

UNIVERSITETET I
NORDLAND

Kandidatnr: 16

Emnekode: SY180H 000

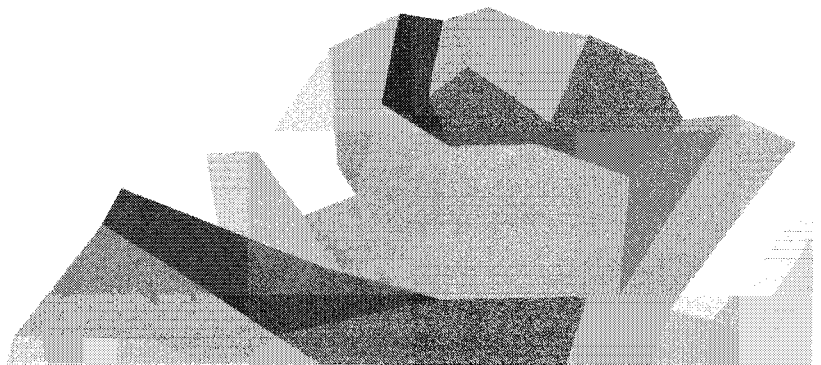
Emnenavn: Bacheloroppgave i sykepleie

Oppavens tittel: Eldre og ernæring i sykehjem.

Dato: 26.10.2012 kl 14.00.

[Osvoll, Vibeke]

www.uin.no



Det er ingen skam å bli gammel,

Og bli svimmel og gå med støkk.

Det er ingen skam å erkjenne

At kroppen har snart fått nok.

Det er ingen skam at du glemmer,

Det er jo en del av ditt liv,

En del av prosessen å eldes;

En fødsel i nytt perspektiv.

Det er ingen skam å få eldes

Og sitte med minner fra før.

Det er ingen skam å bli gammel,

Det vet du den dagen du dør. (ukjent)



Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	1
1.0 INNLEDNING.....	3
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	3
1.2 Tema og problemstilling	4
1.3 Avgrensning.....	4
1.4 Oppgavens formål.....	4
2.0 METODE.....	4
2.1 Metodevalg.....	5
2.2 Metodekritikk.....	5
2.3 Kildekritikk.....	6
2.4 Forberedelse av intervjuet.....	6
2.4.1 Gjennomføring av intervjuet.....	6
3.0 TEORI.....	7
3.1 Ernæring og aldring.....	7
3.2 Fysisk aktivitet, forebygging og livskvalitet.....	11
3.3 Omsorg.....	14
3.3.1 Forskjellige perspektiver på omsorg.....	15
3.4 Kari Martinsen.....	16
3.5 Lover og forskrifter.....	17
4.0 DRØFTING:.....	18
4.1 Måltidsrutiner og nattefaste.....	18
4.2 Hva ser øyet?.....	21
4.3 Duker og stearinlys.....	23

5.0 KONKLUSJON.....	28
6.0 LITTERATURLISTE.....	29

VEDLEGG:

Vedlegg 1. Tillatelse til innhenting av data

Vedlegg 2. Søknadsbrev til informant

Vedlegg 3. Intervjuguide

Vedlegg. Registreringsskjema for Bacheloroppgave i sykepleie

INNLEDNING

Oppgaven inneholder 9897 ord.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har valgt dette temaet fordi jeg er opptatt og interessert i ernæring til eldre mennesker. Jeg har arbeidet en del med eldre mennesker og har erfaring hva det vil si at de ikke spise nok og blir underernærte. Jeg har opplevd at det er veldig mange timer mellom kveldsmaten og frokosten, og lurer da på om dette kan ha noen sammenheng med at mange eldre i sykehjem taper vekt. Jeg har opplevd at noen av brukerne våkner kort tid etter at de har sovnet på kvelden, og at de da kan være veldig urolige. Jeg ønsker å ta med i oppgaven hva dårlig munn- tannstell kan ha å si for ernæringen, og likeså hva lite aktivitet også kan ha å si. Ved dårlig tann- munnstell kan det være at de eldre har sår i munnen eller at gebisset har blitt for stort ettersom de eldre har gått ned en del i vekt. Når jeg nevner aktivitet mener jeg at det er viktig blant annet at mage- tarm systemet er i god funksjon til å ta imot maten de eldre spiser, og med å være i litt aktivitet trenger kroppen mer mat og kanskje føler de seg mer trette på kvelden slik at de får sove bedre om natten. Vil også ta opp noen problemområder som kan komme av medisiner og da for eksempel matlyst og smakssans. De eldre får ofte forskjellige medisiner for sine sykdommer og plager og dette kan være en medvirkende årsak til at matlysten blir redusert og at smaken forandrer seg slik at maten ikke smaker like godt som den gjorde tidligere. Da jeg tidligere har arbeidet litt på sykehjem og også hatt noe av min praksis der har jeg lagt merke til at det er behov for forbedringsarbeid på sykehjemmet. Dette er viktig for å få bedre kunnskap, slik at vi sammen kan gi de eldre et bedre tilbud innen ernæring.

Jeg håper med denne studien å finne nye og gode løsninger på de områder jeg har beskrevet tidligere. I boka *Klinisk sykepleie* av Almås (2001) står det at sykdommer kan komme av mangelfullt kosthold. Hvis en person som har hatt mangelfullt kosthold, eller blitt underernært og får en sykdom vil han bruke lengre tid til å bli friske igjen, og risikoen for komplikasjoner vil øke (Almås 2001).

1.2 Tema og problemstilling

Tema: Eldre og ernæring i sykehjem

Problemstilling: Hvordan kan sykepleiere forebygge underernæring hos eldre i sykehjem?

1.3 Avgrensning

I oppgaven har jeg valgt å ta for meg begge kjønn i sykehjem. Ønsker å forholde meg til ernæring, problemer i munn og svelg, aktivitet og medisiner som vil ha stor betydning for ernæring. Jeg ønsker å ta for meg hvordan sykepleiere kan forebygge underernæring, hva som kan skje dersom de eldre blir underernært, men jeg vil ikke komme inn på hvordan vi behandler underernæring.

1.4 Oppgavens formål

Mitt formål med denne oppgaven er å få større fokus på ernæring til eldre i sykehjem. Ernæring er et tema som er veldig aktuelt og blir frontet en del i media. Jeg ønsker å bevisstgjøre hvor viktig det er at sykepleiere har gode kunnskaper om ernæring til eldre, slik at de får en verdig eldreomsorg. Samtidig ønsker jeg å få nye kunnskaper som jeg kan bruke i mitt arbeid som sykepleier, og som jeg håper jeg kan videreføre til andre. Samtidig være en bidragsyter for å øke kvaliteten på tjenestene.

2.0 METODE

Metode sier noe om hvordan vi kan gå frem for å skaffe kunnskap eller å etterprøve kunnskapen. For at vi skal få gode data og få frem våre spørsmål på en faglig og interessant måte er det derfor viktig at den riktige metoden blir valgt (Dalland 2007). I Dalland blir Vilhelm Auberts definisjon på metode sitert slik:

En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme fram til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder (Dalland 1985: 196).

Kvalitativ metode er en metode som tar sikte på, å ta opp mening og opplevelse som ikke kan måles eller tallfestes. Det benyttes kvalitative orienterte metoder for å få data som kan karakterisere et fenomen. Forskere som bruker kvalitativ metode kalles ”tolkere”. En ting vi må være oppmerksom på, er at i kvalitative undersøkelser er noen elementer av kvantifisering, og at mange kvantitative forskere tolker sitt materiale. Forskjellene på disse metodene er i første rekke knyttet til hvordan dataene blir samlet (Dalland 2007).

Kvantitativ tilnærming er strukturert og systematisk. Den gir informasjon i målbare enheter som gjør at vi kan foreta regneoperasjoner der det er mulig og finne gjennomsnitt og prosent av større mengde. Kvantitativ metode blir ofte satt opp i kontrast eller motsetning til de kvalitative. I Dalland blir de som bruker kvantitative data beskrevet som ”tellere” (Dalland 2007).

2.1 Metodevalg

I denne oppgaven har jeg valgt å bruke kvalitativ metode. Jeg vil bruke intervju for innsamling av data. Dette for å belyse informantens syn på problemstillingen jeg har valgt. Jeg skal intervju en sykepleier. Målet med det kvalitative forskningsintervju er å få tak i informantens egen beskrivelse av den livssituasjonen de eldre på sykehjemmet befinner seg i. Det finns 12 aspekter ved forståelsesformen i det kvalitative forskningsintervju i følge Kvale (1997:39).

Når vi ser på disse aspektene er det nødvendig å presisere at de ikke er ulike intervju. Ved det samme intervjuet handler det om ulike sider. Det kvalitative intervjuet tar sikte på å få frem nyanserte beskrivelser av intervjupersonens situasjon de befinner seg i. For at beskrivelsene skal bli så dekkende som mulig er det nødvendig å stille utfyllende spørsmål. Derfor er det viktig at vi som intervjuer følger godt med på det som blir sagt slik at informanten får den nødvendige oppfordringen til og best mulig gi svar på våre spørsmål (Dalland 2007).

2.2 Metodekritikk

Ved kvalitative intervju er det viktig å komme med gode oppfølgingsspørsmål for at informanten skal kunne gi en best mulig dekkende beskrivelse (Dalland 2007). Hvis jeg hadde hatt bedre kunnskap om emnet da jeg laget intervjuguiden ville jeg kunne stilt flere utfyllende spørsmål under intervjuet. Dette kunne ha åpnet for at informanten kunne kommet med eksempler om personlige erfaringer. Dette kunne gitt mer ”liv” i oppgaven. Mine øyne, kunnskap og tanker styrer hele prosessen fra spørsmål til tolkning og drøfting.

