



Institutt for sykepleie og helsefag
Bachelor i sykepleie

KULL 2005 H

BACHELOROPPGAVE I SYKEPLEIE
SY180H 000

VÅREN 2008

TEMA: Ernæring

KANDIDATNUMMER: 205

Innhold

BACHELOROPPGAVE I SYKEPLEIE	1
Innhold	2
1.0 Innledning.....	4
1.1 Bakgrunn for valg av oppgave	4
1.2 En historie fra praksis.....	4
1.3 Presentasjon av tema og problemstilling.....	6
1.4 Avgrensing og presisering av problemstillingen.....	7
1.5 Oppgavens disposisjon.....	8
2.0 Teoridel	9
2.1 Sykepleieteori.....	9
2.2 Menneskesyn.....	9
2.3 Sykepleierens funksjon	10
2.4 Dokumentasjon:	11
2.5 Ernæringsbehov ved sykdom og skade:	11
2.5.1 Proteiner	12
2.5.2 Sink.....	13
2.5.3 Jern	14
3.0 Metode.....	15
3.1 Litteratur.....	15
3.2 Valg av metode.....	16
3.3 Før forståelsen	16
3.4 Etske overveielser:	17
3.5 Gjennomføring av intervju	17
3.6 Funn i intervju	18
3.6.1 Inkomstsamtale/ registrering	18
3.6.2 Skriftlig og muntlig overføring	18

3.6.3 Organisering	18
3.6.4 Dokumentasjon.....	19
3.6.5 Kostregistrering	19
3.6.6 Forekomst.....	19
3.6.7 Samarbeid med ernæringsfysiolog	20
3.6.8 Ernæring/ ernæringstilskudd	20
3.6.9 Prosedyrer og prøver	20
3.6.10 Kunnskap og opplæring	21
3.7. Metoderefleksjon.....	21
4.0 Drøftingsdel.....	22
4.1 Samarbeid med ernæringsfysiolog	22
4.2 Ernæring/ ernæringstilskudd	23
4.3 Kunnskap og opplæring	24
4.4 Muntlig og skriftlig overføring	24
4.5 Dokumentasjon/Kostregistrering	25
4.6 Organisering/ prosedyrer og prøver	26
5.0 Konklusjon	28
6.0 Litteraturliste	30

1.0 Innledning

Jeg er en sykepleiestudent i 6.semester og har vært ute på flere praksisplasser gjennom studiet. Når jeg var i praksis på kirurgisk avdeling på sykehuset var det en spesiell pasient som spesielt fanget min oppmerksomhet. Den pasienten har jeg skrevet om i ”historien fra praksis”. Når vi er ute i åtte uker i hver praksis klarer vi ikke helt å danne oss et klart bilde av hvordan virkeligheten egentlig er på de forskjellige plassene, og dermed er det ikke sikkert at min oppfatning av situasjonene er riktig. Derfor tenkte jeg at det hadde vært nyttig å finne ut hvordan det fungerer til vanlig. I det øyeblikk folk blir syke og må ha ekstra energi for å rehabiliteres etter operasjon, traumer og lignende er det et helt annet næringsinnhold i maten, enn normalkosten har, som er ønskelig og nødvendig for at kroppen skal ha overskudd til å leges og tilheles(Ovesen Allingstrup, Poulsen, 2007).

1.1 Bakgrunn for valg av oppgave

Hvordan blir ernæringsbehovet ivaretatt til pasienter som har fått forlenget liggetid på sykehuset på grunn av sårkomplikasjoner i rehabiliteringsfasen etter operasjoner? Ifølge statens ernæringsråd er det satt opp et anbefalt kosthold som skal være med på å holde friske folk friske. For å utarbeide disse offisielle retningslinjer er det nedsatt en arbeidsgruppe av den nordiske ”embedsmanskomite for levnedsmidler” som har utarbeidet de nordiske næringsstoffanbefalinger, NNA(Ovesen m.fl. 2007). Det er i hovedsak det forholdet maten på sykehus er laget etter. Den skal danne basis og virke som sikringskost. Noen av disse pasientene må kanskje ha sår revisjon hver tredje dag, og da må de veldig ofte faste fra midnatt slik at de mister mye av den kontinuiteten i næringstilførsel som er viktig for en optimal sår tilheling og forbedret almenntilstand. Er dette noe som blir lagt vekt på i det daglige, eller går det lang tid fra en pasient åpenbart har bruk for en annen type ernæring til han faktisk får det. Er dette noe som er styrt av økonomi fordi det kanskje er en dyr behandling? Hvor mange pasienter får tilbud om f, eks. sondemat i en periode de er for syke til å ta til seg tilstrekkelig mengde riktig ernæring.

1.2 En historie fra praksis

Denne pasienthistorien synes jeg passer veldig godt til å understreke viktigheten av et tilpasset kosthold på sykehus. For ordens skyld skriver jeg innledningsvis at av hensyn til personvern

så omtaler jeg pasienten som ”pasienten” eller ”han”, sykepleiere omtales som ”sykepleieren” eller ”hun”.

Da jeg var i praksis på kirurgisk avdeling var en av pasientene operert i hoften på grunn av colli femoris fraktur. Pasienten, som var midt i åttiårene, hadde fått satt inn en åttehullsplate med skruer i beinet for å stabilisere bruddet. Pasienten hadde ligget til sengs i flere uker da jeg kom dit. Grunnen var at det hadde blitt betennelse i operasjonssåret slik at kirurgene hadde måttet åpne såret og startet med vakuumbehandling. Dette er en mye brukt metode for å bekjempe postoperativ sårinfeksjon. Det gjøres for at såret skal få gro innenfra. Såret må revideres hver tredje dag, i noen tilfeller oftere. Det er en uren operasjon og det er ikke like viktig med sterilitet som ved andre operasjoner. Blant annet blir ikke pasienten flyttet over på operasjonsbenk, men revisjonen blir utført i sengen til pasienten. Han blir sedert (tilført beroligende midler, tilstand som preges av lett søvn) og deretter blir bandasjen fjernet, såret renses og lagt på nye vacuumbandasjer.

Han hadde ikke vært ute av sengen. Ikke hadde han kommet opp for å sitte i stol på hele den tiden han hadde vært innlagt. En av grunnene var at pasienten ikke hadde krefter til det. Bare det å sette seg opp i sengen var slitsomt nok for han. Det var lite fremgang på rehabiliteringen av såret. Infeksjonen holdt seg på et stabilt nivå. Når pasienten skulle til revisjon måtte han faste fra midnatt og til det klokkeslett da han ble kalt ned på operasjonsstua. Noen ganger ble han ikke tatt ned på dagvakt, og dagen etter fikk jeg vite at operasjonen var avlyst dagen før. Da måtte han vente til dagen etter. Ny faste fra midnatt osv.

Det var i denne perioden jeg begynte å tenke på at dette ikke var verdig i det hele tatt. Er det meningen at folk skal ligge på den måten i ukevis uten at noen prøver å finne en løsning? Skal folk sulte i hjel på sykehus? Sykepleieren har det travelt og ”ser” ikke det som skjer. I alle fall ikke på den måten jeg ser det. Det er bra at han får stelt såret for det er hovedårsaken til innleggelsen, men jeg ser store mangler i oppfølgingen utover det. Pasienten fikk opphengt en pose Ringer Acetat på formiddagen om han ikke hadde kommet til operasjon før klokken 11-12, det var det eneste tiltaket, og ble gjort fordi pasienten ikke skulle tørste. Det virket som om det var tilfeldig om han fikk næringsdrikke eller ikke. Ellers så fikk han samme type mat som de andre pasientene. Ofte var han dårlig når han kom på avdelingen etter oppvåkningen, så det kunne gå langt utover ettermiddagen før pasienten ville ha noe å spise. Det var så som så med matlysten hans. Jeg var ofte inne og pratet med pasienten så jeg ble ganske godt kjent med han. Han var svært positiv og trodde helt og fast på at om ikke lenge så kom han hjem

frisk og rask bare han ikke hadde følt seg så slapp. Pasienten la hele sitt liv i hendene på legene og sykepleierne og mente at de visste best hva som var bra for ham.

