant sier at hun synes de er så vedtaksstyrte. I mange tilfeller gjør informantene ting som ikke er beskrevet i pasientenes vedtak for å sørge for at pasienten får i seg maten han liker. En informant sier:

*Jeg brukte å lage noe ekstra, også en omelett, bare det som tar kort tid. Har jeg tid, så gir jeg den lille ekstra tiden for at pasienten skal få i seg maten[... ]Så kan man få høre at pasienten ikke har vedtak på det. Det synes jeg er veldig frustrerende.*

*Utfordringen vil alltid være at mange pasienter er veldig ensomme. De får ikke i seg maten hvis de må spise alene.*

Alle informantene er enige i at det er viktig med nok tid for å følge opp ernæringsarbeidet. En informant forteller at hun tror en av de største utfordringene er at de ikke har tid til å følge opp det de observerer som utfordrende med ernærings situasjonen hos pasienten. De rekker ikke å melde fra om endret hjelpebehov. Informanten forteller at det er viktig at det settes av tid til å følge opp utfordringene, og det må de melde til tildelingskontoret. En informant utdyper:

*Jeg tror det er viktig å gi tilbakemelding og melde fra hvis vi ser at det er behov. At vi er flinke til å melde hvis folk har dårlig ernæringsstatus og dårlig kosthold. Det blir litt sånn at vi må rope litt høyt, for gjør vi det så får vi egentlig det vi ber om. Vi må ikke være redd for å si i fra.*

En annen informant forteller:

*Vi har så mye å gjøre at vi glemmer av det her med ernæring [...] Det kan være et etisk dilemma. At vi har ansvar for en stor gruppe mennesker og det betyr jo også at vi må være bevisst på kostholdet deres. Hvis ikke vi bryr oss hvem andre gjør det da? Vi må bry oss, og da må vi ha tilgang til ressursene og kunnskapen.*

## Diskusjon.

Informantene beskriver utfordringer med at store deler av arbeidshverdagen er styrt av pasientens vedtak. Mye av arbeidet helsepersonell utfører i hjemmetjenesten er nødvendig helsehjelp for å dekke basale behov. Selv om ernæring er et basalt behov, får ikke helsepersonell nødvendigvis nok tid til å følge opp ernæringsarbeidet. Informantene er enige om at en utfordring er at de ikke har nok tid. Det er viktig med nok tid til pasientene slik at de får utført arbeidsoppgavene og oppfølgingen av pasientene på en trygg, god og forsvarlig måte. Jamfør forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene § 1 er det skrevet at pasienter som mottar pleie- og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven skal få ivaretatt sine grunnleggende behov. Videre står det i § 3 at kommunen skal etablere et system av prosedyrer som sikrer at pasienter i pleie- og omsorgstjenester skal få tilfredsstillende grunnleggende behov, blant annet fysiologiske behov som tilstrekkelig næring. Jamfør Sosial- og helsedirektoratet (2004) skal pasienten få tilbud

om et variert og helsefremmende kosthold og ha rimelige valgmuligheter til mat. Det skal også legges til rette for medbestemmelse og individuelle tilpasninger. I tillegg skal pasientene ha tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise (Sosial- og Helsedirektoratet, 2004). Har den gamle pasienten et ernæringsproblem, skal helsepersonell tilrettelegge slik at ernæringsbehovet blir ivaretatt på best mulig måte.

I hjemmetjenesten er det tildelingskontoret som er ansvarlig for å skrive vedtak til pasientene. Tildelingskontoret estimerer tidsbruk på hver enkelt pasient ut i fra pasientens hjelpebehov. Problemet er at dagsformen til pasientene svinger, og medfører at helsepersonell må bruke mer tid enn planlagt. Når en pasient har dårlig matlyst, er det viktig at han får spise akkurat det han har lyst på. Noen pasienter og pårørende er klar over hva de har krav på, men hvordan er det med de eldste pasientene? Stiller de krav og får den hjelpen de trenger innenfor ernæring? Å ha oversikt over rettigheter samt stille krav, krever kunnskap og oversikt. Dette kan være en krevende og utfordrende rolle for en skrøpelig pasient uavhengig av alder (Hamran & Moe, 2012). Eldre mennesker er kanskje mer takknemlige over den hjelpen de får. De er ikke vant til å kreve så mye. Dette kan handle om generasjonen de er en del av. Mange kom fra trange kår og var vant til å klare seg med lite. Hvis de er misfornøyde eller mener de får for lite hjelp, er dette noe de kan si direkte til pleierne under besøkene, men hvem bringer beskjeden videre? Helsepersonell har en viktig rolle her. De må løfte frem pasienten og identifisere de som har behov for hjelp, men ikke stiller store krav.

Informantene forteller at det er utfordrende at arbeidsdagen blir styrt av pasientens vedtak, og at de ikke har så mye tid til matlaging. Ut fra vedtaket er det estimert en bestemt tid til oppdraget, og dette medfører at de ikke har tid og rom til å gjøre «det lille ekstra» der de ser det er behov for det. Likevel forteller informanten at de ikke alltid følger vedtaket. Hvis de har tid, bruker de å lage noe ekstra som for eksempel en omelett, bare det tar kort tid. Dette kan være med på å øke matlysten til pasienten. De gjør det lille ekstra for å sikre at pasienten får i seg maten. Så forteller informanten at de kan bli konfrontert med at dette er utenfor vedtaket, og at de ikke følger det som er vurdert eller bestemt. Informanten nevner også at mange pasienter ofte er ensomme, og at de ikke får i seg maten hvis de spiser alene. Informanten forteller ikke hvem som sier at de må holde seg til pasientens vedtak. Er det tildelingskontoret, ledelsen eller andre kolleger?

Helsepersonell er pliktig til å dokumentere arbeidet de utfører hos pasienten. Observasjoner og endringer hører med i denne dokumentasjonen. Her er det viktig å følge opp eldre

pasienter som har problemer med ernærings situasjonen. Det kreves tid til å kartlegge og sette i gang tiltak. Man skal dokumentere, skrive ernæringsplaner og evaluere arbeidet. Det er helsepersonell som står nærmest pasientene som har mulighet til å fange opp endringer i ernærings situasjonen. Deretter må dette meldes til tildelingskontoret, slik at de kan justere vedtaket til pasienten. Ser pleierne at pasienten ikke får i seg maten når han spiser alene, har pasienten krav på at noen sitter sammen med han. Dette vil være i samsvar med det Tønnesen og Nordtvedt (2012) har skrevet om faglig forsvarlig sykepleie. Helsepersonell har plikt til å ivareta pasientens behov på en faglig forsvarlig måte. Sosial- og helsedirektoratet (2004) legger noen føringer gjennom kvalitetsforskriften. Helsepersonell skal ivareta pasientens grunnleggende behov på en god måte. Man skal sikre at pasienter får i seg tilstrekkelig næring og et variert og helsefremmende kosthold. I tillegg åpner kvalitetsforskriften for at pasienten skal ha rimelig valgfrihet innenfor mat. Når pasienten har behov, har han rett til hjelp i situasjoner rundt måltidet, og han skal ha tilstrekkelig med tid og ro for å få i seg maten. Slik jeg tolker det, er det helsepersonells ansvar å rapportere inn endringer til tildelingskontoret når de ser at pasientens vedtak ikke omfatter pasientens behov innenfor ernæring. Har pasienten behov for å ha noen sammen med seg for å få i seg tilstrekkelig med næring, skal pleierne ta seg tid til dette.

Videre forteller informantene at det er viktig med nok tid til å følge opp ernæringsarbeidet. De må gi tilbakemeldinger til tildelingskontoret. En informant sier at det er viktig å melde fra til tildelingskontoret hvis de ser at pasienten har behov for mer hjelp. De må bli flinkere til å gi tilbakemeldinger hvis de oppdager at pasienten har dårlig ernæringsstatus og et utilstrekkelig kosthold, slik at det kan settes av mer tid til oppfølging. Informanten forteller at de må rope litt høyt, og de må tørre å si i fra, da får de som regel gjennomslag for det de mener pasienten har krav på. Slik jeg tolker det, handler dette om at helsepersonell må være tydelig, dokumentere endringer og beskrive hva pasienten har behov for. Helsepersonell kan være med å påvirke hva som blir skrevet inn i vedtakene, men dette krever at de har tid til å gjøre dette. Pleierne må sette seg inn i regelverk og retningslinjer, gjøre faglige vurderinger, kartlegge og evaluere samt rapportere dette vider til tildelingskontoret. Er det for mye å forvente at helsepersonell skal klare alt dette? Settes det ikke av tid til oppfølgingsarbeid, kommer denne oppgaven i tillegg til andre arbeidsoppgaver. Da vil alltid nødvendig helsehjelp komme først. Man kan se på det som brannslukking. Utsettes oppfølgingsoppgavene, for eksempel ernæringskartlegginger over tid, vil ikke pasienten på



innvilget mer tid til hjelp. Dette vil gå utover pasientene, og det er kanskje de sårbare og svakeste som lider mest.

Informanten forklarer at de ofte har så mye å gjøre at de av og til glemmer hvor viktig ernæring er. Det kan være et etisk dilemma for helsepersonell i hjemmetjenesten fordi de har ansvar for en stor gruppe pasienter, og det er mange behov som skal ivaretas. Likevel poengterer informanten viktigheten av å sette fokus på pasientens kosthold. Hvis ikke helsepersonell bryr seg, hvem andre gjør det da? Informanten trekker frem at det er behov for tilgang på mer ressurser gjennom tid og kunnskap for å kunne ivareta pasientens behov. Eldre pasienter er ofte sårbare, spesielt eldre med stort hjelpebehov og sviktende hukommelse. Mange eldre sier ikke fra selv. Kanskje de har få pårørende i nærheten. Enkelte bor avsidesliggende og har et begrenset nettverk rundt seg. Her er det viktig at helsepersonell melder fra og argumenterer frem pasientens sak slik at han får den hjelpen som er nødvendig, og som han har krav på.

#### 4.4 Viktige samarbeidspartnere i ernæringsarbeidet til eldre pasienter.

I hjemmetjenesten jobber helsepersonell ofte alene hos pasientene i det daglige arbeidet. Gjennom opplysningene fra mine informanter, viser det seg at det er mange viktige samarbeidspartnere som helsepersonell i hjemmetjenesten må forholde seg til når det kommer til ernæringsarbeid til eldre pasienter. De forteller at de samarbeider med pasienter, pårørende, kollegaer, fastleger, sykehus, sykehjem og dagsenter.

På spørsmål om hvem som er viktige samarbeidspartnere i ernæringsarbeid til eldre pasienter, svarer informantene at det er viktig å ha god kommunikasjon med pasientene. De må sette av nok tid til dette arbeidet for å bli kjent med pasienten og finne ut hvem av pleierne som oppnår best kontakt. En informant sier at alle er forskjellige, og det kan være stor individuelle forskjeller. Informantene uttrykker at det er viktig å snakke med pasientene om viktigheten av ernæring og riktig kosthold. En informant forteller at mange pasienter forteller gjennom samtaler som omhandler ernæring at de er ensomme. Informanten forklarer at hun tror at samtaler om ernæring kan være en inngangsport for å få pasientene i tale, man kommer litt mer i dybden på livet.

