

**”Ærlig talt”**  
**Mat og måltider i sykehjem:**  
**En undersøkelse blant beboere i somatiske**  
**sykehjem i Østfold**

**Heidi Aagaard**

**Høgskolen i Østfold**  
**Oppdragsrapport 2010:1**

Online-versjon (pdf)

Utgivelsessted: Halden

Det må ikke kopieres fra rapporten i strid med åndsverkloven og fotografiloven eller i strid med avtaler om kopiering inngått med KOPINOR, interesseorgan for rettighetshavere til åndsverk.

Høgskolen i Østfold har en godkjenningsordning for publikasjoner som skal gis ut i Høgskolens Rapport- og Arbeidsrapportserier.

Høgskolen i Østfold. Oppdragsrapport 2010:1

© Forfatteren/Høgskolen i Østfold

ISBN: 978-82-7825-304-5

ISSN: 1504-5331

*“Bordets gleder tilhører alle aldre, alle klasser og alle tider og kan forenes med andre gleder. Bordets gleder er de siste gleder som forlater oss, og de trøster oss til det siste for tapet av alle de andre.”*

(Brillat-Savarin)

*En stor takk til alle de eldre på sykehjemmene i Østfold som varmt tok i mot meg, og velvillig deltok i undersøkelsen. Uten deres engasjement og åpenhet kunne ikke denne undersøkelsen vært gjennomført.*

*Heidi Aagaard*



# INNHALDSFORTEGNELSE

INNHALDSFORTEGNELSE .....	3
Vedlegg 1: Intervjuskjema .....	3
SAMMENDRAG .....	5
1 INNLEDNING .....	11
1.1 Bakgrunn for undersøkelsen .....	11
1.2 Beboernes ernæringstilstand .....	12
1.3 Nedsatt matlyst.....	13
1.4 Tann- og svelgeproblemer .....	16
1.5 Måltidet .....	17
2 METODE .....	19
2.1 Design .....	19
2.2 Problemstilling .....	19
2.3 Utvalg .....	19
2.4 Intervjuskjema.....	19
2.5 Gjennomføringen .....	21
2.6 Ethiske overveielser .....	22
2.7 Ytre validitet.....	22
2.8 Dataanalyse .....	23
3 RESULTATER.....	25
3.1 Beskrivelse av utvalget .....	25
3.2 Nattfase og serveringstilbud.....	28
3.3 Vurdering av maten.....	29
3.4 Involvering av beboerne.....	33
3.5 Spiseplassen .....	34
3.6 Forberedelse til måltidet.....	35
3.7 Måltidsmiljø .....	35
3.8 Synspunkter/forslag om maten og måltidet .....	37
4 DISKUSJON .....	43
4.1 Kroppsmasseindeks (KMI) .....	43
4.2 Matlyst.....	43
4.3 Tyggeproblemer .....	44
4.4 Svelgeproblemer .....	45
4.5 Nattfaste og måltidsplassering .....	45
4.6 Vurdering av maten.....	46
4.7 Fukt og tran .....	47
4.8 Involvering av beboere.....	48
4.9 Måltidsmiljø og måltidsfellesskap .....	49
4.10 Ønsker og forbedringer .....	51
REFERANSELISTE .....	53

## VEDLEGG 1: INTERVJUSKJEMA



## **SAMMENDRAG**

I denne rapporten presenteres resultatene fra en undersøkelse om maten og måltidet ved somatiske sykehjem i Østfold, utført i februar-mai 2009. Dette er den tredje undersøkelsen med fokus på mat og måltider i sykehjem. I den første undersøkelsen (del 1) var lederne ved sykehjem i hele Norge målgruppen. I den andre undersøkelsen (del 2) var målgruppen lederne ved de kjøkkenene som leverte maten til disse sykehjemmene. I denne tredje undersøkelsen har målgruppen for undersøkelsen vært beboere ved sykehjem i Østfold.

Undersøkelsen har et kvantitativt tverrsnitt design, og datasamlingen har blitt gjennomført ved hjelp av personlige strukturerte intervjuer. Hensikten med undersøkelsen var å beskrive hvordan beboerne ved sykehjemmene vurderte maten som ble servert, lengden av nattfasten og måltidsmiljøet. Undersøkelsen er utført på oppdrag fra Helsedirektoratet. Førstelektor Heidi Aagaard ved Høgskolen i Østfold har gjennomført undersøkelsen og utarbeidet denne rapporten.

Undersøkelsen omfattet alle beboere med samtykkekompetanse ved 32 somatiske sykehjem i Østfold fylke. Kun ett sykehjem i fylket deltok ikke i studien; ledelsen ved dette sykehjemmet opplyste at sykehjemmet ikke hadde beboere som tilfredsstilte utvalgsriteriene. Totalt 233 beboere tilfredsstilte utvalgsriteriene. Det ble i alt gjennomført 204 intervjuer, noe som gir en svarprosent på 88.

De aller fleste respondentene ga klart uttrykk for at de synes det var flott å kunne bidra med sine synspunkter, og de synes det også var hyggelig at det skjedde noe i hverdagen.

### *Om respondentene*

- Halvparten av respondenten var over 85 år, og de fleste (74 %) var kvinner. 14 % hadde dårlig matlyst, 17 % hadde svelgeproblemer og 12 % hadde problemer med å tygge maten.
- Forekomsten av lav KMI og undervekt var et større problem blant respondentene enn høy KMI og overvekt. 31 % hadde KMI < 22, og 17 % hadde KMI > 29 . Den laveste KMI-verdi var 13 og den høyeste 39.

### *Serveringstilbud/nattfaste*

- De fleste spiste frokost mellom kl. 09.00-09.30 og kveldsmat mellom kl. 18.00 og 19.00. Kun 8 % spiste før kl. 09.00, og kun 2 % spiste etter kl. 21.00. I de åpne kommentarene kom det fram at flere syntes det var for lang tid mellom kveldsmat og frokost neste dag, og at de ønsket seg f.eks suppe. Noen hadde løst problemet ved å ha kjeks og lignende på rommet. Omtrent halvparten av respondentene hadde en nattfaste på 14 timer. Den lengste nattfasten var 16 timer.

