



Institutt for sykepleie og helsefag
Bachelor i sykepleie
SY180H000

VÅREN 2008

KULL 2005 H

Tema:
Sykehjemspasienter og underernæring

FORFATTER: 200, 216, 217



*”Man kan ikke leve godt, elske godt eller
sove godt om man ikke har spist godt”*

(Virginia Woolf)

Innhold	
1.0 Innledning	s 4
1.1 Begrunnelse for valg av tema	s 4
1.2 Avgrensning og presisering av problemstilling	s 5
1.3 Valg av metode	s 5
1.3.1 Ethiske overveielser	s 7
1.4 Historien	s 7
2.0 Teoridel	s 9
2.1 Kosthold til eldre	s 9
2.2 Konsekvenser av underernæring	s 10
2.3 Omgivelsenes betydning rundt måltidet	s 11
2.4 Presentasjon av sykepleieteoretiker Kari Martinsen	s 12
2.4.1 Grunnlag for valg av sykepleieteoretiker	s 12
2.4.2 Menneskesyn	s 13
2.4.3 Syn på sykepleie og omsorg	s 13
2.4.4 Omsorgens relasjonelle side	s 14
2.4.5 Omsorgens praktiske side	s 14
2.4.6 Omsorgens moralske side	s 14
2.5 Kommunikasjon	s 15
2.6 Holdninger	s 16
2.7 Dokumentasjon	s 16
3.0 Drøftingsdel	s 18
3.1 Kommunikasjon mellom pleier og pasient	s 18
3.2 Å veie pasientene på sykehjem	s 20
3.3 Dokumentasjon av pasientopplysninger	s 22
3.4 Hvordan kan bruken av matkort påvirke om pasientene på sykehjem får et fullverdig og variert kosthold?	s 23
3.5 Hvordan kan pleiepersonell på sykehjem dra nytte av ernæringsfysiologens kunnskaper?	s 25
4.0 Som fremtidige sykepleiere blir ulike tiltak gjennomført for å unngå underernæring på sykehjem...	s 27
5.0 Avslutning	s 28
Vedlegg:	
Vedlegg 1. Intervjuguide	

1.0 Innledning

Som studenter ved høgskolen i Bodø, grunnutdanning sykepleie avd. Rana, skal vi skrive en avsluttende bacheloroppgave. Hensikten med denne oppgaven er å fremme egne evner til selvstendig og kritisk tenkning, samt å øke egen kompetanse og få mer kunnskap om valgt tema. Vi er tre studenter som har valgt å skrive denne oppgaven sammen. Grunnen til at vi har valgt å skrive sammen, er at vi i løpet av utdannelsen på snart tre år har jobbet mye i grupper. Vi har erfart at denne arbeidsformen har sine fordeler. Sammen kan vi diskutere problemstillinger og teori, og i fellesskapet kan vi gi hverandre råd, støtte og veiledning. Gruppesammensetningen har vi valgt selv fordi vi vet at vi samarbeider godt, og har felles interesse for temaet sykehjemspasienter og underernæring. Vi i gruppen er i ulike aldersgrupper. Dette ser vi på som en fordel, fordi vi har ulik yrkeserfaring og ulike synspunkter og oppfatning av ting. Det kan vi på en positiv måte kan dra inn i diskusjonene våre. Vi får flere synsvinkler som vil gjøre drøftingen vår mer innholdsrik og variert. Vi har ivrige diskusjoner om ting som vi har forskjellige meninger om, men som gjør dette arbeidet både lærerikt og interessant. Vi vil rette fokus på temaet sykehjemspasienter og underernæring, fordi vi mener det er ulike tiltak som kan gjøres for å unngå at pleietrengende pasienter på sykehjem blir underernærte.

Antall ord i oppgaven: 9578

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Temaet vi har valgt er sykehjemspasienter og underernæring. Grunnen til dette er at vi som studenter gjennom praksis og yrkeserfaring har opplevd at det er en stor utfordring rundt spisesituasjonen til pleietrengende pasienter på sykehjem. Dette temaet har vært mye nevnt i media de siste årene, og dette har gjort at vi vil se nærmere på dette temaet, og finne ut om det er noe vi kan gjøre her for å unngå underernæring i sykehjem. I en artikkel fra Helsedirektoratet er det en rapport fra Nasjonalt råd for ernæring, som handler om underernæring i helseinstitusjoner. Der bekreftes det blant annet at det er mangelfull kunnskap, og manglende rutiner i arbeidet med ernæringsbehandlingen i helseinstitusjoner (Helsedirektoratet, 2007. Om underernæring i helseinstitusjoner). Vi håper at arbeidet med oppgaven fører til at vi som sykepleiere retter større fokus på tiltak som kan gjøres. For å få frem ulike synspunkt om temaet har vi tenkt å intervjuer en ernæringsfysiolog, og ta med oss funnene fra intervjuet til drøftingsdelen.

1.2 Avgrensninger og presisering av problemstilling

Vårt arbeid med å komme frem til en problemstilling har vært en lang prosess. Vi har diskutert mye frem og tilbake, for å komme frem til en problemstilling som skulle være både spennende, fruktbar og enkel (Holme, 1986). Desto mer vi arbeidet med oppgaven, desto nærmere kom vi frem en problemstilling som vi mente passet bedre til oppgaven.

Problemstillingen vi til slutt kom frem til lyder følgende: *”Hvordan kan vi som sykepleiere gjennom ulike tiltak hindre at pleietrengende sykehjemspasienter blir underernært?”*.

Vi har valgt å begrense denne oppgaven til eldre pasienter på sykehjem. Vi har lyst til å se på om kommunikasjon og dokumentasjon er en medvirkende årsak for at pasienter på sykehjem blir underernært. Videre har vi lyst til å se på om bruken av matkortet kan virke inn på kostholdet til pasientene. Vi vil finne ut om det er annet helsepersonell som vi kan ha tverrfaglig samarbeid med.

1.3 Valg av metode

Vilhelm Aubert sier i Dallands bok ”Metode og oppgaveskriving for studenter” at

”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Dalland, 2000:71).

Som metode valgte vi å intervju en ernæringsfysiolog, med dette ønsket vi å finne ut mer om ernæringsfysiologens arbeidsområde, og hennes synspunkter på vårt valgte tema. Vi benyttet oss av et kvalitativt intervju som metode, som går ut på innhente kvalitativ kunnskap, som er uttrykt med vanlig språk. I tillegg har vi skrevet en historie, som vi har diktet opp ut ifra våre erfaringer fra praksis. I historien har vi tatt for oss ulike situasjoner som har engasjert oss, og som vi hadde lyst til å ta tak i.

Vi har valgt å intervju en ernæringsfysiolog, fordi at gjennom vår praksis på sykehjem har vi ikke erfart at hun har blitt kontaktet. Vi ønsker å finne ut hvem hun egentlig er tilgjengelig for, hva som er hennes arbeidsoppgaver, og om hun har kunnskap som hun kan føre videre til oss som sykepleiere, som vi igjen kan dra nytte av i vårt arbeid på sykehjem.

På forhånd av intervjuet skrev vi en søknad om tillatelse for innhenting av data. Der skrev vi hva temaet vårt for oppgaven var, en foreløpig problemstilling, og hvordan vi skulle gjennomføre intervjuet. Dette fikk vi først godkjent av skolen og etterpå måtte vi få tillatelse fra ernæringsfysiologens arbeidsgiver. Som fremgangsmåte for å gjennomføre et kvalitativt intervju, valgte vi å lage en intervjuguide. Før vi gikk i gang med å lage den, diskuterte vi i gruppen hva det var vi ville ha svar på. Deretter brukte vi god tid på å formulere åpne spørsmål, som kunne gi oss konkrete svar. I tillegg lagde vi også konkrete tilleggsspørsmål som vi kunne stille underveis, hvis hun ikke visste hva hun skulle svare på hovedspørsmålene. Vi sorterte og systematiserte spørsmålene, slik at spørsmålene med samme tema kom etter hverandre. Dette fordi vi skulle ha fokus på ett tema i gangen, og for å sikre at vi skulle få med oss alle de temaene som er sentrale i intervjuguiden (Holme, 1986). Denne intervjuguiden måtte nå godkjennes av skolen før vi kunne gå i gang med å gjennomføre intervjuet. Vi hadde bestemt at en av oss i gruppen skulle ha ansvar for å stille spørsmålene, de to andre kunne komme med innspill eller spørsmål hvis de hadde. Dette gjorde vi fordi at det skulle bli lettere for ernæringsfysiologen å forholde seg til en person, og slik at vi ikke skulle prate i munnen på hverandre (Dalland, 2000).