Deretter snakker informantene om at de ofte samarbeider med pårørende om ernæring til eldre pasienter. De forteller at det er en utfordring at mange pårørende er slitne og har nok med sitt. Derfor prøver de å frikjøpe pårørende. Noen pårørende melder seg ut. Da kan det bli vanskelig å samarbeide. Likevel er det mange som er flinke og hjelper mye til. Informantene forteller om episoder der pårørende synes det er vanskelig å nå inn til pasienten. Det kan være noe med selvinnsikten til pasienten. Noen ganger opplever informantene at pasientene er litt ukritiske til sin sykdomstilstand, og dette kan oppleves som belastende for pårørende. Andre ganger er det pårørende som er litt ukritiske til pasientens sykdomstilstand. Det vil alltid finnes ytterpunkter, men i de aller fleste tilfellene har de et godt samarbeid til pårørende. En informant utdyper videre:

*Det finnes også tilfeller der pårørende er litt ukritisk i situasjonen rundt sin far eller mor. De ser ikke behovene på samme måte som vi gjør, og da kan det bli vanskelig å sette i gang tiltak. Vi er avhengig av et godt samarbeid med pårørende hvis man skal klare å følge opp pasienten på en god måte.*

En informant påpeker at det er viktig å snakke med pårørende om hvilken mat som handles inn til pasienten. Mange handler inn lettprodukter, fordi de er vant til å kjøpe det til seg selv. Informantene trekker frem samarbeid mellom kollegaer i ernæringsarbeidet til eldre pasienter. Likevel nevner de at kan være en utfordring å få alle ansatte engasjert i dette. En informant forteller at ikke alle i hjemmetjenesten er like engasjerte, fordi ikke alle som jobber der forstår hvorfor ernæringsarbeidet er så viktig. Likevel synes hun at det jevnt over er bra fokus på ernæring i hjemmetjenesten. En annen informant forteller at hun opplever at pleierne i hjemmetjenesten får mer kunnskap og ser viktigheten med ernæringsarbeidet. Hun tror dette skyldes at kommunen har hatt fokus på ernæring gjennom et ernæringsprosjekt det siste året. Informantene forteller at når det oppstår problemer med ernæringssituasjonen til pasientene, så må de kontakte fastlegene. Ofte foregår denne kontakten gjennom elektroniske meldinger. En informant forteller at det ikke er så lett å nå frem til disse fastlegene. Informanten utdyper at hun opplever at de ikke blir tatt på alvor. Hun synes det er litt dårlig holdning hos fastlegene. En annen informant forklarer:

*Mange pasienter har hatt den samme fastlegen over mange år. Fastlegen ser ikke pasienten utenom legebekøene, eller kanskje gjennom opplysninger vi sender over elektroniske meldinger. De har kjent pasienten lenge og kjenner kanskje til tilstanden,*

*men vi ser pasienten på en annen måte. Jeg føler at fastlegene ikke ser på dette som sitt ansvarsområde. Fastlegene har den medisinske biten, det er jo rett, men mat er i utgangspunktet den beste medisinen vi har. Får ikke pasienten i seg de rette næringsstoffene, så går jo alt tregt.*

Informantene trekker frem sykehuset som en viktig samarbeidspartner. De forteller at samarbeid med sykehusene fungerer godt. Informantene forteller at mange pasienter allerede er ernæringskartlagte når de skrives ut fra sykehusene. En informant forklarer:

*Sykehuset har i hvert fall satt i gang tiltak til en pasient som ble innlagt, og når hun kom hjem hadde hun fått næringsdrikker og Calogen. Da var det allerede satt i gang jevnlig veiinger. Så da tok vi på en måte bare over det som de hadde startet.*

På spørsmål om hjemmetjenesten skriver om pasientens ernæringsstatus i innleggelsesrapportene til sykehus, får jeg til svar at det ikke alltid er fokus når pasientene innlegges. En informant sier at hun ikke har skrevet så mange innleggelsesrapporter, men en gang når pasienten ble akutt innlagt så måtte hun sende en innleggelsesrapport. Da skrev hun ikke noe om ernæring, for det var ikke det viktigste der og da. En annen informant forteller at innskrivningsrapporter er viktige for samarbeidet til sykehusene. Hun forklarer at det er viktig å gjøre rede for det daglige behovet for ernæring når pasienten legges inn. Det er viktig at de skriver hvordan pasienten har vært før innleggelsen, og da er det naturlig å skrive hvordan ernærings situasjon har vært den siste tiden. Informanten mener det er viktig å få med alle rutiner som kan ha betydning for sykehuspersonellet å vite noe om. En annen informant forteller: «*Nå har jeg ikke skrevet mange slike rapporter, men jeg tror jeg ville skrevet hvis dette var en pasient som ikke spiser selv uten at maten blir tillaget*».

Informantene er enig i at ernæring har fått en større plass i helsevesenet den siste tiden. En informant sier: «*Jeg synes samarbeidet med sykehuset fungerer. Jeg opplever at ernæring har fått en større plass i helsevesenet. Sykehusene har også mer fokus på den biten. Ernæring er likestilt på lik linje som andre basale behov*».

Informantene forteller at de ikke har et tett samarbeid med sykehjemmene når det kommer til ernæringsarbeid til eldre pasienter. De nevner likevel at hvis de har pasienter på avlastning, så leveres sykepleierapporter ved innskrivning. Har pasienten spesielle tiltak som omhandler ernæring, vil disse bli tatt med. «*Nå har vi ingen som er på avlastning som det gjøres tiltak på, men vi skriver sykepleierapport. Da har jeg i hvert fall skrevet om den ernæringsdelen også. Hvordan det har vært viktig*».

Informantene nevner også at dagsenter kan være en viktig samarbeidspartner i ernæringsarbeidet.

*Der (på dagsenteret) spiser de (pasientene) som noen hester. Det er mange små damer som legger innpå med noe vanvittig med mat[... ]Det er klart, det er jo det med trivsel, det er koselig i et miljø med flere. Når de er hjemme sitter de som regel og spiser alene.*

## Diskusjon.

Informantene trekker frem flere viktige samarbeidspartnere i ernæringsarbeidet til eldre pasienter i hjemmetjenesten. Først trekker informantene frem samarbeid med pasienten. For å skape tillit forklarer informantene at de må begrense hvem som skal gå til pasientene i en oppstartfase. De må skape kontinuitet og bruke tid på pasienten. Informantene forklarer at de må være tydelige og gjøre individuelle vurderinger av pasientene behov. Det bør ikke være tilfeldig hvem som blir satt til å gjøre dette arbeidet. Helsepersonell må finne ut hvem av pleierne som får best kontakt med pasienten. Informantene forklarer at det er viktig at det gjøres en grundig kartlegging av pasienten før man setter i gang tiltak. Ofte får helsepersonell mange tilleggsopplysninger gjennom ernæringsamtalene. Ernæring handler ikke bare om å dekke basale behov. Mat og spisesituasjonen handler om mye mer, som for eksempel trivsel, vaner og tradisjoner. Gjennom en samtale som omhandler kosthold, kan det være lettere for pasienten å åpne seg og fortelle hvordan han har det. Mat er ofte knyttet sammen med sosiale settinger. Å spise alene, kan medføre at matlysten avtar. Dette kan være et problem for mange eldre som bor alene.

I følge Daatland og Solem (2011) er eldre pasienter som bor hjemme mer utsatt for feilernæring og underernæring. Helsepersonell som møter pasienten i hjemmet, må observere pasienten nøye. Man må være oppmerksom på at trøtthet, uklarhet, forvirring og glemsomhet kan skyldes feil- eller underernæring. Eldre mennesker spiser ofte mindre en yngre. Derfor er det viktig at kostholdet til den eldre pasienten er godt sammensatt, og at de spiser mange små måltider fremfor få og store måltider. Dårlig matlyst kan skyldes en svakere opplevelse av lukt og smak. For mye inaktivitet kan påvirke matlysten til den eldre samt påvirke andre sykdommer. Helsepersonell må være oppmerksom på de psykologiske årsakene som kan føre til nedsatt matlyst, som interesseløshet, depresjon eller nedstemthet. Disse faktorene i seg selv kan føre til nedsatt hukommelse som gjør at pasienten glemmer å spise. Dette vil spesielt gjelde skrøpelige og syke eldre. Dessuten vil sosiale forhold slik som at en ikke har noen å

spise sammen med, kunne svekke matlysten (Daatland & Solem, 2011). Helsepersonell har mange muligheter til å sette i gang enkle tiltak som kan forbedre ernærings situasjonen til eldre pasienter. Likevel er det viktig å tenke over de etiske utfordringene man kan møte på i tilrettelegging av ernærings situasjonen til pasienten. Gjennom samtaler med den gamle pasienten kan man få vite mye om ønsker og behov. Noen ganger kan helsepersonell møte gamle som opplever at de er «mett av dage» og derfor ikke ønsker å spise. Mat er gjerne sett i forbindelse med å leve, og noen eldre synes å gjøre bevisste valg når «nok er nok» og dermed slutter å spise (Landmark, Gran, & Grov, 2014; McClement & Harlos, 2008). Det er derfor mange etiske forhold så må tas med i betraktning ved ernæringsarbeid til gamle pasienter.

I neste eksempel snakker informantene om at de ofte samarbeider med pårørende i ernæringsarbeidet til eldre pasienter. I de fleste tilfellene fungerer samarbeidet godt, men helsepersonell opplever også utfordringer som kan oppleves som vanskelige. Dette kan handle om mange ulike årsaker, men det er viktig å tenke at selv om ernæring er et allment tema, så er det fortsatt helsepersonell som må gjøre noen faglige vurderinger. Det er viktig å snakke med pårørende. Man bør få i gang en god dialog, og noen ganger trenger pårørende ekstra oppfølging og veiledning for å forstå hvorfor helsepersonell gjør vurderinger og setter i gang tiltak hos pasienten. Jamfør Morley (1997) kan underernæring skyldes mangel på kunnskaper og forståelse for hvilken betydning ernæring har for eldre pasienter. Her kan ikke helsepersonell forvente at pårørende har den samme kunnskapen som dem. Det kreves god informasjon og veiledning.

Helsepersonell har en viktig oppgave for å få i gang et godt samarbeid. Det er viktig å tenke over at det kan være krevende å være pårørende til gamle og syke pasienter. Jamfør Birkeland og Flovik (2014) blir ofte pårørende mer involvert i samarbeid med pasienten og har et større ansvar enn om pasienten var innlagt på institusjon. Pleierne må vise respekt for hvor mye pårørende ønsker å være involvert og hvor mye de ønsker å samarbeide med hjemmetjenesten. Helsepersonell må ivareta pårørende, for i de fleste tilfeller er de en viktig ressurs for pasienten både som emosjonell støtte, men også gjennom praktisk hjelp og forståelse (Birkeland & Flovik, 2014). I noen tilfeller bor pårørende sammen med pasienten, og pleierne i hjemmetjenesten trår dermed inn i deres private arena. Dette kan ha innvirkning på ernæringsarbeidet til pasienten. Helsepersonell må forsøke å sette seg inn i pårørendes situasjon og ta hensyn til det de synes er utfordrende, så lenge det er faglig forsvarlig. God dialog og informasjon med pasient og pårørende vil ofte kunne bidra til en felles forståelse av

situasjonen. Gjennom dette kan helsepersonell få forståelse av hva som skal til for å imøtekomme og mestre vanskelig utfordringer på en best mulig måte (Birkeland & Flovik, 2014).