### *Vurdering av maten*

I denne oppsummeringen er de to mest positive og de to mest negative svarkategoriene slått sammen.

- 91 % var fornøyd med maten, og omtrent like mange (90 %) syntes at maten var appetittvekkende og delikat.
- De fleste (83 %) var mer fornøyd med kjøttet enn fisken (83 % hhv 78 %).
- Omtrent en av fire (24%) mente at grønnsakene ikke var godt tilberedt og savnet variasjon. De fleste (87%) var fornøyd med potetene, og 91 % var fornøyd med sausen.
- Desserten var den mattypen som omtrent alle (97 %) var fornøyd med.
- Selv om 90 % mente at tradisjonelle retter ble servert, var det kun 22 % som fikk servert sin livrett.



- 11 % mente at maten ikke var varm når de fikk den på sin tallerken.
- 41 % fikk ikke servert frukt. Flere opplyste under intervjuet at de kjøpte frukt selv.
- Kun 11 % fikk tilbud om tran eller andre vitamintilskudd. Imidlertid var det også noen som kommenterte at de ikke ønsket tran.

### *Involvering av beboerne*

- 60 % svarte at de ikke selv kunne bestemme måltidstidspunktet. I tillegg svarte 30 % at de ikke visste om de kunne bestemme tidspunktet selv.
- Det var ingen av respondentene som deltok i planlegging av meny.
- Kun 3 % deltok i noen form for matlaging, mens 22 % svarte at det ikke var aktuelt for dem å delta.
- Det var heller ikke vanlig å delta med å dekke bord eller dekke av/rydde etter måltid. Kun 1-2 % deltok på dette, mens 28 % svarte at det ikke var aktuelt for dem å delta i slike aktiviteter.

### *Spiseplassen*

- Selv om det var mest vanlig å spise alle måltidene i spisestuen, var det omtrent en av tre respondenter som spiste alle måltider på rommet.

### *Forberedelse til måltidet*

- De fleste (92 %) svarte at spisestuen/rommet der de spiste, var luftet, rent og ryddig.
- 15 % fikk tilbud om håndvask før alle måltider. 30 % viste ikke om det var noe tilbud om håndvask før måltid. De ordnet dette selv.
- 28 % fikk hjelp til tann- eller protesestell 2 ganger i døgnet. Ca. halvparten (48 %) viste ikke om det var tilbud om tann- eller protesestell 2 ganger i døgnet. De ordnet dette selv.

### *Spisemiljø*

- Omtrent samtlige (99 %) fikk lang nok tid til å spise.
- 22 % syntes det var for høyt støynivå under måltidene.
- 68 % fikk den hjelpen de trengte under måltidet, mens 28 % ikke visste om de ville få tilstrekkelig hjelp da de for tiden ikke trengte noen form for hjelp under måltidet.
- Halvparten mente at de selv ikke kunne velge hvem de skulle sitte sammen med under måltidet, mens 27 % ikke visste om det var mulig.
- Kun 14 % svarte at personalet spiste sammen med beboerne.
- 19 % hygget seg ikke under måltidet, og 26 % så ikke fram til måltidene med glede.

### *Respondentenes synspunkter og forslag til forbedringer*

- Oftere god hjemmelaget mat som er lagd fra bunnen av.
- Mer ferske grønnsaker, salater og stuinger.
- Mer fersk fisk og kjøtt og mindre opplagede produkter som f.eks pølser
- Mer frukt, og den bør skjæres opp
- Tilbud om tran til de som ønsker det
- Valgmuligheter fra meny
- Matønsker som f.eks. fårrikål, fersk suppe, bønner og flesk.
- Variasjon i pålegg. Ikke ha det samme hver dag. Hva med tilbud om stekt egg?
- Korte ned tiden mellom kveldsmat og frokost.
- Øke tiden mellom frokost og middag
- Personalet bør sitte sammen med beboerne under måltidet.

Til slutt er det viktig å framheve at selv om de aller fleste av respondentene valgte å markere i den øvre enden av skalaen på spørsmålene om de var fornøyde med maten og spisemiljøet, og at de generelt mente de burde være takknemlige og ikke ønsket å klage, viste undersøkelsen at de allikevel hadde synspunkter og kommentarer knyttet til hvordan maten og måltidet kunne bli kvalitativt bedre.



## **1 INNLEDNING**

Et godt måltid der maten både er en nytelse for syn, lukt og gane, og i tillegg er næringsrik og passe temperert, er noe de fleste av oss ser fram til med glede.

Men hvordan er situasjonen for eldre som bor på sykehjem i dag? Et stort antall eldre spiser hver dag mat på sykehjem der maten er tilberedt av kommunale eller private storkjøkken. For å sikre at mattilbudet og måltidet imøtekommer beboernes behov og krav, er det viktig med tilbakemeldinger fra beboerne, som er de som benytter seg av tilbudet. En god ernæringstilstand kan bidra til at den enkelte beboer får en bedre livskvalitet, og dermed bør dette være en viktig motivasjon til kvalitetsutvikling av måltidstilbudet.

I juni 2007 gjennomførte Helsedirektoratet en landsomfattende kartleggingsundersøkelse av mat og måltider i sykehjem (Aagaard 2008). Respondentene i undersøkelsen var ledere ved de respektive sykehjem og kjøkken, dvs. beboerne selv var ikke direkte involvert. For å få et helhetlig bilde av situasjonen knyttet til mat og måltider, var det også ønskelig å gjøre en undersøkelse blant beboere ved sykehjemmene.

Hensikten med denne undersøkelsen var å beskrive hvordan beboerne ved sykehjemmene vurderte maten som ble servert, lengden av nattfasten og måltidsmiljøet. Undersøkelsen tok utgangspunkt i funn fra den ovennevnte kartleggingsundersøkelsen om mat og måltider i sykehjem. Resultatene fra undersøkelsen kan gi verdifull kunnskap om hva beboerne selv mener er bra og hva som er mindre bra, og om hvilke tiltak som bør iverksettes for å bedre forholdene ved sykehjemmene.