Jeg spurte kontaktsykepleieren min om det kunne ha vært en god ide å tilby pasienten ønskekost og vitamintilskudd for at han skulle få mer energi til å klare påkjenningen med alle operasjonene bedre. Vi hadde en lang samtale der vi ble enige om at vi skulle legge inn forslag til legen om vitamintilskudd. Legen syntes det hørtes ut som et kjempeflott tiltak og gav oss tillatelse til å sette i verk de tiltak vi anså som nødvendig. Pasienten hadde ligget lenge uten at det hadde skjedd annet enn vektreduksjon. Han hadde gått ned flere kilo. Det er tatt ut fra utsagn fra pasienten selv, for det var ikke dokumentert inntak. Vi gav han tilrettelagt kost i den forstand at han fikk spise utenom de oppsatte tidene, fikk fullernæring intravenøst, og ekstra proteinrik- energirik ønskekost når han spiste. Han var veldig glad for tiltakene og det tok ikke mange dagene før han merket at energien kom tilbake og etter atter noen dager klarte han å sitte oppe til måltidene. Det var helt underlig å se en slik forvandling på såpass kort tid kun ved å endre på matinntaket og ernærings sammensetningen. Han hadde utviklet tendenser til spissfot i høyre fotblad og vi begynte å trene forsiktig med bøy og tøy øvelser i samråd med fysioterapeut.

To uker etter at vi la om kostholdet var han oppe på fysikalsk avdeling i rullestol og hadde sin første treningsøkt. Legene, som hadde pasienten nede på operasjonsbordet, kommenterte at det hadde skjedd noe radikalt for det så ut som at tilhelingen hadde økt og såret var begynt å gro innenfra, slik det var tenkt med den behandlingen som var igangsatt. Såret ble raskt infeksjonsfritt og kunne sutureres. Fire uker etter ble pasienten utskrevet til opptrening.

1.3 Presentasjon av tema og problemstilling

Temaet blir ernæring i forbindelse med postoperative sårkomplikasjoner. Ut fra dette synet er problemstillingen blitt til denne formuleringen:

”Hvordan kan en sikre at pasienter i kirurgisk avdeling får riktig ernæring når pasientens tilstand tilsier at de er utsatt for feilernæring?”

1.4 Avgrensing og presisering av problemstillingen

For å finne ut av det har jeg valgt å intervju avdelingsleder ved kirurgisk avdeling for å prøve å finne svar på problemstillingen. Jeg skal finne ut hvilke rutiner de har på avdelingen og om disse det har noe å si for pasientene og hvordan det påvirker tilstanden pasienten er i. Hvor lang tid det går før pasientene får den type ernæring som situasjonene deres tilsier er nødvendig. Hensikten med oppgaven er å belyse viktigheten av at pasienter får riktig kosthold i en fase som er kritisk for å bygge opp kroppen. For pasienten vil gevinsten vært i form av kortere sykehusopphold og rekonvalesenstid, raskere gjenvinning av funksjonsevne, krefter og arbeidsevne, og veien til normal funksjon vil kortes ned. Det vil være viktig for praksisfeltet å bli bevisstgjort betydningen av ernæring i en travel hverdag der det er fokusert mye på prosedyrer og medikamenter. Det er både samfunnsøkonomisk i form av at pasientene blir fortere frisk og noen kommer fortere tilbake til jobben, og samfunnet sparer sykepenge og rehabiliteringstid. Det vil også være økonomisk for sykehuset å få kortere liggetid slik at de kan få frigjort plass til andre pasienter. Det er en kjent sak i samfunnet at det er lange ventelister for mange planlagte operasjoner. Samtidig er det dårlig økonomisk holdning å tilby forholdsvis dyr medisinsk behandling til pasienter og ikke følge det opp med et kosthold som er med på "å dra lasset" i samme retning, nemlig mot helbredelse og utskrivning. Jeg tar ikke for meg kreftpasienter. Det er altfor omfattende og er ganske mye i fokus da en av bivirkningene med behandlingen er kvalme og oppkast. I stedet tar jeg for meg en situasjon på kirurgisk avdeling som blir hovedtema gjennom oppgaven. Pasienter ved kirurgisk avdeling har en gjennomsnittelig liggetid på 4-6 dager, noen får komplikasjoner postoperativt, og det medfører økt liggetid på sykehuset. Det er ca 2 pasienter som til enhver tid har postoperative sår komplikasjon i avdelingen. Det blir 730 liggedøgn i løpet av året, og hvis det ved å gi pasienter tilpasset kost kan være med å bidra til at pasienten blir hurtigere frisk vil det være av stor samfunnsøkonomisk betydning. Det jeg ønsker å fokusere på er om sykepleiere, med den kunnskap og innflytelse de har er med på å bevisstgjøre øvrig helsepersonell om viktigheten av kostholdet og den betydning det har for tilheling og rehabilitering. Dokumentasjonen vil være med på å synliggjøre hva som er satt i gang av tiltak og ikke, og virkningen av disse tiltakene.

1.5 Oppgavens disposisjon

Oppbyggingen av oppgaven er slik at innledningen med valg og presentasjon av problemstilling er først for å fortelle hva jeg vil finne. Oppgavens teoridel kommer etter. Her redegjør jeg for hvilke teorier som er valgt og belyser disse. Deretter følger et eget hovedkapittel om metode. Den forteller hvordan jeg har gått frem for å skaffe datasamling til oppgaven. Så kommer det en drøftingsdel der funnene i metodekapitlet diskuteres, så er det konklusjonen som er oppgavens siste del. Helt til slutt kommer litteraturlisten som viser hvilke kilder jeg har valgt å benytte i oppgaven. Oppgaven er på 9806 ord.

2.0 Teoridel

I denne delen av oppgaven har jeg funnet teori som jeg mener er relevant til hvordan forholdet mellom de forskjellige pleierne fungerer sammen med pasient. Hvem som har ansvaret for kvalitetssikring og forsvarlighet i sykepleien. Det er belyst hvordan sykepleieteorien er med på å påvirke beslutningsprosessene. For å sikre pasienten er det flere ting som må fungere. Jeg har i problemstillingen spurt hvordan sikre at pasientene får riktig ernæring, og teoriene nedenfor mener jeg har stor betydning for resultatet.

2.1 Sykepleieteori

Sykepleieteorier er viktige for oss fordi de er med på å klargjøre hva som er viktig å fokusere på og de stimulerer til sykepleiefaglig tenkning. Teoriene er en sterk forenkling av virkeligheten og kan derfor ikke settes ut i live sånn uten videre, og de er med på å belyse kun enkelte sider ved sykepleie. Sykepleieteoriene er med på å vise vei for de enkelte sykepleierne og hver og en velger en teoretiker som samsvarer mest med ens egen filosofi i utøvelsen av sykepleie. Alle teorier har sin spesielle måte å identifisere fag-spesifikke fenomen på og forklare og beskrive disse på. Her kommer verdibegrep og holdninger til den som holder teorien frem i lyset og vil avklare overfor andre hva som er ditt ståsted. Det er ikke enkelt å finne sin egen plattform å stå på, derfor er sykepleieteoriene en fin måte å få uttrykt det på. Sykepleieteoriene beskriver sammenhengen mellom begreper, for eksempel mellom handlinger sykepleieren gjør, og resultatet av det som sees hos pasienten (Kristoffersen 2005). Den teoretiker jeg har valgt er Florence Nightingale. Dette fordi hun har hatt stor innflytelse på utviklingen av den moderne sykepleien som den fremstår i dag, selv om hun døde i 1910.

2.2 Menneskesyn

Florence Nightingale var kristen og hennes menneskesyn viser det ved at hun oppfatter mennesket som en gudskapt del av naturen. Og at det er noen fundamentale naturlover i mennesket som er avgjørende for å opprettholde liv og helse. Hun mener at disse "livets lover" må respekteres og mennesket må ikke leve på en slik måte at de hemmes. Hun mener at tilrettelegging av kosten og spisetidene til den syke er avgjørende for hans helbredelse. Når det gjelder ernæring mener Nightingale(1997) man må finne ut til hvilke tider det passer best

for pasienten å spise, og være punktlig. Når en sykepleier får beskjed om å gi pasienten en tekopp med mat hver tredje time, og magen til pasienten protesterer, må hun prøve med en spiseskje hver time eller om ikke det heller går må pasienten få en teskje hvert kvarter. Det krever påpasselighet, omtanke og utholdenhet. Mye av det hun sier anser jeg som relevant for at sykepleier skal rapportere og evaluere sykepleien i en rapport. Nightingale omtaler organisasjon og ledelsesoppgaver for å sikre gode arbeidsrutiner og organisatorisk struktur i arbeidet, uavhengig av den direkte pasientkontakten sykepleier har i den konkrete situasjon. Hun mener at man ikke kan være avhengig av å være tilstede selv og at pasienten skal få like god pleie uansett. Nightingale(1997) legger stor vekt på observasjon av pasienten. Observasjonene skal gjennomføres nøyaktige og presise og skal nedfelles i korrekte og nøyaktige rapporter til legen, og for å få det til må man ha gode og solide fagkunnskaper. Hun understreker at det er sykepleiers ansvar å nedfelle detaljerende og regelmessige observasjoner av den syke i deres miljø og samtidig skal sykepleier bruke eget skjønn til å gi praktisk støtte for pasientenes gjenoppbyggende og helbredende prosess. Det er av stor betydning å tilegne sykepleiere kunnskap om hvordan man observerer pasientene og hvorfor dette er avgjørende. Hun mener denne kunnskapen må læres allerede på skolebenken. Det kan tolkes som at det Nightingale sier om observasjon, står i sammenheng med dokumentasjon av sykepleie (Kirkevold, 1998).