Informantene nevner også samarbeid mellom kollegaer gjennom ernæringsarbeid til den eldre pasienten. De trekker frem en utfordring med at ikke alle ansatte i hjemmetjenesten er like engasjerte i ernæringsarbeidet fordi ikke alle skjønner viktigheten med det. Informantene trekker fram det positive med ernæringsprosjektet som de har deltatt i. Dette har bidratt til at ansatte har fått fokus på ernæring det siste året, og de ser at ernæringsarbeid er blitt mye viktigere. Jevnt over synes informantene at de fleste av pleierne har fokus på ernæringsarbeid på deres avdeling. Mangel på engasjement kan ha flere ulike årsaker, men slik jeg tolker det, skyldes det ofte holdninger til arbeidet man skal gjøre samt kunnskapsnivå. Vet man ikke hvorfor det er så viktig å fokusere på ernæringsarbeid, så blir det mindre interessant å jobbe med det. Et annet problem kan være å holde engasjementet til de ansatte oppe over tid. Alle ansatte i hjemmetjenesten forstår at ernæringsarbeid ikke er noe som slutter når ernæringsprosjektet de er en del av avsluttes. Dersom noen pleiere tror at de er ferdig med ernæringsarbeidet når de har kartlagt alle pasientene, har de oversett et viktig poeng. Man blir aldri ferdig med ernæringsarbeid. Det er noe som man kontinuerlig skal jobbe med gjennom et helt pasientforløp, for å sikre at den gamle pasienten har det best mulig.

Informantene er ikke like fornøyd med samarbeidet med fastlegene. Her møter de på flere utfordringer. Det informantene opplever som vanskelig, er når fastlegene ikke engasjerer seg i ernæringsarbeidet til den gamle pasienten. Informantene forklarer at noen fastleger ikke tar tak i det som de melder fra om som et problem. De beskriver opplevelsen av at fastlegene ikke alltid tar tak i ernæringsproblematikken, og verken helsepersonell eller den gamle pasienten blir tatt på alvor. En informant sier at fastlegene ikke regner ernæringsarbeid som sitt ansvarsområde. Fastlegene har ansvar for mange pasienter. Det er ofte pleierne i hjemmetjenesten som er nærmest pasientene, de har ofte fulgt pasienten over lang tid og ser problematikken på en annen måte. Informantene beskriver utfordringene når fastlegene unnlater å gi tilbakemeldinger og viser at de tar problemene på alvor. De forteller at de ikke får anerkjennelse for det arbeidet de gjør. Ernæringsarbeidet stopper opp når ikke fastlegene gir respons på problematikken. Jamfør Guttormsen et al., (2009) skal fastlegene vurdere hjemmeboende pasienter som er i risiko for underernæring regelmessig. Dette gjelder spesielt eldre og kronisk syke pasienter.

I følge Wyller (2011) er det ingen som er så avhengig av sin fastlege som når man er blitt gammel og skrøpelig og ikke lenger klarer å komme seg til legekantoret alene. Wyller anbefaler fastleger til å følge pasientene sine tett og gå inn i et forpliktende samarbeid med hjemmetjenesten. Gjennom dette kan man sammen løse krevende, men meningsfulle og faglige utfordringer som er til stor nytte for pasientene (Wyller, 2011). Likevel opplever man ofte at lege-pasient-forholdet svekkes når pasienten er gammel og har problemer med å kontakte fastlegen selv. Forholdet erstattes ofte av en indirekte formidling av tilstand og fornying av resepter gjennom et elektronisk system mellom fastlege og pasient, med hjemmetjenesten som mellommann. Et slikt forhold er ikke hensiktsmessig verken for pasient, hjemmetjeneste eller fastlege. Hovedpersonen, den gamle pasienten, vil lide mest gjennom dette. Sårbare eldre trenger en god klinisk oppfølging av fastlegen. Dette krever en tett oppfølging av den kliniske tilstanden, hyppige behandlingsjusteringer og revurderinger. En slik oppfølging er ikke hjemmetjenesten kompetent til å stå i alene. Dette fører til at sykepleierne blir sittende på et alt for stort ansvar, man trenger et tverrfaglig samarbeid. I følge Wyller (2011) vil det mest optimale samarbeidet gå ut på at fastlegen tar ansvaret for den medisinske oppfølgingen til den gamle pasienten. Hvis ikke pasienten har mulighet til å komme seg til legekantoret, må fastlegen sette av tid til å komme på hjemmebesøk. I tillegg må fastlegen ha jevnlig møter med hjemmetjenesten. Hjemmesykepleien på sin side er også forpliktet til å varsle fastlegen umiddelbart ved raske endringer i pasientens kliniske tilstand (Wyller, 2011).

Informantene forteller at samarbeidet mellom hjemmetjeneste og sykehus fungerer godt gjennom arbeid med ernæring til den gamle pasienten. Informantene beskriver en opplevelse av at sykehusene har fokus på ernæring. De forteller at flere pasienter har fått vurdert ernæringsstatus under sykehusopphold. Noen pasienter blir utskrevet med ernæringstilskudd og med en plan for videre oppfølging som hjemmetjenesten kan ta over ved utskrivelse. De må likevel være oppmerksom på at det ofte må gjøres tilpasninger, fordi arbeidet i spesialisthelsetjenesten ikke er likt organisert som i hjemmet til pasienten. Rutiner og oppgaver må settes inn i hjemmetjenestens egne system. De mener personell på sykehuset bruker tid på kartlegginger, tid på veiledning av pasientene og i de fleste tilfellene der pasientene har ernæringsproblemer, blir det oppdaget før pasienten skrives ut fra sykehuset til hjemmetjenesten. Det er likevel viktig at hjemmetjenesten sender gode og detaljerte innleggelsesrapporter slik at sykehuset også er informert om vaner, spesielle behov eller utfordringer med ernærings situasjonen til den gamle pasienten. Hvis en pasient er i faresonen

for underernæring eller allerede underernært, er det viktig at dette står i innleggelsesrapporten. Jamfør Guttormsen et al., (2009) er helsepersonell forpliktet til å videreføre relevant dokumentasjon til neste omsorgsnivå for å sikre et godt samarbeid. Dette må man gjøre for å oppnå forsvarlighet og god kvalitet i tjenesten. Sykehusene er forpliktet til å gjøre kartlegginger for å identifisere og behandle underernæring, samt å sette i gang tiltak til pasienter som er i ernæringsmessig risiko. Dette gjelder spesielt eldre pasienter som er en stor risikogruppe. I spesialisthelsetjenesten er anbefalingen fra Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring at alle pasienter som innlegges skal vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse, og deretter ukentlig eller gjennom et annet faglig begrunnet individuelt opplegg. I sykehus anbefaler man bruk av verktøyene NRS 2002, MUST og MNA (Guttormsen et al., 2009).

I samarbeid mellom sykehus og hjemmetjeneste er det viktig med god informasjonsutveksling for å skape et best mulig behandling for pasienten. For eldre sårbare pasienter er det ekstra viktig å ha gode utskrivingsmøter der både pasient, pårørende, hjemmetjeneste og andre aktuelle samarbeidspartnere er involvert. I følge Guttormsen et al., (2009) skal pasienter som er i ernæringsmessig risiko ha en individuell ernæringsplan der ernæringsstatus er dokumentert, samt der pasientens behov, inntak av ernæring og tiltak er dokumentert. Tiltakene bør bli beskrevet i prioritert rekkefølge. Det skal være gjort en vurdering om pasienten har behov for ernæringstett kost eller tilskudd av ernæringsdrikker. Hvis den gamle pasienten har et utilstrekkelig inntak av energi for å dekke sitt daglige behov, kan det være nødvendig å tilføre ernæringstilskudd. Dette må en legespesialist søke dekning på gjennom HELFO (Blåreseptforskriften, 2007). Fastleger kan kun søke på dekning av ernæringsmidler hvis pasienten har kreft eller immunsvikt (Guttormsen et al., 2009). Det er derfor viktig at dette er tatt opp og diskutert før den gamle pasienten skrives ut til hjemmet. I følge Guttormsen et al.,(2009) er annen aktiv ernæringsbehandling som sonde eller intravenøs behandling, der pasienten ikke får dekket sitt ernæringsbehov gjennom munnen, noe som bør vurderes og diskuteres. Dette krever legespesialt for ordinering. I tillegg skal man alltid gjøre vurderinger av faglige, etiske og juridiske aspekter ved beslutninger om type ernæringsbehandling. Dette er forhold som bør avklares under samarbeidsmøter på sykehus for å sikre en god ernæringsbehandling til den gamle pasienten.

Videre forteller informantene at de ikke har så mye samarbeid med sykehjem gjennom ernæringsarbeidet. Kanskje ikke sykehjem er den viktigste samarbeidspartneren for



hjemmetjenesten? Det er kanskje viktigere at hjemmetjenesten skriver gode innleggelsesrapporter når pasienten flyttes over til sykehjem. Jamfør anbefalingen til Guttormsen et al., (2009) skal nødvendig og gjeldene dokumentasjon i gjeldene dokumentasjonssystemer videreføres når pasienten overføres til et annet omsorgsledd, som for eksempel sykehjem. Her er ernæringsstatus en del av behandlingsansvaret, og nødvendig informasjon må overføres slik at man sikrer kvalitet og kontinuitet i ernæringsbehandlingen til den gamle pasienten. Sykehjemmene er ikke den viktigste samarbeidspartneren når det kommer til ernæringsarbeid, fordi de fleste pasientene som flyttes til sykehjem blir værende der. Det er viktig for sykehjemmene å vite hva som er blitt gjort hjemme hos pasienten med tanke på ernæringsbehandling. Hvilke tiltak er satt i gang, hvilke er endret eller avsluttet osv. Ernæringskartlegginger, vektregistreringer, tiltaksplaner og kostplaner skal ligge i det elektroniske dokumentasjonssystemet og følge pasienten ved overflytting. Grunnlaget fra ernæringsarbeidet som hjemmetjenesten har gjennomført, kan være særdeles viktig informasjon for sykehjemmene, fordi mange eldre er svekket når de flyttes over til sykehjem, og flyttingen i seg selv vil kunne gjøre den eldre enda mer sårbar, som igjen vil kunne påvirke ernæringsinntaket.

Informantene forteller at dagsenteret er en viktig samarbeidspartner i ernæringsoppfølgingen til eldre pasienter. De forteller at de opplever at pasientene spiser mye mer enn vanlig når de er på dagsenteret. Matlyst har sammenheng med det sosiale miljøet, og trivsel og matlyst henger sammen. Informantene har lagt merke til og får rapporter fra dagsenteret at pasientene spiser godt når de er der. Dette kan være et viktig argument når man skal forbedre ernæringsstatusen til pasienter som er i faresonen for underernæring. Er pasientene ensomme? Det kan være enklere å spise når man er sammen med noen, og dagsenteret har en unik mulighet til å skape gode forhold for pasientene. Flere dagsenter er organisert slik at pasientene både kan spise frokost og middag der. Derfor kan personell på dagsenteret være nyttige samarbeidspartnere i ernæringsarbeidet til den gamle pasienten. Dagsenterpersonell kan gjøre viktige observasjoner av pasienten og hjelpe til slik at pasienten får i seg tilstrekkelig med mat på en trygg og omsorgsfull måte. Kanskje flere pasienter kunne hatt nytte av et dagsentertilbud? Det holder ikke å spise godt en til to ganger i uken hvis pasienten er i faresonen for underernæring. Her er det et stort utviklingspotensial for kommunen. I følge Wyller (2011) kan dagsentertilbud for eldre bidra til å opprettholde funksjonsnivåer og trivsel, og gjennom dette vil den eldre kunne bli boende i sitt eget hjem lengere enn de ellers ville gjort. I tillegg kan dagsentertilbud gi helt nødvendig avlastning for pårørende.

