



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

# VURDERINGSINNLEVERING

---

Emnekode: SYKSB3001

Emnenavn: Sykepleie, forskning og fagutvikling

Vurdering: (Bacheloroppgave)

Kandidatnummer: 5

Leveringsfrist: 23.02.09 kl.14.00 Studenttorget

Vurderingstype: ordinær

*Opplysningene finner du på StudentWeb under Innsyn – Vurderingsmelding*

Fagansvarlig: Benny Huser

Veileder: Gurli Karin Tveit

# Ernæring til eldre på sykehjem



Bacheloroppgave i sykepleie  
Høgskolen Stord/Haugesund avd. Stord  
Innlevert 23. februar 2008

Veileder: Gurli Karin Tveit

Kandidatnr: 5

Antall ord: 7583

## **Sammendrag**

Dette er en litteraturstudie. Jeg har valgt temaet ernæring til eldre på sykehjem, og problemstillingen min lyder som følge: *Hvordan kan vi som sykepleiere legge til rette for at pasienter på sykehjem får i seg tilstrekkelig næring?*

Bakgrunnen for valg av tema er hyppig omtale i media om underernæring blant eldre, samt egen erfaring som student i to praksisperioder på sykehjem.

Til tross for satsing fra statens side så blir det ikke nok gjort nok for å bedre matomsorgen i sykehjem. Sykehjemskjøkken blir lagt ned og kompetansen som institusjonskokkene har forsvinner. Undersøkelser viser at det er for dårlige rutiner generelt i helsevesenet på å registrere ernæringsstatusen til pasienter, og at helsepersonell selv ønsker kompetanseheving på dette området.

## **Abstract**

This is a literature study. I have chosen the subject nourishment in nursing homes.

My question is as follows: *How can we as nurses find a way to ensure that patients get sufficient nourishment?* The background for my choice of the subject is frequent discussions in media about undernourishment among elderly, but also my own experience as a student when I was working as a trainee in a nursery home for two periods.

Despite the efforts made by the government it is not enough to improve the nourishment care in nursing homes. Kitchens in these homes have been closed down and with that competence for personnel working in hospitals kitchens is about to disappear.

Investigations have proved that routines in the Health Department in general are not good enough concerning the registration of the nourishment status of the patients. It is the aim for us in health service to work for and improve the nourishment situation in these institutions.

## Innhold

1.0	Innledning.....	5
1.1	Presentasjon av tema og problemstilling .....	5
1.2	Bakgrunn for valg av tema og problemstilling .....	5
1.3	Avgrensning og presisering av problemstilling .....	5
1.5	Definisjon av sentrale begrep .....	6
1.6	Formålet med oppgaven .....	6
2.0	Metode.....	7
2.1	Generelt om metode.....	7
2.2	Litteraturstudie.....	7
2.3	Kildekritikk.....	8
2.4	Metodens og kildenes validitet og reliabilitet.....	8
3.0	Presentasjon av vitenskaplige artikler og utviklingsprosjekt .....	10
3.1	Vitenskaplige artikler .....	10
3.2	Utviklingsprosjekt .....	11
4.0	Teori .....	13
4.1	Kari Martinsens omsorgsfilosofi .....	13
4.1.1	Omsorg og ulike perspektiv på omsorg.....	13
4.2	Antonovskys salutogenesemodell.....	14
4.3	Aldring og ernæring.....	15
4.3.1	Hva styrer appetitten .....	16
4.3.2	Underernæring.....	17
4.3.3	Vurdering av ernæringsstatus.....	18
4.3.4	Hvor mye energigivende næring trenger de eldre .....	19
4.4	Stortingsmelding 25 – Mestring, muligheter og mening.....	19
5.0	Drøfting .....	20
5.1	Kompetanse og fokus .....	20
5.2	Kari Martinsen og de tre om omsorgsbegreper .....	22
5.3	Antonvosky - salutogenese .....	24
6.0	Konklusjon .....	27
7.0	Litteraturliste .....	29

Vedlegg: 1. Kvalitetssirkel, ernæring m/ veileder

## **1.0 Innledning**

### **1.1 Presentasjon av tema og problemstilling**

Den hyppige omtalen i media om underernæring av pasienter på sykehjem har vært en av årsakene til jeg har ønsket å skrive om dette temaet. Man hører til stadighet om sykehjemskjøkken som blir lagt ned og at maten blir laget et annet sted, vakumpakket og levert på sykehjem for oppvarming der. Stortingsmelding 25 (2005-2006) vektlegger mat og måltider. Det skal vises respekt for enkeltmenneskets selvbestemmelse, egenverd og livsførsel. Mat og måltider er en viktig del av omsorgstjenesten. Mat er næring, men like mye smak, lukt og opplevelse. Matomsorg er en viktig del av helhetlig og individuelt tilpasset omsorg.

På bakgrunn av dette lyder min problemstilling som følger

*Hvordan kan vi som sykepleiere legge til rette for at pasienter på sykehjem får i seg tilstrekkelig næring?*

### **1.2 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling**

Jeg har hatt to praksisperioder på sykehjem. Jeg har ingen arbeidserfaring fra helsesektoren fra tidligere. Jeg har heller ikke vært pårørende til pasienter på sykehjem. I den siste praksisperioden fikk jeg spesielt god kontakt med en dame på over 90 år. Hun var en klar og reflektert dame og hun spiste veldig lite. Hun ble tynnere og tynnere, og jeg gjorde det jeg kunne for å få henne til å spise, men hun sa hun var ikke sulten. Noen uker etter at jeg var ferdig i praksis så var hun ikke mer.... I ettertid har jeg tenkt mye på om jeg kunne ha gjort noe annerledes eller noe mer for at hun skulle få i seg mer næring.

### **1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling**

Pasientomsorg går ut på å sørge for at pasienten får i seg tilstrekkelig av de nødvendige næringsstoffene, enten gjennom mat og drikke, sondeernæring eller ved parenteral ernæring (Sortland, 2007). Dette er et omfattende tema. Jeg har derfor valgt å ha fokus på pasienter som tar til seg næring peroral. Videre har jeg valgt å ikke ta med demente. Jeg er klar over at det kan reises spørsmål om dette da mange i sykehjem er demente. Dette gjør jeg dels på grunn av oppgavens lengde, men også på grunn av at kunnskapen jeg tilegner meg blir mer relevant i forhold til ernæring overfor pasienter i andre institusjoner, både innen primær og sekundær

helsetjenesten. Jeg valgte også å ha fokus på sykehjem da jeg kun hadde vært i sykehjemspraksis da jeg tok til med oppgaven.

I oppgaven ønsker jeg få frem hvordan vi kan øke næringsopptaket til en pasient, ved å legge forholdene til rette rundt måltidet slik at det blir en positiv opplevelse for hver enkelt pasient, og at vi i denne sammenhengen ser til at pasienten får brukt sine ressurser. Videre vil jeg belyse om pasientene blir tilbydd mat ofte nok, om personalet på sykehjem har nok kompetanse innen ernæring og i det å registrere de som står i fare for å bli underernært. Martinsen er opptatt av de ”syke syke”. Hun gjør seg til talsperson for den resultatløse sykepleien. Jeg ønsker derfor å bruke hennes sykepleieteori når jeg skal belyse denne problemstillingen. En annen teoretiker jeg vil trekke frem er Antonovsky. Hans teori - salutogenese - vil jeg bruke for å få frem hvordan vi kan styrke mestringsressursene til pasienten.

### **1.5 Definisjon av sentrale begrep**

Man ser ofte at begrepene kosthold, ernæring, næring, næringsmidler og næringsstoffer blir brukt om hverandre. Næring defineres som; ”mat, føde, midler til lives opphold” (Bokmålsordboka, 2006, den elektroniske utgaven).

