

Aagaard, H. I Kristoffersen, Norvælt og Skang (2011) Vestn og Ernæring

VÆSKE OG ERNÆRING | 185

berede mat for pasienter som ikke er i stand til dette selv. Mange eldre syns det er vanskelig å være til bryderi for andre. At de kan fortsette sine matrutiner og slik sett føle selvstendighet, er derfor svært viktig for eldre mennesker (Sidenvall 2003). De vil fortsatt føle at de har frihet og selvbestemmelse, og vil oftest helst stå for mest mulig av matlagingen selv. Sykepleieren må prioritere å utarbeide en individuell plan der det matrelaterte arbeidet primært skal være hjelp til selv-hjelp (Gustafsson og Andersson 2004).

Å tilberede mat krever tid og tålmodighet, og sykepleieren må gjennom veiledning og undervisning følge opp hjemmehjelpe og pleieassisterenter. Dette arbeidet kan for eksempel bestå i å finne fram oppskrifter og råvarer eller å finne fram de hjelpe-midlene som trengs til matlagingen. Dersom det er vanskelig for pasienten å røre eller vispe, for eksempel egg eller fløte, kan han prøve å bruke en håndmikser. Et det vanskelig å skjære opp mat, kan pasienten få demonstrert hvordan en kjøkkenmaskin virker, og etterpå trenere på å betjene den selv. Spesielt tilpassete kniver, koppar og tallerkener kan en skaffe ved behov. Dersom det er vanskelig for pasienten å stå under matlagingen, kan en høy stol tilpasses kjøkkenbenken. Det er en fordel at hjelpe-midlene velges i samarbeid med ergoterapeut, som kan tilpasse utstyr for den hjelpe-trengende. For en som bor alene, kan det være praktisk å lage mat for flere dager om gangen. Mange eldre som blir alene, særlig menn, kan bli fortvilet fordi de mangler trenings i å lage mat. De som har vært vant med at andre familiemedlemmer har tilberedt måltidene, vet ofte ikke hvordan de skal tilberede en enkel middag. En del kommuner tilbyr matlagingskurs spesielt for enkemenn. De som ikke ønsker å lage mat selv, kan i de fleste større butikker finne ferdige middagsretter som bare trenger oppvarming. De fleste kommuner kan også tilby middag leverert på døra fra en matombringningstjeneste. Noen hjemmeboende pasienter kan trenge hjelp til å dekke bordet eller hjelp til å spise. For noen kan det at pleiepersonalet setter seg ned ved bordet sammen med pasienten, gjøre at pasienten spiser mer.

For andre kan det være et godt alternativ å spise i en kafeteria, enten på et eldresenter eller i et butikk-senter, framfor å lage sin egen mat og spise den alene. «Matkortet» er et egnet hjelpe-middel for å vurdere om hjemmeboende eldre har et tilfredsstillende kosthold (se figur 13.5). Hjemmesykepleien må ha gode rutiner for observasjon av pasientens matinntak og ernæringsstatus og sørge for at pasienten får riktig kosttype.

STÅR

Mat og måltider i helseinstitusjoner

- 1 I helseinstitusjoner må flere yrkesgrupper samarbeide om ernæringsarbeidet. Både ledelsen, legen, 2 avdelingssykepleier, pleiepersonalet, kjøkkensjef og 3 klinisk ernæringsfysiolog har et ansvar for at ernæringsarbeidet i institusjonen blir ivaretatt. Ledelsen 4 ved institusjonen har ansvar for at det fins retningslinjer som beskriver ansvarsfordelingen mellom de 5 ulike gruppene, og at retningslinjene er kjent blant 6 personalet. Det daværende Statens ernæringsråd 7 utgav i 1995 retningslinjer for kosthold i helseinstitusjoner. Retningslinjene inneholder anbefalinger 8 knyttet til ansvarsfordeling. Der står det følgende:

- 13 Avdelingssykepleieren har i praksis ansvar for at pasientene/beboerne får et forsvarlig kosthold tilpasset 14 deres tilstand og behov, og for å registrere, vurdere og 15 rapportere pasientens matinntak og ernæringsstatus. 16 Dersom ansvaret delegeres til for eksempel sykepleier 17 eller hjelpepleier må det klart bestemmes hvem som 18 tar over ansvaret for hva (Statens ernæringsråd 1995, 19 s. 20).
- 20 Hvis ansvarsfordelingen er uklar, kan det føre til pul- 21 verisering av ansvaret, og det kan føre til at ernæringsarbeidet ikke får den oppmerksomheten som 22 det burde ha.
- 23 Sykehushusmaten har hatt ord på seg for å være uten 24 smak, lukt og fantasi. Kjøkkensjefen har ansvaret for 25 at maten som blir serveret, er både velsmakende og 26 har riktig innhold av næringsstoffer og energi. En 27 undersøkelse blant sykehjemmenes kjøkken i Norge 28

29 tyder på at flere kjøkken ikke har kunnskap til å esti-
30 mere det gjennomsnittlige ernæringsinnholdet i
31 den middagen som de produserer (Aagaard 2008).
32 Næringsberegnede oppskrifter kan være til hjelp. Det
33 fins også egne dataprogrammer som kan benyttes.