#### 4.5 utfordringer med ernæringsarbeid til eldre pasienter.

Informantene forteller at de møter på utfordringer rundt oppfølgingen av ernæring hos hjemmeboende eldre pasienter. En informant forklarer det slik: «Vi trodde pasienten hadde hatt mulighet til å lage seg mat selv, for han hadde klart å lage seg mat før. Da måtte vi inn med mer motivasjon og kommunikasjon for å få det opp å gå igjen».

En informant forteller om en case som omhandler informantens primærbrukere. Dette eksempelet handlet om et eldre ektepar, som begge fikk hjelp fra hjemmetjenesten. Mannen klarte fremdeles å gjøre en del selv som for eksempel holde orden over medisinene sine. Informanten forteller at hun møtte på mest utfordringer når hun forsøkte å få hjelpe konen i huset med matstell. Informanten forklarte at pasienten egentlig hadde takket nei til hjelp, men pleieren så at pasienten hadde behov. Hun så at den gamle damen gikk ned i vekt. Pleieren tilbydde hjelp til matlaging, men pasienten ønsket å gjøre dette selv. Pleierne observerte at pasientens kosthold ikke var optimalt, men de fikk ikke gjøre noe med det. Pleieren forsøkte å snakke med pasienten, men hun ville ikke ha hjelp. Informanten forklarte at hun som primærkontakt forsøker å nærme seg pasienten. Kanskje vil hun få lov til å hjelpe ekteparet etterhvert, men hun sier det er så vanskelig å få dem til å forstå hvor viktig det er med et godt sammensatt kosthold. En annen informant forteller om en annen situasjon:

*Jeg har en pasient som har gått ned 4 kg på to måneder. Når vi tar opp det her med å tilby hjelp til å lage mat, så sier pasienten at hun skal klare selv. Men kostholdet der er ikke helt bra. Det er ikke optimalt. Det er mye kakespising og sånne ting, og det nytter ikke. Vi prøver selvfølgelig å forklare og fortelle, men dette er tross alt en dame på over 90 år, som vet hva hun vil selv. Vi har forsøkt å snakke med pårørende, og man får jo en god dialog der. Det er mange man møter som er ganske bestemt og som egentlig ikke er så interessert på den måten. De er jo godt opp i årene og kanskje levd litt på overtid hvis man får si det slik[...]. Det er mange faktorer som spiller inn.*

En informant forklarer at hun synes det er utfordrende når ikke pasientene er i stand til å lage seg middag selv, og hjemmetjenestens eneste alternativ er å servere middager fra sentralkjøkkenet eller ferdigmat fra Fjordland. Informanten forteller at pasienten synes begge alternativene er dårlige og smaker sånn passe godt. Kjøttet er for seigt og pasienten synes det er for vanskelig å tygge. Det er klart at dette ikke bygger opp til god appetitt eller god matlyst sier informantene.

En annen informant forteller at de har flere pasienter med demenssykdom som bor hjemme. Når ikke pasientene lenger vet hvordan de skal lage mat eller glemmer å spise, må de inn å hjelpe til med matstell. Informantene forteller at hos noen pasienter smører de maten, for så å dra videre, men hos andre må de sitte sammen med pasienten under måltidet. En informant beskriver:

*Mange eldre plages med nedsatt hukommelse. Vi er ikke innom 24 timer i døgnet. Vi er der bare på tilsyn, altså morgen og kveld, eller... så det er litt vanskelig å følge med hva de spiser i løpet i dagen. Vi vet ikke om de spiser nok. Vi har jo selvfølgelig sett på vekten om den går opp eller ned, men det er kanskje ikke tett nok oppfølging som det ville vært på et sykehjem da.*

Informantene forteller at de møter utfordringer med pasienter som bor i grigrendte strøk. De forklarer at flere pasienter bor langt unna, og pleierne må kjøre lange avstander for å komme til pasientene. En informant sier: «Det er ikke til å legge under en stol at de som bor mest sentralt får et bedre tilbud». For å løse noen av utfordringene med dårlig fremkommelighet og lange avstander, setter de opp flere ringetilsyn til pasientene som bor avsidesliggende. En informant forteller:

*De som bor lengst unna, kanskje til de som har demens, så ringer vi for å minne på medisiner og spør om de har spist, men så er det jo slik med demens og oppfølging rundt dette, at hvis du ringer dem, så er det ikke sikkert at de husker. Vi har ingen garantier på at de svarene vi får over telefon er gjeldene. Selv med telefontilsyn er man faktisk nødt til og fysisk å gå inn til dem.*

En annen informant sier at hun opplever utfordringer med å få tiden til å strekke til i arbeidsdagen. Arbeidsdagen preges av lange kjøreruter. Informanten forklarer at de har en pasient som bor på en øy, der er de avhengige av ferge. Dette setter klare begrensinger for hvor ofte hjemmetjenesten kan dra innom pasienten i løpet av en dag. I dette tilfelle er det store utfordringer med avstanden. En annen informant forteller hvordan de har forsøkt å løse problemene med oppfølging av pasienter som bor langt unna. Informanten forteller at det har vært snakk om at de skal begynne å bruke «Facetime», slik at de kan se pasienten når de snakker med han. Da kan pleierne se hva pasienten holder på med og det blir lettere å veilede pasienten hvis det er behov for det. Informanten sier at dette kan være en løsning hvis ikke hjemmetjenesten kommer seg ut til pasienten.

## Diskusjon.

Informantene forteller at de møter på mange forskjellige utfordringer når det kommer til ernæringsarbeid til eldre pasienter. En informant forteller om et tilfelle der pleierne trodde pasienten fikk til å lage seg mat selv, for han hadde klart å gjøre dette tidlige. Dette viser hvor viktig det er å utføre kartlegginger av ernærings situasjonen. Det er ikke alltid så lett for helsepersonell å oppdage ernæringsproblemer hvis man ikke bevisst ser etter det. Like viktig er det at pleierne tar tak i problemene når de oppdager det. Ofte trengs det bare å sette inn små enkle tiltak, som i dette tilfellet var kommunikasjon, informasjon og motivering for å snu den negative ernæringsutviklingen hos den gamle. Dette handler om forebygging. Jamfør Birkeland og Flovik (2014) er forebygging en viktig del av utøvelsen av sykepleie i hjemmet. Det forebyggende arbeidet vil være konsentrert om å forhindre forverring av sykdom og forsøke å stoppe negativ utvikling. Den praktiske hverdagen i hjemmetjenesten handler om at helsepersonell veksler mellom hjelp til å dekke grunnleggende behov, forebygging og behandling. I følge Sortland, Gjerlaug og Harviken (2013) er underernæring lettere å forebygge enn å behandle, dette gjelder spesielt eldre pasienter. Hvis eldre skrøpelige pasienter mister vekt, går de ikke så lett opp i vekt igjen (Sortland, Gjerlaug, & Harviken, 2013).

I neste eksempel forteller informanten om et eldre ektepar som det er utfordrende å nå inn til. Informanten forteller at det ikke alltid er lett å nærme seg pasientene, og hun må starte forsiktig for å unngå avvisning og for å bygge opp tillit. Det er viktig og ikke presse seg for rask på, samt være lydhør for pasientenes ønsker. Man kan komme i et etisk dilemma der pasienten ikke ønsker hjelp, men pleierne ser at pasienten går ned i vekt og forstår at ernæringsinntaket ikke er optimalt. Informantene forteller videre at det oppleves som utfordrende når pasientene ikke følger det pleierne mener er riktig. Pleieren tilbyr hjelp til matlaging, men pasientene ønsker å klare dette selv. Pleierne får ikke lov til å hjelpe. Dette er et etisk dilemma for helsepersonell. Det er viktig å respektere pasientens autonomi, og det er ikke riktig å gjennomføre tiltak som helsepersonell mener er riktig hvis ikke pasienten er enig i dette selv. Det kan være vanskelig å se hvor grensen går. Man må diskutere dette både med fastlege, pårørende og kollegaer slik at alle får forståelse av hvilke vurderinger og avgjørelser som bli tatt. Noen ganger må man stoppe opp, kanskje man skal gi pasienten litt tid og forsøke igjen?

Jamfør Birkeland og Flovik (2014) er noe av det mest spesielle med å jobbe i hjemmetjenesten at man arbeider i hjemmet til pasienten. Pasienten har selvråderett og som ansatt i hjemmetjenesten kommer helsepersonell inn i hjemmet som profesjonell yrkesutøver, men samtidig som besøkende. Det er derfor viktig å vise respekt for både pasientens og pårørendes valg og ønsker for sine liv og sitt hjem. Helsepersonell må hele tiden være bevisst balansegangen mellom hva de mener er best for pasienten, og hva pasienten selv mener er best. Den gamle pasienten har sannsynligvis bodd lenge i sitt hjem. Hjemmet har en historisk betydning knyttet til pasientens identitet. Helsepersonell i hjemmetjenesten har i utgangspunktet ingen tilknytning til pasientens hjem. Som profesjonelle fagpersoner har de ansvaret for faglige og juridiske aspekter og har ansvar og plikt til å iverksette tiltak ovenfor pasienter som har behov for pleie, omsorg og behandling. Med bakgrunn i sin faglige posisjon er helsepersonell noe mer enn en vanlig gjest i pasienten hjem. Noen pasienter opplever det som krenkende å få fremmede inn i huset. Det kan oppleves som en trussel mot privatlivet, og dermed kan noen pasienter reagere med å stenge døren. Helsepersonell i hjemmetjenesten må være varsom og oppmerksom på at mange eldre pasienter ofte vil ha det slik de alltid har hatt det, så langt det er faglig forsvarlig.

Enkelte ganger velger hjemmetjenesten å sette opp telefontilsyn. Dette kan hjelpe hjemmetjenesten å spare tid, men dette kan i følge Birkeland og Flovik (2014) ikke begrunnes ene og alene ut i fra ressurs hensyn. Det må være basert på pasientens behov. Noen ganger ringer helsepersonell i hjemmetjenesten til pasienter for å minne dem på å spise, men man kan møte på etiske utfordringer gjennom dette. Hva gjør man hvis ikke pasienten tar telefonen? Da må pleierne kjøre ut for å finne årsaken til at de ikke fikk svar. Andre utfordringer med å sette opp ringetilsyn til eldre pasienter er at mange eldre hører dårlig, så de hører ikke telefonen når det ringer. Eller dersom pasienten har demenssykdom, kan de ikke være sikker på om pasienten husker å spise selv om pleierne ber han om å gjøre det.