### **1.1 Bakgrunn for undersøkelsen**

I Regjeringens Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007–2011) er brukerundersøkelser nevnt som ett av tiltakene Helse- og omsorgsdepartementet vil ta initiativ til med sikte på å få kartlagt mattilbudet for beboere

(Departementene 2007, s 72). En kartlegging av forholdene gir et nødvendig grunnlag for å kunne trekke beboerne mer inn i planleggingen av maten og måltidene ved sykehjemmene. Helseinstitusjonene er for øvrig pålagt å etablere ordninger for tilbakemeldinger fra brukerne (Sosial- og helsedepartementet og Statens helsetilsyn 1995).

I Nasjonal Strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten (2005–2015) er målet for kvalitet beskrevet. En av dimensjonene for å oppnå god kvalitet er å involvere brukerne og gi dem innflytelse. Brukerundersøkelser er en metode som kan benyttes for å oppnå dette målet. Helsedirektoratets avdeling for retningslinjer, prioritering og kvalitet (TRP) har ledet et arbeid knyttet til utvikling av kvalitetsindikatorer. På bakgrunn av indikatorene er det utviklet materiale for gjennomføring av brukerundersøkelser. Resultatene av undersøkelser gjennomført i kommunene er tilgjengelige på portalen ”bedrekommune.no”. En gjennomgang av informasjonen på portalen viste at kun 42 av i alt 430 kommuner hadde lagt inn data fra brukerundersøkelser. Derimot viste gjennomgangen at det var langt flere kommuner som hadde lagt inn data om andre forhold, for eksempel økonomiinformasjon i form av dekningsgrad, driftsutgifter m.m. Resultatene fra den nylig publiserte nasjonale undersøkelsen om mat og måltider i sykehjem, viste at kun 25 % av sykehjemmene benyttet brukerundersøkelser med fokus på mat og måltid (Aagaard 2008).

## **1.2 Beboernes ernæringstilstand**

De fleste eldre spiser bra og er velfungerende. Likevel viser undersøkelser at antall eldre beboere på sykehjem som vurderes til å være underernærte, eller som er utsatt for underernæring, er stor (Saletti mfl. 2000, Damkjær og Beck 2007). Det har ikke lyktes å finne en nøyaktig oversikt over hvor stort problemet er i Norge, men en undersøkelse blant pasienter >70 år som ble

innlagt for akutt sykdom ved Aker sykehus i Oslo, viste at 57 % av pasientene var underernærte allerede ved innleggelsen (Mowé mfl.1994). Saletti 2007 vurderte i en studie ernæringsstatusen hos 1305 eldre som bodde i spesielle boenheter for eldre (sykehjem, aldershjem, omsorgsbolig) eller som fikk hjelp i hjemmet. Resultatet viste at mellom 8–71 % ble vurdert som underernærte, og blant de som var beboere på sykehjem (166 personer) var det ingen som ble vurdert til å ha en god ernæringsstatus. Undersøkelsen viste også at det var flere blant de som var underernærte som opplevde dårligere helse og nedstemthet enn de som hadde en god ernæringsstatus (ibid).

Eldre som bor på sykehjem er generelt skrøpelige, og flere beboere kan også ha andre sykdommer/lidelser som påvirker matlysten (Den norske lægeforening 2001).

### **1.3 Nedsatt matlyst**

Matlysten er en viktig faktor som er med på å regulere matinntaket, slik at energiinntaket tilpasses energibehovet. Denne påvirkningen skjer via appetittsenteret, som ligger i hypotalamus (Bjålie 1998). Det er flere biokjemiske substanser som er med på å påvirke appetitten. Den viktigste er neuropeptid, som produseres i sentralnervesystemet (Cederholm, Johansson og Sandman 2000). Reguleringen kan endres pga. sykdom, behandling og alder; blant annet reduseres hypotalamus' følsomhet for neuropeptid (ibid). Eldre mennesker har en dårligere appetittregulering enn yngre. Dersom de i en periode spiser mindre pga sykdom, går de ikke så lett opp i vekt igjen (Hylstrup og Hessov 2008).

Når energibehovet reduseres hos eldre, fører det til at også appetitten minsker (Pedersen og Beck 2007). Matlysten hos eldre kan også endres fordi maten ikke smaker som tidligere i livet. Dette skyldes at antall smaksløker hos eldre reduseres, og de smaker salt og søtt dårligere. Samtidig kan også luktesansen

være nedsatt, slik at duften av god mat ikke lenger skaper de samme gode forventningene. Dette kan medføre at den eldre pasienten spiser dårligere, og dermed kan utvikle en negativ energibalanse med vekttap. En undersøkelse gjennomført av Mowé og Böhmer (1996) viste at eldre som innlegges i institusjon ofte har dårligere matlyst sammenlignet med eldre som ikke er innlagt i institusjon. I en kartleggingsundersøkelse foretatt av SINTEF (2003) kom det fram at 57 % av beboere i sykehjem hadde problemer knyttet til ernæring, og for 33 % av den samme gruppen artet ernæringsproblemene seg som nedsatt appetitt og underernæring (Hofseth og Norvoll 2003).

Selv om underernæring som regel oppstår når energiinntaket er mindre enn energiforbruket, er årsaken til hvorfor den eldre sykehjemsbeboer ikke spiser tilstrekkelig, både sammensatt og komplisert. Det kan også se ut som om eldre har større problemer enn yngre med å regulere matinntaket etter en periode med vekttap (Hyldstrup og Hesso 2008). Det kan derfor være lettere å forebygge at underernæring oppstår enn å behandle en beboer som allerede har blitt underernært.