2.3 Sykepleierens funksjon

Norske sykepleiere er autorisert. Sykepleieren skal når hun er ferdig utdannet inneha kompetanse til å ha et selvstendig ansvar og et medvirkende ansvar for å ivareta og utøve forebyggende, lindrende og rehabiliterende oppgaver overfor pasienter og pårørende. Hun skal kunne undervise og veilede. Hun må planlegge, administrere og evaluerer eget arbeid og lede sykepleie til en eller flere pasienter, videre må hun kunne undervise og veilede studenter og medarbeidere, lede og administrere sykepleietjenesten til grupper av pasienter. Hun skal ivareta fagutvikling, forskning og kvalitetsutvikling av sykepleietjenesten (Jakobsen 2005). Mye av sykepleierens ansvar knyttes til ledelse og sykepleierens oppgaver i den forbindelse kan sies å være – administrasjon – ledelse i sykepleien – kvalitet i sykepleien. I kraft av sin utdanning er hver offentlige godkjent sykepleier leder i juridisk og sykepleie faglig forstand. Det er lovfestet i helsepersonelloven § 48, og det er også nedtegnet i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere av 18. Sept. 2007. I punkt 4 står det at sykepleieren ivaretar et faglig og etisk veiledningsansvar for andre helsearbeidere som deltar i pleie og

omsorgsfunksjoner. Gode dokumentasjons rutiner er grunnleggende nødvendig for god pleie, både for å vite hva andre har gjort og andre skal vite hva du har gjort og resultatet av det. Det er viktig å være klar over at hvis ikke lederen legger forholdene til rette for de ansatte til at de kan få tilstrekkelig opplæring og avsatt tid til å dokumentere det de har gjort er det ett brudd på loven om helsepersonell som er omtalt senere (Pfeiffer 2002).

2.4 Dokumentasjon:

Dokumentasjon av sykepleien er en plikt som er pålagt helsepersonell som yter helsehjelp til pasienten gjennom Helsepersonelloven 2. Juli 1999. Der står det i § 39 at

”Den som yter helsehjelp, skal nedtegne eller registrere opplysninger som nevnt i § 40 i en journal for den enkelte pasient.” (...)

Videre står det at *”I helseinstitusjon skal det utpekes en person som skal ha det overordnede ansvaret for den enkelte journal, og herunder ta stilling til hva som skal stå i pasientjournalen”* (Andenæs 2003).

Det er for at det skal være mulig å få et samlet bilde på hva som er gjort i behandlingen av pasienten. Hvilke avgjørelser som er tatt og hvilke tiltak som er iverksatt eller ikke, hvem som har tatt avgjørelsene om de forskjellige tiltakene. Videre må det være godt dokumentert for at man skal kunne evaluere pleien og tiltakene, hvilken effekt den har hatt eller ikke. Det er med på å sikre kvalitet og forsvarlighet og ikke minst kontinuitet i behandling og pleie. Det skal være god dokumentasjon for den skal også tjene som et arbeidsredskap for andre helsepersonell. Når neste skift kommer er det viktig at de kan gå inn å se hva som er gjort og av hvem, slik at de kan fortsette å gi like god oppfølging av pasienten. Rapportene skal tjene som et arbeidsredskap for personalet i avdelingen og derfor er med på å tjene mange hensikter og er nødvendig for å sikre kontinuitet og kvalitet i sykepleien, men er også avgjørende for sikkerheten til både pasient og sykepleier om det skulle bli nødvendig. Rapportene må ha et visst innhold for at det skal være funksjonelt og det er sagt i helsepersonelloven § 40 at den må ha et relevant og nødvendig innhold for at den skal kunne oppfylle meldeplikt og opplysningsplikt. Det er på grunn av at dokumentasjonen også er et juridisk dokument (Andenæs 2003).

2.5 Ernæringsbehov ved sykdom og skade:

Det er mange grunner til at det kan oppstå postoperative infeksjoner i sår hos pasientene. Den aller hyppigste årsaken er bakteriell forurensing før og under operasjonen. Det kan både

komme fra pasienten selv eller fra personalet og sykehusmiljøet selv. Det er flere metoder som brukes for å bekjempe disse infeksjonene. Det mest vanlige er antibiotika som er med på å bekjempe bakteriene som skaper infeksjonen. I tillegg kan det være at sårhulen må åpnes og det kobles til vakumdren for å holde såret fritt for væske og blod, som igjen skaper en utmerket grobunn bakterier, også for at det skal danne seg nytt vev innenfra (Jakobsen, Kjeldsen, Ingvaldsen, Lund, Solheim 2001). Slik sårbehandling er vanlig i forbindelse med colli femoris fraktur som er den typen sår pasienten fra historien i innledningen har. Mennesker som er utsatt for sykdom eller skade går gjennom en mer eller mindre grad av fysiologisk stressreaksjon som følge av dette. Kroppen er satt i alarmberedskap på å tilpasse seg den nye situasjonen for å prøve å reparere seg. Tilstander som er med på å utløse stressreaksjoner i kroppen kan være feber, infeksjoner, skader og kirurgiske inngrep m.m. Dette er med på å øke kroppens behov for energi. Det økte energibehovet er en følge av stressreaksjonen og setter i gang prosesser som gir økt energiforbruk (Hessov 2003). Det økte energibehovet er relatert til tap av proteiner som følge av for eks. blodtap eller sekresjon fra sår eller tap av plasma. Dette skjer når pasienten ligger med åpent sår og vakumdren på grunn av infeksjon i operasjonssåret som skal bekjempes. Dette gir økt proteinbehov, for proteiner må til for å bygge opp nytt vev, og ved underernæring tærer man på kroppens eget protein. Proteinene omdannes til glukose for å dekke underskuddet og kan medføre svikt i hjerte og lungefunksjoner fordi diafragma reduseres, og det er ingen grunn til å tro at livsviktige organer som hjerte og lunger blir spart, likeledes skjer der reduksjon i lever, pankreas og nyrer (Hessov 2003). Dette er som følge av at pasienten ikke får nok tilført gjennom maten. Det kan være mange grunner til at inntaket blir for lite slik at man tærer på kroppens fettreserver og proteinreserver (Kristoffersen 2005). En av grunnene kan være dårlig matlyst, men en annen grunn til dette kan være at pasienten må faste ofte for operativ revisjon av såret. Det er i mange tilfeller flere ganger i uka. Dette er med på å tære på kroppens egne reserver av fett og proteiner. I neste omgang fører det til avmagring og kraftløshet. Pasienten vil være medtatt og avkrefte og ha redusert allmenntilstand som i sin tur fører til lengre behandlingstid, rekonvalesenstid og rehabilitering.

2.5.1 Proteiner

Protein er kroppens byggestein. Før ble det kalt eggehviteoffer. Det er en gruppe livsviktige nitrogenholdige forbindelser som er oppbygd av aminosyrer som er bundet sammen til kjeder, det kalles peptider. Det er mange forskjellige proteiner og hver av disse har sin spesifikke funksjon i kroppen. Ett av disse proteinene kalles Albumin, og har vært en vanlig

rutinemessig prøve ved innleggelse i sykehus. I dag brukes Albumin som en indikator på sykdom mer enn som et mål på ernæringstilstanden slik den ble brukt før, og er det dominerende proteinet i blodet. Albumin blir syntetisert i leveren og levercellene danner 10 – 12 gram albumin daglig. Dette proteinet syntetiseres med en hastighet på ca 200 mg/kg/dag. Det er mindre enn 5 % av kroppens totale beholdning. Serumalbumin har en egen evne til å binde seg til andre substanser sørger for ca 80 % av det kolloidosmotiske trykket(trykket inne i blodårene), og utgjør 50- 60 % av den totale proteinmengden i plasma. Dette proteinet medvirker til dels å holde væske inne i blodårene og til å transportere uopløselige substanser. Albumin påvirkes av ernæringstilstanden, men det er i nyere forskning funnet ut at det er flere ting som påvirker nivået av albumin. Bla. a. øker serumkonsentrasjonene ved dehydrering og faller ved infeksjoner, væskende sår m. m. Prealbumin er et serumalbumin som har en halveringstid på ca 2 dager. Når pasienten faster er det sett unormale verdier på bare en uke. Derfor kan denne prøven av prealbumin være et godt mål på om pasienten er godt ernært eller ikke. Prøver av prealbumin kan bli brukt som mål på effekten av ernæringsintervensjon, og en økning i verdiene indikerer at ernæringstiltakene eller terapien er vellykket. For å øke albumin nivået etter en sykdomsperiode må det være tilstrekkelig inntak av proteiner (Sjøen, Thoresen 2003).