I neste eksempel forklarer informanten at hun ser at kostholdet til pasienten er dårlig og pasienten velger å spise kake fremfor annen mat. Pleieren har forsøkt å snakke med pasienten, men det har ikke nyttet. Så sier informanten *«dette er tross alt en dame på over 90 år, som vet hva hun vil selv»*. Informanten utdyper videre *« de er godt opp i årene og kanskje levd litt på overtid, hvis man får si det slik... det er mange faktorer som spiller inn»*. Slik jeg tolker dette, handler dette om at informanten møter på en pasient som er bestemt. Pasienten har gjort seg opp en mening om hva hun vil. Selv om hun har fått råd om å endre kosthold, har hun gjort et

bevisst valg. Dette handler om å respektere hennes ønske, selv om det avviker fra det helsepersonell kan mene er riktig. Informanten sier også at pasienten er godt opp i årene og har kanskje levd litt på overtid. Hvis man ser på uttalelsen isolert sett, kan dette tolkes som en nedlatende og negativ holdning til eldre pasienter. Likevel kan dette handle om at noen eldre pasienter gjør bevisste valg når det kommer til kosthold. De er gamle og føler at de er «mett av dage». De er ikke interessert i innblanding fra helsepersonell. De spiser det de selv vil, og når de ikke lenger orker å spise mer, så er det et bevisst valg. I følge Slettebø (2012) er også pasienten et moralsk aktør som har rett til å uttale seg om hvilke ønsker eller verdier som hun eller han ønsker å få realisert i ulike situasjoner. Som helsepersonell kan man ikke bare ta faglige hensyn i møtet med pasientens problemer, man må også ta hensyn til det pasienten anser som viktig og riktig i situasjonen (Slettebø, 2012). Mange faktorer kan spille inn, og det må helsepersonell respektere.

Informantene beskriver det også som utfordrende når det eneste middagstilbudet de har til pasientene, er hjelp til oppvarming av ferdigmat. Mange eldre pasienter er vant med god hjemmelaget mat og kan ha problemer med å ta til takke med ferdigmat. Det er viktig å fokusere på hva pasienten har vært vant med tidligere og helst unngå å innføre for mange nye matprodukter hvis pasienten ikke er fornøyd med det. Eldre mennesker sliter ofte med tannproblemer. Da er konsistensen på maten viktig for at de skal få den i seg. I følge Saletti et al., (2005) og Posthauer et al., (2013) er tygge- og svelgproblematikk ofte rapportert hos eldre pasienter som er i fare for utvikling av underernæring (Posthauer, Collins, Dornier, & Sloan, 2013; Saletti et al., 2005). Dette må helsepersonell i hjemmetjenesten være oppmerksom på. Kanskje hjemmetjenesten må ha en tettere dialog med sentralkjøkkenet og rapportere inn hvis kvaliteten på maten som leveres er for dårlig. Selv om det er viktig at eldre pasienter får nok, god og tilpasset mat er der likevel noen pasienter som ikke klarer å dekke dagsbehovet for energi. Da vil det i følge Burton-Shepherd (2013) være rett å tilby ernærings supplement, for eksempel ernæringsdrikker for å forbedre ernæringsstatus hos pasienten og hindre forverring av underernæringen (Burton-Shepherd, 2013).

Vider beskriver informantene utfordringer med ernæringsoppfølgingen til hjemmeboende pasienter med kognitiv svik og demens. Det er mange demente pasienter i hjemmetjenesten, og da bør pleierne gå inn i å hjelpe til med matstell. Informantene forteller at de må vurdere dagsformen til pasientene. De må hele tiden gjøre vurderinger av situasjonen. De forteller at det kan være vanskelig å vite om pasientene spiser nok. De klarer ikke å ha full oversikt over

matinntaket for de er ikke sammen med pasienten hele tiden. De er kanskje bare på tilsyn morgen og kveld. De sier at de følger med om vekten til pasientene går opp eller ned, men informantene tror at personell på sykehjemmene har en bedre forutsetning for å følge med matinntaket til pasientene, fordi personalet ofte er sammen med pasientene i spisesituasjonen. Det er klart at det er utfordrende å følge opp ernærings situasjonen til demente pasienter. Her er det ekstra viktig å ha en tettere oppfølging. Har man kartlagt at gamle pasienter er i faresonen for underernæring, er det ikke tilstrekkelig at pleierne er innom bare for å servere maten. De trenger noen å spise sammen med. Hvis det er satt av for lite tid i vedtaket til pasienten, må dette rapporteres inn til tildelingskontoret slik at han får innvilget den hjelpen han har behov for.

I følge Birkeland og Flovik (2014) kan flere eldre pasienter ha behov for ernærings tilsyn. Dette tilsynet går ut på å observere om pasienten spiser tilstrekkelig. Hensikten med tilsynet er å kontrollere, motivere og informere pasienten til å spise og drikke slik at han får i seg tilstrekkelig med ernæring. Gjennom dette vil det alltid være glidende overganger mellom igangsetting av aktive og praktiske ernærings tiltak hos den gamle pasienten. Jamfør Rognstad et al., (2013) har pasienter med betydelig hukommelsessvikt og demens en stor risiko vekttap og problemer relatert til måltider. Et dårlig kosthold, for få måltider og dehydrering kan påvirke hukommelsen til pasienten. De understreker at spisesituasjonen hos personer med demens har stor betydning. Helsepersonell må derfor tilrettelegge for et godt måltidsmiljø for å sikre et godt energiinntak hos pasienten. Studier viser at den sosiale interaksjonen under måltider har stor betydning for hjemmeboende personer med demens, det å spise sammen med noen kan gi økt energiinntak, forbedre trivsel og styrke fysisk funksjon (Rekve, 2009; Sørbye et al., 2008).

Informantene beskriver utfordringer med pasienter som bor i grisgrendte strøk. Ofte er det gamle mennesker som bor i bygdene og på nedbefolkede øysamfunn. Det kan være utfordrende å følge pasientene opp på en god måte. I hjemmetjenesten møter man på andre utfordringer enn man ville sett på sykehjem eller sykehus. Lange avstander mellom pasientene, vær, kjøreforhold og fergeforbindelser kan påvirke hvor ofte pleierne kan dra ut til pasientene. Informantene sier at det ikke er til å legge under en stol at de pasientene som bor mest sentralt får mer hjelp og oftere besøk av hjemmetjenesten. Pasientene får hjelp av hjemmetjenesten selv om de bor langt unna, men hvis de hadde bodd mer sentralt ville det vært lettere å dra innom på flere tilsyn. Noen ganger brukes ringetilsyn for å minne pasientene

på å spise, men informantene mener dette ikke er noen god løsning hos de pasientene som er preget av demenssykdom og ikke nødvendigvis husker å spise, selv om de blir påminnet. Informantene forteller at de forsøker å være kreative og finne alternative løsninger for å ivareta pasientene som bor avsides. En ny idé er å opprette kontakt gjennom «Facetime». Da kan pleierne se å snakke med pasienten samtidig. Dette kan være en god løsning for kognitivt friske pasienter, men det vil være vanskeligere for en person med demens å mestre dette. Når det gjelder hvor ofte eldre pasienter med ernæringsproblemer bør ha tilsyn av hjemmetjenesten er det flere ting som må tas hensyn til. I følge Mowé (2007) er det viktig at helsepersonell tenker over at på grunn av fysiologiske endringer hos eldre mennesker vil føre til at de blir raskere mette (Mowe, 2007). Derfor bør de få flere små måltider fordelt over hele dagen, slik at de rekker å bli sulten før neste måltid serveres. Dette legger noen føringer på hvor ofte, og hvor tett besøkene fra hjemmetjenesten kan være. Dessuten er det anbefalt at det ikke skal gå mer en elleve timer mellom kveldens siste måltid og frokost (Aagaard, 2010; Nordisk ministerråd, 2004).

## 5 Konklusjon og avslutning.

Hensikten med denne masteroppgaven var å få kunnskap om helsepersonells erfaringer rundt ernæringsarbeid til eldre pasienter. Jeg ville finne ut hvordan helsepersonell i hjemmetjenesten jobbet med ernæringsarbeid knyttet til eldre pasienter. Jeg ønsket å finne ut hvordan helsepersonell gikk frem for å kartlegge ernærings situasjonen til eldre. Har helsepersonellet fokus på eldre pasienter som er i ernæringsmessig risiko? Deretter ville jeg se nærmere på hvem som var viktige samarbeidspartnere gjennom ernæringsarbeidet, og til slutt hva helsepersonellet erfarte som den største utfordringen med ernæringsarbeid til eldre pasienter.

Nasjonale faglige retningslinjene for forebygging og behandling av underernæring ble utgitt i 2009. Disse har medført en omfattende satsning på ernæringsarbeid i helsetjenesten og har bidratt til å sette fokus på et viktig tema. Gjennom min studie fant jeg ut at det er fortsatt helsepersonell som ikke kjenner til retningslinjene, og de brukes ikke aktivt. Dette gir en pekepinn på hvor viktig det er å holde et faglig fokus. Implementering av nye retningslinjer går ikke av seg selv. Det er en komplisert prosess, og det er like viktig med en ledelse som setter fokus på dette som flinke og engasjerte medarbeidere. Gjennom analysen min kom jeg



frem til funn som viste at eldre pasienter har en tendens til å forsvinne i det generelle når helsepersonell snakker om ernæringsarbeid i hjemmetjenesten. Informantene er ikke tydelige på det spesielle med eldre pasienter gjennom ernæringsarbeidet. De snakker om alle pasientene som en stor gruppe. Videre viste funnene at helsepersonell i hjemmetjenesten har fokus på ernæring. De forteller at ernæringskartlegginger et blitt et krav i hjemmetjenesten, og informantene følger pasientene jevnlig opp med vekt. Noen ganger blir registreringer mer som et pålegg fra ledelsen, enn en integrert del av arbeidsdagen. Da er det lett å glemme årsaken for at man gjør kartlegginger og registreringer. Eldre pasienter er en sårbar gruppe og det er ekstra viktig med nøye oppfølging. Jeg tror nøkkelen til godt ernæringsarbeid handler om at helsepersonell må ha bedre kunnskap om ernæring. Hvis hjemmetjenesten bruker retningslinjene aktivt, får de god hjelp i ernæringsarbeidet, og de vil ha tilgang på flere enkle verktøy som kan brukes i arbeidshverdagen. Ernæringsarbeid krever høyt faglig fokus. Det er spesielt viktig at helsepersonell forstår viktigheten av å forebygge samt kjenner til risikofaktorene for underernæring hos eldre.