Når vi skulle gjennomføre intervjuet benyttet vi en båndopptaker, fordi at vi skulle få ordrett med oss alt hun sa i løpet av intervjuet. Det er viktig å kontrollere det tekniske utstyret på forhånd, for å vite at det fungerer (Dalland, 2000). Ernæringsfysiologen aksepterte at vi brukte en båndopptaker. Under intervjuet satt vi rundt et lite bord, og båndopptakeren plasserte vi mellom intervjuer og intervjuobjekt, fordi at opptaket skulle bli best mulig. Ernæringsfysiologen hadde på forhånd av intervjuet slått av telefonen sin, og gjort alt til rette slik at vi ikke skulle bli forstyrret under intervjuet. Dette har mye å si for atmosfæren under intervjuet (Holme, 1986).

Etterarbeidet gikk ut på å transkribere intervjuet, som vil si at vi skrev ordrett ned på papiret det som ble sagt under intervjuet. Dette gjorde vi fordi at viktig informasjon ikke skulle gå tapt, og for å lette etterarbeidet med å finne de temaene vi ønsket å ha med (Dalland, 2000). I etterarbeidingsfasen gikk vi i gruppen hver for oss, for å finne ut hvilke tema som ble tatt opp i intervjuet. Vi gjorde en tekstanalyse – en helhetsanalyse, som innebærer at vi så på helheten av funnene som kom frem i intervjuet (Holme, 1986). Analyse er en metode som går ut på å dele opp intervjuet i mindre deler, dette kan hjelpe oss å få tak i de aktuelle temaene (Dalland, 2000). Som en del av helhetsanalysen gjorde vi utvelgelse av de tema som var viktig å ta med

videre. Etterpå gikk vi sammen, sammenlignet temaene og formulerte de viktigste temaene som vi ville arbeide videre med. Dette analysearbeidet var som et puslespill. Vi delte opp intervjuet i deler, for så å prøve å få brikkene til å falle på rett plass. Dette gjorde at vi kom frem til de ulike temaene som vi ville skrive om. (Holme, 1986). Vi har med funnene fra intervjuet gjennom drøftingsdelen i oppgaven, og vi diskuterte funnene og brukte det opp mot den teorien vi har valgt å ha med i oppgaven. I arbeidet med oppgaven har vi brukt både selvvalgt litteratur og pensumlitteratur.

1.3.1 Ethiske overveielser

I løpet av etterarbeidet med intervjuet har vi fulgt de etiske retningslinjene. Dette betyr at vi har anonymisert intervjupersonen, og vi kommer heller ikke inn på hvor personen arbeider. Vi slettet opptaket av intervjuet vi hadde gjort etter at vi hadde renskrevet det. Historien vi har med oss i oppgaven, har vi diktet opp, så det er ikke fra et spesielt sykehjem. Vi kaller pasienten i historien for herr Olsen, dette er bare ett oppdiktet navn, som vi bruker for enkelhetsskyld. Ernæringsfysiologen benevner vi som hun eller henne gjennom oppgaven.

1.4 Historien

Herr Olsen bor på sykehjem. Han har ventet en god stund på maten sin. Han er avhengig av hjelp når han skal spise, fordi han etter et hjerneslag fikk problemer med å bruke sin venstre arm, i tillegg er høyre arm og fot helt lammet. Til middag serveres det kjøttkaker i brun saus med grønnsaker og poteter. Pleieren fester en serviett rundt halsen på herr Olsen. Pleieren som skal hjelpe herr Olsen med middagen, bruker gaffelen til å trykke alt på tallerkenen sammen, så til slutt har han en stor brun haug på tallerkenen sin. Han kan så vidt skimte i gulrot og andre grønnsaker. Pleieren bruker en skje når hun skal gi han mat.

Herr Olsen får ikke øyekontakt med pleieren som gir han mat, han prøver å si at han ikke vil ha mer mat, men det kommer ikke frem noen ord, bare et langt ahhh. Da pleieren blir oppmerksom på at han har sluttet å tygge og sitter med munnen lukket, spør pleieren - er du forsynt nå? Ja, får herr Olsen til å si, men egentlig er han ikke mett, men han klarer ikke å spise mer av denne moste middagen. Pleieren begynner å gi herr Olsen dessert, med den

samme skjeen som han spiste middag med. Suppen er ikke særlig varm lengre, den har stått lenge og er blitt kald. Herr Olsen spiser kun et par skjeer.

Herr Olsen hviler seg etter middagen. Det har vært vaktskifte nå, for han legger merke til at det er en ung mannlig pleier som serverer ettermiddagskaffen. Herr Olsen har fått kaffe i en kopp med lokk som har et munnstykke som er formet som en tut. Han vet ikke om det er fløte i kaffen, noe han er vant til. Han lar være å drikke kaffen, og spiser heller ikke av den sjokoladekaken som er oppdelt i mange små biter.

På matkortet til herr Olsen står det at han liker grøt, han har fått grøt mange kvelder denne uken. Den unge mannen går for å hente maten, og kommer tilbake med en dyp tallerken med grøt, men han har hatt melk over grøten fordi den var så varm. Herr Olsen ser at smør, sukker og kanel flyter sammen med melken oppå grøten.

Etter at herr Olsen har kommet i seng den kvelden, kjenner han fremdeles at han er sulten. Han håper at han i morgen møter pleiere som forstår hans behov for hjelp, og at det kommer noen som kjenner han, som legger merke til at klærne hans har blitt romsligere og at han spiser mye mindre enn hva han gjorde med en gang når han kom på avdelingen.

2.0 Teoridel

Under denne delen skal vi ta for oss teori i forhold til kosthold til eldre, konsekvensene av underernæring, omgivelsenes betydning rundt måltidet, kommunikasjon, dokumentasjon, holdninger og presentasjon av sykepleieteoretikeren Kari Martinsen. Disse temaene skal vi ta med oss videre og drøfte i drøftingsdelen.

2.1 Kosthold til eldre

Det vi har med her, er den grunnleggende kunnskapen vi som sykepleiere skal ha om ernæring. Det er viktig at pleierne har kjennskap til hvor mye proteiner, karbohydrater og fett kosten til eldre bør bestå av. Det skjer forandringer i kroppen når man eldres. Den normale aldringsprosessen forårsaker biologiske, psykologiske og sosiale forandringer. Disse forandringene har betydning for ernæringsstatus og kosthold. Kroppsmassen og basalstoffsiftet reduseres, og dermed avtar energibehovet med alderen. Sammenlignet med en person som er 30 år er kaloribehovet 25% mindre, enn hva det er til en på 80 år, og mye av årsaken til dette er at muskelmassen reduseres.

”Selv om det ikke foreligger så mye forskning når det gjelder betydningen av et ”sunt” kosthold for eldre, er det liten tvil om at for eldre spiller ernæring en viktig rolle for helse og forebygging av sykdom” (Bondevik, 1999:120).

En annen ting som endres når man blir eldre er lukt og smakssansen, de blir dårligere på grunn av at smaksløkene reduseres. Dette er noe som kan virke inn på ernærings situasjonen, slik at de eldre mister lysten på mat, og da spiser mindre enn før, og som kan føre til underernæring. Da er det viktig å sette i gang tiltak som å gjøre maten mer fristende, slik kan de få økt matlyst (Bondevik, 1999).

For å forstå de eldres ernærings situasjon bedre, kan det være greit å belyse hvilke og hvor mye de trenger av de ulike næringsstoffene i maten. En annen viktig ting er hva disse stoffene gjør med kroppen. Kunnskap gir bedre sikkerhet til handling, og et innblikk i hva kroppen til eldre mennesker trenger. Det kan få oss til å forstå viktigheten med et godt nok kosthold til eldre. Kostholdets sammensetning er med på å forebygge en sykdomstilstand som ofte ikke står alene, fordi hver pasient kan ha flere diagnoser (Bondevik, 1999).