2.5.2 Sink

For at sår skal gro på en tilfredsstillende måte er kroppen avhengig av at det er stort nok konsentrasjon av flere stoffer. Noen av dem er sporstoffer og mineraler, men er ikke mindre viktig likevel. Disse er med på å fremskynde prosessene som virker helende på infeksjoner. 80 % av sinkbeholdningen finnes intracellulært i muskulatur og knokler. Totalt er det kun 2 % sink i organismen. Det er flere tilstander som er med på å øke forbruket av sink, dermed er det viktig å vite hva slags sykdommer det dreier seg om slik at man kan tilføre sink til de pasientene som har behov for det. To av disse tilstandene er infeksjoner og kirurgiske inngrep. Sink trenger vi for at omsetningen av proteiner, karbohydrater, lipider og nukleinsyrer kan foregå, og inngår i ca 200 enzymer i kroppen. Det er nødvendig for strukturen og funksjonen av cellemembranreseptorer og enzymer. Dette stoffet er også nødvendig for immunologiske prosesser. Det betyr at mangler du sink er du mer mottakelig for infeksjoner, vekst og syntese av nytt vev blir redusert og dermed redusert sår tilheling. Andre stoffer som også er viktige for gode groforhold av sår er fosfat og kalium (Sortland 2001).

2.5.3 Jern

Noe som ses av personalet på kirurgisk avdeling er at hos pasienter med postoperativ sårinfeksjoner går blodprosenten(Hb) ned. Hb står for hemoglobin som er blodets røde fargestoff og binder oksygen, ved hjelp av jern, som transporteres ut til cellene. For å fremme opptaket av jern er det viktig å få i seg vitamin C i tillegg, samt B1. Grunnen til at pasientene får lav Hb kan være at de taper blod og plasma gjennom blodsiv fra sår. En av årsakene kan være at pasienten ikke klarer å spise nok jernrik mat og må få dette som tilskudd. Det er viktig å passe på at man ikke gir jerntilskudd ved måltider fordi det kan hemme opptaket av sink. En av grunnene til det er at jern og sink bruker mange av de samme reseptorene til transport. Jern er nødvendig for dannelsen av røde blodceller, men finnes i alle kroppens celler. Jernet er lagret i lever, beinmarg og milten. Da som jern- proteinforbindelsen, ferritin. Pasienter med et lavt inntak av mat er spesielt utsatt for jernmangelanemi og det ser man på blodprøver først og fremst. Det er viktig å følge med dette for lav Hb er indikasjon på anemi og det betyr at blodet ikke greier å transportere nok oksygen ut til cellene slik at optimal tilheling kan skje. Man blir trett og slapp, blir svimmel og andpusten og får nedsatt immunforsvar (Sortland 2001).

3.0 Metode

For å finne svar på problemstillingen har jeg valgt å gjøre et intervju for å finne ut hvordan forskjellige saker fungerer ute i arbeidsfeltet. I dette kapitlet redegjør jeg for hvordan jeg har gått frem for å finne litteratur, og jeg beskriver metoden, førforståelse og etiske overveielser. Hvordan gjennomføringen av intervjuet var, og funnene er oppstilt i eget avsnitt. Tilslutt er det metoderefleksjon.

3.1 Litteratur

Det har vært veldig interessant å lete i forskjellige databaser for å prøve å finne forskning og artikler som omhandler dette temaet og er gjort fra før. Jeg har arbeidet seriøst i flere timer for å finne litteratur som er troverdig og aktuell. De søkemotorene og databasene som har vært mest brukt er Helsebiblioteket, Vård i Norden og Den Norske Legeforening, Bibsys og PPS. Helsebiblioteket er en flott plass å bruke for der det er mange baser å søke i. De søkeordene jeg har bruk mest er kosthold, ernæring, dokumentasjon, postoperativ infeksjon og sår. Jeg fant en artikkel som spesielt fanget min oppmerksomhet. Den handler om pleiepersonalets holdning og viten om ernæring til eldre pleiehjemsbeboere og er en spørreundersøkelse som er gjort i Danmark (Munch, Pedersen, Færgeman, Thulstrup 2006). Denne artikkelen er en tverrsnittundersøkelse som ble utført som en strukturert spørreundersøkelse blant 136 personer. Den beskriver at det er forskjell mellom faglært og ufaglært personell og at kunnskapen som omhandler ernæring er svært mangelfull hos begge kategorier. Blant annet vet ikke de spurte hva som er statens anbefaling i ernærings spørsmål, eksempelvis svarte de feil på hvor mye proteiner pasienter burde hatt per dag, det var store forskjeller på hvor lang tid pasientene kunne la være å spise før det iverksatte tiltak og hvilke tiltak de skulle iverksette. De hadde heller ikke kunnskap om hvilke screeningmetoder som var mest brukt for å kartlegge ernæringsstatus hos pasientene. Mange plasser manglet de sittevekt så de ikke kunne veie de dårligste pasientene (Munch m.fl 2006). Det med vekt er ikke tilfelle på kirurgisk avdeling, men det kan være andre grunner til at flere av disse rutineene ikke blir oppfulgt godt nok. Til det temaet jeg har valgt, har jeg bestemt meg for å benytte artikkelen i oppgaven. Her i Norge kan vi sammenligne oss med andre Nordiske land da vi har omtrent samme infrastruktur. Utover det har jeg brukt mye pensumlitteratur. Selvvalgte litteratur skal være ca 300 sider er i hovedsak om ernæring. Det er fordi det er forholdsvis lite ernæring i

vårt pensum. Jeg synes jeg har arbeidet både grundig og godt for å forsøke å komme frem til ny kunnskap og for å få svar på problemstillingen.

3.2 Valg av metode

Metoden er kvalitativ og tar sikte på å finne ut hvordan saker fungerer i praksisfeltet.

Kvalitativ metode er en metode som tar sikte på å finne data som ikke lar seg måle i tall og statistikk. Metoden vi bruker sier noe om hvordan vi bør gå til verks for å etterprøve eller å fremskaffe kunnskap. Grunnen til å velge den ene eller den andre metoden er at vi mener den er med på å gi oss gode data og belyse spørsmål på en faglig interessant måte (Dalland 2000). Den forskningsmetoden jeg bruker bygger på en kvalitativ forskningstradisjon som benytter intervju. I denne metoden er det opplysninger man har funnet ut på grunnlag av data innhentet fra personer og situasjoner i deres virkelige miljø. Den tar sikte på å fange opp opplevelse og meninger som ikke lar seg tallfeste, i motsetning til om man skulle bruke kvantitativ metode som er mer basert på opplysninger som kan omgjøres til tallmateriale (Dalland 2000).

3.3 Før forståelsen

All forståelse er bestemt av en førforståelse. Alle meninger og oppfatninger vi har på forhånd i forhold til et fenomen som studeres er bestemt av dette. I møte med intervjuinformanten er det viktig å åpne for størst mulig forståelse for informanten sine opplevelse og uttalelser. Førforståelsen vil også ha betydning for hvordan det innsamlede materialet blir brukt og bevisstgjøring av eget ståsted hjelper forskeren til å se muligheten i intervjumaterialet (Dalen 2004).