Når jeg bruker ordet vi i oppgaven, mener jeg vi som sykepleiere.

### **1.6 Formålet med oppgaven**

Dette er en litteraturstudie og min bacheloroppgave. Jeg er tredjeårsstudent ved HSH Stord. Det ene formålet med denne oppgaven er at jeg skal bestå eksamen, det andre er at jeg skal tilegne meg kunnskap innenfor et fagområde som interesserer og engasjerer meg. Ut i fra den kunnskapen jeg har tilegnet meg ved å jobbe med dette temaet så langt, ser jeg at det er svært mye man kan forbedre innen ernæringsproblematikken med ganske enkle grep. Dette ønsker jeg å ta med meg ut i arbeidslivet og jobbe videre med.

## **2.0 Metode**

### **2.1 Generelt om metode**

”Metode er en fremgangsmåte for å frembringe kunnskap eller etterprøve påstander som fremsettes med krav om å være sanne, gyldige eller holdbare”. Dette er Tranøy (1986) sin definisjon av metode (sitert i Dalland, 2007, s. 81). Metoden skal gi et svar på at jeg har funnet frem til litteratur på en anerkjent og pålitelig måte, og jeg skal beskrive den prosessen jeg har brukt slik at andre kan forstå og helst etterprøve det arbeidet som er gjort.

Det er vanlig å skille mellom to hovedtyper metoder, kvantitativ og kvalitativ. Kvantitativ fremgangsmåte vil si at forskeren skaffer seg sammenlignbare tall og opplysninger om et visst antall undersøkelsesobjekter og uttrykker disse opplysningene i form av tall, og deretter analyserer mønsteret i dette tallmaterialet. Man har en stor bredde, det vil si få opplysninger om mange enheter. Målet ved denne type undersøkelse er at man vil forklare noe.

Kvalitativ fremgangsmåten tar sikte på å fremskaffe opplysninger som fanger opp meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste. I denne type metode går man i dybden. Man får få enheter som man henter mange opplysninger fra. Målet ved kvalitativ undersøkelse er å oppnå forståelse for noe (Dalland, 2007). I denne oppgaven bruker jeg kvalitativ metode.

### **2.2 Litteraturstudie**

Dette er en systematisk litteraturstudie. I følge Forsberg og Wengstrøm (2008) er det at man har en tydelig problemstilling som skal besvares systematisk ved å søke etter relevant litteratur, velge ut, vurdere og analysere dette. I en litteraturstudie er informasjonen allerede fremskaffet. Spørsmålene stilles derfor til litteraturen og ikke til personer. Jeg må derfor finne frem til litteratur som kan gi meg svar på min problemstilling. Når vi gjør litteraturstudie så ”baker” vi inn andres forskning i vår tekst. Det er da viktig at den opprinnelige meningen ikke endres. Dette blir spesielt utfordrende når vi bruker sekundærlitteratur. Jeg har tatt utgangspunkt i pensumlitteratur. Det har jeg gjort fordi det er relevant i forhold til mitt faglige ståsted. Når jeg har søkt etter artikler har jeg hatt fokus på at disse skal være relevant i forhold til det å gi svar på min problemstilling og at den ikke er eldre enn ti år.

Søkemotorer og nettressurser: BIBSYS, Vård i Norden, Tidsskriftet for Den norske legeforening, Sykepleien, SveMed+, Proquest, Evidence Based Nursing.

Søkeord: Nutrition, elderly, old age, nursing home, malnutrition, meal fellowship, social facilitation, næring, ernæring, eldre, sykehjem og underernæring.

På nettsiden [www.undervisningssykehjem.no](http://www.undervisningssykehjem.no) er det oversikt over sykehjem som er tilknyttet et ressurscenter for undervisning, fagutvikling og forskning i sykehjem. To av disse sykehjemmene har hatt et ernæringsprosjekt. Dette finner jeg interessant fordi det tar for seg hvordan ernæringsproblematikk blir håndtert i norske sykehjem i dag.

Jeg vil ha en hermeneutisk tilnærming til den litteraturen jeg bruker i denne oppgaven. Hermeneutikken handler om å fortolke meningsfulle fenomener og bruker mye "tid" på å forklare at alt har en mening. Mennesket er et tenkende, handlende, villende og skapende vesen, og vi må se på mennesket med hele sin helhet for å få forståelse av hvordan sykdommen/underernæringen påvirker mennesket. Naturvitenskapen som er forklarende kunnskap vil si at et menneske som er underernært trenger næring og vi trenger kunnskap om ernæring for å kunne behandle mennesket. Fra et sykepleiefaglig ståsted er det viktig å se hele mennesket (Dalland, 2007).

### **2.3 Kildekritikk**

Kildekritikk vil si å være kritisk til den litteraturen vi bruker. Med det mener jeg at vi må bruke anerkjente søkemotorer når vi søker etter artikler. Dette har jeg gjort ved å bruke søkemotorer som jeg har tilgang til via bibliotekets hjemmeside. Forsberg og Wengstrøm (2008) nevner også søkemotorer som er gode i forhold til forskning innen helse og omsorg. Det er også viktig å være kritisk til forfatteren vi bruker. Jeg har som tidligere nevnt at jeg tar utgangspunkt i pensumlitteratur og dens litteraturliste. Man ser da at enkelte forfatter går igjen, hvilken institusjon de er tilknyttet og hvilken bakgrunn de har. Dette gir også et godt bilde på forfatterens troverdighet (Dalland, 2007). Jeg vil også understreke at det svært viktig med god metodekunnskap for å kunne søke etter litteratur på kritisk måte.

### **2.4 Metodens og kildenes validitet og reliabilitet**

Et av hovedtrekkene i kravet til metoden, er at metoden skal gi troverdig kunnskap. Kravene til validitet og reliabilitet må da oppfylles. Reliabilitet betyr at all litteratur jeg bruker skal være samlet inn på en slik måte at den er pålitelig. Man skal kunne gjenta metoden og få det



samme svaret og da må eventuelle feilkilder og unøyaktigheter angis. Validitet står for at alle data må være gyldige (være basert på anerkjent forskning) og ha relevans overfor problemstillingen.

Litteraturstudie gir gode data og faglig dybde, den består av allerede fremskaffet litteratur og den vil derfor ikke gi helt nye kunnskaper. Ved litteraturstudie foretas det også en utvelgelse av data, og resultatet kan bli påvirket av de valgene jeg tar. Tilgangen til skriftlige kilder er store, og derfor er det viktig å være kritisk til litteraturen, og om det har relevans i forhold til tema og problemstilling (Dalland, 2007). Fordelen med litteraturstudie i forhold til empirisk studie, er muligheten for å sammenligne flere kilder dersom det er spørsmål om reliabilitet, de kan leses flere ganger for å utelate unøyaktigheter og ikke utelate viktige poeng.

### **3.0 Presentasjon av vitenskaplige artikler og utviklingsprosjekt**

#### **3.1 Vitenskaplige artikler**

##### **Artikkel 1**

Tittel: More Than Just not Being Alone: The Number, Nature, and Complementarity of Meal-Time Social Interactions Influence Food Intake in Hospitalized Elderly Patients

Forfattere: Paquet, C., St-Arnaud-McKenzie, D., Ma, Z., Kergoat, M.J., Ferland, G & Dubè, L.