Karbohydrater er viktig for å opprettholde normalt blodsukkernivå for sentralnervesystemet, nyttiggjøre seg proteiner og sikre energiinntak. Til eldre med nedsatt allmenntilstand og nedsatt appetitt, anbefaler Statens ernæringsråd at kosten totalt bør bestå av 45-50% karbohydrater. Kroppen trenger fett for å transportere de fettløselige vitaminene A, D, E og K i blodet, sikre essensielle fettsyrer og sikre energiinntak. Det diskuteres om eldre burde følge hverdagskostens anbefalinger når det gjelder fett. Faren for underernæring hos eldre kan være større enn eventuelle skader som kan oppstå på grunn av overvekt. Når eldre spiser lite og det er en risiko for underernæring, bør kosten bestå av 35% fett. Proteinbehovet synker med alderen som følge av at proteinmengden i kroppen reduseres. Kosten bør dermed bestå av 15-20% protein. Når proteininntaket øker, økes også væskebehovet. Da blir det viktig at væskeinntaket er tilstrekkelig slik at kroppen får skilt ut avfallsstoffene fra proteinsyntesen. Proteiner deles inn i animalske og vegetabiliske proteiner. Animalske proteiner ligner det proteinet man har i kroppen, og kroppen utnytter dette bedre enn vegetabilisk protein. Animalsk protein finner man i kjøtt, egg, fisk, melk og ost. Disse matvarene inneholder viktige essensielle aminosyrer som kroppen selv ikke kan syntetisere, og som eldre derfor trenger et daglig tilskudd av. Det kan være en sammenheng mellom utilstrekkelig proteininntak og reduksjon i muskelmassen og Eldres helse. Forskere mener at proteinenergiunderernæringen til eldre kan medføre dårlig prognose ved sykdom. Mangel på protein kan føre til muskelsvinn, anemi og immunforsvaret svekkes. I tillegg gir det økt risiko for infeksjoner på grunn av nedsatt produksjon av antistoffer (Bondevik, 1999).

Til eldre forfaller kroppen gradvis, som kan føre til at tarmperistaltikken blir dårligere, og dette øker risikoen for obstipasjon. Dette gjør at kroppen får behov for et kosthold som er rikt på både løselige og ikke-løselige fiber, og dermed bør det inngå i kostholdet til eldre. En ting som er viktig i et fiberrikt kosthold er vann. Man må sikre at de eldre får tilstrekkelig væsketilførsel, spesielt for å unngå obstipasjon som er en økt fare ved inntak av fiberrik mat (Bondevik, 1999).

2.2 Konsekvenser av underernæring

En person kan være underernært selv om han veier 100 kg. Det kommer an på hvor mye vekt pasienten har mistet, og over hvor lang tid dette har pågått. Underernæring skjer hos pasienter som ikke får dekket det daglige energibehovet (Sjøen, 1999).

”Underernæring er ikke bare sterk avmagring. Underernæring kan ha ulike grader, fra lett til alvorlig, avhengig av hvor mye vekt pasienten har mistet (Sjøen, 1999: 204).

Underernæring kan være vanskelig å oppdage. Det har som regel kommet veldig langt når det først blir synlig, derfor er det viktig å være oppmerksom på tegn til underernæring tidlig. Her er det viktig med gode rutiner med veiing av pasientene regelmessig, i tillegg til å regne ut KMI og registrere hvor mye pasienten spiser daglig. KMI - kroppsmasseindeks, er en beregning vi bruker for å regne ut om en person er underernært eller overvektig. KMI er vekt/høyde^2 . $< 18,5$ er undervekt, $18,5-24,9$ er normalvekt, >25 er overvekt og >30 er fedme (Sjøen, 1999).

”Veiing av pasienter i helseinstitusjoner er en enkel og billig undersøkelse. Den krever heller ingen rekvirering (Sjøen, 1999: 209).

Det er mange konsekvenser som følger ved at en pasient er underernært. Hvis pasienten som er underernært får en sykdom, vil det kunne ta lengre tid før denne pasienten blir fullt restituert, og risikoen for komplikasjoner øker. Underernæring kan også føre til økt infeksjonstendens, forsinket sårtilheling, redusert tarmfunksjon, generell muskelsvakhet og økt fare for organsvikt (Almås, 2005). Andre konsekvenser av underernæring er for eksempel at disse pasienten trenger flere ressurser, de har økt risiko for utvikling av trykksår, de er mer slapp og mortaliteten øker (Sjøen, 1999). Det er ikke bare fysiske konsekvenser ved underernæring og dehydrering, men det er også psykiske konsekvenser. Mange av de eldste eldre er underernærte og dehydrerte, og hvis kroppen blir utsatt for traume, blir metabolismen påvirket. De eldre tåler dette dårlig, og det kan føre til forvirringstilstander (Almås, 2001). Andre psykiske konsekvenser kan være mental forvirring, irritabilitet, hodepine, og dårlig matlyst. Symptomer kan være likegyldig, tretthet, paranoide tanker og depressiv atferd (Bondevik, 1999). Hvis pleierne er klar over hvilke konsekvenser underernæring kan gi, blir det mer fokus på at pasientene ikke skal bli underernærte. Pleierne ser faresignalene før pasientene kommer i risikogruppen.

2.3 Omgivelsenes betydning rundt måltidet

Det er flere ting man må tenke på før maten blir servert til pasienten. Omgivelsene og miljøet rundt pasienten er veldig viktig fordi det kan virke inn på spisesituasjonen. Man må tenke på sittestillingen til pasienten. Det er viktig at pasienten sitter godt når han skal innta måltidet. Føttene skal helst være i gulvet, rak i ryggen og med hodet bøyd litt frem, slik blir det lettere for pasienten å spise. Hvis han ikke kan sitte i en stol, men må ligge i sengen å spise, er det viktig å gjøre stillingen så god som mulig. Miljøet rundt pasienten er også viktig. Det kan være stimulerende å spise sammen med andre mennesker. Dette kan være positivt, men også negativt hvis pasienten har problemer og ikke føler seg komfortabel i spisesituasjonen (Gjengedal, 2001).

”En pasient med parese i arm og hånd og ansikt kan føle det ubehagelig ikke å kunne spise pent, og han kan derfor gi opp å spise” (Gjengedal, 2001:951).

Elementer som er viktig å tenke på når pasienten skal spise på rommet sitt er at man fjerner ting som kan gjøre at pasienten mister matlysten. Dette kan for eksempel være en urinflaske, bekken, dostol og liknende. Det å luften på rommet til pasienten før pasienten skal spise, kan virke positivt inn på appetitten. Å rydde rommet og gjøre det koselig, kan også gjøre at pasienten får mer lyst på mat. Fin duk og stearinlys er fine alternativer (Kristoffersen, 2005). Omgivelsene rundt måltidene har stor betydning for trivselen til pasientene.

2.4 Presentasjon av sykepleieteoretiker Kari Martinsen

2.4.1 Grunnlag for valg av sykepleieteoretiker

Vi har i vår oppgave valgt å bruke sykepleieteoretiker Kari Martinsen, fordi vi kan kjenne oss igjen i hennes teorier i utøvelsen av sykepleie, og vi ser at vi kan knytte dette opp mot vår oppgave. Kari Martinsens teori om sykepleie bygger på et fenomenologisk grunnsyn, og som hun mener bygger på at mennesket og omgivelsene er så nært bundet til hverandre, at de ikke kan forstås eller betraktes isolert (Kristoffersen, 2005). Kari Martinsen er en omsorgsteoretiker, og gjør seg til en talsperson for de som er svakest og mest pleietrengende i vårt samfunn, og hun sier at:

”Omsorg er det mest naturlige og grunnleggende i menneskets eksistens, og viser seg gjennom måten vi forholder oss til ting og redskaper omkring oss og gjennom arbeidet” (Kristoffersen 2000:446).

Hun påpeker at det er viktig å yte omsorg på grunnlag av personlig engasjement og innlevelse i pasientens situasjon, som vil si på pasientens premisser, og der hvor enkeltmenneskets oppfatning av sin situasjon tillegges stor betydning (Kristoffersen, 2000).

2.4.2 Menneskesyn

Kari Martinsen sitt menneskesyn bygger på en verdioppfatning der relasjoner blir sett på som fundamentale i menneskelivet. Hun mener at det er en kjensgjerning at vi som mennesker er avhengig av hverandre, og hun retter fokus på felles livsformer, ikke enkeltindivider. Hun betegner sitt menneskesyn som kollektivistisk (Kristoffersen, 2005).

Skal omsorg forstås positivt, forutsetter det et kollektivistisk menneskesyn. I det innebærer det at frihet, selvstendighet og ansvar bare får mening gjennom avhengighetsrelasjoner. Men mennesket er ikke selvstendig uten samtidig å være bundet av kollektive sammenhenger, av livsmønstre og tradisjoner som vi er blitt utviklet gjennom og som vi tar del i (Martinsen, 2003).

2.4.3 Syn på sykepleie og omsorg

Når Kari Martinsen skal klargjøre sitt syn på sykepleie, tar hun utgangspunkt i et ikke-fagspesifikt omsorgsbegrep, som yrkesmessig omsorgsarbeid. Hennes teorier om sykepleiefaget er bygd opp rundt omsorgsbegrepet. Hun ser på som svært viktig at omsorg må være forstått både som en grunnholdning og konkrete handlinger som er basert på faglig og moralsk skjønn, og at omsorgen er en grunnleggende forutsetning for alt menneskelig liv. Hun vektlegger også at forholdet mellom mennesker skal være basert på solidaritet og fellesskap, hvor den som gir omsorg skal gi omsorg betingelsesløst, uten å kunne forvente noe tilbake. I situasjoner hvor sykepleieren gir omsorg som en konkret handling, må være begrunnet. Det å vurdere om omsorg skal gis i en spesiell situasjon, er kunnskap som må læres gjennom

erfaring gjennom sykepleiefaget. Sykepleieren skal bruke skjønn og må opptre moralsk ansvarlig i de ulike situasjonene, vi kan da si at sykepleieren står i en viss maktposisjon (Kristoffersen, 2005).