Jeg har, før jeg begynte å studere sykepleie, jobbet på institusjonskjøkken i mange år. Jeg har utdanning som kokk. Etter hvert har jeg blitt mer og mer interessert i hvordan kosthold virker inn på mennesker, og hvordan det påvirker rehabiliteringsprosessene hos syke. De har ofte dårlig matlyst og hva skjer da? Da jeg var i praksis og var både vitne til, og delaktig i det som skjedde med "min" pasient i historien, ble jeg oppmerksom på flere saker som var med på å påvirke min holdning til sykepleien. Er det virkelig så travelt i hverdagen at man ikke ser eller overser viktige hendelser. For meg virker det enkelt å fokusere på kosthold, men har fått forståelse av at det ikke er det for alle, det er ikke deres hovedfokus. Var det sånn at det ikke var noe grunn til at jeg skulle ta dette så innover meg? Min før forståelse kan påvirke min holdning og analyse til spørsmålene og svarene jeg får når jeg går ut og intervjuer. Det kan bli

vanskelig og ikke ha pasienten i bakhodet når hun svarer på spørsmålene, men jeg har bestemt meg for ikke å la det bli styrende.

3.4 Etiske overveielser:

Når man skal gjøre datasamling må man tenke gjennom hva som er viktig å belyse. Hvem kan ha nytte av den nye kunnskapen og hva den skal brukes til. Om det man gjør kan ha betydning overfor de personene som er involvert i prosjektet. Man må også forsikre seg at resultatene ikke kan misbrukes. Derfor er det viktig at personene blir informert om hva det skal spørres om og at de kan trekke seg til enhver tid uten noen konsekvenser. Alle datasamlinger vil bli slettet etter at oppgaven er avsluttet(Dalland 2000).

I oppgaven er det tatt etiske hensyn med tanke på pasientgjenkjenning, pleiere og øvrig personell er anonymisert i den grad det er nødvendig. Intervjuobjektet er avdelingsleder og derfor er det ikke behov for å søke om tillatelser til andre enn henne, da hun har myndighet til å ta den avgjørelsen selv. Skjemaet ”tillatelse til innhenting av data” fra skolen ble tatt med slik at hun kunne skrive under på disse. Det gjorde hun, samtidig gjorde jeg henne oppmerksom på at hun kan trekke seg fra intervjusituasjonen, og trekke intervjuet til enhver tid uten at det får konsekvenser i ettertid. Det er kun faglærer og jeg som har tilgang på intervjumaterialet, og er i tråd med fagplan og høgskolen i Bodø sine retningslinjer.

3.5 Gjennomføring av intervju

Jeg tok kontakt med informanten på telefon og det ble avtalt tid og sted for intervjuet. Det er ønskelig å bruke opptaksutstyr under intervjuet slik at det ikke var nødvendig med notater. Vi fant et rom uten forstyrrelser av noen art, og kunne bruke den tiden vi ville. Jeg brukte datamaskinen med lydinnspillingsfunksjon og en mikrofon for å sikre god lyd kvalitet. Det var god stemning under intervjuet. Det var et åpent intervju der spørsmålene tok egne vendinger. Jeg hadde på forhånd laget en intervjuguide med spørsmål som ble brukt når samtalen stoppet opp. Vi snakket i cirka en time før jeg avsluttet. Jeg brukte høretelefoner da jeg skrev ut intervjuet. Da skriver man ut ord- for- ord akkurat slik det høres. Det kalles transkribering. Det ble mange sider med råmateriale som etterpå måtte bearbeides. Man tar bort alle unødvendige tilleggsord, f. eks liksom, på en måte osv. Da satt jeg igjen med en ren tekst. Det er viktig å få tak på hva som egentlig er sagt og da må teksten tematiseres(Dalland 2000).

Man finner temaer og systematiserer intervjuet ut fra det som faktisk er snakket om, uavhengig av hvor i intervjuet de forskjellige ting er sagt. Da er analysen i gang og de forskjellige funn gjøres, det er disse funnene jeg har beskrevet nedenfor.

3.6 Funn i intervju

Her har jeg tematisert funnene som ble gjort under intervjuet. Da har jeg samlet utsagnene under noen overskrifter og plassert dem der jeg mener de hører sammen. Det var svært interessante funn og mener de har betydning for å finne svar på problemstillingen.

3.6.1 Innkomstsamtale/ registrering

Avdelingsleder sa at pasientene kommer til mottakelsen der de blir innskrevet og det blir registrert om de har noe ekstra som det må tas hensyn til. Eks. allergier av noe art, innbefattet matvarer. Det skjer bare om det er tid til det. Akutte pasienter og uklare (demente) pasienter kan ofte ikke si noe om det, og da må de prøve å finne ut av det når pasienten kommer på avdelingen, før operasjonene.

3.6.2 Skriftlig og muntlig overføring

Fra mottakelsen blir det gitt både skriftlig og muntlig rapport til gruppeleder på den gruppa pasienten kommer på, sa informanten. Gruppeleder gir muntlig rapport til sin hjelpepleier som er ansvarlig for å føre kostliste. Den skal oppdateres daglig. Det blir også notert i sykepleiekardex. På grunn av ferieavvikling og sykemeldinger er det ekstra viktig at det blir gitt både skriftlig og muntlige rapporter når det i disse tilfeller kommer inn vikarer. Pleierne snakker seg imellom om at de har tilbydd pasientene forskjellig annet, men ofte vil de ikke det. Dette er noe informanten hører ofte fra hjelpepleierne.

3.6.3 Organisering

Det er ei gruppe pleiere som hører til rundt pasienten. To sykepleiere og en hjelpepleier. Avdelingen er delt i tre grupper, to ortopediske grupper og en gastro/generell gruppe. På hver gruppe er en sykepleier gruppeleder og den andre har medisinsansvar. Medlemmene i gruppa går turnus og er ikke alltid tilstedet samtidig med avdelingsleder. Disse er på samme gruppe i tre måneder og har mulighet å bli godt kjent med hver pasient. Avdelingslederen sier hun går og spør gruppeleder hvordan det går med pasienten, og om de har husket å gjøre forskjellige

ting, eller om de har oversett noe. Hun er administrativ leder, og er samtidig veldig opptatt av pasientene, og har en egen teft hvis det er noen som trenger noe ekstra, men hun går ikke på rapportene. Det går mye på hennes intuisjon og hun ser om det er noen pasienter som burde ha vært bedre oppfulgt. Pleierne har det veldig travelt og har nok med det vanlige som dagen bringer, så da kommer hun for å minne om forskjellige saker, ta prøver og lignende. Avdelingslederen mener at hun ikke trenger å passe på, men har et overoppsyn med avdelinga. Sykepleierne er mer inne hos pasientene i forbindelse med måltid nå, enn før, fordi gruppene er mindre når avdelingen er delt i tre i stedet for i to som de var før, sa informanten.

3.6.4 Dokumentasjon

Personalet er ikke flinke nok å dokumentere. Informanten sa de var flinke i en periode før, for da var det satt ekstra fokus på hvor viktig det var med dokumentasjon.

Hun sa de hadde det på dagsordenen en stund, men nå har det falt tilbake med den skriftlige dokumentasjonen. Så det går kun på kardex. Den dokumentasjonen er bra, men det blir mer nøyaktig med drikkelapper og kostregistrering. Der har de noe å hente, mente hun.

Personalet forstår ikke fullt ut viktigheten ved å dokumentere, og det mente hun, som leder burde hatt større fokus på dette.

3.6.5 Kostregistrering

Det blir ført drikkelapper, hvor mye de har drukket. Det finnes kostregistreringsskjema som det er anledning å bruke. (Jeg tror ikke de blir mye brukt for hun kunne ikke finne ett eneste eksemplar) Kostregistreringsskjemaet er bra for på baksiden er det informasjon om hvordan kan man regne ut hvor mye næring pasienten har fått i seg. Da blir det dokumentert i kardex hvor mye pasientene har spist. Informanten mente de ei stund har vært for lite flink til å bruke de registreringskjemaene de har.

3.6.6 Forekomst

Avdelingsleder forteller at av 22 pasienter er det ca 2 som ligger med postoperative sårinfeksjoner, hele året.

3.6.7 Samarbeid med ernæringsfysiolog

Avdelingsleder sier at ernæringsfysiologen ikke er inne til pasienten før de ser at den begynner å forfelle, får dårlig allmenntilstand og at BMI blir ikke brukt annet enn når ernæringsfysiolog er inne. Pasienter de tror er i faresonen for under/ feilernæring veies mandag og fredag. Når de ser de kommer skjevt ut, er det gått for langt og ernæringsfysiologen burde nok ha kommet inn på et tidligere tidspunkt. Hun kunne kanskje ha vært inne i forbindelse med kurs og for å forebygge eller andre tiltak tidligere, mente informanten. Hun mente også at dette måtte sees på sammen med ernæringsfysiologen.