2.3 Kildekritikk

For å belyse og drøfte min problemstilling ligger det kunnskap i form av intervju, litteratur og egne erfaringer. Jeg har benyttet meg av pensumlitteratur tilhørende bachelorstudiet i sykepleie. I tillegg har jeg brukt selvvalgt litteratur som var aktuell for mitt valg av tema. Noen forskningsartikler er hentet fra Sykepleien.no. Av selvvalgt litteratur vil jeg nevne, Sortland (2011) Ernæring- mer enn mat og drikke og Bondevik og Breivik (2012) Tverrfaglig geriatri som jeg har hentet mye litteratur fra.

2.4 Forberedelse av intervjuet

Det første jeg gjorde var å få lærerveileder til å godkjenne skjemaet med tillatelse for å innhente data (vedlegg 1). Laget så skjema til informanten om forespørsmål om intervju (vedlegg 2). Siden dette var et kvalitativt intervju laget jeg en intervjuguide, som jeg sendte lærerveileder. Jeg forandret litt på spørsmålene etter rettleiding fra veileder. Denne ble så godkjent og sendt til informant (vedlegg 3). Det ble i denne søknaden informert om at alle personlige data ville bli slettet etter avsluttet oppgave. Jeg har fått samtykke fra informanten om å delta i intervjuet. Vedlegg 1 om tillatelse om innhenting av data ble levert og underskrevet av leder for enheten. Båndopptaker ble brukt og alt vil bli slettet når oppgaven er levert.

2.4.1 Gjennomføring av intervjuet

Mottagelse: Intervjuet ble gjort på et hotell i et flott møterom. Jeg ble veldig godt mottatt. Vi møttes utenfor hotellet etter avtalt tid, og informanten var på plass i god tid sammen med meg. Først snakket vi litt om hennes jobb, og hva hennes oppgave var.

Stemningen: Møterommet var lite og koselig. Friske farger på vegger og inventar og duker på bordene som også var pyntet med blomster og stearinlys. Det var tepper på gulvene og fine dekorative malerier på veggene. Informanten og jeg var alene i rommet, jeg stilte spørsmål og brukte båndopptaker. Vi satt i en rød mønstret sofa som var plassert i et hjørne. Informanten fant frem drikke som vi skulle ha under intervjuet. Hun hadde laget seg notater på spørsmålsguiden hun hadde fått tidligere. Informanten var blid og hyggelig under intervjuet. Hun virket interessert i temaet som ble diskutert. Diktafonen ble stoppet en gang da informanten ville diskutere noe med meg underveis. Etterpå ble den satt på og vi hadde en god dialog under hele intervjuet.

Avslutningen: Diktafonen ble stoppet etter avsluttet intervju som varte i cirka 45 minutter. Jeg takket for meg og gav informanten en blomst jeg hadde kjøpt som takk for at jeg fikk lov til å intervju henne.

Transkribering: Samme dag som intervjuet ble gjort transkriberte jeg hele intervjuet. Dette fordi jeg synes det var lettere når jeg hadde det så friskt i minnet.

3.0 TEORI

Jeg har valgt å skrive om ernæring og aldring, aktivitet, livskvalitet, forebygging og omsorg. Samt aktuelle lover og forskrifter.

3.1 Ernæring og aldring

Sortland (2011) skriver i boka at når man blir gamle skjer det en del forandringer i kroppen. Dette kan få betydning for kosthold og ernæringsstatus. Muskelmassen reduseres og dette er den viktigste årsaken til at basalstoffsiftet og energibehovet avtar med alderen. Muskelmassen begynner å avta i 30-årsalderen, og i 70-80 års alderen er tapet av muskelmasse 40-50 %. Tap av kalsium fra skjelettet øker med alderen, og beintettheten i skjelettet avtar fra 40-årsalderen.(Sortland 2011). Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring anbefaler dokumentasjon om ernæringsstatus (Helsedirektoratet 2010).

Mange eldre kan ha for lavt matinntak, og dermed være i risikogruppen for underernæring. Den normale aldringsprosessen gjør at biologiske, psykologiske og sosiale forandringer får betydning for ernæringsstatus og kosthold. Men det er store forskjeller fra menneske til menneske, noe som gjør det vanskelig å kvantisere betydningen av de enkelte faktorene (Bondevik og Nygaard 2012). I boka Sortland (2011) står det at Nordiske næringsrekommandasjon anbefaler at det ikke går for lang tid mellom kveldsmaten og frokosten (Sortland 2011).

Appetitt reguleres fra to sentre i hypotalamus (Sortland 2011). Dårlig appetitt hos eldre kan ha forskjellige årsaker som, psykologiske, medisinske, fysiologiske, sosiale eller miljømessige årsaker (Bondevik og Nygaard 2012). Flere av sansene blir dårligere med årene. Luktensansen og smakssansen er noen av disse. Dette fordi at antall smaksløker blir redusert, men også fordi terskelen for mat endres (Sortland 2011).

Det skjer også endringer i fordøyelsessystemet som svelgproblemer, tap av tenner, dårlig tilpasset tannprotese som kan føre til problemer med tyggingen. Mange eldre kan ha problemer med tannråte(karies), som er en kombinasjon av dårlig tannstell i tidligere år, og at tennene blir slitte slik at emaljen forsvinner. De kan også ha infeksjoner i munnen (Sortland 2011). Smerter og infeksjoner i munnregionen kan gi problemer i forbindelse med inntak av mat og drikke, og dette kan føre til underernæring og dehydrering (Bondevik og Nygaard 2012). Lavt væskeinntak kan gi munntørhet, og bivirkninger til medikamenter kan gjøre tygging og svelging vanskeligere. Spyttet i munnen har betydning for bakterievekst, og munntørhet gjør at det er større sjanse for å få infeksjon. Tørstefølelsen reduseres med alderen, og dette kan gjøre at væskeinntaket blir mindre. Det kan være svelgproblemer, sykdom eller redsel for inkontinens som er noen av årsaken til dette. Det kan også være at noen glemmer å drikke, eller ikke klarer å drikke alene uten hjelp (Bondevik og Nygaard 2012).

Når de eldre har dårlig tannstatus eller tyggefunksjon kan de ha behov for moset eller findelt mat. Under tilberedning av mat reduseres ofte fiberinnholdet, og i tillegg tappes findelt og moset mat for vitaminene C og E (Bondevik og Nygaard 2012).

Hos eldre reduseres sekresjonen av fordøyelsesvæsker med enzymer fra mage og tynntarm. Dette gjør at det går langsommere å fordøye maten, og som igjen fører til at de eldre ikke tåler alle typer mat lenger. Dette kan også gi seg utslag i økt gassproduksjon (Sjøen og Thoresen 2008).

Det kan være flere årsaker til dårlig appetitt. Det kan være sykdommer og andre påkjenninger i livet som gjør at det blir vanskelig å spise. Dersom dette varer lenge vil det få helsemessige konsekvenser. Syke pasienter har et økt behov for energi og proteiner. Det kan være mange grunner til at matlysten blir dårlig som, kvalme, smerter, slapphet, angst, sorg, ensomhet og depresjon (Almås 2008).

I boka Sortland sier hun at det er nødvendig med dokumentasjon av ernæringsstatus (Sortland2011). Vi må se og snakke med pasienten for å finne årsaken til det manglende matinntaket (Blix og Breivik 2006).

Når basalstoffskiftet synker trenger kroppen mindre energi for å opprettholde de ulike fysiologiske prosessene. I tillegg avtar den fysiske aktiviteten, og reduksjonen i basalstoffskiftet er hovedårsaken til at ernæringsbehovet synker med alderen. Kroppen har mindre behov for energi, men behovet for næringsstoffer er derimot uendret. Det blir større krav til matens ernæringsmessige kvalitet jo mindre mat de eldre spiser. Når aktivitetsnivået blir nedsatt er dette uheldig fordi aktivitet, i tillegg til å øke energibehovet og matlysten, styrker beinbygging og muskulatur (Bondevik og Nygaard 2012). Det beste tiltak mot ernæringsproblemer hos eldre er en riktig sammensatt kost, kombinert med fysisk aktivitet. Eldre må sikres tilstrekkelig næringstilførsel gjennom en energi- og næringstett kost når energibehovet blir redusert. Ved å gi energi- og næringstettet kost menes å øke fettinnholdet i kosten samtidig som de får flere måltider per døgn. Hos eldre er det gjennomsnittlige daglige energibehovet 25 kcal/kg eller 0,1 MJ/kg kroppsvekt. Hos eldre stillesittende bør det ikke ligge under 24 kcal/kg kroppsvekt (Bondevik og Nygaard 2012).

I en studie av Zahra Ebrahimi og Helle Wijk (2009) blir det lagt vekt på nattfastens lengde. Da menes fra siste måltid på kvelden/natten og første måltid på morgenen. I studien blir det konkludert med at kombinasjonen av underernæring og nattfastens lengde påvirker de Eldres livskvalitet negativt og at livskvalitet hos eldre kan forbedres med å korte ned på nattfastens lengde (Zahra Ebrahimi og Helle Wijk 2009). I en studie fra sykepleien (2011) der pasienter fikk flere måltider per dag bidro dette til at de eldre med ernæringsproblemer spiste mer (Jonsvik, Sørland og Wibe 2011). En nasjonal kartleggingsundersøkelse er gjort av Aagaard(2010) der det kom frem at de eldre må få spise mer frukt og at nattfastens lengde var for lang i forhold til anbefalte retningslinjer (Aagaard 2010).