Kari Martinsen fremhever tre sider ved omsorgsbegrepet som er viktige:

2.4.4 Omsorgens relasjonelle side

Omsorg har med nestekjærlighet å gjøre. Det å gjøre mot andre som vi vil at andre skal gjøre mot oss. Det relasjonelle begrep tar utgangspunkt i et kollektivt basert menneskesyn, der det er grunnleggende at vi mennesker er avhengige av hverandre. Når vi kommer i en situasjon hvor vi trenger hjelp, kommet dette tydeligere frem. Vi mennesker kommer alle før eller siden i en slik situasjon (Martinsen, 2003).

2.4.5 Omsorgens praktiske side

Omsorgen gis ut fra den tilstanden pasienten befinner seg i. Det baserer seg på en forståelse av hva som er til det beste for pasienten. En forståelse for pasientens situasjon krever innsikt i menneskets livssituasjon, og hvilke muligheter og begrensninger som finnes. Det er viktig for å klare balansegangen mellom formynderi, hvor omsorgsyter kan overta for mye av ansvaret for den pleietrengende pasienten, og respekten for menneskets rett til å selv å kunne bestemme, kan føre til unnlåtelsessynd (Martinsen, 2003).

2.4.6 Omsorgens moralske side

Moralen viser seg i måten hvordan omsorgen blir utøvd. Moral har med vår livsførsel å gjøre, hvordan vi mennesker er i relasjonen gjennom det praktiske arbeidet vi utfører, og at det er kvaliteten i relasjonen som er viktig. Kari Martinsen skiller ikke mellom moral og etikk, hun mener at moral og etikk er ett, og leves i de menneskelige relasjoner. Hun mener og at enhver sykepleiehandling er av moralske karakter, og at sykepleieren står overfor en moralsk utfordring når det gjelder å handle riktig og godt, hva som vil være til det beste for pasienten (Kristoffersen, 2005).

I en konkret situasjon vil disse tre ulike sidene være totalt integrert og sammenvevd, og det ville være umulig å skille omsorgens relasjonelle, praktiske og moralske siden fra hverandre (Kristoffersen, 2005).

2.5 Kommunikasjon

For at pleierne skal kommunisere godt med pasientene er det viktig at pleierne har empati. Empati vil si å ha evne til å lytte, sette seg inn i, og forstå, den andres situasjon, følelser og reaksjoner. Dette er en god forutsetning for god kommunikasjon.

”Det handler om å vise respekt og å ha evne til å forstå andre mennesker, det som ofte benevnes som evne til empati eller innlevelse i pasientens situasjon. Væremåten og evnen til innlevelse har avgjørende betydning for om pasienten opplever seg ivaretatt av sykepleieren” (Kristoffersen, 2005:167).

Vi mennesker kommuniserer med hverandre på mange ulike måter. Ordet kommunikasjon betyr ”ha forbindelse med” (Eide, 2001). Via kommunikasjon forsøker vi å oppnå kontakt med hverandre. Kommunikasjon må sees i lys av hvem man er som person, og hvilken rolle man har når man kommuniserer. Innholdet i kommunikasjonen kan preges av i hvilken situasjon den skjer i. Man kan si at formålet med kommunikasjon i en sykepleie – pasient relasjon, kan være at hensikten er å bli kjent med pasienten, og bygge opp et tillitsforhold. Formålet er også at man som pleiepersonell skal få og gi informasjon, med tanke på at man skal gjøre en bedre jobb. Når man benytter begrepet relasjon i helsefaglig sammenheng, brukes begrepet da om forhold, kontakt eller i forbindelse mellom to personer (Eide, 2001). Kommunikasjon er en viktig forutsetning for relasjon, og god kommunikasjon gjør at pasienten kan stole på sykepleieren. På den måten kan pasienten åpne opp for aktivt å kunne motta hjelp (Kristoffersen, 2005).

Kommunikasjon i relasjoner kan deles i verbal og nonverbal kommunikasjon. Ved å benytte verbal kommunikasjon blir innholdet språklig formidlet, da enten gjennom tale eller skrift. Ved å benytte nonverbal kommunikasjon, utveksles signaler på andre måter. Signaler som kommer fram via ansiktsuttrykk, kroppsholdning, stemmebruk, berøring og bevegelser. Våre nonverbale uttrykk spiller ofte en like viktig rolle som det verbale i kontakten mellom

mennesker. Det er ikke alltid nok å høre hva den andre sier, det å oppfatte det verbale budskap, kan være like viktig som å oppfatte det nonverbale. Det er budskapet som blir bevist eller ubevist formidlet uten ord (Eide, 2001). Mangel på kunnskap om kommunikasjon blant personalet, og i tillegg at personalet er utålmodig i pasientarbeidet, kan i følge Eide føre til at det begås overgrep mot pasienter. Overgrep kan være at personalet tar avgjørelser for pasienten, eller at personalet prater over hodet på pasienten. Den personen som behersker språk, har større makt enn den personen som ikke gjør det (Eide, 2001).

2.6 Holdninger

Holdning, en tilbøyelighet til å reagere på en bestemt måte overfor personer eller grupper som for eksempel til eldre mennesker. Måten vi mennesker er på, og oppfatningen av oss avgjøres av den som ser oss. Holdningene kan ikke observeres direkte, vi må slutte oss til hva de er via hva folk sier og hvordan de oppfører seg (Daatland, 2000).

”Det er helst andre sider man knytter sympatien for eldre mennesker til. Da er det gjerne deres vennlighet, klokskap og omtanke for andre som trekkes fram (Daatland, 2000:106).

Pleiernes holdninger sees på som den måten vi framtrer på i en konkret situasjon, og er viktig i den forstand at de er et spontant uttrykk for hvordan pleierne er som personer. Hvordan pleierne reagerer i en situasjon som for eksempel å vise medfølelse når noen har det vondt er veldig avgjørende for om man oppnår eventuell ønsket oppmerksomhet av pasienten (Kristoffersen, 2005). Holdningene våre kommer frem gjennom bruk av kroppen, i stemme og blick, det er her vi setter ”tone” til samhandlingen, til den andres beste. ”Våre holdninger er nedfelt i det ordløse” sier Kari Martinsen (1996), ”de rekker inn i normene. I holdningen er vi til stede enten vi vil eller ikke, som personer, i våre reaksjoner” (Kristoffersen, 2005).

”Selv om du blir bekymret for hva pasienten forteller, prøver du å unngå å vise det. Selv om du blir engstelig, prøver du å opptre rolig. Selv om du blir distraheret, prøver du å være tilstede med hele deg når en annen forteller deg noe som for ham er viktig. Føler du ikke vennlighet, eller føler du ikke for å være vennlig, prøver du likevel å være vennlig og uttrykke vennlighet. Profesjonell opptreden er nettopp også det å kultivere sin oppførsel, være sensitiv for andre og ha herredømme over sin væremåte” (Kristoffersen, 2005:164).

2.7 Dokumentasjon

Som sykepleiere er vi pålagt til å dokumentere, jfr. Lov om helsepersonell 2.juli 1999, nr. 64, §39 Plikt til å føre journal, sier : ”Den som yter helsehjelp, skal nedtegne eller registrere opplysninger som er nevnt i §40 i en journal for den enkelte pasient” .§ 40 Krav til journalens innhold m.m. sier: *Journalen skal føres i samsvar med god yrkesskikk og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, samt de opplysninger som er nødvendige for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt fastsatt i lov eller i medhold av lov. Journalen skal være lett å forstå for annet kvalifisert helsepersonell* (Andenæs, 2003). Dokumentasjon er et kommunikasjonsmiddel som kan lette kommunikasjonen mellom helsepersonell, men også mellom helsepersonell og pasient/pårørende. Dokumentasjon kan beskrive våre vurderinger og tiltak som eventuelt kan iverksettes. Dokumentasjonen kan benyttes som et redskap til å vurdere effekten og kvaliteten av pleien som utføres. I dag stilles det større krav til dokumentasjon enn tidligere, og i den sammenheng er det behov for økt kunnskap og veiledning på dette området. Undersøkelser viser at skriftlig dokumentasjon ofte kan være ufullstendig, mangelfull og lite systematisk. Dette kan gå ut over pasientens sikkerhet (Heggdal, 2001). Det er viktig å dokumentere fordi det:

”Sikrer kvalitet og kontinuitet i pleien, er et juridisk dokument, synliggjør faglig ansvar, tydeliggjør hva sykepleie er og synliggjør klinisk erfaringskunnskap, er et kommunikasjonsmiddel, er et undervisningsmiddel og gir grunnlag for ledelse og ressursstyring” (Heggdal, 2001:11).