3.6.8 Ernæring/ ernæringstilskudd

Når det gjelder sårinfeksjoner er de påpasselig med å gi tilskudd av proteinrik kost slik at de får bygd seg opp mest mulig, sier informanten. Disse pasienter får tilbud om næringsdrikker som er ekstra tilsatt proteiner. Det er kraftig kost og noen pasienter blir kvalm og dårlig av de ferdiglagde, men da kan kjøkkenet lage ferske proteindrikker. Næringsdrikkene er gode kilder, det skal ganske mye annen mat til for å dekke samme energi- og næringsbehovet. Noen pasienter må få parenteral ernæring, enten som tillegg til vanlig mat eller fullernæring fordi de ikke klarer spiser noe. Det er ikke ofte, men det skjer. Andre pasienter settes på proteinrik- energirik ønskekost. Sondemating er ikke noe de bruker mye, men det hender. Lederen sier de bruker mest fullernæring intravenøst, men det er kanskje bedre å bruke sondemating for da kommer maten i magen og det er magen vant med. Hjelpepleierne er flinke å spørre pasientene om det er noe de vil ha, men ofte vil de ikke det for de klarer ikke på noe.

3.6.9 Prosedyrer og prøver

Informanten sier at pasienter med sårinfeksjoner taper mye proteiner og albumin. Sykepleierne er nøye med at de får tilskudd av vitamin C og jern fordi hun sier de ser at blodprosenten ofte går ned hos disse pasientene. Det blir tatt CRP som forteller dem hvordan det ligger an med infeksjonen. Legene tar ikke dette med ernæring opp på egen hånd, men regner med at det fungerer rundt pasienten. Gruppelederne tar opp med legene om det er nødvendig og hvis ikke det nytter tar informanten det med på avdelingsledermøte som kjøres daglig. Der er legene også representert og finner sammen ut hva det skal gjøres for pasienten.

Når det gjelder sårinfeksjoner er sykepleierne inne hos pasientene, for de er mer inne i prosedyrene enn hjelpepleierne, forteller informanten.

3.6.10 Kunnskap og opplæring

Før var det ei kostgruppe som hadde til oppgave å legge frem ting og å vise de andre hvordan ting skulle gjøres. Denne har vært inaktiv ei stund, men er nå på tur å ta seg opp igjen, sier avdelingslederen. Hun mener de skulle hatt bedre tid til å fordype seg i hver pasient, men har ikke ressurser til det. Derfor sier hun de må gjøre det beste utav det de har. Det ble kjørt internkurs i forhold til ernæring for mange år siden, men det er kommet mange nye i arbeidsstaben så det er ønskelig med et nytt kurs, mener informanten. Det er en oppgave for kostgruppen på avdelingen, de kan få inn ernæringsfysiologen og andre som kan mye om mat, eks kjøkkenpersonell. Det er en delegert oppgave, sier hun. Informanten sier hun synes pleierne har god omsorg for pasientene og ser behovene. Har pasientene lyst på noe, får de det. Pleierne forstår at pasientene må ha verdifull mat for å bli fort friske. Hjelpepleierne har sondemating som sitt spesialfelt og passer på at pasientene ikke blir kvalm, og gir dem vann og porsjonere ut dosert mengde slik at pasientene tåler dette, det vitner om god omsorg sa avdelingslederen.

3.7. Metoderefleksjon

Det er ikke er så mange kirurgiske avdelinger i området og jeg ville ikke bruke spørreskjema eller intervju flere av sykepleierne. Da kunne jeg i så fall ha sammenlignet svarene og fått ett helt annet resultat. Det er veldig tidkrevende og siden jeg skriver oppgave alene er det for mye jobb på den tiden jeg har til rådighet. Derfor vil funnene av intervjuet bli sterkt preget av hennes utsagn. Underveis i intervjuet virket det som om det ble det satt i gang tankeprosesser hos informanten, for hun noterte ned ting som hun måtte huske på til senere. Stadig sa hun at” det har jeg ikke tenkt på ”og” det var lurt så det må jeg skrive ned”, og ”der satte jeg meg selv på en ide”.

4.0 Drøftingsdel

For å forsøke å finne svar på problemstillingen, har jeg drøftet funnene i intervjuet etter hvor viktige jeg synes de er, men jeg må presisere at alle temaene er viktige. I dette kapitlet har jeg valgt å slå sammen noen av funnene og drøfte disse under ett. Det er fordi de hører naturlig sammen.

4.1 Samarbeid med ernæringsfysiolog

Avdelingslederen sier at ernæringsfysiologen ikke er inne til pasienten før de ser at den begynner å forfelle, og får dårlig allmenntilstand. Når vi ser at vi kommer skjevt ut er det gått langt, sier hun. Når er det egentlig på tide å innse at her er en pasient som trenger ekstra oppfølging av personer med andre kunnskaper enn det vi har. Det er tverrfaglig samarbeid som bare kommer pasientene til gode. Jeg synes det er noe tilfeldig ut ifra det jeg har opplevd når jeg har vært i praksis. Pasienten i historien min, burde hatt oppfølging av ernæringsfysiolog. Da hadde han mest sannsynlig kommet seg opp av sengen mye før, fordi når han var slapp og hadde dårlig matlyst burde man sett på næringsinntaket i sin helhet og tilbydd ønskekost på et tidlig stadium og ikke ventet til pasienten hadde tapt seg så mye at han ikke klarte å komme seg opp, mener jeg. Det burde vært innkomstvekt, slik at det hadde vært mulig å sjekke hvor mange kilo han hadde gått ned i vekt. Da kunne personalet ha satt i gang tiltak ut ifra faktiske data og ikke bare synsing sammen med pasientens egne utsagn, selv om de også absolutt må tas i betraktning. På grunn av at han var akutt pasient, ble han ikke veid i mottakelsen, i motsetning til om han hadde vært listepasient, og da ble det ikke gjort i det hele tatt. Her kunne det med fordel ha vært rutiner i avdelingen som sikret at aktuell dokumentasjon ble innhentet. Det hadde ikke spilt noen rolle om det gikk en dag eller to, bare det hadde blitt gjennomført. Både BMI og andre målemetoder som armmuskelomkrets, spørreskjema om kost/matvaner, hudfoldstykkelse og vekt slik at disse dokumenterte data kunne vært brukt om det skulle oppstå komplikasjoner. På avdelingen, sier lederen, veier de pasientene mandag og fredag som de tror er i faresonen, men de bruker ikke BMI utenom når ernæringsfysiologen er inne i bildet. Om de hadde disse data kunne ernæringsfysiologen hatt et godt utgangspunkt når hun kom på banen for å se på ernæringsbehovet og sette i gang tiltak. Det er en av sakene de fant ut i artikkelen fra Danmark(Munch m.fl 2006). Med disse

dokumentene tilgjengelig hadde det vært raskere å finne ut om pasienten var utsatt for feilernæring.

4.2 Ernæring/ ernæringstilskudd

Nightingale(1997) mener det er umenneskelig å forlange av syke mennesker det som er umulig, og når det gjelder å spise til faste tider er det fint at avdelingen legger til rette for at pasienten kan få mat når han er klar til å spise. Det sier avdelingsleder at de prøver å få til. Det gjelder også for pasienter som har fastet i timevis, og da å forlange at de skal spise store måltider til bestemte klokkeslett. Det fører til at pasientene heller sulter enn å prøve, mener Nightingale(1997). Informanten fortalte at hun synes pleierne har et godt blikk og ser om pasientene trenger noe, og hun hører de spør pasientene, selv om de ikke vil ha noe. Når pasienten ikke har klart å spise på flere dager må denne få tilskudd i en eller annen form. På kirurgisk avdeling har de en tendens til å tilby parenteral ernæring i stedet for sondemating. Det kan forklares med at de er i en mellomfase der de prøver å endre rutinene på denne prosedyren. Sondemating er en god måte å gi ernæringstilskudd på, såfremt det ikke er kontra- indikasjoner på dette. Det kan være at pasienten ikke tåler mat i magen, eller at han ikke kan få mat i magen av andre årsaker(Ovesen m. fl 2007). Kan det bli masete fra pleierne når de ser at denne pasienten er dårlig og trenger mat, fordi han ikke har spist på mange dager. Blir det lite konstruktivt bare å tilby og ikke sette i verk tiltak som man vet fungerer. Da tenker jeg på sondemating som et alternativ til vanlig mat. Enten som tilskudd eller fullernæring. Det viser seg at kontinuerlig næringstilskudd kan korte ned sykdomsperioden betydelig. Kroppen trenger de næringsstoffene hele tiden for å gjenoppbygge nytt vev. Sondemating er en bedre måte å gi tilskudd på enn parenteral ernæring, for da kommer maten i magen der den skal være. Det var lederen på kirurgisk inne på, men de er ikke flinke nok til å tilby pasientene dette. En av grunnene til det kan være at de kvier seg for å legge ned sonde, noe pasientene ikke alltid synes er like hyggelig fordi det medfører en del ubehag. Likevel hadde det vært bra fordi da kunne man hatt kontinuitet i næringsinntaket til pasientene, dessuten er det mindre alvorlige komplikasjoner forbundet til sondeernæring enn til parenteral(intravenøs) ernæring. Det fører i mange tilfeller til nedkorting av liggetid og vil spare både pasient og samfunnet for belastninger av personlig og økonomisk karakter. I tillegg er det billigere og mindre ressurskrevende og en stor fordel er at pasientene kan opprettholde en normal mage- og tarmfunksjon. Det styrker immunforsvaret i tarmen og tarmmucosa(tarmveggen) opprettholdes. Da får pasientene også mindre plager når han igjen klarer å spise normalt(Sortland 2001).