At skrupelig/syke eldre faktisk spiser lite, viste en studie av Persson (2002). Han studerte mat og væskeinntaket hos 61 beboere på to sykehjemsavdelinger. Resultatet viste at 85 % av pasientene som var med i undersøkelsen hadde et energiinntak som lå under beregnet energibehov, og 33 % hadde et inntak som lå under basalomsetningen (BMR). Undersøkelsen viste at omtrent hele energiinntaket ble tilført i løpet av 9 timer, og nattfasten var på 15 timer. De nordiske næringsrekommandasjoner anbefaler maksimum 11 timer mellom dagens siste måltid og første måltid den påfølgende dag. At tiden mellom disse måltidene er lang, bekreftes også av den tidligere nevnte nasjonale undersøkelsen i sykehjem (Aagaard 2008). Den undersøkelsen viste at 66 % av sykehjemmene hadde en lengre nattfaste enn 11 timer (ibid).



Energibehovet synker med alderen. I hovedsak skyldes dette endring i kroppssammensetningen, primært reduksjon av muskulatur og kroppsvæske og økning av fettmasse, samt nedsatt fysisk aktivitet (Hessov 2003). Imidlertid er behovet for vitaminer og mineralstoffer i det vesentlige uendret (Mowé 2007). Behovet for vitamin D er vanskeligst å dekke hos eldre (Nes 1993). I tillegg er anbefalt inntak av vitamin D for eldre over 65 år høyere enn hos friske voksne (Sosial- og helsedirektoratet 2005). Det er kun et begrenset antall matvarer som inneholder vitamin D. Sollysets virkning på omdannelsen av D-vitamin i huden reduseres også med alderen (Pedersen og Beck 2007), samt at beboere i sykehjem generelt er mindre ute i sollys. Helsedirektoratet anbefaler derfor at eldre i sykehjem får tilskudd av vitamin D gjennom tran eller annet vitamintilskudd.

Maten skal sørge for at hver enkelt beboer får dekket sitt næringsbehov, og dermed bidra til en god ernæringsstatus. En god ernæringsstatus hos eldre fører normalt til at personen bevarer funksjonsdyktigheten lengre, noe som har betydning for trivsel og livslyst. En svensk studie ved en geriatrisk rehabiliteringsavdeling tydet på at det å være i ernæringsmessig risiko, var forbundet med dårligere opplevd helse (Söderhamn mfl.2007).

Når den eldre ikke får dekket sitt energibehov, vil hun/han få en nedsatt eller dårlig ernæringstilstand med fare for å utvikle underernæring. Underernæring fører til tap av proteinholdig celledmasse i musklene (Hessov 2003). Reduksjonen av muskelmasse skjer ikke bare i ekstremitetenes muskler, men også i intercostal- og diafragma-muskulatur, og hjertemuskulatur (ibid). Dette kan føre til at underernærte pasienter utsettes for en reduksjon av lungefunksjonen. De vil være mer utsatt for infeksjoner og pneumoni. Sårtilheling kan også forlenges, samt at risikoen for trykksår kan økes (Ek mfl.1991). Den reduserte muskelmassen vil medføre nedsatt muskelstyrke og redusert bevegelighet (Pedersen og Beck 2007). En dårlig ernæringstilstand kan medføre at eldre blir

skrøpeligere enn den biologiske alderen tilsier. Konsekvenser av underernæring kan også være av psykologisk karakter, slik som konsentrasjonsvansker, apati og depresjon (Morley 1997). Underernæring kan dermed bidra til at beboerne får redusert sin livskvalitet.

Et enkelt mål for ernæringstilstand kan regnes ut ved hjelp av en indeks for kroppsmassen. Kroppsmasseindeksen (KMI) kan si oss noe om forandringer i fettmasse, muskelmasse og kroppsvæske (Mowé 2002). Derimot kan ikke høye KMI-verdier fastslå om dette skyldes overskudd på væske, fett eller muskelmasse. Derfor kan ødem for eksempel ved hjertesvikt, gi en høyere KMI-verdi. Andre ulemper ved å benytte KMI er at dette målet ikke fanger opp små forandringer i kroppsvekten (Unosson og Rothenberg 2000). Normal KMI for voksne i alderen 18–65 år, er i følge Verdens helseorganisasjon (WHO) 18.5–24,9. Over 25 regnes som overvekt. For eldre over 65 år har det vært diskutert om KMI-verdien bør være 24–29, og at KMI under 22 kan være tegn på undervekt (Mowé 2002, Beck og Ovesen 1998).

#### **1.4 Tann- og svelgeproblemer**

Tennene har en viktig funksjon med å findele maten vi spiser. En nasjonal kartleggingsundersøkelse av tann- og munnhelsen hos 3440 beboere i sykehjem viste at andelen med egne tenner var økende (Sosial- og helsedirektoratet 2006). At flere eldre har egne tenner skyldes at de har pusset tenner regelmessig, benyttet flourtannkrem (Andersson og Lingstrøm 2008) og at tilbudet fra tannhelsetjenesten er bedret. Skrøpelige eldre er en gruppe som er utsatt for sviktende munnhygiene (Forsell og Sjøgren 2008). I tillegg benyttes ofte ulike medikamenter som i kombinasjon med aldersforandringer fører til munntørrehet (ibid). Når den eldres evne til å ivareta daglig munnhygiene reduseres, er det derfor viktig at de får den hjelpen de trenger, slik at munnhygien blir ivaretatt på en tilfredsstillende måte.

Vi benytter 28 muskler og 7 hjernenerver for å kunne svelge, og hvis denne prosessen svikter, vil det kunne oppstå svelgeproblemer (Stensvold og Utne 1999). Svelgeproblemer kan således være et symptom ved mange ulike sykdommer der muskler eller nerver er skadet, f.eks. ved hjerneslag og parkinsons sykdom. Ved hjerneslag viser undersøkelser at svelgeproblemer forekommer i ca. 30–45 % av tilfellene ved innleggelse i sykehus (Stensvold og Utne 1999). I tillegg kan generell alderdomssvekkelse også påvirke svelgingen. Personer som har problemer med å svelge kan føle måltidet som stressende og ubehagelig, og det kan føre til at de lettere isolerer seg fra sosiale sammenkomster som inkluderer måltid der de spiser sammen med andre (Kjærsgaard 2005).