Utgitt i: The Gerontologist År: 2008

Metode: Kvalitativ og kvantitativ

Artikkelen ser på sammenhengen mellom hvor ofte pasientene kommuniserer med hverandre under et måltid og hvor mange kalorier de får i seg. Den tar også for seg de mellommenneskelige forholdene mellom de som spiste sammen. Dette ble målt ved direkte observasjon og ulike tilnæringsmåter pasientene hadde mot hverandre. Konklusjonen var at det var en klar sammenheng mellom hvor mange ganger deltakerne kommuniserte og hvor mange kalorier de inntok. Dette viser at helsepersonell bør legge til rette for at de som sitter sammen også kommuniserer sammen. Forfatterne sier også at en må ha minst mulig forstyrrelser under måltidet.

##### **Artikkel 2:**

Tittel: Nutrition inom vård och omsorg. Kartläggning av rutiner och utbildningsbehov avseende nutrition inom slutna vård och inom vården av äldre i olika boende former i ett län i södra Sverige

Forfattere: Alfengård, K. & Klevsgård, R.

Utgitt i: Vård i Norden År: 2005

Metode: Kvalitativ og kvantitativ metode

Artikkelen tar for seg å undersøke rutiner som de har ved sykehus og kommunehelsetjenesten vedrørende å undersøke ernæringsstatus hos pasientene. Det ble også sett på om det var en

forskjell på primær- og sekundærhelsetjeneste innenfor dette området. Det ble sendt ut 142 spørreskjemaer der det ble stilt spørsmål til personalet vedrørende rutiner institusjonene hadde for dette og om det var behov for opplæring/videreutdanning innen ernæring. Det konkluderes med at både sykehus og kommunehelsetjenesten må ha mer oppmerksomhet rettet mot å identifisere pasienter som er i risikozonen for underernæring. Det er også ett ønske fra helsepersonell om en kompetanseheving innenfor dette fagområdet.

### **3.2 Utviklingsprosjekt**

#### **Løvåsen Sykehjem**

I perioden 2004-2006 gjennomførte Løvåsen Sykehjem et prosjekt som het ”Ernæring og individuelt tilpasset ernæringstiltak”. Initiativet til dette prosjektet kom fra pleiepersonalet. De var bekymret for og opplevde at feilernæring kunne være usynlig i lang tid og at det ikke ble fanget opp før pasientens allmenntilstand var så nedsatt at det resulterte i sykdom. Det ble også pekt på at matens betydning for den enkeltes helse og trivsel gradvis har fått en ufortjent og livsfarlig lav status i helsevesenet. I tillegg ble det i Bergen i 2003 ble gjennomført en stor og omdiskutert kjøkkenreform.

Prosjektet var et samarbeid mellom sykehjem, hjemmesykepleien og et bofellesskap for funksjonshemmede. De hadde hver sin prosjektgruppe. Sykehjemmets prosjekt gruppe bestod av sykepleiere, hjelpepleiere, kjøkkenassistenter, omsorgsarbeider, seksjonsleder, ernæringskonsulent og prosjektleder. Gjennom ”brainstorming” kom de frem til tre punkter de ville jobbe videre med:

- 1) Utvikle rutiner for å fange opp- og følge opp individuelle ernæringsbehov
- 2) Oppnå økt kunnskap om- og fokus på ernæring
- 3) Utvikle gruppebaserte tiltak for å forebygge feilernæring

#### **Resultat**

Punkt 1: Det blitt utarbeidet en veileder (vedlegg 1) samt nye ernæringsprosedyrer<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Jeg har ikke tatt med ernæringsprosedyrer som vedlegg da de er svært omfattende og detaljert. Dersom det ønskes tilgang til dette kan du følge linken i litteraturlisten under Løvåsen Sykehjem.

Punkt 2: Gjennom kompetanseheving i ernæring har det blitt mer fokus på måltidet og den betydningen maten har på den enkeltes helse og velvære.

Punkt 3: Tidspunktene for måltid ble forandret.

(Løvåsen Sykehjem, 2004-2006).

### **Lørenskog sykehjem**

Lørenskog sykehjem hadde i 2008 delprosjekt som het ”Tidsriktig matservering”. Dette er et samarbeidsprosjekt mellom sykehjemmets kjøkken og en somatisk langtidsavdeling.

Bakgrunnen for dette prosjektet var St.meld. 25(2005-2006) samt flere oppsalg i media som gikk på underernæring i sykehjem. Kort sagt så gikk prosjektet ut på følgende:

Nøyaktig kostregistrering av seks pasienter over en tre dagers periode ganger tre.

Intervju av personalet tidlig og seint i prosjektet der de i mellomtiden hadde vært i gjennom et kompetansehevingstiltak. Tilfredshetsundersøkelse blant pasientene vedrørende matservering og hyppighet av dette, tidlig og seint i prosjektet.

### **Resultat**

Samtlige av de ansatte mente pasientene fikk tilstrekkelig med næring både før og etter kompetansehevingstiltaket. Samtlige av pasientene var fornøyd med matilbudet ved begge intervjurundene. Loggføring av pasientens næringsinntak viste at de største manglene til pasienten var i forhold til energi, fiber, vitamin D, kalsium og jern. Det som fremkom i denne undersøkelsen er at det er kun gjennom nøye loggføring av hva pasienten spiser at man kan se om pasienten får i seg tilstrekkelig næring (Lørenskog sykehjem, 2008).

## 4.0 Teori

### 4.1 Kari Martinsens omsorgsfilosofi

Martinsen (født i 1943) er en norsk sykepleier som har magistergrad i filosofi. Hun har siden 2002 vært professor i sykepleievitenskap ved Universitetet i Bergen. Martinsen har utviklet sine tanker gjennom et langvarig arbeid med faget. Hun har vært inspirert av en rekke filosofer. Hun var tidlig inspirert av Karl Marx (1818-1883) og filosofen Edmund Husserl (1859-1938). Senere ble hun inspirert av den danske moralfilosofien Uffe Juul Jensen (1944) og den tyske fenomenologiske filosofen Martin Heidegger (1889-1976). I de seneste bøkene er det den danske filosofen og teologen Knud Løgstrups (1905-1981) tenkning hun er særlig opptatt av (Kristoffersen m.fl, 2005).

Martinsen stiller seg kritisk til den tradisjonelle tenkningen om sykepleiefaget der sykepleien har et vitenskapelig fokus sykepleietenkning tar primært opp grunnleggende spørsmål knyttet til menneskets natur og livsvilkår. Hun vurderer den enkelte sykepleiers faglige skjønn og praktiske kunnskap som langt viktigere for sykepleierutøvelsen enn det hun betegner som begrepslig (teoretisk) kunnskap (Kristoffersen m.fl., 2005).

#### 4.1.1 Omsorg og ulike perspektiv på omsorg

Martinsen mener omsorg er et grunnleggende fenomen ved den menneskelige eksistens, og menneskelige samhandling. Hun ser på omsorg som det mest naturlige og mest fundamentale ved den menneskelige eksistens, en forutsetning for alt menneskelig liv. Hun sier videre at omsorg er måten sykepleieren møter pasienten på og den måte sykepleieren handler på overfor pasienten. Omsorgen er et mål i seg selv. Den grunnholdningen som i følge Martinsen kjennetegner omsorg, er i sykepleie preget av engasjement, innlevelse, moralsk og faglig vurdering (Martinsen, 1993).

Martinsen har tre perspektiv på faglig omsorg. Det er relasjonen, det praktiske og det moralske.

Relasjonen: Omsorg er et forhold, en relasjon mellom minst to mennesker. Hun skiller mellom to slags omsorgsrelasjoner. Det ene kaller hun balansert gjensidighet som

kjennetegnes som et forhold der begge parter gir og mottar. Det andre er uegennyttig gjensidighet der den ene parten sørger for den andre, uten å få noe tilbake.