Pleiepersonalets holdninger, bevissthet og ansvarlighet har stor betydning for at eldre skal få dekket sitt ernæringsbehov. En medvirkende faktor til at ernæringsstatus forringes ved innleggelse i institusjon er manglende kunnskap, interesse og oppmerksomhet blant helsepersonell om ernæringsstatus og energibehov (Sortland 2011).

I tillegg til at den fysiske aktiviteten ofte avtar med årene, er reduksjonen i basalstoffskiftet hovedsaken til at behovet for energi, og dermed behovet for mat, synker med alderen. Referanseverdien for KMI er foreslått noe høyere for de over 65 år enn de andre voksne. Det vil være et tegn på høyt innhold av muskelmasse, noe som er bra for funksjonsevnen å ha en KMI- verdi mellom 24 og 29kg/m² (Sortland 2011).

En KMI- verdi hos eldre på under 22kg/m² kan være et tegn på underernæring. Helsedirektoratet har de samme anbefalingene til de eldre som til resten av befolkningen angående de energigivende næringsstoffene (Sortland 2011).

Funn etter en studie viser at det spesielt var enumettede fettsyrer de eldre får for lite av. For å sikre seg at de eldre får mer enumettet og flerumettet fett kan man ha olivenolje eller rapsolje i grøter som et mellommåltid eller servere dem avokado som er lett å tygge og rik på enumettet fett (Sortland 2011).

Helsedirektoratet anbefaler at totalt sett bør karbohydrater utgjøre 35-55 % av energien i kosten til syke og eldre i institusjon og til eldre som har nedsatt appetitt og allmenntilstand. Hvis næringsinntaket er lavt, og det er risiko for underernæring bør fett bidra med >35 energiprosent. Inntaket av proteiner bør være 15-20 % av energiinntaket til eldre i syke- og aldersinstitusjoner og til eldre med nedsatt allmenntilstand og appetitt. Proteinbehovet synker med alderen som følge av at proteinmengden i kroppen blir mindre, og det er delte meninger om de eldre har et større behov for proteiner enn de yngre. Men når proteinbehovet er lavt må andelen av proteiner i kosten økes for at behovet for de essensielle aminosyrer blir dekt (Sortland 2011).

Som kjent synker energibehovet med alderen, men behovet for essensielle næringsstoffer blir ikke mindre. Dette betyr at behovet for mineraler og vitaminer per energienhet er større hos eldre enn hos yngre mennesker. Dette betyr at det er mindre rom for å spise mat som inneholder mye energi og lite næringsstoffer. Er kostholdet magert har det stort sett høyere innhold av vitaminer og mineraler enn et kosthold med mye fett. Dette gir en god grunn til at eldre bør følge anbefalinger om å spise mindre fett når de ikke er i risikoen for å utvikle underernæring. Ved å spise små og hyppige måltider økes absorpsjonen av næringsstoffer. Det anbefales å spise minimum fire faste hovedmåltider per døgn, og i tillegg 1-2 mellommåltider (Sortland 2011).

Behovet for tilskudd av D- vitamin øker når man blir eldre. De eldre er mye sjeldnere ute og dette gjør at de ikke får mulighet til å få dekket behovet der. I tillegg blir nyrenes omdannelse av vitamin D til den fysiologiske aktive formen mindre effektiv med alderen. Det er gjort en studie som viser at eldre i sykehjem hadde veldig lavt inntak av vitamin D ved alle kostregistreringene, men etter å ha spist ovnsbakt ørret var vitamininntaket tilfredsstillende (Sortland 2011).

Hvis eldre har lav vitamin D- status, kan dette gi behov for sykehjem og til økt dødelighet. For å få sterk beinbygning er det nødvendig med et variert kosthold med magnesium, kalsium, fosfat og vitamin A. Ved stor mangel på vitamin D kan muskelstyrken bli svekke, noe som gir økt falltendens, myke knokler, og større risiko for å få osteoporose og brudd. Det er anbefalt at eldre over 60 år skal spise 10µg vitamin D daglig. Dette betyr at de fleste eldre bør spise mer fet fisk, som kveite, laks, ørret, makrell, sardiner, torskelever og torskerogn. Tran dekker behovet for vitamin D (Sortland 2011). Ved nedsatt absorpsjon kan man være utsatt for å få for lite jern, kalsium, sink og magnesium i seg. Og eldre som har en dårlig regulert diabetes mellitus eller som spiser lite har også økt risiko for krommangel. Poteter og grønnsaker er rike på vitamin C og bør inngå som en naturlig del av middagsmåltidet. "Fem om dagen" gjelder for de eldre også. For de eldre som har tygge- og svelgvansker kan de få servert appelsinjuice eller smoothies daglig for å få i seg disse vitaminene (Sortland 2011).

3.2 Fysisk aktivitet, forebygging og livskvalitet

Sammenhengen mellom fysisk aktivitet og helse er godt dokumentert (Sortland 2011). De eldre som beveger seg lite kjenner og opplever ikke sultfølelsen på samme måte som de gjorde før. Derfor er det veldig viktig at de ikke overstiger mer enn 12 timer mellom kvelds/natt mat og frokost. Nordiske næringsrekommandasjon anbefaler at det ikke går mer enn 11 timer mellom disse måltidene. Det er viktig at kosten i aldersinstitusjoner har en høy næringsverdi og at de eldre får spise noe av det de selv ønsker og at deres matkultur blir sett og hørt (Sortland 2011).

De eldre bør også få være med på matstellet og bli hørt hva de ønsker på menyen i deres institusjon. For de eldre er mat så mye mer enn næring, og iser for de som bor i institusjon der det ofte ikke er så mye som skjer. Derfor kan middagen være dagens høydepunkt for mange eldre. Måltidet for de eldre er viktig med tanke på trygghet, glede, ensomhet, trøst, tilhørighet og kjærighet. Derfor kan vi se på måltidet som en behandlingsform og en omsorgsfunksjon (Sortland 2011). Det er sykepleierens ansvar å ta vare på pasientenes grunnleggende behov (Blix og Breivik).

Det å få sitte sammen med venner og familie når man spiser kan være med på at de spiser mer. Hvis de må sitte på rommet alene kan de bli ensomme. Derfor er det å foretrekke at de sitter sammen og får være sosial. De kan da utvikle vennskap (Sortland 2011).

Det skal være en hyggelig atmosfære ved bordet rundt måltidene, og dette vil da føre til velvære for den enkelte slik at appetitten øker og stimulerer både fordøyelsen og opptak av næringsstoffer i kroppen (Sortland 2011). I nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring er det nevnt om individrettet tiltak for personer som er i risikoen for underernæring (Helsedirektoratet 2010).

Å hjelpe den/de eldre som har behov for det under måltidet er ett av sykepleierens ansvarsområder, likeså at det er sykepleierens ansvar å opprettholde et helsefremmende miljø. Noen eldre kan ha følelsesmessige eller funksjonelle problemer som problemer med å tygge, skjelvende hender, nedsatt hørsel eller problemer å spise sammen med andre. Hvis noen ønsker å spise alene bør vi respektere dette (Sortland 2011). Vi må passe på hvordan de eldre sitter ved bordet når de skal spise, slik at det ikke blir noen hindringer for dem under måltidet. Det må settes av god tid under måltidene, slik at vi unngår stress og er rolig under måltidet. Hvis appetitten er dårlig er det ekstra viktig at spisemiljøet er slik det bør være.

Behovet for ernæring er et grunnleggende behov. Sykepleieren er ansvarlig for at pasienten får dekket dette behovet (Sortland 2011). Duk på bordene, stearinlys, blomster på bordene og frisk luft er med på å skjerpe appetitten. Det å sitte sammen i små grupper under måltidene er bedre enn å sitte i store grupper. Når det er sykdom og behandling skal mat sees på som omsorg og behandling. Målet for sykepleien er å sørge for at de eldres egne rehabiliterende krefter kan virke best mulig, og at forholdene er lagt til rette for dette (Sortland 2011).

I aldersinstitusjonene bør vi prøve så godt det lar seg gjøre å følge måltidsmønsteret de eldre hadde hjemme. Etter ernæringsmessige synspunkt kan det være en fordel å servere middagsmaten senere på dagen enn på den tiden den blir servert i dag. Det er viktig at de eldre har et mat tilbud slik at det ikke blir for lang tid mellom kvelds/nett maten og til frokosten. De eldre bør ha minst 4 stykker faste måltider og 1-2 stykker mellommåltider i døgnet. Det kan også være noen av de eldre som ønsker å få vin, øl eller konjakk servert, og dette bør de få mulighet til (Sortland 2011). I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011) står det blant annet, at sykepleieren respekterer pasientens rett til å foreta valg (Norsk sykepleierforbund 2011).

Ernæringsstatus sier noe om i hvilke grad det fysiologiske behovet for næringsstoffer er fylt opp. Som om at inntak og forbruk er i ballanse, og om det er overskudd eller mangel på næringsstoffer. Det kan være at kroppen har nok av noen næringsstoffer, for så å ha for lite av noen. Hvis de eldre blir underernærte kan dette få alvorlige konsekvenser for de eldres allmenntilstand og livskvalitet. Noe som kan skje er at de har økt falltendens, redusert bevegelighet, depresjon, apati, nedsatt immunforsvar og forsinket sårheling (Sortland 2011). Det kan også føre til flere postoperative komplikasjoner, lengre mobiliseringstid, økt liggetid og økt bruk av ressurser som kan være med på å gi økonomiske konsekvenser. De underernærte kan ledsages av svakhet, sløvhets, tretthet, anemi og svekket immunforsvar på grunn av mangel på næringsstoffer. Urinveisinfeksjoner og lungebetennelse oppstår raskt når de er kommet så langt. (Sortland 2011). I nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring står det at: ”vurdering av ernæringsmessig risiko skal gjøres ved alle innleggelser i sykehjem og sykehus. Det anbefales å bruke flere alternativer for å kartlegge dette” (Helsedirektoratet 2010). En artikkel skrevet av Mowe (2008) står det om ernæring kan forebygge eller dempe utviklingen av Alzheimers sykdom (Mowe 2008).