Sykepleiere har dokumentert så lenge yrket har eksistert, men ifølge Ehnfors, har sykepleierne ikke hatt en sterk tradisjon når det gjelder å dokumentere sin egen virksomhet. Det er den muntlige rapporteringen som tradisjonelt sett har hatt størst betydning i praksis, men dette fungerer best ved avdelinger med få pasienter, få behandlingsmetoder, få medikamenter og få yrkesgrupper i helsevesenet (Heggdal, 2001). Vi velger å ha med temaet dokumentasjon i oppgaven vår, fordi vi synes at dette er et viktig tiltak for å unngå at pasienter på sykehjem blir underernært.

I tillegg til lovverket, har sykepleierne yrkesetiske retningslinjer de må følge. De yrkesetiske retningslinjene utdyper at sykepleiere skal basere sykepleie på barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter, og de sier hva som anses som etisk forsvarlig.

Sykepleiere skal i følge yrkesetiske retningslinjer ivareta den enkelte pasients integritet, herunder retten til en helhetlig omsorg, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket (Brinchmann, 2005).

3.0 Drøftingsdel

I drøftingsdelen skal vi drøfte og prøve å finne svar på ulike spørsmål som vil lede oss frem til en mulig løsning på problemstillingen vår: *Hvordan kan vi som sykepleiere gjennom ulike tiltak hindre at pleietrengende sykehjemspasienter blir underernært?*

Som studenter har vi ulike erfaringer fra praksis på sykehjem, vi vil ta med oss disse erfaringene i drøftingen. Vi vil også ta med oss sitat fra intervjuet vi hadde med ernæringsfysiologen og drøfte disse.

3.1 Kommunikasjon mellom pleier og pasient

Ved bruk av kommunikasjon i sykepleien er det viktig at pleierne har gode holdninger og evne til innlevelse før de kan hjelpe en pasient slik som i historien vår, der en hjelpetrengende pasient trenger pleiernes hjelp med måltidet. Han har problemer med å uttrykke seg verbalt, og er da avhengig av at pleierne har forståelse og er tålmodig med han. Dette er i samsvar med det Kari Martinsen sier om omsorgens relasjonelle side, som tar utgangspunkt i et kollektivt basert menneskesyn. Det er grunnleggende at vi mennesker er avhengig av hverandre. Før pleierne skal hjelpe pasientene, er det viktig å skape et trygghetsforhold mellom pasient og pleier. Tillit fører til at pasienten føler seg trygg, noe som resulterer i at pasienten slipper pleierne nærmere inn på seg. Som pleier bør man gå varsomt frem til man føler at man har oppnådd kontakt, og at pasienten gir uttrykk for at han føler seg trygg. Er pleierne for pågående kan dette føre til at pasienten trekke seg tilbake. Da vil pasienten ikke slippe pleierne inn på seg, og da blir det vanskelig med kommunikasjonen videre, noe som man er avhengig av for å hjelpe. I historien, når sykepleieren mater herr Olsen, prater ikke pleieren med han før hun gir han mat. Det som er viktig for at pleier og pasient skal få god kontakt i en slik situasjon, er at pleieren må oppnå øyekontakt med pasienten fra første stund. Det er viktig å snakke med han, og vise at hun er tilstede, da viser hun engasjement og at hun bryr seg om situasjonen og pasienten. Dette gjør noe med pasienten, han føler seg sett og verdsatt. Om pleierne ikke går frem på en fin måte, kan det føre til at pasienten føler seg ubekvem og ikke sett. Kommunikasjonen lettes hvis pleier og pasient sitter rett ovenfor hverandre, og i samme høyde. Dette gjør det enklere å få øyekontakt med hverandre, og pasienten føler seg ikke underkastet. Pasienten kan føle seg underkastet og oversett hvis pleieren står ovenfor pasienten. I intervjuet med ernæringsfysiologen, sa hun: ”når pleierne

skal kommunisere med pasientene er det viktig at de er i samme høyde og har øyekontakt, for på denne måten har pleieren større mulighet for å observere at budskapet er forstått av pasienten”.

I historien vår kommer det frem at det er viktig for enhver å ikke glemme at pasienten er et menneske som trenger forståelse og medfølelse, spesielt når man er avhengig av hjelp fra pleierne, slik som herr Olsen. Pleieren i historien bruker en skje under matingen, selv om hun kunne ha brukt en gaffel, slik som de fleste andre bruker å spise middag med. Denne situasjonen kunne fått herr Olsen til å føle seg som et lite barn som blir matet. Det vil kunne føles nedverdiggende siden dette var en fase i begynnelsen av livet hans. En pleier skal alltid spørre en pasient som er pleietrengende hva han selv ønsker å spise med, og selv om pasienten ikke svarer så raskt, må pleierne alltid ha tålmodighet til å vente på svaret.

I praksis opplevde vi at måltidet var en viktig del av pasienten sin hverdag. Flere pasienter ga uttrykk for at måltidene var et av dagens høydepunkter. Ved måltidene ble pasientene samlet for å spise, da ble pleierne mer synlige, og noen pasienter ga uttrykk for at de følte at de var en del av et stort fellesskap. På sykehjemmene la vi merke til at noen pasienter ble sittende utenfor fellesskapet, slik som herr Olsen gjør i historien vår. Vi mener at alle pasienter skal ha mulighet til å få delta i fellesskapet rundt måltidet. For at dette skal bli bedre, må pleiernes evne til innlevelse, kommunikasjon og forståelse for alle pasientsituasjonene være tilstede. Pasienter kan oppleve ensomhet på sykehjem, og derfor mener vi det er spesielt viktig at de får delta i fellesskapet rundt måltidene. Dette er i tråd med det Kari Martinsen sier, at det er viktig at pleieren skal yte omsorg på grunnlag av sitt personlige engasjement og ha innlevelse i hver pasients situasjon. Hvis det ikke er en god relasjon mellom pleier og pasient, og at de ikke får til å kommunisere med hverandre, oppnår de ikke den helhetlige gode pleien. Hvis ikke pleieren har evne til å sette seg inn i pasienten sin situasjon, så ser han kanskje ikke viktigheten i det videre arbeidet, som å dokumentere hva pasienten har spist, oppdatere matkortene og å holde seg faglig oppdatert.

3.2 Å veie pasientene på sykehjem

Det kan være flere årsaker til at en stor del av pasientene på sykehjem er underernærte. Ifølge en artikkel skrevet av kostveileder Kari Martinsen og høgskolelektor Liv Rugås, kommer det frem at underernæring er vanlig på sykehjem. I artikkelen tar de opp viktigheten med å veie pasientene regelmessig, og årsaker til at pasienter er underernærte eller er i risikogruppen. Martinsen og Rugås har gjennomført et prosjekt, kalt veieprosjektet, som de har gjennomført på to sykehjem. Prosjektet gikk ut på å regelmessig kontrollere vekten til pasientene, i forhold til høyde og alder. Og resultatet av prosjektet viste at kun en tredjedel av alle pasientene hadde en tilfredsstillende KMI. I tillegg kom det frem av undersøkelsen at 24% av pasientene var undervektige (Rugås og Martinsen, 2003. Underernæring er vanlig på sykehjem).