## **1.5 Måltidet**

Maten er ikke bare viktig for å dekke kroppens fysiske behov, men den har også en viktig sosial og kulturell betydning (Sydner 2002). Mat og måltider kan bli brukt til å formidle glede, sorg og samhold. Måltidene kan være både gode og mindre gode opplevelser for beboeren. Et velsmakende måltid i hyggelige omgivelser kan være et høydepunkt på dagen, og noe som de fleste av oss ser fram til med glede. At personalet har en viktig oppgave for å tilrettelegge for et godt måltid for beboerne i sykehjem, bekrefter en norsk kvalitativ studie (Melheim 2007). I studien ble 7 beboere ved et sykehjem i Norge intervjuet om deres opplevelser knyttet til måltidsfellesskapet. Funnene tyder på at måltidene har en viktig sosial funksjon, men at det også er krevende for beboerne å oppnå et sosialt fellesskap. Melheim framhever at personalet burde ha fokus på fellesskapet under måltidet ved selv å delta under måltidene, og dermed bidra til å holde samtalen i gang (ibid).

En svensk studie fant at eldre beboere på sykehjem hadde små muligheter til å påvirke måltidsituasjonen (Sydner 2002). Undersøkelsen viste at personalet,

strukturen og organiseringen av måltidet skapte begrensninger for hva som var mulig. Det ble framhevet at måltidet ikke burde utvikles til å bli en rutine der beboernes behov ikke blir ivaretatt.

I en dansk undersøkelse ble 24 beboere ved fire sykehjem intervjuet om måltidsopplevelsen (Kofod 2000). Resultatet av undersøkelsen viste at beboerne opplevde at "selskapet" hadde større betydning for måltidsopplevelsen enn selve maten. Deres identitet var i sterk grad knyttet til hvem de spiste sammen med, og de var derfor opptatt av å spise sammen med personer som de kjente og følte tilhørighet med.

Evans (2005) intervjuet 20 beboere i aldersgruppen 61–93 år ved et sykehjem i USA (Evans mfl. 2005). Beboerne framhevet at god mat symboliserte velvære, og at det vekket til live minner om de lykkelige stundene i livet. Resultatene tydet også på at regelmessig evaluering av beboernes ønsker for kostholdet, inkludert ønsker om spesiell mat, samt et kontinuerlig kvalitetsforbedringsprogram som tar hensyn til beboernes tilbakemeldinger, syntes å være en nøkkel til å bedre sykehjemsbeboernes livskvalitet.

## **2 METODE**

### **2.1 Design**

Undersøkelsen hadde et deskriptivt design med en kvantitativ tilnærming, og ble gjennomført som en tverrsnittsundersøkelse.

### **2.2 Problemstilling**

Undersøkelsen har tatt utgangspunkt i følgende problemstilling:

Hvordan vurderer beboerne maten og måltidene ved sykehjemmet?

### **2.3 Utvalg**

Målgruppen for undersøkelsen var beboere med samtykkekompetanse. Østfold fylke består av 18 kommuner. I kommunekalenderen er det for 2008 registrert i alt 33 somatiske sykehjem i Østfold fylke. Alle somatiske sykehjem i Østfold fikk forespørsel om å delta i undersøkelsen..

Følgende inklusjonskriterier ble benyttet i forhold til beboerne:

- Beboeren måtte være orientert for tid og sted, og ha samtykkekompetanse (beboere som var senil demente ble utelukket fra studien)
- Beboeren måtte kunne uttrykke seg muntlig
- Beboerne måtte kunne innta mat og drikke per os (beboere med ernæringssonde/intravenøs ernæring ble utelukket)

### **2.4 Intervjuskjema**

Mange beboere i sykehjem kan ha nedsatt funksjonsevne og problemer med å fylle ut et spørreskjema. Et personlig strukturert intervju ble derfor valgt som metode for datasamlingen. I et personlig intervju vil det være lettere for intervjueren å informere beboeren om hensikten med undersøkelsen, samt svare på spørsmål. Det er imidlertid viktig at intervjuet gjennomføres så standardisert som mulig, slik at intervjueren ikke påvirker resultatet.

I intervjuet ble det benyttet et strukturert intervjueskjema. Spørsmålene tok utgangspunkt i undersøkelsen om mat og måltider i sykehjem (Aagaard 2008). Disse spørsmålene ble utarbeidet etter en grundig litteraturgjennomgang. I tillegg ble det gitt tilbakemeldinger på spørreskjemaet fra ekspertgrupper og personer som arbeidet med mat og ernæringsproblemer blant eldre. Spørsmålene i denne undersøkelsen ble tilpasset beboere i sykehjem. I skjemaet var det også et åpent spørsmål der intervjueren kunne skrive ned forslag og kommentarer fra respondentene. Ved å benytte noen av de samme spørsmålene fra den tidligere undersøkelsen, kan dette gi muligheter for å kunne sammenligne noen av resultatene.

For å øke validiteten på undersøkelsen ble det foretatt en pilotstudie. Respondentene i pilotstudien ble valgt ut fra den samme populasjon. Deres svar ble imidlertid ikke med i hovedstudien. Pilotstudien besto av 4 personlig strukturerte intervjuer av beboere ved ett sykehjem. Pilotstudien medførte endringer i noen av svarkategoriene. I pilotstudien var flere spørsmål formulert som påstander som respondentene skulle si seg mer eller mindre enige i. Eks. på svaralternativer var helt enig / delvis enig / delvis uenig / helt uenig. Beboerne i pilotstudien ga uttrykk for at det var vanskelig å svare på ”påstander” med svarkategorier som helt enig/delvis enig/uenig/helt uenig. Når påstandene ble omformulert til spørsmål med svarkategori alltid-aldri, var det derimot lettere for respondenten å svare. Spørsmål og svarkategorier ble derfor endret i hovedstudien.