Det er gjort studie om grupper som er mest utsatt for å utvikle ernæringsproblemer, de eldre, de med dårlig fysisk funksjon, eldre som nylig er blitt alene, kvinner mer enn menn, og mennesker som er ensomme. En annen studie viser at eldre i sykehjem, og eldre som mottar hjelp fra hjemmetjenesten er utsatt for underernæring. En av årsakene kan være at det går for lang tid mellom kveldsmat og frokost. Helsepersonell og de eldre selv tror at de som oftest får i seg nok næring, selv om dette ofte ikke stemmer (Bondevik og Nygaard 2012). Et magasin fra Helsedirektoratet (2012) skriver at et sykehjem i Rokilde utarbeider en modell for opplæring av sykehjemspersonell der målet er å øke pasientenes livskvalitet (Helsedirektoratet 2012). Det vil være viktig å ha stor kunnskap om de eldres ernæringsbehov og hvilke rolle ernæringen har i aldringsprosessen, for det helsefremmende og forebyggende arbeidet (Bondevik og Nygaard 2012). Fysisk aktivitet og trening gir størst gevinst for de eldre. Uansett alder og fysisk og mentalt funksjonsnivå har mennesker behov for å være i fysisk aktivitet (Bondevik og Nygaard 2012).

Livskvalitet er et begrep som refererer til hvordan mennesker opplever eller vurderer kvaliteten på livet som helhet eller som forskjellige sider ved livet. Vi refererer ordet livskvalitet med å ha det godt. I følge Næss (2011) er det å ha det godt betinget av å ha gode følelser og positive vurderinger av eget liv og fravær av vonde følelser (Blix og Breivik 2006).

Livskvalitet er en subjektiv opplevelse som handler om opplevelsen av hvordan en har det med seg selv og sine omgivelser. Noe som er stor betydning er psykososiale forhold som følelse av tilhørighet og av hvilken grad en mestrer livssituasjonen i dagliglivet (Blix og Breivik 2006). Livskvalitet og helse vil påvirkes av de fysiologiske endringene som skjer ved økende alder. Forskere mener det ikke er alder alene som fører til lavere livskvalitet, men redusert helse som følge av redusert fysisk funksjon. Derfor ser det ut til at det er viktig å opprettholde den fysiske formen. Flere studier har vist at trening øker livskvaliteten til de eldre (Bondevik og Nygaard 2012). Det har blitt utført en undersøkelse (Levekårsundersøkelse 1998) som viste at 63 % av de over 67 år vurderte sin helse som god eller meget god til tross av sine sykdommer og plager. Disse resultatene understreker betydningen av ikke bare å kartlegge tilstedeværelse av sykdom for å vurdere menneskets livskvalitet, men også kartlegge hvordan mennesket opplever sitt eget liv totalt sett (Rustøen 2009).

Mange mennesker sier de har en god helse selv om de har en kronisk sykdom eller funksjonshemming. Dette viser at helsen ikke trenger å være perfekt for at en kan ha det bra (Hjort 2010). Livskvalitet kan kartlegges ved med hjelp av blant annet spørreskjema (Rustøen 2009).

3.3 Omsorg

Omsorg for andre er en grunnleggende verdi i sykepleien og i andre helsefaglige yrker. Når vi hører ordet omsorg tenker vi omtenksomhet, det å bekymre seg for noen eller bry seg om noen (Eide og Eide 2008).

Omsorgsprofesjonalitet er delt inn i tre elementer, empati, målorientering og fagkunnskap. Dette gir en forutsetning for god, profesjonell kommunikasjon og omsorg der disse elementene henger nøye sammen (Eide og Eide 2008).

Omsorgsrasjonalitet er inndelt i tre aspekter, fornuft, følelse og etikk. Disse utgjør grunnlaget for hjelpende kommunikasjon (Eide og Eide 2008).

Omsorgstemporalitet er delt inn i tre begreper, fortelling, håp og tilknytning. Disse tar for seg, fortid, nåtid og fremtid (Eide og Eide 2008).

3.3.1 Forskjellige perspektiver på omsorg.

Om omsorg sier Martinsen at det er et grunnleggende fenomen ved den menneskelige eksistens og menneskelig samhandling. Dette utgjør også grunnlaget for sykepleie. Omsorg er det mest naturlige og grunnleggende i menneskets eksistens. Dette viser seg på måten vi arbeider på og på hvordan vi forholder oss til ting og redskaper rundt oss. Omsorg er hvordan vi tar vare på hverandre i det daglige og hvordan vi forholder oss til hverandre (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2008).

Martinsen sier:

Omsorg har med forståelse å gjøre, en forståelse jeg tilegner meg gjennom å gjøre ting for og sammen med andre. Vi utvikler felles erfaringer, og det er de situasjoner vi har erfaring fra vi kan forstå. På den måten vil jeg forstå den andre gjennom måten han forholder seg til sin situasjon (Eide og Eide 2008).

For at omsorg skal være ekte må man forholde seg ut fra hvilken sinnstemning han er i, hans situasjon, og i dette ligger det gjensidighet som er utviklet gjennom det å arbeide sammen i en praktisk arbeidssituasjon. Omsorg er et forhold, en relasjon mellom minst to mennesker. Martinsen skiller mellom to slags omsorgsrelasjoner der hun kaller den ene for balansert gjensidighet der gjensidigheten kjennetegnes av likeverdige forhold der begge parter gir og mottar. Og den andre blir kalt uegennyttig gjensidighet der den ene parten sørger for den andre uten å få noe tilbake (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2008).

Martinsen sier at i yrkessammenheng er det omsorgsarbeidet som utgjør grunnlaget for forståelsen av sykepleie. Omsorgsarbeid kan betegnes som forskjellige virksomheter som har til oppgave å ta vare på mennesker som ikke kan ta vare på seg selv, og der omsorg som kvalitet er til stede i forholdet til dem det skal sørges for. Martinsen sier at omsorg er som en grunnholdning og en generell tilnæringsmåte, der den fundamentale verdien er ansvaret til den svake. Om vedlikeholdsomsorgen sier hun at det ikke er noe mål at mottakeren skal bli selvhjulpent og uavhengig, men at målet er å holde et visst funksjonsnivå og å unngå forverring. I pasientens her og nå situasjon er målet i pleiesituasjonen å gjøre det så godt som mulig for pasienten. Omsorgen tar sikte på at pasienten skal ha det bedre, at livsmotet øker og at de helbredende kreftene får virke (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2008). Det å kunne se åpent og liketil på den ene siden og faglig utforskende og vurderende på den andre siden. Eller å se med hjertets øye (Martinsen 2000).

Omsorg er et forhold - en relasjon mellom minst to mennesker. Martinsen skiller mellom to omsorgsrelasjoner, balansert gjensidighet og uegennyttig gjensidighet. Hun beskriver omsorg som en grunnholdning og en generell tilnæringsmåte, der det blir lagt størst vekt på at ansvaret for de svake (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2008).

3.4 Kari Martinsen

Kari Martinsen (født 1943) er en norsk sykepleier som har magistergrad i filosofi. Hun hadde emnet om sykepleiens historie i hennes magistergradsavhandling. Gjennom et langt forfatterskap har hun utviklet sin omsorgsfilosofi. Hun har vært professor i sykepleievitenskap ved Universitetet i Bergen og ansatt der siden 2002 (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2008).

Etter mange år fremstår Martinsen som en sentral skikkelse i debatter om sykepleie, og kunnskapsutvikling i sykepleie i Norge og også i Norden. En tradisjonell teoretisering av sykepleiefaget stiller hun seg kritisk til. Derimot legger hun stor vekt på betydningen av et nært samarbeid mellom sykepleiepraktikere og forskere. Da for å utvikle og tydeliggjøre forbilledlige eksempler fra praksis i sykepleien (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2008).

Gjennom et omfattende forfatterskap og et langvarig arbeid med faget har Martinsen utviklet sine tanker. Hennes teoretiske arbeider blir betegnet som sykepleiefilosofi, og dette understreker vekten på grunnleggende verdier som preger tenkningen og forfatterskapet. Hun var inspirert av flere filosofer blant annet grunnleggeren av den moderne fenomenologien Karl Marx og filosofen Edmund Husserl (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2008).

Hun ble senere inspirert av den danske moralfilosofen Uffe Juul Jensen og den tyske fenomenologiske filosofen Martin Heidegger. Hun vektlegger og utdyper i de seneste bøkene for det meste sykepleierens moralske side, i stor grad av den danske filosofen og teologen Knud Løgstrups tenkning. Martinsens forfatterskap dreier seg i denne delen om omsorgsetikk (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2008).

Martinsens måte å tenke sykepleie på tar opp grunnleggende spørsmål som er knyttet til menneskets natur og livsvilkår, og hvilke konsekvenser dette har for sykepleie som yrkesvirksomhet. Derfor fremstår hennes tenkning om sykepleie som overordnet og generell. Det som hun betegner som formålsrasjonalitet i moderne sykepleie tar hun avstand fra. I formålsrasjonaliteten ligger det blant annet at det er et overordnet mål at mennesket skal gjenvinne sin funksjon og selvstendighet. Hun mener at dette målet ikke kan utgjøre et grunnlag for sykepleien (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2008).