4.3 Kunnskap og opplæring

Pleiernes viten når det gjelder for eksempel protein -innhold i kostholdet viser seg å være svært mangelfull. I spørreundersøkelsen gjort i Danmark svarte hele 96 % feil (Munch m.fl 2006). Da er det nærliggende å tenke at det ikke opptar personalet hvilken mat de tilbyr pasientene og at de mener det er andres fagfelt, derfor trenger de ikke vite noe om det. De leser heller ikke tidsskrifter som omhandler ernæring. Så lenge de får maten levert fra kjøkkenet er det liten grunn til å stille spørsmål med hva pasientene spiser. Da konsentrerer de seg heller om de pasientene som ikke spiser noe. Her har pleierne forskjellige arenaer å konsentrere seg om. Det er for eksempel sykepleierne som tar seg av parenteral ernæring, mens hjelpepleierne har sondernæring som sitt spesialfelt. Det sier avdelingslederen at hjelpepleierne er ganske stolte av. Da har de noe som er deres alene. I yrkesetiske retningslinjer står det at man skal holde seg faglig oppdatert og det er et ansvar hver enkelt pleier har (ICN 2007). Det tilsier at man må vite noe om hvilke anbefalinger som er gitt fra Statens ernæringsråd på lik linje med annen form for faglig oppdatering. Kostgruppen avdelingsleder har opprettet, har en stor utfordring med å legge til rette for at kollegaene skal få kursing og kunnskap om temaet. Det har for liten prioritet og konsekvensene blir at pleierne ikke tror, eller ser at det har noe å si, før pasientene må ha tilleggsbehandling for å ivareta næringsbehovet. I tilfelle det er en delegert oppgave til f. Eks. hjelpepleierne må det kunne vises til at det personalet, som har fått denne oppgaven, har de faglige kvalifikasjoner både i forhold til observasjon og kosthold (Nightingale 1997). Om personalet hadde disse kvalifikasjonene ville det bety at pasientene hadde blitt sikret riktig ernæring, og i mindre grad blir utsatt for feilernæring.

4.4 Muntlig og skriftlig overføring

Etter intervjuet med avdelingsleder, fant jeg ut at det med muntlige beskjeder er vanlig i forskjellige forbindelser. Det var både fra mottakelsen til gruppeleder og fra gruppeleder til hjelpepleier, men at det også var skrevet i sykepleiekardex. Når det blir gitt muntlige beskjeder fra en medarbeider til en annen er muligheten for feil stor, mener jeg. Det er fordi muntlige beskjeder blir omtolket hos mottaker for hvert ledd og endrer seg for hver gang. Da kan det skje at beskjeder ikke blir tatt nok alvorlig. Om beskjeden fra gruppeleder til hjelpepleier at pasienten ikke skal ha den eller den matvaren og får det likevel, kan det få store konsekvenser. Noen pasienter er alvorlig allergisk mot forskjellige matsorter og det kan få dødelig utgang om det ikke blir skrevet på de riktige plassene eller blir tatt på alvor. Hvis

det er ufaglærte vikarer som er innleid, kan man ikke regne med at de har den samme forståelsen av situasjonen og viktigheten som det en faglært skal ha. Her holder det ikke med muntlig overføring når konsekvensene kan bli så store. Skikkelig dokumentasjon og der det er skrevet i kardex er avgjørende for at pasientene får den beste oppfølging også i forbindelse med ernæringen. Jeg har erfart at kostlisten hjelpepleierne skal skrive disse opplysningene på, ofte ikke er oppdaterte, selv om de skal være det, og det er visket ut og skrevet på nytt, slik at det ikke er enkelt å lese hva det står. Nightingale(1997) sier at det er avgjørende for behandlingen at alt er nedskrevet på en måte som gjør at alle, uansett hvem som skal utføre behandlingen eller er ansvarlig, skal forstå hva som gjelder for hver pasient. Også i ernæringsmessig hensyn der hun mener at pasienten skal få mat på tidspunkt tilpasset hver pasient, og mat som er tilpasset hans sykdom. Når det gjelder medisiner er det blitt slik at det ikke er tillatt å overføre fra kardex til andre lister for å forhindre overføringsfeil. Det har med kvalitet og forsvarlighet å gjøre og burde ha vært slik i forbindelse med ernæring også. Særlig når man forstår hvor viktig det er med riktig kosthold.

4.5 Dokumentasjon/Kostregistrering

Kostregistreringsskjema og drikkelapper er tvingende nødvendig for å danne seg et bilde av hva pasienten faktisk har spist og drukket. Det er ikke godt nok å skrive i kardex at ”pasienten spiste godt til frokost” og ”i dag har ikke pasienten spist middag”. Ut av sånne fraser kan man ikke si noen ting om tilstrekkeligheten, næringsverdi og inntak. Om pasienten spiser en sjokoladebit eller et kakestykke må det skrives opp, fordi det kan være mange gode næringsstoffer i disse. Det er helheten i de samlede måltid om dagen som må analyseres. Først da finner man ut hva pasienten har fått i seg og evt. trenger i tillegg. I følge spørreundersøkelsen fant de ut at personalet har en del barrierer når det gjelder å veie eller gjøre andre registreringer, for de mente det sykelliggjorde pasientene som så friske ut(Munch m.fl 2006). Det kan resultere i manglende dokumentasjon, og føre til at når det blir behov for disse opplysninger er de ikke tilgjengelige. Da har ikke personalet gjort bra forebyggende arbeid og kanskje i verste fall noe straffbart, fordi det i loven står det skal dokumenteres tilstrekkelig. Det at man kan regne ut næringsverdien ved å bruke kostregistreringsskjemaer mener jeg sier noe om kvaliteten på sykepleien, det formidler omtanke og omsorg for pasienten og hvis du ikke greier å registrere disse opplysninger klarer du heller ikke å gi dem den pleie de trenger. Hvordan kan du si hva denne pasienten trenger i tillegg, når ikke du har

kontroll på hva pasienten har spist. Her kan man forstå hva Nightingale(1997) mener når hun sier at man ikke kan være avhengig av å være tilstede selv og at pasienten skal få like god pleie uansett. Det er mange av pasientene som er klare og oppegående selv om de har infeksjon, og disse kan med fordel settes til å føre registreringskjemaet selv. Da blir det ikke mye mer arbeid for personalet, og deres travle hverdag blir ikke nevneverdig travlere. I tilfelle feilbehandling og søksmål vil det være av stor betydning at alt er tilstrekkelig dokumentert. Det ivaretar sikkerheten til pasienten og personalet. Man har sikret mot feilernæring og et riktig kosthold slik at mulighetene for pasienten til å bli rehabilitert raskere, og å korte ned på sykehusoppholdet.