Våre erfaringer ut i fra dette har vi med oss fra våre ulike praksiser fra sykehjem. Vi har opplevd forskjellige rutiner med å veie pasientene. En av oss har erfart at det var manglende rutiner med å veie pasientene, og som resulterte i at det var ingen pasienter som ble veid i løpet av åtte uker. Dette gjorde inntrykk på oss siden det er en viktig del av oppfølgingen av pasientene. To av oss erfarte at det var innarbeidede rutiner, slik at pasientene ble veid hver 14.dag, samtidig som de ble badet. Det er ingen av oss som har erfart at pasientene ble målt eller at KMI ble utregnet. Selv om pasientene blir veid hver 14 dag, hva blir gjort med dette? Er det noe oppfølging i tilknytning til dette? Hvordan vet de om pasientene er undervektige eller i risikozonen hvis det ikke blir regnet ut KMI etter hver veiing? Det kan være vanskelig å få målt høyden på en pasient på grunn av helsemessige årsaker, som for eksempel kan det være at pasienten ikke kan strekke seg ut i sin fulle lengde. Hvis vi ikke kan måle pasientens høyde, så bør pleierne spørre pasienten hvor høy han er. Hvis pasienten ikke kan svare selv, bør pleierne spørre pasientens pårørende eller se tilbake i pasientens journal. Vi mener det burde vært rutiner på at KMI ble utregnet allerede ved pasientens innkomst til avdelingen. Vi ser at hvis det hadde vært rutiner på dette, på alle sykehjem, så vil det være lettere å følge utviklingen til pasienten når man allerede har et utgangspunkt for videre oppfølging. Vi ser på KMI som et redskap for å kontrollere eventuelle endringer i pasientens vekt, men vi må være oppmerksom på at små endringer er viktige å følge opp, selv om pasienten fortsatt er innenfor normalvekt. Selv om vi ser på KMI som et viktig redskap, er det andre observasjoner som også er viktige for å følge med på at pasienten ikke blir underernært.

”Et vekttap på 1/2 kg hver måned kan være vanskelig å se, men utgjør 6 kg i løpet av ett år” (Rugås og Martinsen, 2003. Underernæring er vanlig på sykehjem).

Ernæringsfysiologen vi intervjuet sa: *”en pasient kan være underernært selv om pasienten veier 100 kg. Dette hvis pasienten har gått ned flere kilo på kort tid og ikke har fått alle de næringsstoffene han skulle ha hatt. Han kunne hatt for lite variasjon i kosten eller feil sammensatt kost”*. Oppfølgingen av enhver pasient er viktig for at tiltak skal bli iverksatt hvis det er behov. Herr Olsen i historien vår, har lagt merke til at klærne er blitt romsligere. Han håper at det kommer pleiere på jobb neste dag, som også vil legge merke til det. Herr Olsen er i faresonen for å bli underernært. Hvis pleierne hadde hatt rutiner med å veie pasientene, så burde de lagt merke til at herr Olsen hadde blitt tynnere, og de kunne satt i verk nødvendige tiltak tidligere.

Som sykepleier på en sykehjemsavdeling har man et overordnet ansvar for å delegere arbeidsoppgaver til resten av pleiepersonalet, siden det er sykepleieren som har mest faglig kunnskap. Hvis oppgavene ikke blir delegert og ikke forsvarlig utført, kan det få konsekvenser for pasientene. Vi mener at det burde vært rutiner på at pasientene ble veid hver gang de ble badet, her skal samtidig KMI bli utregnet, dette gir god kvalitet på pleien til pasienten. Kari Martinsen mener at det er viktig å ta vare på de pasientene som er svakest og mest pleietrengende i samfunnet vårt. Pasienten i historien vår kan betegnes som en svak og pleietrengende pasient, han kan ikke uttrykke seg selv eller si sine egne meninger om hvordan han egentlig ønsker å ha det. Dermed blir det pleiernes ansvar å ta vare på denne pasienten. Som sykepleiere er det viktig å ha gode innarbeide rutiner, på blant annet veiingen av pasientene. Kari Martinsen sier at sykepleierne står overfor en moralsk utfordring når det gjelder å handle riktig og godt, det som vil være til det beste for pasienten. God kontinuitet i arbeidet gir gode forutsetninger for god sykepleie, og er med på å sikre at pasienten unngår å komme i risikozonen for underernæring.

3.3 Dokumentasjon av pasientopplysninger

Som vi kan se av konsekvensene for underernæring, er viktigheten av tilstrekkelig og riktig kosthold viktig for pasientene på sykehjem. Eldre kan ofte bli syke og for at de skal kunne komme seg fort igjen etter sykdom, er det viktig at de har et fullstendig kosthold. Eldre personer trenger mer energi per dag enn hva en yngre person gjør. Her er kunnskapen til pleierne viktig, og at det registreres hva hver enkelt pasient spiser. I *Håndbok for sykepleiere*, skrev Florence Nightingale:

”Jeg har kjent en sykepleier som hadde ansvaret for flere sykesaler. Hun husker ikke bare de små variasjonene i dietten som hver enkelt pasient fikk lov til å orden med selv, men også hvor mye de forskjellige hadde spist hver dag. Jeg har kjent en sykepleier som hadde ansvaret for en enkelt pasient, og som bar vekk måltidene hans dag etter dag uten å registrere at han ikke hadde rørt maten” (Sjøen, 1999: 212).

I vår praksis har vi sett at det ikke blir dokumentert i pasientjournalene hva hver enkelt pasient har spist til de ulike måltidene. Det vi har opplevd er at det kun blir rapportert muntlig at pasienten har spist ”godt”. Men hva mener man egentlig med godt? Ernæringsfysiologen fortalte i intervjuet at: *”Når det rapporteres muntlig eller dokumenteres skriftlig at pasienten har spist godt, har han i de fleste tilfeller bare fått i seg halvparten av det han trenger”*. Det hun sier her er oppsiktsvekkende, og vi ser at følgene av mangelfull dokumentasjonen kan få store konsekvenser for pasientene.

Vi kan nå se en sammenheng mellom det ernæringsfysiologen sier og hva forskningen viser, om at 20 – 50% av pasientene på sykehjem er underernærte eller er i risikogruppen (Undersøkelse fra Sosial- og helsedirektoratet, 2007. Sulter på norske sykehjem). Vi stiller oss undrende til at det er så stor forskjell på dokumentasjonsrutinene på sykehjem og sykehus. Fra vår praksis på sykehus har vi sett at det alltid blir dokumentert hvor mye hver enkelt pasient spiser i løpet av dagen. Det kan være fordi det er gode arbeidsfordelinger og dokumentasjonsrutiner på sykehus, alle pleierne har ansvar for å dokumentere for de pasientene som de har ansvar for. På sykehjemmene har vi opplevd at det er den pleieren som har ansvar for hver enkelt vakt som dokumenterer. Det er ofte bare en sykepleier på vakt på en sykehjemsavdeling, dermed burde det vært rutiner på at de andre pleierne også har et ansvar for å dokumentere slik som vi hadde en positiv erfaring med på sykehus. Vi ser at dette kan være et grunnlag for en bedre pasientoppfølging. Vi ser at det er viktig at det er den pleieren som har utført handlingen eller mottatt viktig informasjon, som skal dokumentere

dette selv, fordi at viktig informasjon ikke skal gå tapt. Det kan være fare for at det kan oppstå misforståelser hvis informasjonen skal gå fra person til person, før det blir dokumentert. I helsepersonelloven §39 som omhandler plikt til å føre journal står det ”*at den som yter helsehjelp skal nedtegne eller registrere opplysninger i en journal for den enkelte pasient*” (Andenæs, 2003:238).

Vi mener at den pleieren som har ansvar for hver enkelt pasient, og som har gitt eller servert pasienten mat, selv skal dokumentere akkurat hvor mye pasienten har spist og drukket til hvert måltid, siden helsepersonelloven sier at pleierne har en plikt til å føre journal. Når dette blir gjort fører dette til en god oppfølging av pasienten. Vi har hele tiden kontroll på om det blir endringer i spisevanene til pasienten, og med dette kan vi oppdage faresignal tidlig, som til slutt kunne ført til underernæring.

3.4 Hvordan kan bruken av matkortet påvirke om pasientene på sykehjem får et fullverdig og variert kosthold?

For at pasientene skal få et godt nok variert kosthold må vi som sykepleiere ha tilstrekkelig kunnskap om hvilke næringsstoffer pasienten trenger, hvor mye og hvilken sammensetning kosten bør bestå av. Dette har en betydning for at pasientene skal fungere gjennom hele dagen, slik at de ikke skal føle seg slapp og uopplagt. Det er pleiere som har ansvar for å skaffe opplysninger om hva pasienten liker, hvor mye han bruker å spise, hva han liker å drikke og om det er noe mat han ikke liker eller har allergi mot. Kari Martinsen sier at omsorg skal gis ut fra den tilstanden som pasienten er i. Som sykepleiere skal vi ha en forståelse for hva som er det beste for pasienten. Det krever innsikt i pasientens livssituasjon, og hvilke muligheter og begrensninger som finnes. Hvis ikke pasienten kan gi disse opplysningene selv er det naturlig å spørre pasientens nærmeste pårørende, de som kjenner pasienten best, om denne nødvendige informasjonen. Denne informasjonen er det viktig å innhente så tidlig som mulig, den dagen pasienten kommer til avdelingen. Dette skal skrives ned og dokumenteres slik at alle pleierne på avdelingen er klar over hva som er pasientens vaner. Da kan pleierne gå tilbake og se hva som for eksempel er normalt for pasienten å spise. Slik kan pleierne gå tilbake og se om det er noe forandring eller avvik i spisevanene til pasienten. Hvis pleierne

ikke har dokumentert dette, kan dette føre til at pleierne ikke legger merke til forandringer som både underernæring eller overvekt hos pasienten.