Martinsen er også opptatt av tydingen i sykepleien. Å tyde innebærer at en som sykepleier uttrykker det inntrykket en får av pasienten. Pasientens væremåte og adferd påvirker sykepleieren – gjør inntrykk, det er da viktig at sykepleieren uttrykker dette på en måte som gjør at pasienten opplever situasjonen som god. Dette vil være avhengig av situasjonen, men det kan for eksempel være noen rolig ord.

Det praktiske: Omsorg er også praktisk handling. Du skal kunne ditt håndverk. Som medmenneske skal sykepleieren forstå den syke. I tillegg har sykepleieren fagkunnskap som yrkesutøver som gjør sykepleieren i enda bedre stand til å sørge for den andre på en særlig omsorgfull og hensiktsmessig måte, som å lindre smerte, sørge for et godt leie og så videre. Det moralske: Enhver sykepleiersituasjon er i følge Martinsen av moralsk karakter, ved at sykepleieren står overfor den moralske utfordringen om å handle til det beste for pasienten. Sykepleiersituasjoner kan være svært kompliserte og uoversiktlige. Ulike overveieleser og skjønnsmessige vurderinger må gjøres før sykepleieren kan avgjøre hva som er de riktige handlingene. Faglig skjønn dreier seg om at sykepleieren har en disponibel handlingsberedskap som gjør det mulig å mestre nye og uventede situasjoner i den faglige hverdag. Hverdagen byr på utfordringer av mangfold og nyanser det ikke er rom for i lærebøker. Lærebøkene inneholder det generelle. Den faglige utfordringen ligger derfor i den konkrete situasjonen (Martinsen, 1993).

Martinsen er opptatt av de ”syke syke”. Hun gjør seg til talsperson for den resultatløse sykepleien. De som er pleietrengende og som ikke kan gjenvinne sin uavhengighet. Hun tenker her blant annet på de syke eldre, de som er på sykehjem, derfor har jeg valgt å bruke Martinsen i denne oppgaven. Videre sier hun at det er viktig å opprettholde et visst funksjonsnivå hos pasienten, slik at han får det bedre, livsmotet øker og de helbredende kreftene får virke (Kristoffersen m.fl., 2005). Antonovsky har fokus på akkurat dette. Jeg ønsker derfor å ta for meg hans teori – salutogenese når jeg skal utdype dette videre.

## **4.2 Antonovskys salutogenesemodell**

Antonovsky (1923-1997) er født i USA og emigrerte til Israel i 1960. Han var professor i sosiologi. Sosiologien har sitt fokus på forholdet mellom individ og samfunn med fokus på det sosiale.

Antonovsky gjennomførte et forskningsprosjekt rundt 1970 der han så på jøder som hadde vært i konsentrasjonsleir. Han sammenlignet den psykiske helsen til kvinner som hadde overlevd ett opphold i konsentrasjonsleir med kvinner som ikke hadde vært der. Til tross for den traumatiske opplevelsen disse kvinnene hadde gjennomlevd så var 29 % av disse kvinnene ved god allmenn psykisk helse. Dette gjorde sitt til at han utviklet den salutogenetiske modellen som ble publisert i 1979. Salutogenese er det motsatte av patagonese. Salutogenes handler om hva som gjør eller holder oss friske. Han mener at det å styrke ressursene til pasienten vil kunne fremme helse mer enn å kun finne årsaken til sykdom. Hans teoretiske utgangspunkt handler om å ha overskudd til å møte og mestre hverdagens påkjenninger. Det krever at pasienten har både indre og ytre ressurser, som går på det menneskelige, de sosiale og materielle plan. Han mener at det patologiske og salutogene perspektivet er utfyllende for helhetlig helseforståelse, og understreker at hans eget anliggende er salutogenese, uten å sette betydningen av medisinske årsaker til side.

Et kjernebegrep i Antonovskys teori er *opplevelse av sammenheng* (OAS). Han fant at disse kvinnene hadde høy OAS. I følge Antonovsky så består OAS av: *Begripelighet*, det handler om at personen må kunne forstå det som skjer som kognitivt forståelig, *håndterbarhet*, innebærer en følelse av at utfordringen kan håndteres og *meningsfullhet* som skaper lyst til å finne en dypere forståelse av verden og de ressurser man har til rådighet. Han sier videre at disse komponentene henger sammen og påvirker hverandre. Høy meningsfullhet og begripelighet gjør at motivasjonen øker for å søke etter mestringsressurser. Salutogenetisk tilnærming til menneskets helse kan bidra til å få en dypere forståelse og viten omkring hvilke faktorer som bidrar til at pasienten kan øke sin mestring i forhold til sitt helseproblem (Antonovsky, 1991). Utfordringen til oss sykepleiere (og annet helsepersonell) er å få pasienten til hente frem sin mestringsressurser. Det kan vi gjøre ved å styrke OAS hos pasienten.

### **4.3 Aldring og ernæring**

Kroppen blir gammel, fordi cellene i kroppen blir gamle. Gamle celler har dårligere evne til å ta opp næringsstoffer. I den normale aldringsprosessen foregår det også et generelt celletap

slik at kroppens energibehov går ned<sup>2</sup>. Den største reduksjonen skjer i kroppens muskelmasse (Wyller, 2006).

Det skjer også en endring i fordøyelsessystemet ved økende alder. Det kan være svelgproblemer, tap av tenner eller dårlig tilpasset tannprotese som kan gjøre tyggingen vanskelig. Ulike forhold i mage/tarm gjør også at absorpsjon av en del næringsstoffer hemmes. Appetitten har også stor innvirkning på næringsinntaket (Sortland, 2007). Eldre har også et lavere aktivitetsnivå enn yngre sammen med at energibehovet synker med alderen. Kroppens behov for essensielle næringsstoffer synker derimot ikke. Det er derfor viktig at næringsstettheten i maten er høyere enn før. Med det menes at når pasienten spiser mindre, men trenger like mye næringsstoffer som før, så må den maten vi tilbyr inneholde tilstrekkelig med næring (Sortland, 2007).

#### **4.3.1 Hva styrer appetitten**

Sult, appetitt og metthet reguleres i hypotalamus. Denne mekanismen er ikke kjent i detalj, men man vet at fysiologiske faktorer som hormoner, blodsukkernivå og magesekkens fyllingsgrad samt psykologiske faktorer som lukt, syn og matens smak har innvirkning på matinntaket (Wyller, 2006).

Ordene sult og appetitt blir ofte brukt om hverandre, men de dekker ikke de samme fysiologiske tilstandene. Sult er uttrykk for et grunnleggende behov for mat, definert som "...trang til å spise" (Karoliussen, s. 325, 1997). Matlyst, som blir sett på som en viktig indikator på livslyst, er en behaglig subjektiv følelse av å ha lyst på mat og den avtar nødvendigvis ikke selv om sulten er tilfredsstilt. Undersøkelser har vist at man først velger mat etter hva man har lyst på og så i annen rekke hva som er sunt å spise (Karoliussen, 1997).

#### **Sansene**

Tradisjonelt regner vi at mennesker har fem sanser; syn, hørsel, luktesans, smakssans og følelsessans. Alle disse sansene svekkes med årene i mer eller mindre grad. Smakssansen og luktesansen er det man først forbinder med matinntak. Evnen til å smake salt påvirkes først

---

<sup>2</sup> Jeg vil poengtere at væskebehovet hos eldre går ikke ned. Eldre mennesker kan ha svekket tørsthetsfølelse som gjør at fare for dehydrering er stor (Wyller, 2006).



hos de eldre, sur og bitter smak forsterkes og proteinrik mat som kjøtt, spesielt oksekjøtt, smaker gjerne bittert. Dette gjør at mat som er beregnet på eldre bør være mer konsentrert. Smaken av søtt påvirkes i mindre grad. Med årene reduseres også spyttproduksjonen (hyposalivasjon) hos de eldre. Hyposalivasjon påvirker smakssansen fordi smaksstoffene ikke løses opp i samme grad som før.