4.6 Organisering/ prosedyrer og prøver

Når den samme gruppen, tilhørende pasienten er så lenge som tre måneder, er alle forutsetninger for et godt samarbeid tilstedet. Både med pasient og øvrige pleiere. Pasientene burde kunne føle seg trygge og ivaretatt. Vanligvis er ikke pasientene på sykehus så lenge, slik at det ikke er problematisk. Det er de som har spesielle behov man må følge opp. Her er det fint at avdelingsleder har et våkent øye til disse i og med at pleiepersonalet går turnus og innimellom er det sykemeldinger også. Hun kan være den som sørger for at de rette informasjonene, prosedyrene og prøvene blir tatt og iverksatt. Hun har overoppsynet med avdelingen samtidig har hun overoppsynet med arbeidsstaben(Nightingale 1997). Avdelingsleder holder seg oppdatert og følger pasientene fra sidelinjen, gruppeleder blir spurt om det er noe hun ikke er tilfreds med. Det vitner om et sterkt engasjement fra hennes side. Det er fint for pasientene og pleierne at de har en sterk leder. Kan det føre til at gruppelederne stoler på at avdelingslederen har oversikt og venter til de får signaler fra henne? Informanten sier at det er en travel avdeling og at de har nok med det dagen bringer, men kan det tenkes de er for lite folk på jobb ettersom de ikke har tid til å følge med om pasienten får riktig kost? Jeg antar sykepleierne tror de andre ser behovet, og har stillestående delegert ansvaret. Pasienter som må faste til revisjon har fått det bedre ettersom det er innført nye rutiner i avdelingen. Før måtte de faste fra midnatt, nå får de spise frokost. Det var ikke sikkert de kom til behandling før langt på dag eller neste dag, men nå prøver de å få tatt disse pasientene mellom frokost og middag. Det er en positiv utvikling og må kunne sies å ha stor betydning for rehabiliteringen. Legen har et overordnet ansvar for å vurdere pasientens ernæringsmessige tilstand og foreskrive ernæringsbehandling. Dette gjelder ikke bare for pasienter som ikke kan spise selv og må ha sonde- eller parenteral ernæring, men i like stor

grad gjelder det for pasienter i oppbyggingsfase også. Det må betraktes som et legefaglig anliggende og være et ledd i den kirurgiske behandling. Samtidig er det legens ansvar og oppmuntre og motivere personale til å sørge for god ernæring til pasientene(Ovesen m.fl 2007).

5.0 Konklusjon

For å finne svar på problemstillingen jeg stilte innledningsvis, har jeg gjennomført mye litteratur både i bøker og på internett. Jeg har intervjuet avdelingsleder ved kirurgisk avdeling og gjort mange interessante funn. Det som synes å være gjennomgående både fra det jeg har lest og selv funnet ut er at det blir alt for lite vektlagt at pasientene trenger spesiell kost når de er syke. Det er ikke generelt fokusert på dette blant pleiepersonalet. Pasientene må ha mat, det er greit, men hva de gir dem er mindre nøye. Nightingale(1997) sier at ved å gi en pasient samme mat som en frisk, kan drepe han. Underforstått mener hun at han ikke får i seg de næringsstoffene han trenger for å gjenoppbygge kroppen. I sykepleieutdanningen er ernæring kun en liten del av pensum, men burde kanskje ha vært lagt større vekt på. Behandlingene av postoperative sår som blir tilbydd er gode og avanserte så da er det synd at det ikke blir oppfulgt med et ernæringsprogram som uten tvil ville hatt stor betydning for pasienten sin rehabilitering. Her kunne legene ha tatt mer ansvar. På grunn av kroppens reaksjon på skader og traumer som dette er, trenger man spesiell kost for å ivareta behovet. Munch et al(2006) viser at blant personalet bidro etiske barrierer til at pasientene ikke systematisk ble veid. Flere av dem mente at pasientene ville bli sykeliggjort gjennom systematisk veiing.

Artikkelforfatterne konkluderer blant annet med at de grunnleggende årsakene til personalets utilstrekkelige kunnskap og uhensiktsmessige holdninger mangler nærmere undersøkelser, og bør være fokus for forskning innenfor området. Kostintervju er et viktig hjelpemiddel i vurderingen av pasientens ernæringsstatus, og det danner utgangspunktet for undervisning og veiledning til pasientene. Kostintervjuet kan være et hjelpemiddel til å finne sammenhengen mellom symptomer på sykdom og feil i kostholdet, og skal ikke være noe som bare skal foretas hos bestemte pasienter på bakgrunn av sykdommer, tilstander eller medisinsk behandling som påvirker ernæringen, det skal inngå som en naturlig del av alle innkomstsamtaler(Sortland 2001). Dokumentasjonen skal være et redskap for å sikre at pasientene får den omsorg og pleie de har krav på og fortjener den skal være tydelig slik at det er lesbart for andre. I rapporten skal man bare skrive ned det som er nødvendig og ikke mer. Det er ikke likegyldig heller hva som blir dokumentert og hvordan, man må forsikre seg om at de data som blir skrevet er brukbar til evaluering og igangsetting av tiltak når det trenges. Det er ikke sykepleierens tolkninger og synsing som skal skrives, men det som er relevant i forhold til pasienten. Mange av pasientene er eldre og er i dårlig ernæringsmessig tilstand før de blir innlagt, og disse må få tilstrekkelig oppfølging på sykehuset fra første stund. Da blir det viktig å inneha kunnskap om hva disse pasientene trenger, slik at infeksjonsfaren blir

reduisert. I tillegg har underernærte og feilernærte pasienter mye større risiko for å utvikle liggesår. Det er en tilstand som ikke oppstår hos pasienter som er velernærte(Sortland 2001). Det er noen faktorer som er medvirkende årsak til at ernæringen ikke blir ivaretatt godt nok i sykehusene. Det kan være at ansvarsforholdet ikke er klart definert og at personalgruppen er for lite flinke til å samarbeide, at hele personalgruppen mangler kunnskap og viten om ernæring, og at pasientene har alt for lite innflytelse på måltidene. Det er også et faktum at den overordnede ledelse ikke er nok engasjert i ernæringsproblematikken(Ovesen m.fl 2007). På sykehusene rundt i landet er det langt mindre fokus på ernæring og mat enn det burde vært. Et riktig tilpasset kosthold og god mat er ikke bare avgjørende for trivsel og god allmenntilstand, men har dessuten vist seg å ha en avgjørende betydning for behandlingsresultat, forbedring og liggetid blant syke mennesker.

6.0 Litteraturliste

Jeg har presentert litteraturlisten alfabetisk her. Min selvvalgte litteratur har jeg valgt å sette stjerne foran slik at den er lett å skille. Den er på ca 300 sider.

Andenæs, Kristian. Olsen, Leif Oscar (2003). *Juss for sykepleiere*. Universitetsforlaget. 3. Utgave.

Dalland, Olav (2000). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Gyldendal Norsk forlag AS

*Dalen, Monica. (2004). *Intervju som forskningsmetode- en kvalitativ tilnærming*. Universitetsforlaget. Side 18- 25, 29-40,

Florence Nightingale (1997). *Notater om sykepleie*. Universitetsforlaget. Redigert av Viktor Skretkowicz og oversatt av Sidsel Mellbye.

*Hessov, Ib(2003). *Klinisk ernæring*. Munksgaard Danmark. Side 11- 42 og s.113- 126

*ICNs etiske regler(2007). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Norsk sykepleierforbund. Side 7- 11

Jacobsen, D., Kjeldsen, S.E., Ingvaldsen, B., Lund, K., Solheim, K.(2001). *Sykdomslære. Indremedisin, kirurgi og anestesi*. Gyldendal Norsk Forlag AS

Jakobsen, Rita(2005). *Klar for fremtiden*. Gyldendal Norsk forlag AS.

*Kirkevold, Marit(1998). *Sykepleieteori*. Gyldendal Norsk forlag AS. Side 38-99

Kristoffersen, Nina Jahren (2005). *Stress mestring og endring av livsstil*. Grunnleggende sykepleie. Bind 3. Gyldendal Norsk forlag AS

Kristoffersen, Nina Jahren (2005). *Teoretiske perspektiver på sykepleie*. Grunnleggende sykepleie, bind 4. Gyldendal Norsk forlag AS

*Munch, Christina. Pedersen, Pernille. Færgeman, Kirsten. Thulstrup, Ane Marie(2006). *Plejepersonalets viden og holdning om ernæring til ældre plejehjemsboere- en spørgeundersøgelse*. Vård i Norden 1/2006. Publ.no.79 vol.26. Side 20-24

*Ovesen, Lars, Allingstrup, Lene. Poulsen, Ingrid (2007). *Ernæring og diætetik*. Nyt nordisk forlag Arnold Busck AS. Side 63-84 og s.130- 229

Pfeiffer, R.(2002). *Sykepleier og leder*. Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke

Sjøens, R.J. og Thoresen, L(2003). *Sykepleierens ernæringsbok*. Gyldendal Norsk Forlag AS

*Sortland, K. (2001). *Ernæring – mer enn mat og drikke*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS. Side 17-48, s.97-110, s.165- 198