På de sykehjemmene vi har vært i praksis, har hver pasient et matkort. Det skrives hva pasienten liker eller ikke liker, det skrives også hvor mye pasienten spiser til hvert måltid. Det vi har tenkt en del på er hvor ofte disse matkortene blir oppdatert. Vi har erfart at står på matkortet at pasienten liker syltetøy, dermed kan pasienten risikere å få syltetøy som pålegg både morgen og kveld flere dager i uken. Ernæringsfysiologen kom også med et lignende eksempel, ”på et matkort var det skrevet minus melk, dette ble tolket slik at pasienten ikke tålte melkeprodukter, men det kunne bety at pasienten ikke hadde lyst på melk den dagen han ble spurt. Matkortet kan mange ganger blir tolket feil av pleierne”. Matkortet skulle blitt brukt på en annen måte. Vi mener at det burde vært skrevet på matkortet hvis pasienten absolutt ikke liker eller er allergisk mot noe. Hvis det ikke står på matkortet hva pasienten liker, så har pleierne mulighet til å spørre pasienten hva han vil ha, og han kan svare selv. I historien vår får herr Olsen grøt flere kvelder på rad, fordi at det står på matkortet hans at han liker grøt. Det kan føre til at han får et ensidig, og lite variert kosthold. På matkortet burde det være en plass der det står når matkortet sist ble oppdatert. Pasienten som vi nevner i historien vår har problemer med å uttrykke seg verbalt, og her kan det kan oppstå vanskelige situasjoner. Her kan ikke pleierne stille spørsmålet ”hva vil du ha”. Her har vi erfaringer med at pasientene ikke blir spurt, pleierne bare lager til noe. Her er det viktig at pleierne stiller pasienten ”ledende” spørsmål, som for eksempel ”vil du ha syltetøy?” eller ”vil du ha brunost?”. Ifølge ernæringsfysiologen kan det i enkelte pasienttilfeller være nødvendig å oppdatere matkortet regelmessig, dette er vi i gruppa vår også enige om. Vi har erfart fra praksis på sykehjem at matkortene sjelden eller aldri blir oppdaterte. Hvis det skjer en endring i matsituasjonen til pasienten, blir matkortet da oppdatert? Vi tror at dette blir gjort hvis pleieren har evne til å sette seg inn og engasjere seg i pasienten sin situasjon, dette kommer helt an på holdningene til pleierne. Hvis matkortet blir brukt riktig, så kan dette være et viktig redskap slik at pasienten kan få i seg det han trenger, og at han får en god variasjon i kosten, og dette kan være avgjørende for om pasienten får tilbud om et fullverdig og variert kosthold.

”Det handler om å vise respekt og å ha evne til å forstå andre mennesker, det som ofte benevnes som evne til empati eller innlevelse i pasientens situasjon. Væremåten og evnen til innlevelse har avgjørende betydning for om pasienten opplever seg ivaretatt av sykepleieren” (Kristoffersen, 2005: 167).

Vi syns at oppdatering av matkortet er en viktig oppgave. Denne arbeidsoppgaven kunne vært fordelt på en eller to faste pleiere, det kommer an på hvor stor avdeling det er. Til å begynne med kunne matkortene blitt oppdatert en gang i måneden, for så å evaluere om dette er tilstrekkelig, for så å eventuelt forandre på denne rutinen.

3.5 Hvordan kan pleiepersonell på sykehjem dra nytte av ernæringsfysiologens kunnskaper?

I intervjuet spurte vi om hva som er ernæringsfysiologens arbeidsområde, sa hun:

”Jeg har flere kommuner som tilhører mitt arbeidsområde, som spenner seg over et veldig stort geografisk område. Dette syns jeg er altfor stort og det innebærer mye ansvar. Jeg jobber mest poliklinisk, men blir brukt ved de andre avdelingene og sykehusene ved behov. Jeg er ansatt i fylket, men kan også bli kontaktet av kommunen” (Ernæringsfysiologen).

Vår erfaring fra sykehjem er at ernæringsfysiologen aldri ble kontaktet når det kunne ha vært bruk for hennes kompetanse. Hva er grunnen til at hun ikke blir kontaktet? Kanskje er det fordi pleierne ikke vet at hun kan kontaktes og brukes i sykehjem og hva hennes arbeidsområde er? For å få en pasient vurdert av ernæringsfysiologen, trenger man en henvisning fra legen. Hvis pleierne på avdelingen ikke ser at det er noen pasienter som trenger hjelp, så får de heller ikke henvisning fra legen. Det er pleierne som ser pasientene, og det er de som må sette i gang tiltak og bringe det videre til legen, for så å få time til ernæringsfysiologen.

Ernæringsfysiologen ønsket at *”det kunne vært ansatt en egen ernæringsfysiolog i kommunen som kunne vært mer synlig og tilgjengelig på sykehjemmene og resten av kommunen”*. Dette var en uttalelse som fikk oss til å lure på hvorfor kommunen ikke har det. Kommunen har ansatt både egen fysioterapeut og ergoterapeut, så hvorfor har de ikke ansatt egen ernæringsfysiolog, som vi anser som en like viktig del av behandlingen av pasienter.

Vi har sett på det som en stor fordel hvis det hadde vært ansatt en egen ernæringsfysiolog i kommunen, pleierne ville ha brukt henne mer, hun hadde vært mer synlig i kommunen og i sykehjemmene og at hun hadde vært mer tilgjengelig. Dette hadde kommet pasientene og personalet til gode. I en artikkel fra tidsskriftet i sykepleien nr 17/99, er overskriften *”Nå setter sykepleierne ernæring på dagsorden!”*, her rettes det kritikk mot sykepleierne som ikke tar spørsmålet om ernæring alvorlig nok, men dette er alene ikke grunnen til at pasientene blir

underernært under opphold på helseinstitusjoner. Dette understreker hvor viktig et godt tverrfaglig samarbeid er, fordi ernæringsarbeid i enkelte tilfeller krever mer kunnskap enn det sykepleierne har (Rugås, 1999. Nå setter sykepleierne ernæring på dagsorden).

En del av ernæringsfysiologens arbeid går ut på å tilby undervisning i blant annet sykehjem, men hun sier her at det er veldig dårlig oppmøte på de undervisningene hun har gjennomført der. Ernæringsfysiologen stiller seg undrende til hvorfor det var dårlig oppmøte, hun så dette som en mulighet til å kunne få fortelle om sitt arbeidsområde og viktigheten av riktig ernæring. Det er sykepleierens ansvar å holde seg faglig oppdatert til enhver tid, og pleierne har selv et ansvar for å gå på disse kursene som holdes. I tillegg er det sykepleierens ansvar å påvirke resten av personalet til også å delta på disse kursene. For at alle skal få delta på kursene, kan personalet bli delt opp i puljer, og kursene holder flere dager. Vi ser dette i sammenheng med de yrkesetiske retningslinjer som sier at en sykepleier skal holde seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget funksjonsområde og i tillegg skal sykepleieren holde sine kunnskaper ved like og sørge for stadig å fornye dem (Brinchmann, 2005). Nestleder i Norges sykepleierforbund, Unni Hembre, uttalte i en artikkel at det er altfor mange ufaglærte i helsesektoren, og at dette er det viktig å gjøre noe med. Hun mener vi må ha flere folk med høyere kompetanse, for å kunne sette i gang tiltak som kan bedre dagens situasjon (Hembre, 2007. Sulter på norske sykehjem).

Det er mange ufaglærte som jobber ved sykehjemmene, de har ikke den kunnskapen som sykepleierne har, og som man trenger for å se faresignalene for underernæring. Vi viser til en rapport fra Nasjonalt råd for ernæring, som omhandler underernæring i helseinstitusjoner som viste: *"mangelfull kunnskap, mangel på ansvars plassering, mangel på rutiner for kartlegging av ernæringsstatus og plan for igangsetting, gjennomføring og oppfølging av ernæringsbehandling"* (Helsedirektoratet, 2007, Om underernæring i helseinstitusjoner).

Ut ifra en artikkel fra svensk forskning, gjort av forskeren Petra Ahnlund kommer det frem at utdannet helsepersonell har mer kunnskap og mer forståelse for pasientene og deres behov, enn hva ufaglærte har, og dette kommer til syne i det praktiske arbeidet (Ahnlund, 2008, Stöd och infytande lika viktig som utbildning för bra omsorg). Vi ser at behovet for kvalifisert helsepersonell er stort, for at pasientene skal få den beste pleien og omsorgen. Dette fører igjen til at pasientene får bedre oppfølging, og at underernæring kan unngås.