Lukten påvirker smaksopplevelsene fordi det frigjøres aromastoffer når vi tygger maten. Når luktecellene svekkes stimuleres ikke appetitten av lukten av god mat. Dårlige lukter påvirker også appetitten. Det er derfor viktig å lufte ut og ha måltidene under trivelige forhold. Synet påvirker også appetitten. Et enkelt, ryddig og sammensatt måltid kan skjerpe en ellers svak appetitt. Mange eldre har dårlig syn. Det er derfor viktig at vi legger til rette for at den eldre ser best mulig. Det kan være så enkelt som å rengjøre brilleglass eller se til at de har briller på seg om de trenger det (Kirkevold m.fl., 2008).

### **Miljøet ved måltidene**

Det er viktig for oss hva vi spiser, hvor og når vi spiser, og hvem vi spiser med. Man har levd ett langt liv og lagt seg til vaner både når det gjelder hva vi spiser og hvordan vi liker å ha det. Man har med seg en sosial og kulturell bakgrunn som muligens blir viktigere jo eldre man blir. For mange er gjerne måltidene høydepunktene på dagen, og en god atmosfære ved måltidet kan bidra til at den eldre både spiser bedre og får dekket psykososiale behov som tilhørighet, samhold og hyggelig samvær med andre (Kirkevold m.fl., 2008).

### **4.3.2 Underernæring**

Sortland henviser til Stratton (2003) sin definisjon av underernæring; ”Underernæring kan defineres som en langvarig tilstand der ubalanse i energi, proteiner eller andre næringsstoffer forårsaker målbare skadelige effekter på kroppsmasse” (s. 187, 2007). Med andre ord er inntaket av energi og næringsstoffer for lavt og man går ned i vekt. Det er viktig at sykepleiere har kunnskap om vekttap for å kunne avdekke dette. Et vekttap på 10 % kan være et alvorlig sykdomstegn.

En person med normalvekt på 70 kg har gått ned 5 kg. I prosent blir dette:

$$\frac{5 \text{ kg} \times 100 \%}{70 \text{ kg}} = 7,1 \%$$

(Sortland, 2007)

### 4.3.3 Vurdering av ernæringsstatus

Det mest vanlige er kostintervju og kostanamnese.

Ved innleggelse på sykehjem foretar man en inkomstsamtale der man samler data om pasientens ønsker og vaner omkring måltidet. Hva de liker og ikke liker osv. Ved kostanamnese kartlegger man hva pasienten spiser i forhold til hvilke næringsstoffer han får i seg. Dette kan nemlig gi oss et svar på om det er sammenheng mellom symptomer på sykdom og feilernæring (Sortland, 2007).

#### En annen vurderingsmåte er antropometriske målinger

Antropometriske målinger vil si alle målinger som kan gi tallmessig uttrykk for målbare forhold i kroppen som høyde, vekt, hudfoldtykkelse og overarmsomkrets. Det mest brukte er vekt og høyde. Vekt og vektendring er den målestatusen som er lettest å observere. Høyden<sup>3</sup> måler vi for å kunne finne pasientens Body Mass Index (BMI) eller på norsk kroppsmasseindeks (KMI). Hensikten med denne målingen er å vurdere kroppsmassen i forhold til høyden. Ulempen er at KMI ikke skiller mellom fett og muskler. KMI defineres som vekt (kg) dividert med kvadratet av høyden (m) og er et mål på kroppsmassen. Dersom vi har en person på 70 kg som er 175 cm høy blir hans KMI som følger:

$$\frac{70 \text{ kilo}}{1,75 \text{ m} \times 1,75 \text{ m}} = \frac{70}{3,06} \quad \text{KMI} = \text{ca } 23$$

Referanseverdier for KMI

Normalverdi voksne	18,5 – 24,9
Undervekt	< 18,5
Overvekt	25,0 – 29,9
Normalverdi eldre	24,0 – 29,0
Undervekt eldre	< 22,0

Vi ser her har det er stor forskjell på hva som er normalverdi for eldre og voksne.

Når det gjelder måling av hudfoldtykkelse og armmuskelomkrets så har de til hensikt å måle proteinstatusen i kroppen og den gjenspeiler muskelmassen pasienten har. Ernæringsstatus kan også bedømmes ut fra biokjemiske analyser (Sortland, 2007).

<sup>3</sup> Høyden kan ofte være vanskelig å måle hos eldre. Da de sitter i rullestol eller har vanskelig for å rette seg opp. En løsning på det kan være å måle de med målebånd liggende i sengen.

#### **4.3.4 Hvor mye energigivende næring trenger de eldre**

Det gjennomsnittlige daglige energibehovet hos eldre er ca. 25 kcal per kilo kroppsvekt. Inntaket hos eldre stillesittende bør ikke ligge under 24 kcal per kilo kroppsvekt. Når det gjelder energigivende næringsstoffer så har Sosial- og helsedirektoratet de samme anbefalingene som til befolkningen generelt der 50-60 % er karbohydrater hvorav sukker ikke bør overstige 10 % av den totale energitilførselen, 25-35 % fett og 10-20 % proteiner, samt et inntak av kostfiber på 25-35 g per døgn. Derimot så bør kosten til syke og eldre i institusjon og til eldre med nedsatt allmenntilstand og appetitt, inneholde totalt 45-50 % karbohydrater. (Sosial- og helsedirektoratet [SHdir], 2005). Pasienter som står i fare for underernæring bør ha energi og næringstett kost der 15-20 % av energien er proteiner, fett består av mer enn 35 % av energien og karbohydrater er 35-55 % av energien (SHdir, 2006).

#### **4.4 Stortingsmelding 25 – Mestring, muligheter og mening**

Framtidas omsorgsutfordringer og hovedbrukerne av de kommunale helse- og omsorgstjenestene står i fokus i denne meldingen. Regjeringen vil fastlegge korte og langsiktige strategier. Regjeringen skriver her at de ønsker å legge vekt på mat og måltider som en viktig del av omsorgstjenesten. De sier videre at mat er mer enn tilførsel av næring. Det er også smak, lukt, opplevelse og en sosial begivenhet. Det legges også vekt på valgmuligheter for brukerne. Dette innebærer av brukerne skal kunne velge mat fra en meny eller å være med på å bestemme hva slags mat som skal lages (St.meld. 25, 2005-2006).

## **5.0 Drøfting**

Jeg har valgt Martinsen som sykepleierteoretiker. Hun har vært sentral i utdannelsen min og jeg kjenner meg igjen i hennes humanistiske menneskesyn som innebærer å se hvert menneske i et helhetsperspektiv. Videre så har jeg valgt å bruke Antonovskys salutogenese teori. Geriatiske pasienter på sykehjem har ofte et sammensatt sykdomsbilde – med diagnoser de må leve med resten av livet. Jeg syns derfor det er viktig å trekke frem ressursene til pasienten og få frem hva som gjør de friske og hvordan vi kan styrke disse faktorene som gjør at pasientene opplever å ha en meningsfull hverdag. Måltider er en viktig del av livet på sykehjem. Jeg ønsker i denne oppgaven å trekke frem hvordan måltidet kan bli mer enn bare inntak av næring og hvordan vi kan utnytte måltidet og forholdene rundt dette til å gi omsorg og til å øke mestringsressursene til pasienten. Utfordringen i denne oppgaven blir å drøfte de harde dataene om ernæring opp mot det å gi omsorg og helhetlig pleie til pasienten. Kunnskap om ernæring må ligge i bunn hos sykepleieren for å kunne gi god matomsorg. Jeg vil først drøfte om det er nok fokus på ernæring og om kompetansen er god nok på sykehjem innenfor dette området.