Gjennom funnene ser jeg at helsepersonell står i mange faglige utfordringer. Blant annet trekker informantene frem utfordringer med tidspress. De ser at enkelte pasienter har behov for mer hjelp og tilrettelegging i måltidsituasjoner, men opplever at de har lite mulighet til å gjøre noe ekstra for pasienten, fordi tiden de har tilgjengelig er styrt av pasientens vedtak. Informantene ser at det er viktig å rapportere inn endringer i pasientens ernærings situasjon til tildelingskontoret, men dette er også tidkrevende arbeid som skal gjøres i en allerede presset arbeidsdag. Funnene mine viser også at det er flere viktige samarbeidspartnere i ernæringsarbeidet til eldre pasienter. Helsepersonell i hjemmetjenesten fungerer ofte som et viktig bindeledd mellom pasient og samarbeidspartnere. I de fleste tilfellene fungerer samarbeidet godt, men informanten forteller at de ofte møter utfordringene i samarbeidet med fastlegene. Informantene opplever at fastlegene ikke tar sin del av ansvaret gjennom oppfølging av pasienter som er i ernæringsmessig risiko eller er underernærte. Her må helsepersonell jobbe aktivt med å forbedre samarbeidet, stille krav og få fastlegene til å bli mer involvert for å forbedre oppfølgingen. I det siste funnet forteller informantene om utfordringer med ernæringsarbeid til gamle pasienter i hjemmetjenesten. De forteller om utfordringer med å nærme seg pasientene. Det kan handle om pasientens innsikt i situasjonen. Noen pasienter synes det er vanskelig å godta at de trenger hjelp til matlaging. Helsepersonellet trekker frem utfordringer med personer som har demenssykdom som ikke husker å spise. I tillegg er det vanskelig med å følge opp pasienter som bor avsides, lange

kjøreavstander kan påvirke hyppighet av tilsyn og ha en innvirkning på ernæringsoppfølgingen.

For å sikre et godt ernæringsarbeid til eldre pasienter, er det viktig med kontinuerlige ernæringskartlegginger som justeres etter pasientenes individuelle behov. Videre er det viktig med jevnlig vektregistreringer, kostregistreringer, ernæringsplaner og evaluering av planene. I stortingsmelding 29 «Morgendagens omsorg» (Meld.St. 29, 2013) er ikke retningslinjene for forebygging og behandling av underernæring nevnt. Det er et tankekor at en så viktig forebyggende oppgave blir skjøvet til side fordi nye oppgaver står for tur. Ernæringsarbeid er noe helsepersonell aldri blir ferdig med. Det handler om å dekke pasientens basale behov, og vi vet at forebygging er mye mer kostnadsbesparende og effektivt enn behandling. Vi må derfor ikke miste fokus. Selv om Helse – og omsorgsdepartementet glemmer viktige momenter i stortingsmeldinger og planer, så er det viktig at helsepersonell holder fast og drar med seg ernæringsarbeidet videre og sørger for at prosessen som er startet utvikler seg videre i årene fremover (Eide & Kuven, 2014).

Gjennom arbeidet med masteroppgaven har jeg lært hvor viktig det er å trekke frem de gamle og sårbare pasientene. Ofte stiller ikke eldre så mange krav, og i en travel arbeidshverdag er det lett å overse behov på grunn av tidspress. Gjennom min forforståelse visste jeg at målrettet ernæringsarbeid i hjemmetjenesten er tidkrevende og utfordrende. Jeg ble likevel overrasket over at få informanter kjente til retningslinjene for forebygging og behandling av underernæring. Dette viser at selv om kommunen har gjennomført et ernæringsprosjekt, er det fortsatt stort behov for mer kunnskap om ernæring. God profesjonell fagkunnskap er viktig i hjemmetjenesten, og man må ha et blikk for det unike og spesielle ved eldre pasienter. I hjemmetjenesten er pasientens hverdagsliv mer synlig og må trekkes inn i samhandlingen med pasienten. Fjørtoft (2012) skriver at et viktig mål i hjemmetjenesten er å hjelpe hver enkelt pasient til å mestre hverdagen i sitt eget hjem så lenge det er ønskelig og faglig forsvarlig. Hverdagskunnskap om pasientenes liv er viktig, og gjennom arbeid med eldre får man ofte innblikk i hjemmets betydning for den enkelte og hva som skal til for at pasienten skal ha det best mulig. I hjemmetjenesten må man koble hverdagskunnskap sammen med fagkunnskap. Kunsten er å holde flere perspektiver samtidig og være bevisst på at det er nødvendig å integrere ny kunnskap i det praktiske arbeidet (Fjørtoft, 2006).

Denne masteroppgaven peker på flere utfordringer helsepersonell møter gjennom ernæringsarbeid. Det hadde vært interessant om det ble utført mer forskning på implementeringsprosesser i helsevesenet. Helsedirektoratet utgir mange retningslinjer og anbefalinger som helsepersonell skal følge. Det hadde vært spennende og sett nærmere på hva som skal til for å implementere nye retningslinjer inn i arbeidshverdagen. Eller hvordan helsepersonell kan skape rom for fagutvikling i hjemmetjenesten og integrere ny kunnskap i praksis.

## Litteraturliste

- Aagaard, H. (2010). Mat og måltider i sykehjem. En nasjonal kartleggingsundersøkelse. *Sykepleien Nett*, 5(1), 36-43. doi: 10.4220/sykepleienn.2010.0023
- Beck, A. M., Balknas, U. N., Furst, P., Hasunen, K., Jones, L., Keller, U., . . . Ovesen, L. (2001). Food and nutritional care in hospitals: how to prevent undernutrition-report and guidelines from the Council of Europe. *Clinical Nutrition*, 20(5), 455-460. doi: DOI 10.1054/clnu.2001.0494
- Birkeland, A., & Flovik, A. M. (2014). *Sykepleie i hjemmet* (2. utg. ed.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Blåreseptforskriften. (2007). *Forskrift om stønad til dekning av utgifter til viktige legemidler mv.* Oslo: Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2007-06-28-814>.
- Bogdan, R., & Biklen, S. K. (2003). *Qualitative research in education: an introduction to theory and methods* (4th ed. ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Bogdan, R., & Biklen, S. K. (2007). *Qualitative research for education: an introduction to theory and methods* (5th ed. ed.). Boston, Mass: Pearson A & B.
- Brownie, S. (2006). Why are elderly individuals at risk of nutritional deficiency? *International Journal of Nursing Practice*, 12(2), 110-118. doi: 10.1111/j.1440-172X.2006.00557.x
- Burton-Shepherd, A. (2013). Preventing malnutrition in home-dwelling elderly individuals. *British Journal of Community Nursing*, 18(10), S25-S31. doi: 10.12968/bjcn.2013.18.Sup10.S25
- Collins, N. (2003). Protein-energy malnutrition and involuntary weight loss: nutritional and pharmacological strategies to enhance wound healing. 2003, Vol.4(7), p.1121-1140, 4(7), 1121-1140. doi: 10.1517/14656566.4.7.1121
- Daatland, S. O., & Solem, P. E. (2011). *Aldring og samfunn : innføring i sosialgerontologi* (2. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Eide, J., & Kuven, M. B. (2014). Endret ernæringspraksis. *Sykepleien*, 10, 60-62. doi: 10.4200/sykepleiens.2014.0142
- Fjørtoft, A.-K. (2006). *Hjemmesykepleie : ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforl.
- Forskrift om en verdig eldreomsorg, v. (2011). LOV-2011-06-24-30-§3-1, LOV-2011-06-24-30-§3-2. Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-11-12-1426?q=verdighetsgarantien>.
- 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. doi: 10.1159/000115349
- Gadamer, H.-G. (1989). *Truth and method* (2nd, rev. ed. translation revised by Joel Weinsheimer and Donald G. Marshall. ed.). London: Sheed & Ward.
- Gadamer, H.-G. (2003). *Forståelsens filosofi : utvalgte hermeneutiske skrifter* (Vol. 45). Oslo: Cappelen.
- Gadamer, H.-G. (2010). *Sannhet og metode : grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk*. Oslo: Pax.
- Giddens, A. (1976). *New rules of sociological method : a positive critique of interpretative sociologies*. London: Hutchinson.
- Gilje, N., & Grimen, H. (1993). *Samfunnsvitenskapenes forutsetninger : innføring i samfunnsvitenskapenes vitenskapsfilosofi* ([3. prøvoutg.]. ed.). Oslo: Universitetsforlaget.

- Glindvad, J., & Ravn, A. W. (2004). *Ernæring og sygepleje*. København: Munksgaard.
- Gudmundsdottir, S. (2001). *Narrative research on school practice*. Washington D.C: American Educational Research Association.
- Guttormsen, A. B., Hensrud, A., Irtun, Ø., Mowé, M., Sørbye, L. W., Thoresen, L., . . . Smedshaug, G. B. (2009). Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. Retrieved from: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-underernering/Publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-underernering.PDF>
- Halkier, B., & Gjerpe, K. (2010). *Fokusgrupper*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hamran, T., & Moe, S. (2012). *Yngre og eldre brukere i hjemmetjenesten – ulike behov eller forskjellsbehandling. Flerfaglig praksis i et interaksjonsteoretisk perspektiv* (Vol. 3). Tromsø: Senter for omsorgsforskning Nord-Norge.
- Hauge, S., Jacobsen, F. F., & Alvsvåg, H. (2008). *Hjem: eldre og hjemlighet*. Oslo: Cappelen akademisk forl.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2007). *Oppskrift for et sunnere kosthold : handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007-2011)*. Oslo: Departementene.
- Juul, H. J., & Frich, J., C. (2013). Kartlegging av underernæring i sykehus - Hva hemmer og fremmer sykepleieres bruk av screeningverktøy for identifisering av ernæringsmessig risiko? *Nordisk sygeplejeforskning*, 3(02), 77-89.
- Kondrup, J., Allison, S. P., Elia, M., Vellas, B., & Plauth, M. (2003). ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002. *Clinical Nutrition*, 22(4), 415-421. doi: 10.1016/S0261-5614(03)00098-0
- Kvamme, J.-M., Olsen, J., Florholmen, J., & Jacobsen, B. (2011). Risk of malnutrition and health-related quality of life in community-living elderly men and women: The Tromsø study. *An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation - Official Journal of the International Society of Quality of Life Research*, 20(4), 575-582. doi: 10.1007/s11136-010-9788-0
- Landmark, B. T., Gran, S. V., & Grov, E. K. (2014). Ernæringsstatus blandt pasienter i sykehjem og i hjemmesykepleien kartlagt ved hjelp av Ernæringsjournalen. *Klinisk Sygepleje*, 28(1), 4-14.
- Lochs, H., Allison, S. P., Meier, R., Pirlich, M., Kondrup, J., Schneider, S., . . . Pichard, C. (2006). Introductory to the ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Terminology, Definitions and General Topics. *Clinical Nutrition*, 25(2), 180-186. doi: 10.1016/j.clnu.2006.02.007
- Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning- forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Den norske legeforening nr. 25, 2002; 122: 2468-72, 2468-2472*.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring* (3. utg. ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforl.
- McClement, S. E., & Harlos, M. (2008). When advanced cancer patients won't eat: family responses. *International journal of palliative nursing*, 14(4), 182.
- Meld.St. 29. (2013). *Morgendagens omsorg*
- Milne, A. C., Avenell, A., & Potter, J. (2006). Meta-analysis: protein and energy supplementation in older people. *Annals of internal medicine*, 144(1), 37.
- Morley, J. E. (1997). Anorexia of aging: physiologic and pathologic.(Special Issue on Aging and Nutrition). *American Journal of Clinical Nutrition*, 66(4), 760.
- Mowe, M. (2007). Eldre. In R. Blomhoff, G.-E. A. Bjørneboe, & C. A. Drevon (Eds.), *Mat og medisin : Nordisk lærebok i generell og klinisk ernæring*