4.0 Som fremtidige sykepleiere, gjennomfører vi ulike tiltak for å unngå underernæring på sykehjem

Som fremtidige sykepleiere ved sykehjemsavdelinger, skal vi ta med oss det vi har lært igjennom arbeidet med denne oppgaven. Vi skal se på rutinene på hvordan personalet bruker matkortet, om pasientene blir regelmessig veid, dokumentering i pasientjournalene og hvordan det tverrfaglige samarbeidet med ernæringsfysiologen er. For å kunne gjennomføre eventuelle endringer, er det viktig at pleiepersonalet har evne til å kommunisere godt med hverandre og pasientene.

Det skal være rutiner på at matkortet oppdateres regelmessig. Det er mest hensiktsmessig at bare noen pleiere har ansvar for at dette gjennomføres en gang i måneden. På matkortet skal det stå skrevet minst mulig. Det skal kun skrives hvis pasienten er allergisk eller absolutt ikke liker noen matvarer. Dette er fordi at pleierne skal spørre pasienten hva han har lyst på, slik oppnår vi at pasienten får bestemme selv og kan få et variert kosthold. Pasientene skal bli veid og KMI skal beregnes ved innkomst til avdelingen. Deretter blir de veid regelmessig hver 14 dag, slik kan pleierne observere små endringer i vekten til pasienten. På denne måten kan nødvendige tiltak settes i verk så tidlig som mulig, for å unngå underernæring. Opplysningene om pasienten skal dokumenteres. Alle pleierne har i følge lov om Helsepersonell en plikt til å dokumentere. Pleierne ved avdelingen skal ha et tilbud om opplæring med å dokumentere elektronisk i pasientens journal. Slik har alle den kunnskapen de trenger for å dokumentere, og dette sikrer at nødvendige data og opplysninger ikke går tapt. Ernæringsfysiologen har mest kunnskap når det gjelder ernæringsarbeid. Det hadde styrket det tverrfaglige samarbeidet hvis det hadde vært en kommunalt ansatt ernæringsfysiolog. Slik kunne vi fått brukt hennes kunnskap, og hun kunne vært kontaktet tidlig i pasientsituasjoner der det er nødvendig med hennes kompetanse for å unngå at pasienter kommer i risikozonen for å bli underernært.

Hvis vi hadde fått dette til å fungere, hadde det redusert antall underernærte pasienter på sykehjem.

5.0 Avslutning

I vårt arbeid med denne oppgaven har vi reflektert mye over hvilke holdninger vi selv har. Vi tror og mener at vi har blitt mer bevisst på hvordan vi skal utføre våre arbeidsoppgaver med tanke på de tiltak som vi kan gjøre for å redusere pasientenes fare for å bli underernært. De tiltak vi har fokusert på er enkle, men viktige tiltak som pleiepersonalet må ha rutiner og kontinuitet på. Vi har lært mye av å skrive denne oppgaven og det gjør at vi har fått et bedre grunnlag å jobbe ut fra, og dette vil vi ta med oss i vårt fremtidige arbeid som sykepleiere. Det viktigste redskapet vi har er kommunikasjon, vi må lytte, forstå og være reflektert, for å kunne utføre en helhetlig god pleie. Vi bruker kommunikasjon i møte med både pasienter, pårørende og andre medarbeidere. Vi har fått kunnskap gjennom ernæringsfysiologen, og vi vet at hun er tilgjengelig og at vi kan kontakte henne, hvis vi har behov for hennes kunnskap. Vi ser at det er et stort behov for en ernæringsfysiologs kompetanse, og at det er et stort behov for en egen ernæringsfysiolog i kommunen. I tillegg er det behov for flere utdannet helsepersonell i sykehjemmene, dette fører til at oppgavene som skal utføres blir faglig forsvarlig utført. Vi har lært at matkortene kan feiltolkes, og at det er viktig at alle pleierne bruker dette kortet likt, slik at det ikke oppstår misforståelser. Vi har blitt mer bevisst på å observere og dokumentere alt som har betydning for pleien til pasientene. Vi mener at det kunne vært mer fokus på kostholdet til eldre på sykehjem, og at det er mange tiltak som kan iverksettes, små forandringer kan gi positive endringer for pasientene. Vi har erfart gjennom vår oppgave at ernæring må få mer plass i undervisningen gjennom sykepleierutdanningen, fordi pleiepersonalet trenger mer kunnskap om emnet for å bli mer oppmerksom på faresignal om at pasienten kan være i risikozonen for å bli underernært. Vi håper at denne oppgaven har påvirket leserne til å forstå hvor viktig små tiltak kan være for å unngå at pleietrengende sykehjemspasienter kan bli underernærte.

Litteraturliste

Pensumlitteratur

- Almås, Hallbjørg (2001) Klinisk sykepleie. Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo.
- Andenæs, Kristian og Leif Oscar Olsen (2003) Juss for sykepleiere. Universitetsforlaget AS, Oslo.
- Bondevik, Margareth og Harald A Nygaard (1999) Tverrfaglig geriatri. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, Oslo
- Brinchmann, Berit Støre (2005) Etikk i sykepleien. Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo
- Dalland, Olav (2000) Metode og oppgaveskriving for studenter. Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo
- Eide Hilde og Tom Eide (2000) Kommunikasjon i relasjoner. Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo
- Heggdal, Kristin (2001) Sykepleiedokumentasjon. Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo.
- Kristoffersen Jahren Nina, Nortvedt Finn og Eli-Anne Skaug (2005) Grunnleggende sykepleie bind 1-4. Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo.
- Sjøen, Rolf Jarl og Lene Thoresen (1999) Sykepleierens ernæringsbok. Universitetsforlaget AS, Oslo

Selvvalgt litteratur

- Daatland, Svein Olav og Per Erik Solem (2000) Aldring og samfunn. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, Oslo. 10 sider.
- Gjengedal, Eva og Rita Jacobsen(red) (2001) Sykepleie- Praksis og utvikling. J.W. Cappelens Forlag AS, Oslo. 6 sider.
- Holme, Idar Magne og Bernt Krohn Solvang (1986) Metodevalg og metodebruk. Forfatterne og TANO AS, Otta. 20 sider.
- Kristoffersen, Nina Jahren (red.) (2000) Generell sykepleie. Universitetsforlaget AS, Oslo. 10 sider
- Kvale, Steinar (1997) Det kvalitative forskningsintervju. Ad Notam Gyldendal AS, Oslo. 2 sider.
- Martinsen, Kari (2003) Omsorg, sykepleie og medisin. Universitetsforlaget, Oslo. 15 sider.

Internettadresser

-Sosial- og helsedirektoratet, 2007. Sulter på norske sykehjem.

<http://www.forskning.no/artikler/2007/februar/1171870072.96>

-Pressemelding fra universitetet i Umeå, 2008. Stöd och inflytande lika viktig som utbildning för bra omsorg.

<http://www.forskning.se/pressmeddelanden/pressmeddelanden/stodochinflytandelikaviktigtso mutbildningforbraomsorg.5.6918be83118f5e969e380001156.html>

-Helsedirektoratet, 2007. Om underernæring i helseinstitusjoner.

http://www.shdir.no/portal/page?_pageid=134,67714&_dad=portal&_schema=PORTAL&_piref134_67727_134_67714_67714.artSectionId=252&_piref134_67727_134_67714_67714.art icleId=67102

-Rugås, Liv og Kari Martinsen, 2003. Underernæring er vanlig på sykehjem.

<http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=872&categoryID=25>

-Rugås, Liv, 1999. Nå setter sykepleierne ernæring på dagsorden!

<http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=411&categoryID=26>

Vedlegg 1.**Intervjuguide.**

Hva er ditt arbeidsområde?

Blir du ofte kontaktet fra kommunen – til sykehjemsavdelinger?
Kontaktes du via brev, telefon eller mail?

Kunne du ønsket at du ble kontaktet oftere?

Hvordan opplever du det tverrfaglige samarbeidet med kommunen?

I hvilke situasjoner blir du kontaktet til sykehjem?

Har du opplevd at det er pasientsituasjoner der du skulle vært kontaktet mye tidligere?

Hva gjør du om du møter pasienter som er underernærte i sykehjem?

Hvilket ansvar har du i forhold til oppfølgingsarbeidet?

Tilbyr du undervising til sykehjem?

Forskning sier at pasienter på sykehjem er underernærte, hvilke tanker har du om det?

Tror du pleiepersonell har nok kunnskap om ernæring til pasienter på sykehjem?

Hva mener du er viktig at pleierne bør observere og tenke på i forbindelse med måltidene?