### **5.1 Kompetanse og fokus**

Ernæringsstatus og helse henger nøye sammen. Optimal ernæringsstatus fremmer vekst og utvikling, bidrar til å opprettholde god helse og daglige aktiviteter og beskytter kroppen mot sykdom og skader. Studier viser at 20 – 50 % av eldre på institusjon er underernærte (Mowè, 2002). Dette er i samsvar med oppslag i media om pasienter som er i sykehjem. Stortingsmelding 25 (2005-2006) viser til at mat og eldre skal være et satsingsområde.

Til tross for fokus på eldre og underernæring over lang tid så har jeg inntrykk av at det er lite som er blitt gjort. Jeg har selv hatt to praksisperioder på sykehjem som student. Begge i løpet av de to siste årene. De hadde i institusjonene ingen rutiner for jevnlig veiing eller registrering av KMI. Vektoppfølging er den enkleste måten å vurdere om nok mat spises, det vil si at matinntaket dekker energiforbruket. Vektkontroll på sykehjem anbefales derfor hver måned (Statens ernæringsråd, 1995). Det er også større sjanse for alvorlig sykdom dersom vekttapet foregår raskt. Vi som sykepleiere må ha kunnskap om vurdering av ernæringsstatus for å

kunne fange opp de som står i fare for å bli underernærte. For å gjøre dette må man ha et godt dokumentasjonssystem slik at endringen i vekten til pasienten blir fanget opp.

Jeg vil presisere at ernæringstilstanden kan være dårlig selv om KMI er god. KMI sier lite om ernæringstilstanden til pasienten, den sier noe om pasientens kroppsmasse. Vi må derfor også bruke vår sykepleiefaglige vurdering. Symptomer på underernæring kan være slapphet, mistriivsel, redusert mobilisering, mental reduksjon og det kan gi økt infeksjonsfare, redusert muskelkraft, nedsatt lungefunksjon og redusert sårtilheling (Almås, 2001).

På begge avdelingene som jeg har vært i praksis hos gikk det opp mot 15 timer mellom siste måltidet om kvelden og første måltidet om morgenen. Statens ernæringsråd (1995) tilrå at det ikke bør gå mer enn 12 timer mellom siste måltid om kvelden og det første måltidet om morgenen. Maten bør fordeles på fire faste måltider og minst ett mellommåltid. De eldre orker ikke så mye til hvert måltid, de trenger derfor tilbud om mange måltider for å få i seg tilstrekkelig med næring.

Det er flere ting som kan endres på for å bedre ernæringsstatusen hos eldre i sykehjem. Her vil jeg nevne gode rutiner på veiing og det andre er at man må tenke nytt i forhold til måltider. Det kan virke som at måltidene blir lagt opp til å passe de ansattes arbeidstid og ikke det som er optimalt i forhold til at de eldre skal få mest mulig næring i seg. Det er ressurskrevende å innføre nye rutiner. Kan det være at ernæring ikke har høy nok prioritert blant de som sitter i ledelsen?

Studier viser at det er lettere å forebygge underernæring enn å behandle det. Underernærte pasienter har vist å ha mer enn to dager lengre sykehusopphold og høyere totale liggekostnader enn de som ikke er underernærte. De hadde også høyere ettårsdødelighet enn velernærte pasienter (Mowè, 2002). En svensk studie viser at både primær- og sekundærhelsetjeneste ikke hadde tilfredsstillende rutiner på å identifisere pasienter som står i fare for å bli underernært. Det er også viktig å dokumentere og utarbeide felles rutiner for dette (Alfengård & Klevsgård, 2005).

Alfengård og Klevsgård (2005) har i sitt intervju skjema stilt spørsmål om det var behov for utdanning og opplæring blant de ansatte innenfor ernæring. 68,2 % sekundærhelsetjenesten og 85,1 % i primærhelsetjenesten ønsket dette.

Det er vanligvis ernæringsfysiologer som innehar denne kompetansen. I rapporten ”Ernæring i helsetjenesten” (SHdir, 2007) står det at det pr. 2007 er ansatt 2 klinisk ernæringsfysiologer i primærhelsetjenesten, begge i Oslo kommune. De viser også til tall fra 1990 der Statens ernæringsråd fastslo at det var et behov for en klinisk ernæringsfysiolog per 50 000 innbyggere i kommunehelsetjenesten. Rapporten viser til Finland for å gi et innblikk på hva behovet er i dag, nemlig at det bør være en ernæringsfysiolog på 30 000 innbygger, og dette for å dekke en diagnosegruppe for eksempel diabetikere. Derfor er det viktig at sykepleiere tilegner seg kunnskap om ernæring og engasjerer seg i dette.

Andre yrkesgrupper med ernæringskompetanse er institusjonskokkene. Flere og flere kommuner går over til å benytte store sentralkjøkken. Da forsvinner også institusjonskokken som har mye ernæringskompetanse (SHdir, 2007). Dette kan fungere bra for de med normal kost, men for de som har ekstra behov så blir dette systemet mer tungrodd. Lørenskog sykehjem sin undersøkelse viser at til tross for kompetanseheving innen ernæring blant de ansatte så ble det ikke registrert noen endring i forhold til dette overfor pasienten. Det kunne for eksempel fortsatt gå mer enn 12 timer mellom siste og første måltid (2008).

## **5.2 Kari Martinsen og de tre omsorgsbegrepene**

Martinsen (1993) har tre dimensjoner ved omsorgsbegrepet i sin teori. Det er relasjoner, det praktiske og det moralske. Hun sier at den moralske siden er overordnet de øvrige. Hun sier at det er umulig å skille disse tre begrepene fra hverandre. I en situasjon vil de være totalt integrert og sammenvevd. For å få forståelse for disse begrepene velger jeg å se på de hver for seg. Ved å trekke de fra hverandre så ønsker jeg at vi blir mer bevisst vår handlemåte overfor pasienten. Når vi setter ord på disse ulike dimensjonene så er det lettere å være seg de bevisst. Hvorfor er det viktig? Jeg mener at dette er viktig i de situasjonene der omsorgen overfor pasienten ikke fungerer. En kan da lettere trekke ut årsaken til at dette ikke fungerer, og gjøre noe med det. Jeg vil se på disse tre dimensjonene i forhold til ernæring.

### **Relasjoner**

Yrkesmessig omsorg består av minst to personer, der den ene er forpliktet til å yte den hjelpen den andre ut i fra sin situasjon trenger. Vi må sette oss inn i pasientens situasjon. Vi som sykepleiere tyder pasienten, pasienten har et uttrykk som gir inntrykk på oss. Det inntrykket vi

får av pasienten må omformes til en handling overfor pasienten. I samarbeid med pasienten legger vi til rette for at måltidssituasjonen blir så god som mulig for pasienten.

I artikkelen til Piquet m.fl. (2005) ser de på relasjonen mellom pasientene under måltidet. Martinsen sier at pasientens væremåte og adferd påvirker oss. Sykepleiere må bruke den kompetansen de har om verbal og nonverbal kommunikasjon for å observere pasientene under måltidet for å avdekke om de sitter med et bord der de er delaktig i den kommunikasjonen som foregår. Hun er opptatt av tydingen i sykepleien. Å tyde mener hun er å uttrykke det inntrykket som pasienten gir oss. Å tyde det sosiale innholdet under et måltid kan føre til at vi tar en avgjørelse på å endre noe det til det bedre dersom det ikke er tilfredsstillende. Vi må her være observant på relasjonene mellom pasientene. Vi må bruke vår relasjon til den aktuelle pasienten for å se om han har det bra under måltidet.