Hun fremhever at en ideologi som legger hovedvekten på egenomsorg ikke er forenlig med sykepleiens omsorgstradisjoner. Videre kritiserer Martinsen det hun kaller individualistiske menneskeoppfatninger, og hun tar avstand fra et menneskesyn som fremhever enkeltmennesket og enkeltmenneskets vekst på bekostning av fellesskapet og menneskets omsorg for hverandre. Hun legger i stedet vekt på en menneskeoppfatning som bygger på relasjoner mellom mennesker, der det menneskelige fellesskapet har en sentral plass (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2008).

3.5 Lover og forskrifter

Det er en del lover og forskrifter som styrer helse- og omsorgstjenestene i kommunene. Disse sier litt om verdighet og kvalitet i tjenestene.

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) (Lovdata 2012).

Lov om helsepersonell m.v.(helsepersonelloven)(Lovdata 2001).

Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasientrettighetsloven) (Lovdata 2001).

Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien) (Lovdata 2011).

Kvalitet i pleie- og omsorgstjenester (Sosial- og helsedirektoratet 2004).

Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten (2005-2015) (Sosial- og helsedirektoratet 2005).

Samhandlingsreformen- informasjon om ikraftsetting av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgsdepartementet 2011).

4.0 DRØFTING:

Intro til drøftningen: Etter å ha vært i praksis og i tillegg arbeidet på samme sykehjem har jeg blitt kjent med ernæringsrutiner, og observert hvordan ernæring gis ved dette sykehjemmet. I tillegg har jeg tatt med hva informanten forteller. Måltidsrutinene ved dette sykehjemmet er følgende:

4.1 Måltidsrutiner og nattefaste

Beboerne spiser for det meste sammen på en stor stue. Her er et stort rundt bord dekket på til alle måltider, og hvis det er beboere som har behov for skjerming kan disse få sitte sammen med de ansatte ved et annet bord. Det kan være at beboerne har svelgvansker, de kan hoste og dette kan virke genererende på enkelte av de andre beboerne. De beboerne som er for syke eller som av en eller annen grunn ikke ønsker å spise sammen med andre får måltidene servert på rommet. Men det blir prøvd å få så mange som mulig samlet til et felles måltid, da dette gjør at de eldre får mer sosial omgang med andre og at de får et fellesskap med beboerne og ansatte på sykehjemmet. De fleste av beboerne smører selv maten sin, men de får hjelp hvis de har behov for det.

Middagen kommer halvferdig fra kjøkkenet og må gjøres ferdig på avdelingen. Frokosten blir servert klokken ni på morgenen, middagen klokken tretten og kveldsmaten cirka klokken halv sju på kvelden. I tillegg er det kaffe klokken fire på ettermiddagen. Her kan de få kjeks eller en kake- bit å spise. Dette betyr i realiteten at det bare blir servert 3 måltider per dag på sykehjemmet. Dette er for få, og det er for mange timer mellom kveldsmaten og morgen maten. Det er over 14 timer mellom disse måltidene og det er alt for lenge.

Måltidsrutinene ved sykehjemmet er ikke helt i tråd med hva teorien anbefaler. I boka Sortland (2011) anbefaler den Nordiske næringsrekommandasjonen at det ikke går mer enn 11 timer mellom kveldsmaten og frokosten (Sortland 2011). Informanten forteller følgende: *”Det går ofte 14 timer mellom disse måltidene og at dette er alt for lang tid”*. Jeg har opplevd at det går veldig lang tid mellom kveldsmat og frokost og at beboerne ofte våkner på kveld/natt og er urolige.

Det kunne da vært en god ide å gi dem kveldsmaten senere eller å gi dem noe å spise når de våkner for å se om de blir roligere. Det kan være nyttig å gi ekstra måltider i sykehjem fordi det kan gi bedre matlyst (Sykepleien 2011).

I artikkelen om nattfastens lengde (2009) blir det nevnt at det er for lang tid mellom kveldsmat og frokost, noe som påvirker de eldre livskvalitet (Ebrahimi og Wijk 2009). At livskvaliteten blir dårligere mener jeg og. De får ikke den ernæringen kroppen har behov for, og det kan også være at de da ikke får sove godt nok om natten. Dette kan gjøre dem lite opplagt, og som igjen kan føre til at de ikke orker å spise. Dermed kommer de inn i en ond sirkel som kan være vanskelig å komme ut av.

Dessverre har jeg også opplevd at noen av nattevaktene ikke ønsker å gi mat senere på kvelden/natten fordi de mener at dette ikke trengs, og fordi de mener det skal være stille og mindre å gjøre på nattevakten.

Det anbefales at det er fire hovedmåltider per døgn og ett-to mellommåltider (Sortland 2011). På sykehjemmet er det bare tre hovedmåltider og to mellommåltider. Dette er etter min mening for lite og kan være en medvirkende årsak til at mange eldre taper vekt. Jeg har erfart at de eldre spiser lite til hvert måltid og da er det viktig at de får mange måltider i løpet av døgnet. Det har vært fokus på eldre og ernæring over lang tid, men jeg tror ikke det er så mye som blir gjort.

Jeg har sett at det ikke er alle som er like flinke til å følge de prosedyrene de skal på sykehjemmet. Som sykepleier har vi en plikt til å se når brukere står i fare for å bli underernærte, slik at vi kan ta noen forholdsregler for at de ikke skal bli underernærte. I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere står det at det er sykepleierens ansvar å ivareta den enkelte pasientens behov for helhetlig omsorg (Norsk sykepleieforbund 2011). Jeg mener at ernæring er en av pasientenes behov for å få en helhetlig omsorg. Derfor er det viktig at sykepleierne har gode kunnskaper om ernæring, for at de eldre skal få en best mulig ernæring. I forskriften om kvalitet i pleie- og omsorgstjenester står det at kommunen skal utarbeide skriftlige nedfelte prosedyrer som søker sikre at brukerne av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstillende grunnleggende behov som blant annet:

- tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise
- fysiologisk behov som tilstrekkelig næring (mat og drikke), et variert og helsefremmed kosthold og mulighet til selv å velge hva de ønsker å spise (Sosial- og helsedirektoratet 2004).

Det ikke er nok å observere hvor lite pasienten spiser, vi må tolke observasjonene og snakke med pasienten slik at vi kan finne ut hvorfor de ikke spiser (Blix og Breivik 2006).

I heftet nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring er det sagt at det skal være individrettet tiltak for personer som er i faresonen for å utvikle underernæring. De skal ha en individuell ernæringsplan der det blir dokumentert om ernæringsstatus, behov, inntak og tiltak. Ha fokus på spisesituasjonen og godt spisemiljø. Gi energi/ næringstett kost i kombinasjon med næringsdrikker. Det bør ivaretas faglige, etiske og juridiske aspekter ved beslutninger om og type ernæringsbehandling (Helsedirektoratet 2010).

Appetitt og metthet reguleres fra to sentre i hypothalamus, men hvordan dette skjer er fremdeles uklart (Sortland 2011). Det kan være mange grunner til at de har dårlig matlyst. Som at noen kan være deprimert, mistriivsel, medisiner som gjør at smakssansen forandres og gir dårlig matlyst og lignende. I teorien har jeg nevnt at dårlig appetitt kan ha flere årsaker som psykologiske, medisinske, fysiologiske, sosiale eller miljømessige årsaker (Bondevik og Nygaard 2012).

Det er også flere av sansene som blir dårligere som luktesansene og smakssansene. Dette skjer fordi flere av smaksløkene blir dårligere, men også fordi terskelen for mat endres. Samtidig skjer det endringer i fordøyelsessystemet ved at de kan få svelgproblemer, tap av tenner og dårlig tilpasset tannprotese som kan gjøre det vanskelig med tyggingen. De kan også ha problemer med tannrâte(karies) som er kombinasjon av dårlig tannstell tidligere og tenner som er nedslitt slik at emaljen forsvinner. De kan også ha infeksjoner i munnen (Sortland 2011).

Det er som sagt mange forskjellige faktorer som kan gjøre at de spiser lite. Derfor er det viktig at vi som sykepleiere tar oss tid til å snakke med brukeren om hva de selv sier. Men det er veldig viktig at tennene blir sjekket. Jeg erfarer at tannpuss ikke blir høyt prioritert på sykehjemmet. Mange av beboerne kan ikke pusse tennene sine selv og er avhengige av hjelp og da er det trist at de ikke får den hjelpen de har krav på. Flere av beboerne hadde også sår i munnen og dette gjorde at de ikke ville spise. Når de da går ned i vekt blir tannprotese for store og det blir vanskelig å få i seg nok mat. Derfor er det viktig å sjekke tannstatus og følge den opp.

Informanten sier: ”Det kan mange ganger være vanskelig å få lov av beboerne å pusse tennene deres. At de eldre kan bli liggende med medisiner i munnen som gjør at det blir sår fordi de som arbeider der ikke er flinke nok til å passe på at de får nok drikke til å svelge medisinene. I tillegg er det mange av de eldre som har egne tenner, og om de ikke blir pusset råtner dem. Dette kan føre til tannpine og mange av de eldre kan ikke gi uttrykk for at de har vondt”. Ved dårlige tenner blir det verre for de eldre å spise det de har lyst på og man må noen ganger gå over til å mose maten. Dette ser ikke akkurat innbydende ut og i tillegg er mye av næringsstoffene borte. Når mat tilberedes reduseres ofte fiberinnholdet, og mat som blir most og findelt mister mye av vitaminene C og E (Bondevik og Nygaard 2012). Smerter og infeksjoner i munnen kan gjøre det vanskelig å ta til seg mat og drikke, noe som kan gjøre at de blir underernærte og dehydrerte (Bondevik og Nygaard 2012).

Jeg tenker at et godt munn- og tannstell er viktig for at de eldre skal få i seg nok ernæring. Det kan man bare tenke seg selv hvor mye mat vi ville spist hvis vi hadde sår og vondt i munnen.