- (5. utg. ed.). Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Mowe, M., Bosaeus, I., Rasmussen, H. H., Kondrup, J., Unosson, M., & Irtun, Ø. (2006). Nutritional routines and attitudes among doctors and nurses in Scandinavia: A questionnaire based survey. *Clinical Nutrition*, 25(3), 524-532. doi: 10.1016/j.clnu.2005.11.011
- Mowé, M., Bosaeus, I., Rasmussen, H. H., Kondrup, J., Unosson, M., Rothenberg, E., . . . group., T. S. N. (2008). Insufficient nutritional knowledge among health care workers? *Clinical Nutrition*, 27(2), 196-202. doi: 10.1016/j.clnu.2007.10.014
- Mowé, M., Diep, L., & Bøhmer, T. (2008). GREATER SEVEN - YEAR SURVIVAL IN VERY AGED PATIENTS WITH BODY MASS INDEX BETWEEN 24 AND 26 KG/M<sup>2</sup>. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(2), 359-360. doi: 10.1111/j.1532-5415.2007.01505.x
- Nasjonalt råd for ernæring. (2005). Et sunt kosthold for god helse : strategisk plan med forslag til tiltak for perioden 2005-2009. Oslo: Nasjonalt råd for ernæring.
- NESH. (2006). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. Oslo: Forskningsetiske komiteer.
- Nilssen, V. L. (2012). *Analyse i kvalitative studier: den skrivende forskeren*. Oslo: Universitetsforl.
- Nordisk ministerråd. (2004). *Nordic nutrition recommendations : NNR 2004 : integrating nutrition and physical activity* (4th ed. ed. Vol. 2004:13). Copenhagen: Nordic Council of Ministers.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods* (3. ed.). Thousand Oaks: CA: Sage Publications.
- Pedersen, P. U., Bjerrum, M., & Tewes, M. (2012). Implementing nutritional guidelines - the effect of systematic training for nurse nutrition practitioners. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(1), 178-185. doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.00912.x
- Posthauer, M. E., Collins, N., Dorner, B., & Sloan, C. (2013). Nutritional Strategies for Frail Older Adults. *Adv. Skin Wound Care*, 26(3), 128-140. doi: 10.1097/01.ASW.0000427920.74379.8c
- Rekve, H. (2009). Tilrettelegging av måltider for personer med adferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens. *Tidsskrift for sykepleie i geriatri og demens*, 1, 18-20.
- Rognstad, M.-K., Brekke, I., Lindberg, C., & Lühr, N. (2013). Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens. *Sykepleien, Forskning nr.4*, 298-307.
- Rogoff, B. (1995). *Observing sociocultural activity on three planes: participatory appropriation, guided participation, and apprenticeship*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Saletti, A., Johansson, L., Yifter-Lindgren, E., Wissing, U., Österberg, K., & Cederholm, T. (2005). Nutritional status and a 3-year follow-up in elderly receiving support at home. *Gerontology*, 51(3), 192-198. doi: 10.1159/000083993
- Slettebø, Å. (2012). Ethiske dilemmaer. In B. S. Brinchmann (Ed.), *Etikk i sykepleien* (pp. 42-53). Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.
- Smedshaug, B., Guro. (2009). Ernæring til eldre. *Geriatrisk sykepleie*, 3(1), 6-10.
- Sortland, K., Gjerlaug, A., & Harviken, G. (2013). Vektdokumentasjon, kroppsmasseindeks, måltidsfrekvens og nattefaste blant eldre sykehjemsbeboere - en pilotstudie. *Vard i Norden*, 33(1), 41-45.
- Sortland, K., Steensæth, Y., & Gjerstad, R. (2011). *Ernæring - mer enn mat og drikke* (4. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.

- Sosial- og Helsedirektoratet. (2004). Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene : veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialhelsetjenesteloven Veileder (Sosial- og helsedirektoratet). Oslo: Direktoratet.
- Stratton, R. J., Green, C. J., & Elia, M. (2003). *Disease-related malnutrition : an evidence-based approach to treatment*. Wallingford: CABI.
- Suominen, M., Sandelin, E., Soini, H., & Pitkala, K. (2009). How well do nurses recognize malnutrition in elderly patients? *European Journal of Clinical Nutrition*, 63(2), 292-296. doi: 10.1038/sj.ejcn.1602916
- Sørbye, L. W., Schroll, M., Finne-Soveri, H., Jonsson, P. V., Topinkova, E., Ljunggren, G., & Bernabei, R. (2008). Unintended weight loss in the elderly living at home: The aged in home care project (adhoc). *J. Nutr. Health Aging*, 12(1), 10-16.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode* (3. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Tønnessen, S., & Nortvedt, P. (2012). Hva er faglig forsvarlig hjemmesykepleie? *Sykepleien Forskning*, 7(3), 280-285. doi: 10.4220/sykepleienf.2012.0134
- Wyller, T. B. (2011). *Geriatri : en medisinsk lærebok*. Oslo: Gyldendal akademisk.

## Vedlegg 1. Godkjenning fra NSD.



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

### Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES

Toril Agnete Larsen  
Institutt for helse- og omsorgsfag UiT Norges arktiske universitet

9037 TROMSØ

Vår dato: 26.09.2014

Vår ref: 39892 / 3 / AMS

Deres dato:

Deres ref:

#### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 17.09.2014. Meldingen gjelder prosjektet: 39892

*Ernæringsarbeid i hjemmetjenesten knyttet til eldre pasienter. Hvordan kan helsepersonell jobbe målrettet med ernæring i hjemmetjenesten? - Med fokus på ernæringskunnskap, holdninger og erfaringer.*

*Behandlingsansvarlig*

*UiT Norges arktiske universitet, ved institusjonens øverste leder*

*Daglig ansvarlig*

*Toril Agnete Larsen*

*Student*

*Ida Nergård*

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

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

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

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 20.12.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Anne-Mette Somby

Kontaktperson: Anne-Mette Somby tlf: 55 58 24 10

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Ida Nergård [idanergaard@hotmail.com](mailto:idanergaard@hotmail.com)

*Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.*

*Avdelingskontorer / District Offices:*

*OSLO:* NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. [nsd@uio.no](mailto:nsd@uio.no)

*TRONDHEIM:* NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. [kyrre.svarva@svt.ntnu.no](mailto:kyrre.svarva@svt.ntnu.no)

*TROMSØ:* NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. [nsdmaa@sv.uit.no](mailto:nsdmaa@sv.uit.no)



## Vedlegg 2: Personvernombudet for forskning.

### Personvernombudet for forskning



#### Prosjektvurdering - Kommentar

---

Prosjektnr: 39892

#### TAUSHETSPLIKT

Personvernombudet minner om at det ikke kan framkomme opplysninger som kan identifisere 3. personer (pasienter eller kolleger) under intervjuene da dette vil være brudd på taushetsplikten som utvalget er bundet av.

#### INFORMASJON OG SAMTYKKE

Utvalget informeres skriftlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

#### INFORMASJONSSIKKERHET

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger UiT Norges arktiske universitet sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på privat pc/mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

#### PROSJEKTLUTT

Forventet prosjektlutt er 20.12.2016. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
  - slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette lydopptak

Toril Agnete Larsen

Institutt for helse- og omsorgsfag UiT Norges arktiske universitet

9037 TROMSØ

Vår dato: 26.09.2014  
ref:

Vår ref: 39892 / 3 / AMS

Deres dato:

Deres

## Vedlegg 3: Søknad om gjennomføring av mastergradsprosjekt.

Tromsø 06.10.14

### **Ernæringsarbeid i hjemmetjenesten knyttet til eldre pasienter**

*«Hvordan kan helsepersonell jobbe målrettet med ernæring i hjemmetjenesten?*

*- Med fokus på ernæringskunnskap, erfaringer og holdninger».*

#### **Bakgrunn og formål**

Jeg er mastergradsstudent ved UiT Norges arktiske universitet der jeg studerer helsefag, Helse- og omsorgstjenester til eldre. Jeg ønsker å gjennomføre et prosjekt i hjemmetjenesten der jeg samler inn data til min masteroppgave. Hensikten med forskningsstudien er å se på helsepersonells kunnskaper, erfaringer og holdninger rundt ernæringsarbeid i hjemmetjenesten rettet mot eldre pasienter. Jeg ønsker å få et større innblikk i hvordan helsepersonell jobber med ernæringsarbeid.

Jeg er interessert å komme i kontakt med fast ansatte sykepleiere, vernepleiere, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere eller helsefagarbeidere som har jobbet i over et år på samme avdeling i hjemmetjenesten, og som har erfaring fra ernæringsarbeid. Det vil si at de har hatt ansvar for ernæringskartlegging og oppfølging av eldre pasienter som står i fare for underernæring eller allerede er underernærte.

#### **Hva innebærer deltakelse i studien?**

Dette er en kvalitativ studie der jeg vil gjennomføre 2 fokusgruppeintervju med 2-3 deltagere i hver gruppe fra samme arbeidsplass. Jeg ønsker å gjennomføre intervjuene innen utgangen november 2014 og det settes av ca. 2 timer til intervjuet. Intervjuene vil kreve en aktiv deltagelse. Jeg ønsker er samtale om temaet ernæringsarbeid. Deltagerne vil bli oppfordret til å snakke sammen i gruppen, diskutere spørsmål og komme med fortellinger, utfordringer og erfaringer fra egen praksis.

Jeg vil ha med meg en medhjelper og intervjuet blir tatt opp på lydbånd.

#### **Hva skjer med informasjonen om deltagerne?**

Studien er meldt og godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste AS. Jeg vil forholde meg til deres regler om oppbevaring og makulering av materialet til prosjektet. Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Navneopplysninger, eventuelle pasienthistorier, gjenkjennende opplysninger og informasjon om arbeidssted vil aidentifiseres i etterkant av intervjuet. Jeg vil bruke et fiktivt navn knyttet til deltagerne og deres opplysninger. Det vil kun være jeg som har informasjon om deltagerne som kan spores tilbake til dem. De opplysningene deltagerne gir meg, vil jeg analysere og bruke som grunnlag i min masteroppgave.

Deltakere og hjemmetjenesten vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjonen av min masteroppgave.

Prosjektet skal etter planen avsluttes **innen desember 2016**. Alle personopplysninger, intervju og lydbåndopptak vil bli slettet når mastergradsprosjektet er avsluttet.

### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien, og deltakerne kan når som helst trekke sitt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom deltakerne trekker seg, vil alle opplysninger om dem bli slettet. Hvis deltagerne ønsker å delta i studien, skriver de under på samtykkeskjemaet.

Dersom dere har spørsmål til studien eller om noen ønsker å trekke seg, ta kontakt med meg.

Ida Nergård

Gulengvegen 49

9010 Tromsø

Mobil: 95 70 29 23. mail: [idanergaard@hotmail.com](mailto:idanergaard@hotmail.com)

### **Rett til innsyn**

Som deltager av studien har de rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert på seg selv.

Jeg håper at du synes prosjektet mitt er interessant og at du har ansatte som ønsker å delta.

Jeg legger ved informasjonsskriv om studien til potensielle deltagere, samt samtykkeskjema som jeg ønsker at du viderefremidler til potensielle deltagere. Jeg ønsker svar så raskt som mulig, slik at jeg kan starte prosjektet. Når jeg har mottatt samtykke fra potensielle deltagere, vil jeg ta kontakt på mail for å avtale tid og sted for fokusgruppeintervjuet. Jeg ønsker å legge intervjutidspunktet til en formiddag slik at flest mulig kan ha mulighet til å delta. Jeg forespør samtidig om det er mulighet å gjennomføre fokusgruppeintervjuene i arbeidstiden til de ansatte. Håper på positiv tilbakemelding.