Spørreskjemaet besto av 48 spørsmål. I tillegg inneholdt skjemaet 2 spørsmål om sykehjemmet og 4 spørsmål om bakgrunnsvariabler knyttet til respondenten. Skjemaet ble strukturert etter hovedområder som bakgrunnsvariabler (eks. kjønn, alder), matlyst, tygge- eller svelgeproblemer. Deretter var det spørsmål om tidspunkt for siste og første måltid (nattfaste), vurdering av maten,

involvering av beboeren og spisemiljøet. Spørsmålet knyttet til alder var delt i fire ulike alderskategorier der det skulle settes ett kryss for riktig aldersrubrikk. Spørsmålet om tidspunkt for dagens første og siste måltid skulle beskrives med eksakt klokkeslett. De fleste andre spørsmålene var formulert som spørsmål der respondentene kunne svare på en skala fra 1 (alltid) til 4 (aldri). Det var også en svarkategori for ”vet ikke /uaktuelt”. Eksempler på spørsmål er følgende: ” Er maten på sykehjemmet appetittvekkende og delikat?” ”Hygger du deg under måltidene?”.

## **2.5 Gjennomføringen**

Undersøkelsen ble utført i tidsrommet februar - mai 2009. Informasjonsskriv ble sendt til lederen ved det enkelte sykehjem med forespørsel om beboere ved deres sykehjem kunne delta. For å sikre god informasjon og unngå misforståelser knyttet til undersøkelsen, ble lederen ved sykehjemmet bedt om å oppnevne en kontaktperson som intervjueren kunne samarbeide med under gjennomføringen av undersøkelsen. Lederen ved sykehjemmet eller den oppnevnte kontaktpersonen vurderte hvilke beboere som tilfredsstilte inklusjonskriteriene, og forespurte disse om deltakelse i studien.

Da intervjueren ankom sykehjemmet, sørget kontaktpersonen eller en annen av personalet for at intervjueren ble fulgt til de respondentene som hadde gitt sitt samtykke til å delta.

Det er viktig at det skapes en trygg ramme for intervjuet og at respondenten føler trygghet og tillit til den som skal foreta intervjuet. Alle intervjuene ble derfor foretatt på det enkelte sykehjem, og de aller fleste på rommet til beboeren, og noen få i en skjermet sittegruppe. Kvale (2002) skriver at innledningsfasen er viktig for hvordan intervjuet vil bli, tross alt skal jo respondenten fortelle noe til en helt fremmed person, altså forskeren. Det var

derfor satt av god tid til innledningsfasen. Selve datasamlingen knyttet til intervjuet tok ca 30 minutter.

## **2.6 Ethiske overveielser**

Prosjektskisse ble sendt til sekretær i De regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Tilbakemeldingen fra sekretæren var at prosjektet ikke var frammeldingspliktig for REK. Det ble sendt inn meldeskjema til Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD), og personvernombudet tilrådte at prosjektet ble gjennomført.

Respondentene fikk muntlig og skriftlig informasjon om hensikten med studien, og det ble innhentet skriftlig eller muntlig informert samtykke. Dette ble utført av kontaktpersonen ved sykehjemmet. Samtykkeskjema ble deretter lagt i en egen separat konvolutt og limt igjen, slik at det ikke kunne knyttes til det besvarte intervjueskjemaet. Før intervjuet startet informerte intervjueren respondenten om at deltakelsen var frivillig, og at det også var mulig å avbryte / trekke seg fra intervjuet underveis. Respondentene ble informert om at dataene som framkom i undersøkelsen ville bli anonymisert, og at det ikke var mulig å knytte svarene opp mot et bestemt sykehjem eller respondent, da intervjueskjemaet ikke skulle påføres navn på respondent eller institusjon. Kun fylke ble registrert. Denne informasjonen sto også i informasjonsskrivet som kontaktpersonen leverte ut i forbindelse med forespørselen om deltakelse i studien.

## **2.7 Ytre validitet**

For å kunne stole på resultatene fra undersøkelsen, må man ha et pålitelig datagrunnlag. Undersøkelsen omfattet alle beboere med samtykkekompetanse ved alle somatiske sykehjem i Østfold. Totalt 233 beboere tilfredsstilte utvalgskriteriene, og det ble totalt gjennomført 204 intervjuer. Dette gir en svarprosent på 88. Spørsmålet er om svarprosenten er tilstrekkelig til å kunne



generalisere til andre beboere som ikke var med i undersøkelsen. En tommelfingerregel er at svarprosent over 70 % ofte blir betegnet som meget god (Jacobsen 2005). Det er derimot i denne undersøkelsen ikke mulig å generalisere funnene til beboere som ikke har samtykkekompetanse.

## **2.8 Dataanalyse**

TNS-gallup har stått for optisk lesing av intervjukjemaene. Dataene fra undersøkelsen ble analysert med deskriptiv statistikk, ved hjelp av statistikkprogrammet SPSS, versjon 17.0.

Det åpne spørsmålet og kommentarene fra respondentene ble behandlet manuelt. For å få god oversikt over svarene, ble først alt det nedskrevne materialet systematisk gjennomgått. Deretter ble svarene gruppert etter meningsenheter. De meningsenhetene som handlet om det samme ble kategorisert i "bunter" som igjen ble kategorisert i større hovedkategorier. I det vesentligste har det blitt benyttet tabeller for å synliggjøre kvantifiseringen av de ulike kategoriene, og sitater fra respondentene har blitt anvendt for å dokumentere kategoriernes innhold. I tillegg har de kommentarer som respondentene uttalte underveis i intervjuet blitt synliggjort under presentasjon av de "lukkede" spørsmålene, som kommentaren illustrerte.