### **Det praktiske**

Martinsen sier at omsorg er en praktisk handling. I følge Alfengård og Klevsgård (2005) så er det for dårlige rutiner innenfor det å registrere ernæringsstatus blant pasientene. Det å registrere ernæringsstatus er en praktisk handling. Å utføre tiltak i forhold til ernæring for de som er underernærte eller står i fare for å bli det er også en praktisk handling. For å utføre praktisk omsorg må vi ha kunnskap om ernæring, om hvordan vi registrerer ernæringsstatusen og om hvordan aldringsprosessen hos eldre foregår. Martinsen sier at omsorg er måten sykepleier møter pasienten på og den måte sykepleier handler på overfor pasienten. Sykepleier må bruke sitt faglige skjønn til å se pasienten. Pasienten må følge seg trygg under måltidet. Det er ikke alle som føler seg vel i et spiserom med mange andre, det kan bli for mye støy. Med vår fagkunnskap skal vi kunne se dette og handle til det beste for pasienten og legge til rette for at det blir roligere rundt han.

### **Det moralske**

Enhver sykepleiersituasjon er i følge Martinsen av moralsk karakter og hun mener at moralen gjenspeiles i våre handlinger. Moralens setter rammen rundt relasjonen, og er derfor overordnet de andre omsorgsbegrepene. Hun sier videre at forholdet mellom mennesker er preget av makt og avhengighet. Sykepleier vil i kraft av sin posisjon ha mest makt i en omsorgsrelasjon (Martinsen, 1993). Jeg vil her trekke frem et eksempel. Pasienten spiser ikke. Du tenker: Hun spiser nok når hun får tid på seg (unnlatenhet) eller det motsatte at du prøver å tvinge maten i pasienten (paternalisme). Begge deler er feil. Det er da vi må bruke vårt faglige

skjønn som kan hjelpe oss og sette oss inn i pasientens situasjon og handle deretter. De ansatte ved Løvåsen Sykehjem (2004-2006) gjorde akkurat det. De var bekymret for feilernæring hos pasientene og satte i gang et prosjekt for å bedre sikre pasientene mot feilernæring/underernæring.

### **5.3 Antonvosky - salutogenese**

I boka "Antonovsky inte Maslow" (Westlund & Sjøberg, 2005) blir helsepersonell utfordret i sin tilnærming til skrøpelige eldre i institusjoner. Forfatterne hevder at helsepersonell er fanget i en behovstenkning som gjør at de ikke aktivt nok leter etter de helsefremmende ressursene hos hver enkelt. Det er en viss fare for at det bare er de grunnleggende behovene som mat og drikke, hjelp til personlig hygiene og toalettbesøk som blir dekket. Andre grunnleggende behov høyere oppe i Maslows behovshierarki, for eksempel behovet for sosial kontakt og for anerkjennelse og et positivt selvbilde blir kanskje ikke i like stor grad vektlagt. Det er en fare for at sykepleierne identifiserer behovene uten å utforske beboernes ressurser. Å utnytte pasientenes ressurser er spesielt viktig når det gjelder å ivareta og opprettholde de eldres funksjonsnivå. Det er dette Martinsen kaller vedlikeholdsomsorg. Å opprettholde ett visst funksjonsnivå og unngå forverring. Hun sier at omsorgen tar sikte på at pasienten skal ha det bedre, slik at livsmotet øker og de helbredende kreftene får virke (Kristoffersen, m.fl, 2005). Antonovsky snakker om å hente frem mestringsressursene til pasienten. Det gjør man ved å styrke pasientens opplevelse av sammenheng (OAS) som i følge han består av begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Dersom vi styrker disse faktorene hos pasienten vil det føre til at motivasjonen øker og pasienten søker etter mestringsressurser (Antonovsky, 1991).

Karoliussen og Smedby (1997) viser til Levine og Ursin (1991) som sier at eldre pasienter opplever oftere større grad av stress, engstelse og depresjon i forhold til sine helseplager/problem/sykdom enn det yngre mennesker opplever. Dette er påvist ved både subjektive utsagn og objektive målbare forandringer. Ved å bruke Antonovskys teori så ønsker jeg å finne et svar på hvordan vi kan styrke mestringsressursene hos eldre pasienter i forhold til ernæring. Det kan vi gjøre ved å styrke pasientens opplevelse av sammenheng (OAS) som består av:



Begripelighet; det handler om å ha en opplevelse av at tilværelsen har struktur, er forutsigbar og til å forstå. Det er knyttet til å ha kunnskap, og en forutsetning for å kunne ta hånd om det som skjer i det praktiske livet. Gode rutiner, faste rutiner er forhold som skaper trygghet hos pasientene. Ved innleggelse i institusjon vil mange eldre føle stress og utrygghet. De er kommet til en ny plass, er syke, og det er naturlig at de er forvirret og synes dette er vanskelig. Som sykepleiere må vi se til at vi har en god datasamling på pasienten. Vi må ha en kostsamtale med pasienten slik at han får slik mat som han liker og at den blir tilrettelagt i forhold til hans behov. Her kan nevnes tyggekapasitet, måltidsstørrelser, tidspunkt for måltider, våkner han sulten om natten, hva han liker osv. Innen geriatrisk omsorg så trenger hver femte pasient helt eller delvis hjelp med måltidene (Alfengård & Klevsgård, 2005). Vi må øke pasientens forståelse om ernæring. Når vi veier pasienten og regner ut hans KMI må vi forklare hvorfor vi gjør dette og få han interessert i dette. Målet er å øke hans kunnskap og engasjement rundt hans egen ernæringstilstand slik at han selv ønsker å bidra til at den skal bedres. Det kan vi gjøre ved å gi han kunnskap om ernæring.

Håndterbarhet; bygger på en opplevelse av at det finnes ressurser til å møte og håndtere en problematisk situasjon eller en utfordring. I stedet for å oppleve seg som passiv mottaker eller som et offer, tar man selv styring og kontroll over situasjonen. Vi som sykepleier må "se" hvilke ressurser han har og la han få bruke dem. Westlund og Sjøberg (2005) mener at vi eldreomsorgen i dag ikke er flinke nok til å aktivt lete etter ressursene til pasienten, vi er mer opptatt av å se etter problem som pasientene har.

Martinsen er opptatt av vedlikeholdsomsorg hvor pasientene skal opprettholde sitt funksjonsnivå og at sykepleier verken må over- eller undervurdere pasientens selvhjulpenhet, men tilstrebe at pasientens evne til selvhjulpenhet styrkes på de områder der det er mulig. Oppgaver i forbindelse med måltider er i så henseende en fin anledning for dette.

Meningsfullhet; at man er motivert og opplever at noe er verdt å engasjere seg i. I Antonovskys teori handler dette om pasientens indre drivkraft som er motivasjonsfaktoren. I stedet for å oppleve oppgaver og krav som byrde, kan det sees på som en utfordring og verdt investering og engasjement fordi det har betydning. Det blir vår oppgave å legge til rette for at pasienten får muligheter til å engasjere seg slik at dette motiverer hans indre drivkraft. I forhold til måltid tenker jeg at dette må være at pasienten får medbestemmelsesrett i forhold

til ernæring. Stortingsmelding 25 (2005-2006) legger også vekt på at pasientene skal ha større innflytelse på hva slags mat de skal få. De legger også vekt på at mat er mer enn ernæring, det er også smak, lukt, opplevelse og en sosial begivenhet.