Universitetet har oppnevnt veileder til prosjektet som kan kontaktes

Toril Agnete Larsen, Førstelektor

UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet, IHO

9037 Tromsø

Telefon: 77 66 06 93/ 95 79 58 63 mail: [toril.agnete.larsen@uit](mailto:toril.agnete.larsen@uit).

Med vennlig hilsen

**Ida Nergård**

## Vedlegg 4: Informasjon til deltagere i mastergradsprosjekt.

### **Ernæringsarbeid i hjemmetjenesten knyttet til eldre pasienter**

*«Hvordan kan helsepersonell jobbe målrettet med ernæring i hjemmetjenesten?*

*- Med fokus på ernæringskunnskap, erfaringer og holdninger».*

#### **Bakgrunn og formål**

Dette er en forespørsel til deg om å delta i mastergradsprosjektet som omhandler ernæringsarbeid i hjemmetjenesten. Hensikten med forskningsstudien er å se på helsepersonells kunnskaper, erfaringer og holdninger rundt ernæringsarbeid i hjemmetjenesten knyttet til eldre pasienter. Jeg ønsker å få et større innblikk i hvordan helsepersonell jobber med ernæringsarbeid.

Du er valgt ut for å kunne delta i studien siden du er fast ansatt og har jobbet i over et år i hjemmetjenesten, og du har erfaring med ernæringsarbeid. Du jobber som sykepleier, vernepleier, hjelpepleier, omsorgsarbeider eller helsefagarbeider. Studien er min masteroppgave i tilknytning mine studier i helsefag, helse- og omsorgstjenester til eldre ved UiT Norges arktiske universitet.

#### **Hva innebærer deltakelse i studien?**

Dette er én kvalitativ studie der jeg vil gjennomføre to fokusgruppeintervju med to-tre deltagere i hver gruppe fra samme arbeidsplass. Intervjuene vil bli gjennomført innen utgangen av november 2014 og det settes av ca. to timer til intervjuet inkludert forberedelser. Intervjuene vil kreve en aktiv deltagelse. Jeg ønsker å samtale om temaet ernæringsarbeid knyttet til eldre pasienter. Jeg vil spørre om hvordan dere jobber med ernæringsarbeid hos dere. Hvilke kartleggingsverktøy bruker dere? Er det utfordringer knyttet til kartleggingsverktøy? Hvordan driver dere forebyggende ernæringsarbeid knyttet til eldre pasienter? Er det god informasjonsflyt mellom samarbeidspartnere (sykehus og sykehjem)? Blir ernæringsarbeidet fulgt opp etter at kartleggingene er gjennomført? Dere vil bli oppfordret til å snakke sammen i gruppen, diskutere spørsmål og komme med fortellinger, utfordringer og erfaringer fra egen praksis.

Jeg vil ha med meg en medhjelper og intervjuet blir tatt opp på lydbånd.

#### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Studien er meldt og godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste AS. Jeg vil forholde meg til deres regler om oppbevaring og makulering av materialet til prosjektet. Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Navneopplysninger, eventuelle pasienthistorier, gjenkjennende opplysninger og informasjon om arbeidssted vil avidentifiseres i etterkant av intervjuet. Jeg vil bruke et fiktivt navn knyttet til deg og dine opplysninger. Det vil kun være jeg som har informasjon om ditt navn som kan spores tilbake til deg. De opplysninger som du og de andre i fokusgruppen gir meg, vil jeg analysere og bruke som grunnlag i min masteroppgave.

Du vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjonen av min masteroppgave.

**Samtykke til deltakelse i studien «Ernæringsarbeid i hjemmetjenesten knyttet til eldre pasienter».**

*«Hvordan kan helsepersonell jobbe målrettet med ernæring i hjemmetjenesten?- Med fokus på ernæringskunnskap, erfaringer og holdninger».*

Jeg (skriv ditt navn her).....

Har mottatt informasjonsskriv om studien, og samtykker til å delta i mastergradsprosjektet.

Min er informert om at deltagelse i prosjektet er frivillig og jeg kan trekke meg underveis uten å oppgi grunn. Jeg mottar ikke lønn eller godtgjørelse for min deltagelse.

Sted:..... den.....2014

-----  
(Signert av prosjektdeltaker)

E-post:.....

Mobilnummer:.....

*Jeg samtykker til å delta i fokusgruppeintervju*

## Vedlegg 5: Intervjuguide.

1. Kan dere fortelle hvordan dere jobber med ernæringsarbeid til eldre pasienter?
2. Har dere eksempler på hvordan dette fungerer i praksis? (Jeg ønsker både å høre positive og negative historier).
3. Hvilke kartleggingsverktøy bruker dere? Er dette noe alle bruker på arbeidsplassen? Blir alle pasientene ernæringskartlagt?
4. Har dere eksempler på utfordringer med disse kartleggingsverktøyene? Opplevs det problematisk for dere å bruke dem i arbeidshverdagen? Ser dere nytten av å bruke slike verktøy?
5. Er det situasjoner der dere har tenkt at det har vært nyttig å ha et grundig ernæringsopplegg rundt eldre pasienter? Har dere eksempler på dette?
6. Klarer dere å fange opp pasienter som er i ernæringsmessig risiko eller som allerede er blitt underernærte? Hvordan jobber dere videre med dette? (Hvordan forebygger dere underernæring hos pasientene?)
7. Hva hemmer og fremmer bruken av ernæringskartlegginger?
8. Hvordan erfarer dere informasjonsflyten mellom samarbeidspartnerne? (Sykehus og sykehjem). Hvordan videreformidler dere informasjon om ernæringsstatus når pasientene overflyttes fra et ledd til et annet i omsorgskjeden?
9. Hvordan blir ernæringsarbeidet fulgt opp etter at kartleggingen er gjennomført?
10. Hva tenker dere er den største utfordringen for å få gjennomført ernæringsarbeidet?

## Vedlegg 6: MNA.

### Mini Nutritional Assessment MNA®

Etternavn:	Fornavn:	Kjønn:	Dato:
Alder:	Vekt, kg:	Høyde, cm:	ID-nummer:

Besvar undersøkelsen ved å fylle inn de riktige poengsifferene. Bruk tallene fra hvert enkelt spørsmål og summer. Hvis oppnådd sum er 11 eller mindre på vurdering del I, fortsett med vurderingen del II for å komme fram til en gradering av ernæringsstilstanden.

Vurdering, del I	
<b>A Har matinntaket gått ned i løpet av de 3 siste månedene pga nedsatt appetitt, fordøyelsesproblemer, vanskeligheter med å tygge eller svelge?</b> 0 = alvorlig nedsatt appetitt 1 = moderat nedsatt appetitt 2 = ikke nedsatt appetitt	<input type="checkbox"/>
<b>B Vekttap i løpet av de 3 siste månedene</b> 0 = vekttap over 3 kg 1 = vet ikke 2 = vekttap mellom 1 og 3 kg 3 = ikke vekttap	<input type="checkbox"/>
<b>C Mobilitet</b> 0 = sengeliggende/sitter i stol 1 = i stand til å gå ut av seng/stol, men går ikke ute 2 = går ute	<input type="checkbox"/>
<b>D Har opplevd psykologisk stress eller akutt sykdom i løpet av de 3 siste månedene</b> 0 = ja      2 = nei	<input type="checkbox"/>
<b>E Neuropsykologiske lidelser</b> 0 = alvorlig demens eller depresjon 1 = mild demens 2 = ingen psykologiske lidelser	<input type="checkbox"/>
<b>F Kroppsmasseindeks (KMI) (vekt kg) / (høyde x høyde)</b> 0 = KMI mindre enn 19 1 = KMI 19 til mindre enn 21 2 = KMI 21 til mindre enn 23 3 = KMI 23 eller større	<input type="checkbox"/>
<b>Undersøkelsesspoengsum vurdering, del I</b> (sumtotal maks. 14 poeng)	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
12 poeng eller mer: Normal - ikke i faresonen - ikke nødvendig å gjennomføre vurderingen, del II 11 poeng eller mindre: mulig underernæring - fullfør vurderingen, del II	
Vurdering, del II	
<b>G Bor i egen bolig (ikke på alders/sykehjem eller sykehus)</b> 1 = ja      0 = nei	<input type="checkbox"/>
<b>H Bruker mer enn tre typer reseptbelagte medisiner pr dag</b> 0 = ja      1 = nei	<input type="checkbox"/>
<b>I Trykksår eller hudsår</b> 0 = ja      1 = nei	<input type="checkbox"/>
<b>J Hvor mange fullstendige måltider spiser pasienten pr dag?</b> 0 = 1 måltid 1 = 2 måltider 2 = 3 måltider	<input type="checkbox"/>
<b>K Utvalgte markører for proteininntak</b> • Minst en porsjon melkeprodukter (melk, ost, yoghurt) pr dag      ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> • To eller flere porsjoner belgfrukter eller egg pr uke      ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> • Kjøtt, fisk eller kylling/kalkun hver dag      ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> 0.0 = hvis 0 eller 1 ja 0.5 = hvis 2 ja 1.0 = hvis 3 ja	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
<b>L Spiser to eller flere porsjoner frukt eller grønnsaker pr dag?</b> 1 = ja      0 = nei	<input type="checkbox"/>
<b>M Hvor mye væske (vann, juice, kaffe, te, melk...) inntas pr dag?</b> 0.0 = mindre enn 3 kopper 0.5 = 3 til 5 kopper 1.0 = mer enn 5 kopper	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
<b>N Matinntak</b> 0 = ikke i stand til å spise uten hjelp 1 = spiser selv med noe vanskeligheter 2 = spiser selv uten vanskeligheter	<input type="checkbox"/>
<b>O Eget syn på ernæringsmessig status</b> 0 = ser på seg selv som underernært 1 = er usikker på ernæringsmessig tilstand 2 = ser ikke på seg selv som underernært	<input type="checkbox"/>
<b>P Hvordan vurderer pasienten sin egen helsetilstand sammenlignet med mennesker på samme alder?</b> 0.0 = ikke like bra 0.5 = vet ikke 1.0 = like bra 2.0 = bedre	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
<b>Q Overarmens omkrets (OO) i cm</b> 0.0 = OO mindre enn 21 cm 0.5 = OO 21 til 22 cm 1.0 = OO mer enn 22 cm	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
<b>R Leggomkrets (LO) i cm</b> 0 = LO mindre en 31 cm 1 = LO 31cm eller større	<input type="checkbox"/>
<b>Vurdering, del II (maks. 16 poeng)</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
<b>Undersøkelsesspoengsum, vurdering, del I</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
<b>Totalvurdering, del I + del II (maks. 30 poeng)</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
Gradering av underernæringsstilstand	
17 til 23.5 poeng	<input type="checkbox"/> i fare for underernæring
Mindre enn 17 poeng	<input type="checkbox"/> underernært

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2006;10:456-465.

Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Gerontol 2001;56A: M366-377.

Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.

© Nestlé, 1994, Revision 2006. N67200 12/99 10M  
For more information : www.mna-elderly.com