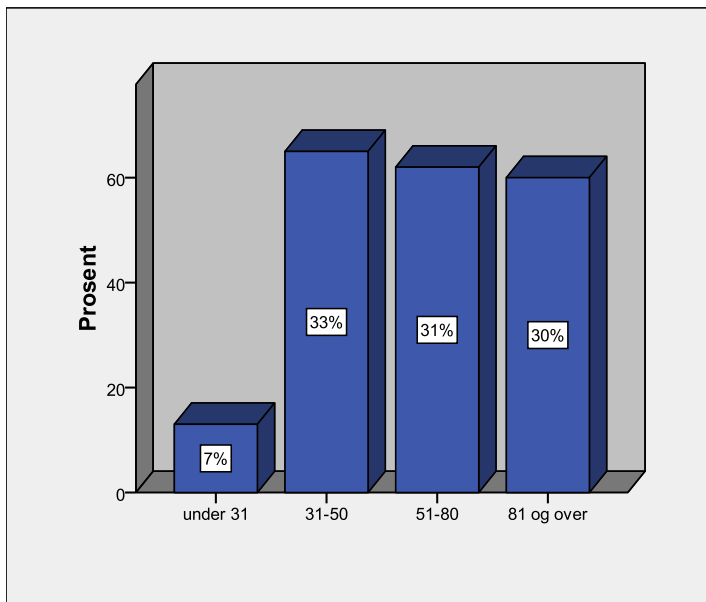


### 3 RESULTATER

I dette kapittelet presenteres funn fra spørreundersøkelsen. Til sammen ble 233 beboere forespurt om deltakelse i undersøkelsen. Av disse var det 17 beboere som ikke ønsket å delta i studien, 6 beboere ble syke på intervjudagen, 4 beboere var opptatt på intervjutidspunktet, og 1 beboer var død. Totalt ble det gjennomført 204 intervjuer. Svarprosenten i undersøkelsen var 88. Spørreskjemaene ble utfylt av intervjueren.

#### 3.1 Beskrivelse av utvalget

I spørreskjemaet var antall beboere ved sykehjemmet delt inn i 4 svarkategorier (figur 1). Kun 7 % av respondentene i undersøkelsen var beboere ved sykehjem som hadde 30 eller færre beboere. I de tre andre gruppene fordelte antall respondenter seg nokså likt (fra 29–32%).



**Figur 1** Antall respondenter ved de ulike sykehjemmene (spm. A, N=204)

Det var flere kvinner (74 %) enn menn (26 %) som deltok i undersøkelsen. Halvparten av respondentene var over 85 år, og kun 5 % var under 66 år (tabell 1).

	<b>Kvinne</b>	<b>Mann</b>
<b>Aldersgruppe</b>	<b>Antall (%)</b>	<b>Antall (%)</b>
Under 66 år	6 (4)	5 (9)
66–75 år	7 (5)	16 (30)
76–85 år	50 (33)	19 (36)
Over 85 år	88 (58)	13 (25)
N= (%)	151 (100)	53 (100)

**Tabell 1 Fordeling av alder og kjønn (spm. D)**

På spørsmålet om hvor lenge beboeren hadde vært innlagt ved sykehjemmet, svarte omtrent halvparten (45 %) at de hadde vært innlagt ved sykehjemmet i over ett år (tabell 2), mens 16 % svarte at de hadde vært innlagt under 1 måned.

<b>Innleggelsestid</b>	<b>Antall (%)</b>
Under 1 måned	32 (16)
1–3 måneder	36 (18)
4–6 måneder	14 (7)
7–12 måneder	29 (14)
Over 12 måneder	91 (45)
N=	202 (100)

**Tabell 2 Innleggelsestid (spm. F)**

Det manglet data på høyde og vekt for 31 respondenter. Dette medførte at KMI-verdi ikke kunne beregnes for disse. Av de 173 respondentene som fikk utregnet KMI-verdi, hadde 31 % en KMI-verdi under 22 (tegn på undervekt for eldre over 65 år), 18 % hadde en KMI-verdi mellom 22–23, 34 % hadde en KMI-verdi mellom 24–29, mens 17 % hadde en KMI på 30 eller høyere (tabell 3). Den laveste KMI-verdi var 13 og den høyeste 39.

<b>Kroppsmasseindeks</b>	<b>Antall (%)</b>
Mindre enn 20	24 (14)
20–21	29 (17)
22–23	32 (18)
24–29	59 (34)
30 og høyere	29 (17)
N=	173 (100)

**Tabell 3 Kroppsmasseindeks (spm. C)**

En stor andel av respondentene (61 %) hadde god matlyst. 25 % oppga at de hadde meget god matlyst, mens 14 % hadde dårlig matlyst (tabell 4).

<b>Matlyst</b>	<b>Antall (%)</b>
Meget god matlyst	51 (25)
God matlyst	122 (61)
Dårlig matlyst	29 (14)
N=	202 (100)

**Tabell 4 Matlyst (spm. 1)**

De fleste respondentene hadde verken svelge- (88 %) eller tyggeproblemer (83 %) (tabell 5).

<b>Svelge- /tygge-problemer</b>	<b>Antall (%) Ja</b>	<b>Antall (%) Nei</b>
Problemer med å svelge (N=199)	24 (12)	175 (88)
Problemer med å tygge (N=200)	33 (17)	167 (83)

**Tabell 5 Svelge- eller tyggeproblemer (spm. 2 og 3)**

### 3.2 Natffase og serveringstilbud

Respondentene ble spurt om når de vanligvis spiste det siste måltidet om kvelden og det første måltidet neste dag. Tabell 6 viser hvordan respondenten svarte. En stor andel av respondentene spiste det første måltidet mellom kl. 09.00–09.30 (64 %), og omtrent like mange spiste det siste kveldsmåltidet mellom kl. 18.00–19.00 (66 %). I tillegg viser oversikten at omtrent 28 % spiste frokost fra kl. 09.30. Åtte prosent spiste det første måltid før kl. 09.00, mens 2 % spiste det siste måltidet kl. 21.00 eller senere (tabell 6). For 91 respondenter (45 %) var nattfasten 14 timer og for 7 respondenter var nattfasten 16 timer.