4.2 Hva ser øyet?

Teorien sier at en medvirkende årsak til at ernæringsstatus forringes ved innleggelse i institusjon er manglende kunnskap, interesse, og oppmerksomhet blant helsepersonell om ernæringsstatus og energibehov. I tillegg til at den fysiske aktiviteten ofte avtar med årene, er basalstoffsiftet hovedsaken til at behovet for energi, og dermed behovet for mat, synker med alderen. Referanseverdien for KMI er foreslått noe høyere for de over 65 år enn for andre voksne (Sortland 2011).

Ved en KMI- mellom 24 og 29 kg/m² vil det være et tegn på høyt innhold av muskelmasse, noe som er bra for funksjonsevnen. En KMI- verdi på under 22 kg/m² kan være et tegn på underernæring. KMI defineres som vekt, dividert med kvadrat av høyden som da gir et mål av kroppsmassen. For eldre og yngre mennesker som er i risikozonen for underernæring kan det være en fare ved å benytte samme referanseverdi da underernæring kan oppdages for sent. Vi må også være klar over at KMI ikke alltid er like godt egnet til å bruke når det gjelder vurdering av enkeltpersonens helse, og at det også er etiske variasjoner (Sortland 2011).

Informanten sier lite om å måle KMI på brukerne på sykehjemmet, men sier at de blir veid og prøver å holde et øye med hvor mye de spiser. Informanten sier: *”Vi prøver jo å forebygge og har oppfølging med vekt. Vi merker at de spiser mindre og blir avmagret og tynn. Så da prøver vi å gi dem ernæringstilskudd i pulverform som kan tilsettes i melk eller saft”*. Jeg syns av egen erfaring at noen av de som arbeider på sykehjemmet er litt for lite interessert i hvilke rutiner som skal følges på dette. Derfor blir det slik at dette ikke blir gjort når disse er på jobb, og at jobben må videreføres til andre. Og ofte kan det da være at dette ikke blir fulgt opp fordi informasjonen ikke kommer videre.

For å få innsikt i ernæringsstatusen til beboerne er det viktig at alt blir dokumentert slik at de som kommer på vakt kan se hva som er gjort. Informanten sier: *”Ved innleggelser skal sykepleier snakke med beboerne hva de liker og om det er noe de ikke vil ha. De har også samtale med pårørende hvis brukerne selv ikke kan gjøre rede for seg”*. Her blir det tatt hensyn til hva brukerne liker og om det er noe annet de ikke liker eller tåler. Informanten sier: *”Når det gjelder vekt skal de registrere hver måned men at dette ikke alltid blir fulgt opp”*. Dokumentasjon av ernæringsstatus er en nødvendig del av et klinisk behandlings- og undersøkelsestilbud (Sortland 2011).

Det å dokumentere er mer enn halve arbeidet syns jeg. For at vi skal kunne gjøre arbeidet vårt slik det skal være er det nødvendig å få med alt som skjer med brukeren. Det er ikke alltid like enkelt å få tid til å spørre de som tidligere har vært på vakt, og da er det greit å ha en plass vi kan gå inn å lese på brukerne om det er noe vi bør vite om. I Helsedirektoratets Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring står det at å dokumentere om ernæringsstatus er en nødvendig del av et klinisk undersøkelses- og behandlingstilbud. Og at alle pasienter skal vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse og at dette gjøres hver uke senere eller til det blir tatt i bruk andre opplegg. Som for eksempel NRS 2002, Must og MNA. (Helsedirektoratet 2010).

Av egen erfaring har jeg opplevd at det er helsepersonell som ikke er så nøye med å dokumentere hva som skjer med beboerne. Det kan også være at ting blir glemt i en travel hverdag, selv om det ikke er slik det skal være. På sykehjemmet har jeg opplevd at en eldre sengeliggende dame ikke hadde matlyst i det hele tatt. Hun var syk og veldig tynn.

Det ble ikke gitt noen form for ernærings drikke og da jeg spurte dem om de ikke kunne gi henne noe å spise fikk jeg til svar at hun ikke ville ha. Jeg gikk inn til damen og spurte om det var noe hun ville ha og hun hadde så lyst på grøt. Dette laget jeg til henne, og hun hadde ingen problemer med å spise dette. Det ble også gitt ernæringsdrikke til henne etter dette. Her ser vi hvor viktig det er at vi tar oss tid til å spørre beboerne om det er andre ting de har lyst på.

4.3 Duker og stearinlys

Måltidets sosiale dimensjon er svært viktig for alle mennesker. Og er et av de grunnleggende behov vi som sykepleiere har ansvar for å gi brukerne. Jeg har opplevd at de eldre som sitter sammen med andre spiser mer, og virker mer tilfreds. Hvis de blir sittende på rommet vil de fort kjede seg og da vil de spise mindre. De eldre setter stor pris på at det er hyggelig rundt dem, og at sykepleierne tar seg tid til å sitte sammen med dem. Informanten forteller: ”*Måltidene skal være trivelige og sosiale. Da spiser de fleste sammen på en stor stue og pynter med duker og stearinlys og i tillegg pynter de på maten*”. Jeg har erfart at mange av beboerne lyser opp når de kommer på stuen til måltider, og bordene er pyntet med duker og stearinlys. Det er nesten som om de ”kvikner til”. Det er ikke så mye som skal til for å skape litt oppmuntring og glede, men dette er med på å gjøre det litt trivelig rundt dem.

En ting jeg husker godt er da det kom inn en eldre sengeliggende dame. Damen kom fra sykehuset og ble brakt til sykehjemmet av ambulanspersonell. Jeg kjente damen godt fra før, men hadde noen dager i forveien snakket med hennes voksne sønn. Han kunne fortelle at hun ikke kjente noen igjen. Jeg var på vakt da denne damen kom. Da hun fikk se meg, smilte hun med hele ansiktet og sa navnet mitt. Hun husket meg.

Noen dager senere ønsket jeg å ta denne damen med ut på stuen i senga si, da jeg mente hun ville ha godt av å komme ut av sitt rom. Jeg stelte henne og trillet henne ut på stuen. Da vi kom inn i stuen smilte hun stort og sa: ” For en nydelig kaffelukt” Det var flere som fikk seg en overraskelse da det viste seg at hun fulgte med på så mye. Dette viser bare hvor viktig det er å ta beboerne med på ting selv om de ligger i en seng. Det er alltid mulighet til å gjøre noe.

Alle mennesker uansett alder og fysisk og mental funksjonsnivå behov for fysisk aktivitet. Kapasiteten avtar med årene som følge av aldringsprosessen (Bondevik og Nygaard 2012).

Bevegelse er et primært behov på linje med mat og væske, og det er en sentral utfordring for helse- og sosialarbeidere å hjelpe til med at mennesker får ivaretatt grunnleggende behov for bevegelse (Bondevik og Nygaard 2012). Fysisk aktivitet er viktig for at de eldre får et velfungerende muskel- og skjelettsystem. Det er viktig at treningen tilpasses hver og en av de eldre i forhold til deres livssituasjon. Som kanskje det viktigste tiltaket for eldre mennesker er fysisk aktivitet. Det kan være mange negative fysiske konsekvenser på mangel på bevegelse og lavt nivå av fysisk aktivitet som nedsatt appetitt, langsommere fordøyelse og obstipasjon, inkontinens, leddstivhet, nedsatt lungeventilasjon, nedsatt utholdenhet og muskelstyrke, ustøhet og fall (Bondevik og Nygaard 2012). Sammenhengen mellom fysisk aktivitet og god helse er godt dokumentert, og at det å drive med fysisk aktivitet har en stor innvirkning på kroppssammensetningen og omsetning av næringsstoffer (Sortland 2011).

Eldre har en positiv effekt av fysisk aktivitet og det har en god effekt på forskjellige psykologiske funksjoner. Likeså har inaktivitet mange negative psykiske konsekvenser som nedstemthet, nedsatt tiltakslust, motløshet og depresjon. Fysisk aktivitet gjør at mennesker får bedre humør, større mestringsevne, bedre selvtillitt og selvoppfattelse. Det er gjort flere studier som viser at eldre mennesker som er fysisk aktive har bedre helse relatert livskvalitet enn mindre aktive mennesker (Bondevik og Nygaard 2012).

Informanten forteller: ” *Det finns ikke noen aktiviteter på sykehjemmet slik de hadde før. De har så å si ingen form for fysisk aktivitet for de eldre, og dette synes jeg er leit*”. Etter min erfaring på sykehjemmet er dette helt rett. Det er ingen form for aktivitet for de eldre. De eldre som skal ut på stuen til måltidene blir mange ganger plassert i rullestol framfor at de selv kunne gått med litt hjelp eller gåstol. Det ville tross alt gitt de eldre litt fysisk aktivitet hvis de kunne gått litt gangene. Men dette har bare med å ta seg tid for de som arbeider der, og dette er ikke i tråd med hva teorien sier.

Etter å ha vært i praksis på flere forskjellige plasser som blant annet, kirurgisk avdeling, medisinsk avdeling, sykehjem, psykiatrisk avdeling og hjemmesykepleien har jeg sett hvor viktig det er for alle mennesker å få mulighet og hjelp til å være i aktivitet. Dette gjør at livskvaliteten øker og du kan merke på menneskene at de har det bedre.

For å få en bedre livskvalitet er det viktig at tiltakene som blir satt i gang gir positive resultater. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring sier at skal kvaliteten bli god forutsetter det at beslutningen om behandling, forebygging, pleie, omsorg og sosiale tjenester baseres på pålitelige kunnskap om effekt av tiltak” (Sosial- og helsedirektoratet 2005).