34 Kosten i helseinstitusjoner kan være en viktig del av
35 behandlingen, og allerede ved innleggingen skal det ut
36 fra pasientens behov, tilstand og sykdom bestemmes
37 hvilken type kost som pasienten skal ha. Hvis pasien-
38 ten ikke har problemer med å få dekket sitt væske- og
39 energibehov, benyttes «hverdagskosten», som er den
40 normale kosten, og som følger generelle anbefalinger
41 for kostholdet til befolkningen generelt. Hvis pasien-
42 ten spiser lite, velges energi- og næringstett kost. En
43 slik kost skal inneholde 15–20 % protein, 35 % fett og
44 45–55 % karbohydrater. Energiinnholdet i kosten vil
45 da økes uten at porsjonsstørrelsen øker. Fibermeng-
46 den kan derfor bli for liten. For å øke fettinnholdet
47 i kosten kan det for eksempel tilsettes olje og fløte.
48 Ved å tilsette 1 ss olje vil energiinnholdet øke med 100
49 kalorier. Det kan velges fete øster og helmelk, mens
50 lettprodukter ikke skal benyttes. Undersøkelser viser
51 at protein- og energirik kost reduserer faren for post-
52 operative komplikasjoner hos pasienter med lårhals-
53 brudd (Hervik og Nortvedt 2009).

54 Sykdommen kan også stille spesielle krav til kos-
55 ten. Eksempler på spesialkoster er glutenfri kost,
56 natriumredusert kost og kost ved kronisk nyresvikt.
57 For spesiallitteratur, se for eksempel Sjøen og Tho-
58 resen (2008): *Sykepleierens ernæringsbok*.

59 Alle kosttyper kan lages med forskjellig konsistens
60 (findelt, flytende eller geleringskost). Findelt kost
61 kan være et alternativ når pasienter av ulike årsaker
62 ikke kan tygge maten.

63 Mange institusjoner har alternative menyer. At
64 valgmuligheter er spesielt viktig for den gruppen
65 som spiser lite, viste en dansk undersøkelse (Niel-
66 sen mfl. 2004). I denne undersøkelsen ble pasientene
67 ved sykehuset presentert for et menykort der de selv
68 kunne sette sammen måltidet. Samtidig ble porsjo-
69 nene laget mindre og mer energitette. Resultatene
70 viste at de pasientene som spiste lite, hadde et høy-

71 ere energiinnntak når de fikk velge fra en meny. En
72 undersøkelse viste at ved kun 16 % av sykehjemmene
73 i Norge kunne beboerne velge mellom flere retter til
74 middagen (Aagaard 2010a).

75 Sykepleierens ansvar er å tilrettelegge for at pasi-
76 enter som trenger spesialkost, får tilpasset et variert
77 og næringsriktig kosthold ut fra sitt behov. Dette gjø-
78 res i samarbeid med ernæringsfysiolog, dietetiker og
79 lege. Sykepleieren må tilpasse matbestillingen til den
80 enkelte. For å bestille mat til pasientene kan det benyt-
81 tes ulike matkort eller bestillingslister. Det fins nå
82 databaserte bestillingssystemer. Bestillingen må inne-
83 holde type kost, porsjonsstørrelse, antall brødkiver,
84 pålegg, type varmt drikke (kaffe/te) og type melk. Den
85 må også påføres avdeling, pasientens navn og rom-
86 nummer. Pasientens tilstand og matønsker kan endre
87 seg i løpet av oppholdet på institusjonen, og matkortet
88 må derfor endres. For noen pasienter kan det være
89 nødvendig med en daglig gjennomgang av matkortet.

90 Helsedirektoratet anbefaler at måltidene i institu-
91 sjon bør fordeles på 4 faste hovedmåltider og minst
92 ett mellommåltid. Måltidene bør fordeles jevn-
93 utover døgnet, og det bør ikke gå mer enn 11–12
94 timer mellom siste måltid om kvelden og det første
95 måltidet om morgen. De fire hovedmåltidene kan
96 være frokost, lunsj, middag og kveldsmat. De fleste
97 somatiske sykehus har denne måltidsplasseringen.
98 En undersøkelse blant landets sykehjem viser at
99 måltidene ved mange sykehjem kommer for tett, og
100 at beboerne ved disse sykehjemmene kan være uten
101 mat i over halve døgnet. I undersøkelsen var det kun
102 8 % som serverte middag etter klokka 14.00 (Aagaard
103 2008). En undersøkelse ved svenske sykehjem viste
104 også at «nattfasten» kunne være for lang, i gjennom-
105 snitt på 14,5 timer (Persson mfl. 2004). Det må være
106 mulig for pasienten å få mat utenom de ordinære
107 måltidene, og noen vil også ha behov for individu-
108 elle spisetider. **STOPP**

Organisering av matserveringen

Pa grunn av økende effektivitetskrav har flere institusjoner lagt ned sine kjøkken og overført produk-