Det er viktig at pasienten opplever matlyst. Det er flere ting som kan påvirke den. Smak, lukt og syn for eksempel. At spiserommet er lyst og luftig. For mange er måltidet høydepunktet på dagen og en god atmosfære kan være med på at den eldre spiser mer. Det er derfor viktig at vi legger til rette for at måltidene blir en hyggelig opplevelse for pasientene. Paquet m.fl. (2008) viser at det er sammenheng mellom hvor mange ganger det foregår samtale mellom pasientene og hvor mange kalorier de får i seg under et måltid. Det sosiale miljøet er derfor vesentlig. De eldre er ofte ikke i stand til å skape et slikt miljø på egenhånd. Vi må derfor legge til rette forholdene slik at det sosiale miljøet blir best mulig. Pasienter som kommuniserer godt sammen bør derfor få sitte sammen. Mindre forstyrrelser under måltidet er også fremhevet som relevant for det sosiale miljøet rundt bordet.

## 6.0 Konklusjon

Vi ser til stadighet at temaet underernæring dukker opp i media. Det gjelder pasienter på sykehus, i hjemmesykepleien og i sykehjem. Forskning viser også at 20-50 % av alle pasienter i institusjon er underernært.

Fler og fler sykehjem må spare penger og resultatet av det blir at man blant annet velger løsninger der mat blir tillaget eksternt i stedet for på sykehjemmets kjøkken. Dette til tross for at det er lite dokumentert om ferdiglaget oppvarmet mat har den samme kvalitet og næringsinnhold som ny laget mat. Med utsetting av mattilberedningen forsvinner også den kompetansen som institusjonskukkene innehar. Man velger altså å svekke ernæringstilbudet til de eldre på sykehjem, selv om det er dokumentert at forholdene rundt ernæringen ikke er tilfredsstillende.

Den forskningen jeg har anvendt i denne oppgaven viser at kompetansen og rutineene rundt det å registrere ernæringsstatus på sykehjem ikke er bra nok. Det er derfor svært viktig at vi som sykepleier innehar nok kunnskap på dette området. Undersøkelser viser også at helsepersonell ønsker kompetanseheving på dette området. Vi må derfor ta initiativ til dette og vise engasjement.

Ettersom jeg har tilegnet meg kunnskap om ernæring ser jeg at det er ganske mange faktorer som spiller inn for å få økt næringsopptaket til pasienten. Det finnes ikke noen absolutt gullstandard på å måle ernæringsstatusen. Å måle pasientens KMI sier lite om ernæringsstatusen til pasienten. Det er derfor viktig at vi bruker vår sykepleiefaglige vurdering.

Jeg har fått ny kunnskap og innsikt i dette teamet ved å belyse problemstillingen i forhold til Martinsens sykepleieteori og Antonvoskys teori – salutogenese. Martinsen er opptatt av at vi skal tyde pasienten. Pasienten har et uttrykk som gjør inntrykk. Det inntrykket må vi bruke i vår sykepleiefaglige vurdering og gjøre om til handling overfor pasienten.

Antonovsky teori går ut på å trekke frem ressursene til pasienten. Vi kan utnytte måltidssituasjonen i denne sammenhengen ved å la pasienten få bidra. Han må bli hørt, sett og han må få medvirke. Vi må få pasienten engasjert i ernæring.

Jeg har som vist i oppgaven poengtert viktigheten av gode måltidsrutiner på sykehjem. I fra egen erfaring så ser jeg at det kan gå opp mot 14-15 timer mellom det siste måltidet om kvelden og det første om morgenen. Jeg mener det er mye å hente på at hver institusjon ser på sine egne rutiner og fordeler måltidene utover dagen på slik måte at de blir ernæringsmessig til det beste for pasientene.

Jeg er bevisst på at dette er et avgrenset litteraturstudium. Demente har ofte ikke de normale stimuli i forhold til sult og tørst. Da jeg har avgrenset oppgaven min til ikke å gjelde demente pasienter på sykehjem, ser jeg at det kan være en utfordring å jobbe videre med.

## 7.0 Litteraturliste

- Alfengård, K. & Klevsgård, R. (2005). Nutrition inom vård och omsorg. Kartläggning av rutiner och utbildningsbehov avseende nutrition innom slutna vård och inhom vården av äldre i olika boendeformer i ett län i södra Sverige. *Vård i Norden*, Vol. 25, No. 2 pp 42-47.
- Almås, H. & Kondrup, J. (2001). Sykepleie til pasienter med ernæringsproblemer. I: H. Almås (red.), *Klinisk sykepleie* (s. 505-529). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans Mysterium*. Bokförlaget Natur och Kultur.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4. Utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Forsberg, C. & Wengstrøm Y. (2008) *Att göra systematiska litteraturstudier. Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Falun: ScandBook
- Karoliussen, K. & Smedby, K. S. (1997). *Eldre aldring og sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (Red.). (2008). *Geriatrisk Sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug E. A. (Red.). (2005). *Grunnleggende sykepleie*. Oslo: Gyldendals Norsk Forlag.
- Lørenskog Sykehjem (2008). Tidsriktig matsservering. *Undervisningssykehjem*. Hentet 20. januar 2009 fra <http://www.undervisningssykehjem.no/wp-content/uploads/2009/01/tidsriktig-matsservering-prosjektrapport.pdf>
- Løvåsen Sykehjem (2004-2006). Ernæring og individuelt tilpassete ernæringstiltak. *Undervisningssykehjem*. Hentet 20. januar 2009 fra <http://www.undervisningssykehjem.no/doc/Ernaeringsprosjekt.pdf>
- Martinsen, K. (1993). *Fra Marx til Løgstrup : om etikk og sanselighet i sykepleien*. Oslo: Tano
- Mowè, M. (2002). Behandling av underernæring hos eldre pasienter. *Tidsskr Nor Lægeforen* nr. 8, 2002; 122: 815-8
- Paquet, C., St-Arnaud-McKenzie, D., Ma, Z., Kergoat, M.J., Ferland, G & Dubè, L. (2008). More Than Just not Being Alone: The Number, Nature, and Complementarity of Meal-Time Social Interactions Influence Food Intake in Hospitalized Elderly Patients. *The Gerontologist*, Vol. 48, No. 5,603-611.

- Smoothie [Bilde] (u.å.). Hentet 01.februar 2009 fra  
[http://www.smoothiefresh.com/images/smoothie\\_short\\_glass.gif](http://www.smoothiefresh.com/images/smoothie_short_glass.gif)
- Sosial- og helsedirektoratet (2006). *Energi og næringstett kost*. Hentet 29. januar 2009 fra  
[http://www.helsedirektoratet.no/psykiskhelse/energi\\_og\\_n\\_ringstett\\_kost\\_6019](http://www.helsedirektoratet.no/psykiskhelse/energi_og_n_ringstett_kost_6019)
- Sosial- og helsedirektoratet (2005). *Norske anbefalinger for ernæring og fysisk aktivitet*. IS-1219. Hentet 29. februar fra  
[http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/rapporter/norske\\_anbefalinger\\_for\\_ern\\_ring\\_og\\_fysisk\\_aktivitet\\_18423](http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/rapporter/norske_anbefalinger_for_ern_ring_og_fysisk_aktivitet_18423)
- Sortland, K. (2007). *Ernæring – mer enn mat og drikke* (3.utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- St. meld. 25 (2005-2006). *Mestring, muligheter og mening*. Hentet 15. januar 2009 fra  
<http://www.regjeringen.no/Rpub/STM/20052006/025/PDFS/STM200520060025000D/DDPDFS.pdf>
- Statens ernæringsråd (1995). *Retningslinjer for kostholdet i helseinstitusjoner*. Oslo: universitetsforlaget.
- Westlund, P. & Sjøberg, A (2005). *Antonovskij inte Maslow – før salutogen omsorg och vård*. Solna: FortbildningsFörlaget.
- Wyller, V. B. (2006). *Det friske og det syke mennesket*. Oslo: Akribe.