På Rokilde sykehjem utvikles en modell som reduserer underernæring på sykehjem. Målet er å øke livskvaliteten til pasientene der fokuset ligger på ernæring. De ansatte skal gjennom økt kompetanse få bedre innsikt i risiko for underernæring og feilernæring, og lære hvilke tiltak og når disse skal iverksettes (Helsedirektoratet 2002). Jeg mener dette er et svært viktig tema som blir forsket på og håper at de kan få mye positivt ut fra denne studien. Det ville være fint å slippe å se at det går så langt at mennesker blir underernærte før noe blir gjort. Hvis ting blir oppdaget tidligere ville det ha store positive innvirkninger på menneskers livskvalitet, og på økonomien, og disse pengene kunne brukes til andre ting for å hjelpe de eldre.

Det er mange ting sykepleiere kan gjøre for at livskvaliteten skal bli bedre for beboerne på sykehjemmet. Først og fremst er det viktig at de grunnleggende behov blir dekket, da jeg mener at alt ligger under dette. Livskvalitet er vanskelig å måle fra menneske til menneske, så det er viktig at sykepleierne er våkne og følger med hvordan de eldre har det. Martinsen sier at det å se med hjertets øye handler om hvordan vi kan være tilstede hos den andre, hvordan vi kan se den andre, og hvordan vi kan være i stand til å forstå et annet menneske (Martinsen 2000). Her kommer verdighetsgarantien, helse- og omsorgstjenesteloven, pasientrettighetsloven og helsepersonelloven inn. Disse gir en veiledning i hvordan de eldre har krav på at ting skal være å fungere. Livskvalitet kan kartlegges med skjema (Rustøen 2009). Dette er en god måte å få bedre innsikt i hvordan de eldre har det og hva de eldre mener skal til for å øke livskvaliteten. Dette kan gjennomføres slik at sykepleiere tar for seg hver enkelt beboer og bruker litt tid på dem. Dette kan bli en hyggelig avveksling for beboerne i en travel sykepleie hverdag. Omsorg er et tema som jeg mener går veldig inn i livskvalitet. Som sykepleier er det viktig at vi tar oss tid til å gjøre de gjøremål som beboerne har krav på. Det er viktig at sykepleieren har kunnskap til å utføre de plikter de skal og vise empati der dette måtte trenge. Informanten sier ikke mye om dette, men hun nevner jo det å være sosial og å være sammen under måltidene.

Dette er en av delene ved omsorg. Omsorg er delt inn i tre grupper. Det er omsorgsprofesjonalitet, omsorgsrasjonalitet og omsorgstemporaritet. Det er ikke alltid like enkelt i en travel hverdag å få tid til å utføre god nok omsorg, men vi må ta oss tid til dette. Hvis ikke kan de eldre føle at de er i veien, som igjen kan gjøre at de får en dårligere livskvalitet. I boka fra Kristoffersen, Nordtvedt og Skaug (2008) sier Martinsen at omsorg er et grunnleggende fenomen ved den menneskelige eksistens og menneskelig samhandling, noe som utgjør grunnlaget for sykepleie (Kristoffersen, Nordtvedt og Skaug 2008).

Omsorg er et forhold, en relasjon mellom minst to mennesker. Det er derfor viktig at sykepleierne tar seg tid til å bli kjent med beboerne slik at de lettere kan få en god relasjon til hverandre. Dette kan gjøre at det blir lettere for beboerne å si ting de har på hjertet.

Som sykepleieteoretiker har jeg valgt Kari Martinsen (født 1943). Jeg kjenner meg igjen i hennes humanistiske menneskesyn som er måten hun ser hvert enkelt menneske på i et helhetsperspektiv. Som nevnt i teorien legger hun vekt på en menneskeoppfatning som bygger på relasjoner mellom mennesker, der det menneskelige fellesskapet har en sentral plass. Dette er slik som jeg mener det skal være. At mennesker kan være sammen for å føle tilhørighet med noen og for å opparbeide et fellesskap som gjør at de trives bedre. Viktigheten med dette er at når de trives, er det lettere for dem å fungere bedre på de fleste områder som for eksempel at de spiser bedre. Derfor er det viktig å få frem hva som kan gjøre at de eldre opplever en hverdag som er meningsfull for dem. Ettersom ernæring er et viktig tema i sykehjem skal jeg prøve å trekke frem hva som kan gjøres for at de eldre skal få nok ernæring og samtidig gi omsorg og bedre hjelp til at de selv mestrer ting bedre. Derfor er det viktig at sykepleierne har gode kunnskaper om ernæring.

Mowe (2008) har i en studie vist at inntak av vitaminene A, C og E og enkelte B- vitaminer, pluss fisk, litt alkohol og umettet fett til en viss grad kan redusere risikoen for å utvikle demens, eller utsette debuten med noen år. Det finns ikke entydige konklusjoner på dette, men det vil ha store positive konsekvenser å utsette denne sykdommen og bør derfor forsøkes. Ernæringstiltak for å forebygge demens er kun en mulig vei, men det finns ingen snarveier for dette. Det er mange sammensatte og flersidige årsaker til demens som genetik og aldersforandringer, utdanning, ernæring, fysisk aktivitet, sosialisering og stress. Derfor bør tiltak iverksettes for mulig forebygge demenssykdom (Mowe 2008).

Noen grunnleggende behov som sykepleieren har ansvar for:

- at pasientene får dekket behovet for næring
- at pasienten får et forsvarlig kosthold som er tilpasset pasientens behov og tilstand
- sykepleieren har ansvar å registrere, vurdere og rapportere pasientens matinntak og ernæringsstatus (Sortland 2011).

Alle pasientene skal ved innleggelse vurderes for ernæringsmessig risiko. Dette skal gjøres månedlig eller etter et annet regime som er faglig begrunnet. De viktigste metodene for å kartlegge er kostintervju, kliniske og antropometriske undersøkelser som høyde- og vektmåling, midje- og hoftemål, hudfoldsmålinger, overarmsmål og biokjemiske analyser (Sortland 2011).

Informanten sier lite om dette med registrering av inntøkt på brukerne. Jeg har vært med flere ganger når det har kommet nye brukere til sykehjemmet og jeg må dessverre si at det ikke ble tatt noen registreringer på ernæringsstatus. Dette er svært leit da det ikke finns vektjournaler å sammenligne med hvis vi syns brukerne spiser dårlig og taper vekt. Dette er ikke i tråd med hva som står i nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring der det er anbefaling at alle skal ha vurdering av ernæringsmessig risiko ved innleggelse i sykehjem/ institusjon (Helsedirektoratet 2010).

Konklusjon

Jeg har i denne oppgaven prøvd å finne ut hvordan sykepleiere kan forebygge underernæring hos eldre i sykehjem.

I denne oppgaven har jeg funnet ut at det er viktig at sykepleierne har gode kunnskaper om ernæring, da vi ofte opplever at eldre mennesker i sykehjem taper vekt. Jeg har fått et innblikk i hvordan ernæringsbehovene blir dekt, og at ikke alt er slik jeg har lært verken i teori eller praksis. Da tenker jeg først og fremst på nattfasten. Her går det alt for lang tid mellom kveldsmat og frokost noe jeg mener er en medvirkende årsak til at noen eldre i sykehjemmet taper vekt. Samtidig er aktivitet noe som er viktig å ha for at de eldre skal få mer overskudd og lyst på mat. Dette er ting jeg ønsker å ta med meg ut i arbeidet som sykepleier å prøve å få gjort noe med. Dette for å få en god kvalitet i omsorgen

Samtidig er det viktig at sykepleiere er veldig nøye med at dokumentasjonen blir fulgt opp, slik at det er lettere å finne tilbake til hva som blir gjort for hver enkelt bruker. Dette for å få en god kvalitet i pleien.

Vi står overfor store utfordringer når det blant annet gjelder eldreomsorgen. Det skal spares penger over alt, og dette gjør at det blir færre sykepleiere på jobb samtidig med at det blir flere eldre og oppgavene flere. Når det da i tillegg blir sagt at kvaliteten ikke skal bli dårligere, har vi virkelig en stor jobb å gjøre.

Det vil i tillegg bli flere brukere fordi Samhandlingsreformen (2011) gjør at kommunene må ha akutt plasser til de av innbyggerne som måtte ha behov for det. Denne plikten er kun for de pasienter eller brukere som kommunen selv har mulighet til å utrede, behandle eller gi omsorg for (Helse- og omsorgsdepartementet 2011). Dette gjør at det å dokumentere og forebygge vil være noe som vi virkelig må være flinke til å få gjort. Det som ikke blir dokumentert er jeg redd for vil gå i glemmeboken.

Litteraturliste

- Aagaard, H. (2010) *Mat og måltider i sykehjem*. Tilgjengelig fra:
<http://www.sykepleien.no/ikbViewer/forskningsartikkel/343773/mat-og-ma...> [27.05.2010].
- Almås, H. (2001) *Klinisk sykepleie bind 1*. Oslo: Gyldendal Akademisk AS
- Blix, E. S., Breivik, S. (2006) *Basisbok i sykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Bondevik, M., Nygaard, H.A. (2012) *Tverrfaglig geriatri*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Dalland, O. (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ebrahimi, Z., W.H. (2009) *En hypotesegenererende studie av nattfastans lengde, undernæring og helserelaterad livskvalitet hos eldre*. Tilgjengelig fra:
http://translate.googleusercontent.com/translate_c?hl=no&prev=/search%3Fq%3Den... [03.06.2012].
- Eide & Eide. (2007) *Kommunikasjon i relasjoner samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011) *Samhandlingsreformen- informasjon om ikraftsetting av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*. Tilgjengelig fra:
http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/andre/brev/utvalgte_brev/2011/samhandlin... [18.10.2012].
- Helsedirektoratet (2010) *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*. Oslo: Andvord Grafisk AS.
- Helsedirektoratet (2012) *God helse gode liv*. Tilgjengelig fra:
<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/god-helse-gode-liv/Publikasjoner/God-helse-gode-liv.pdf> [06.09.2012].
- Hjort, F. H. (2010) *Alderdom*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Jonsvik, K., L., Sørland, R., Wibe, T. (2011) *Spiste flere måltider*. Tilgjengelig fra:
<http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/678655/spiste-flere-maltider> [29.05.2012].
- Kristoffersen, N., J., Nortvedt, F., Skaug, E. (2005) *Grunnleggende sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Lovdata (2012) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* Tilgjengelig fra:
<http://www.lovdata.no/all/hl-20110624-030.html> [09.10.2012].

- Lovdata (2001) *Lov om helsepersonell m.v.* Tilgjengelig fra:
<http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-064.html> [03.10.2012].
- Lovdata (2011) *Forskrift om en verdig eldreomsorg.* Tilgjengelig fra:
<http://www.lovdata.no/ltavdl/filer/sf-20101112-1426.html> [18.10.2012].
- Lovdata (2001) *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven).* Tilgjengelig fra:
<http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-063.html> [11.10.2012].
- Martinsen, K. (2000) *Øye og kallet.* Bergen: Fagbokforlaget.
- Mowe, M. (2008) *Kan ernæring forebygge eller dempe utviklingen av Alzheimers sykdom?*
Tilgjengelig fra: <http://www.aldringoghelse.no/ViewFile.aspx?ItemID=2738>
[27.02.2012].
- Norsk Sykepleierforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.* Tilgjengelig fra:
https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf [01.10.2012].
- Rustøen, T. (2009) *Håp og livskvalitet- en utfordring for sykepleieren?*
Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sjøen, R.J., Thoresen, L.(2008) *Sykepleierens ernæringsbok.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Sosial- og helsedirektoratet (2004) *Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene.*
Oslo: www.kursiv.no
- Sosial- og helsedirektoratet (2005) *...og bedre skal det bli!*
Tilgjengelig fra www.shdir.no/kvalitetsforbedring [25.09.2012].
- Sortland, K. (2011). *Ernæring- mer enn mat og drikke.*
Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.

Av litteraturlista er disse selvvalgt

- Aagaard, H. (2010) *Mat og måltider i sykehjem.* Tilgjengelig fra:
<http://www.sykepleien.no/ikbViewer/forskningsartikkel/343773/mat-og-ma...>[27.05.2010]. = 6 sider.
- Bondevik, M., Nygaard, H. A. (2012) *Tverrfaglig geriatri.*
Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS. Kapittel 9 side: 111- 122. Kapittel 10 side: 157-181. Kapittel 11 side: 183-187. Kapittel 14 side: 221- 237 = 55 sider.

Ebrahimi, Z., W. H. (2009) *En hypotesegenererende studie av nattfastans l ngd, undern ring och h lsorelaterad livskvalitet hos  ldre*. Tilgjengelig fra:

http://translate.googleusercontent.com/translate_c?hl=no&prev=/search%3Fq%3Den...
[03.06.2012]. =3 sider.

Hjort, F. H. (2010) *Alderdom*.

Oslo: Universitetsforlaget AS. Kapittel 15 side 179-188= 9 sider.

Jonsvik, K., L., Sørland, R., Wibe, T. (2011) *Spiste flere måltider*. Tilgjengelig fra:

<http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/678655/spiste-flere-måltider>
[29.05.2012]. = 3 sider.

Martinsen, K. (2000) * ye og kallet*. Bergen: Fagbokforlaget. Hele boka =170 sider.

Mowe, M. (2008) *Kan ernæring forebygge eller dempe utviklingen av Alzheimers sykdom?*

Tilgjengelig fra: <http://www.aldringoghelse.no/ViewFile.aspx?ItemID=2738>
[27.02.2012]. = 4 sider.

Rustøen, T. (2009) *Håp og livskvalitet- en utfordring for sykepleieren?*

Oslo: Gyldendal Akademisk. Kapittel 4 side 57-67. Kapittel 5 side 68-78= 20 sider.

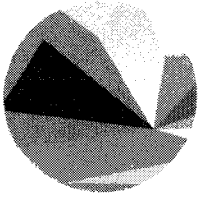
Sjøen, R.J., Thoresen, L. (2008) *Sykepleierens ern ringsbok*.

Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. Kapittel 7 side 107-132= 25 sider.

Sortland, K. (2011) *Ernæring- mer enn mat og drikke*.

Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke. Kapittel 1 side 17-23. Kapittel 2 side 25-36. Kapittel 12 side 185-198. Kapittel 14 side 215-252. Kapittel 15 side 253-306= 114 sider.

Jeg har 409 sider selvvalgt litteratur.



UNIVERSITETET I
NORDLAND

Vedlegg 1.

Profesjonshøgskolen
Sykepleie og helsefag

J.nr.:

TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA

SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA I FORBINDELSE MED SKRIFTLIGE STUDENTARBEIDER.

Stiles til:

_____ Avdeling / institusjon

Ved:

_____ Navn avdelingsleder / faglig leder

Som ledd i arbeidet med

- 1.) Fordypningsoppgave x
- 2.) Deleksamen ___
- 3.) Semesteroppgave ___
- 4.) Prosjektarbeid

søker:

Student:

Bachelor i sykepleie: Kull: _____ Studiested: _____

Videreutdanning, linje: _____ Kull: _____

om tillatelse til å innhente data fra Deres praksisfelt/arbeidssted. Slik datasamling er vurdert av student og faglærer som nødvendig for gjennomføringen av nevnte eksamen/oppgave.

Undertegnede er kjent med lover og forskrifter som regulerer personvern og pasienters rettssikkerhet, forskningsetiske retningslinjer og interne retningslinjer for oppgaveskriving.

Det er ikke tillatt å gjennomføre undersøkelser der pasient eller pårørende er respondenter / intervjupersoner.

OPPLYSNINGER OM ARBEIDET:

Problemstilling og formål med undersøkelsen:

Hvordan kan sykepleiere forebygge underernæring hos eldre i sykehjem?

Formål: Innhente kunnskap fra praksis og øke mein kompetanse innenfor temaet ernæring hos eldre.

Metode v/ datainnsamlingen:

Kvalitativt intervju.

Respondenter / intervjupersoner:

Hjelpemidler til bruk v / datasamlingen

Båndopptaker benyttes under intervjuet. All info slettes etter at oppgaven er levert.

NB! Evt. spørreskjema til bruk i datasamlingen er vedlagt.

Tidspunkt / Tidsrom for datasamlingen:

24.07.2012.

Ved ønske om ytterligere informasjon bes saksbehandler om å ta kontakt med undertegnede student eller faglærer.

Med hilsen

Student

Faglærer

Svar på søknaden bes gitt på vedlagte svarskjema, som sendes til student med kopi til faglærer.

Jnr.:

Dato: 11/7-12

Til

Student: _____

Faglærer: _____

Høgskole: _____

Adresse: _____

Postnr. / poststed: _____

SVAR PÅ SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA.

Søknad av dato 11/712 er behandlet dato 11/712 av saksbehandler / organ:

Vedtak: INNVIKGET

Evt. merknader knyttet til vedtaket: _____

Vedlegg 2.

Forespørsmål om intervju.

Jeg er student som går siste året på sykepleien. Jeg skal skrive en bacheloroppgave og i denne anledningen søker jeg om tillatelse til å få intervjuet

Problemstilling: Hvordan kan sykepleiere forebygge underernæring hos eldre i sykehjem?

Jeg vil bruke båndopptaker i intervjusituasjonen, og jeg har taushetsplikt. Informanten har mottatt informasjon om intervjuet og vil ha mulighet til å lese datamaterialet før det anvendes i oppgaven. Etter transkriberingen av intervjuet vil alt bli slettet.

Med vennlig hilsen

1. Hvor lenge har du arbeidet som sykepleier og hvor lenge har du arbeidet op sykehjemmet? Kan du si litt om dette?
2. Kan du si litt om måltidsrutinene ved sykehjemmet? Hvor spiser beboerne og hvem lager maten?
3. Kan du si litt om når måltidene ved sykehjemmet blir servert og når er siste måltid?
4. Hvordan blir ernæringsstatus registrert, kostvaner, ønsker og vekt hvor ofte blir dette fulgt med? Kan du si litt om dette?
5. Har dere beboere ved sykehjemmet som er urolige på kveld/natt?
6. Blir det kartlagt hva uroen skyldes? Kan dette ha noen sammenheng med nattfastens lengde?
7. Mange eldre har dårlig matlyst og dette kan føre til vekttap og i verste fall underernæring. Har dere beboere som du har erfart dette med? Hva tror du årsaken til dette kan være?
8. Eldre spiser mange forskjellige medikamenter for sine sykdommer og plager. Tror du dette kan ha noe å si for matlysten? Kan du si litt om dette?
9. I tilfeller der beboerne har dårlig matlyst finnes det rutiner på å sjekke tannstatus? Da tenker jeg på sår i munnen, dårlige tenner og problemer med gebiss for de som har det?
10. Hvilke tiltak eller forebygging gjør dere når beboerne er i faresonen eller har utviklet underernæring? Kan du si litt om dette?
11. Trivsel er en viktig kilde når det gjelder ernæring. Hvilke trivselstiltak blir gjort hos dere?
12. Drives det noen form for aktiviteter eller trening på sykehjemmet? Er det ellers noe du vil tilføye som ikke er kommet frem under intervjuet?