Når spiser du normalt det første måltidet om morgenen?				
Når spiser du normalt det siste måltidet om kvelden?	Før kl 09.00 antall (%)	kl. 09.00 - 09.30 antall(%)	Etter kl. 09.30 antall(%)	Totalt (%)
Før kl. 18.00	3	15	7	25 (13 %)
kl. 18.00 -19.00	5	91	39	135(68 %)
kl. 19:00 -21:00	5	23	8	36 (18 %)
Etter kl. 21.00	2	1	1	4 (2 %)
<b>Totalt (%)</b>	15 (7 %)	130 (64 %)	55 (27 %)	

**Tabell 6 Nattfaste (spm. 4 og 5)**

Respondentenes synspunkter på tiden mellom siste måltid om kvelden og første måltid dagen etter, kan illustreres ved følgende sitater:

*”Lang tid mellom kveldsmat og frokost. Jeg har kjøpt meg kjeks”.*

*”For kort tid mellom frokost og middag, og for lang tid mellom kveldsmat og frokost neste dag. Kunne tenke meg en kopp suppe om kvelden”.*

25 % har svart at de alltid kan få mat utenom måltidene, mens 40 % har svart ”ikke aktuelt / vet ikke” på spørsmålet. I de åpne kommentarene har mange

respondenter framhevet at de aldri har spurt om å få mat utenom måltidene, selv om de faktisk har hatt behov for mat. Følgende sitater kan illustrere dette:

*”Jeg er sulten ca kl. 21.00. Jeg har kjøpt meg noe kjeks. Jeg har aldri spurt om mat”.*

*”Har aldri spurt om mat – vil ikke være til bry”.*

### 3.3 Vurdering av maten

63 % av respondentene var beboere på sykehjem som fikk middagen laget ved institusjonens eget kjøkken, mens de øvrige fikk middagen laget ved et eksternt kjøkken (N=204).

Tabell 7 viser hvordan respondentene vurderer maten ved eget sykehjem.

Respondentene skulle svare på en skala fra 1 (alltid) til 4 (aldri).

Vurdering av maten	Alltid 1 %	2 %	3 %	Aldri 4 %	Vet ikke / ikke aktuelt %
Er <b>kjøttet</b> til middag tilstrekkelig mørt? (N=203)	48	35	9	5	3
Er <b>fisken</b> til middag veltillaget? (N=202)	52	26	15	3	4
Er <b>grønnsakene</b> varierte og godt tilberedt? (N=201)	48	26	19	5	2
Er <b>potetene</b> gode og godt tilberedt? (N=201)	69	18	9	2	2
Er <b>sausene</b> god og godt tilberedt? (N=202)	67	24	6	1	2
Serveres det alltid <b>dessert</b> ? (N=202)	91	8	<1	<1	0
Er <b>desserten</b> god og veltillaget? (N=201)	78	19	3	0	<1
Serveres det ofte <b>tradisjonelle</b> retter? (N=201)	53	37	7	3	<1
Hvor ofte får du din <b>livrett</b> ? (N=191)	6	16	27	19	32
Får du for <b>store</b> porsjoner? (N=202)	7	17	12	64	0

Vurdering av maten	Alltid 1 %	2 %	3 %	Aldri 4 %	Vet ikke / ikke aktuelt %
Får du for <b>små</b> porsjoner? (N=201)	2	1	2	95	0
Er varm mat <b>varm</b> når den kommer på din tallerken? (N=202)	69	20	9	2	0
Er <b>brødskivene</b> tørre?	25	17	16	41	1
Er <b>pålegget</b> variert og velsmakende? (N=204)	69	23	5	1	1
Serveres det <b>frukt</b> hver dag? (N=200)	23	31	28	13	5
Får du tilbud om <b>tran</b> eller andre former for vitaminer daglig? (N=201)	10	1	2	71	16
Er <b>maten</b> på sykehjemmet appetittvekkende og delikat? (N=195)	61	29	8	2	0
Er du <b>fornøyd</b> med maten som blir servert på sykehjemmet? (N=198)	53	38	7	1	<1

**Tabell 7 Vurdering av maten (spm. 6–24)**

Sitatene nedenfor viser kommentarene som respondentene hadde knytte til de ulike spørsmålene om ”vurdering av maten” i tabell 7.

Ca. halvparten (48 %) av respondentene svarte at **kjøttet** alltid var mørt, men det er likevel verd å merke seg at det var 14 % som ikke var fornøyd med kvaliteten (svarkategori 3 og 4). Følgende kommentarer kan belyse at ikke alle er fornøyd med kjøttet som ble servert:

*”Kjøttet er for det meste seigt”.*

En annen respondent uttalte følgende:

*”Jeg er glad i kjøttkaker, men det vi får her smaker ikke kjøttkaker”.*

Omtrent halvparten (52 %) mente også at **fisken** var veltillaget, men såpass mange som 18 % var misfornøyd med den fisken som ble servert (svarkategori 3



og 4). Et par utsagn som gjenspeiler at respondentene ikke var fornøyd med fisken som ble servert var følgende:

*”Jeg ønsker meg mer ordentlig fisk, og ikke slik med kavring som ikke smaker fisk”.*

*”Jeg er vant til å spise mye fisk og fersk fisk; det er det ikke mye av her”.*

24 % mente at **grønnsakene** ikke var varierte og godt nok tilberedte (svarkategori 3 og 4). Følgende sitat kan illustrere dette:

*”Grønnsakene er vasne. Tror det er frosne grønnsaker som de ikke har tilberedt på riktig måte”.*

De fleste beboerne (91 %) fikk alltid **dessert** til middagen, og desserten var også den retten som de aller fleste var mest fornøyd med (78 %). Følgende sitat underbygger dette:

*”Desserten er det beste med middagen”.*

Rundt halvparten (53 %) oppga at det ble servert **tradisjonelle retter**, men det var relativt få (22 % i svarkategori 1 og 2) som svarte at de fikk servert sin **livrett**. En respondent svarte slik:

*”Jeg har vært her i to år, og aldri fått min livrett”.*

Omtrent 25 % (svarkategori 1 og 2) mente at **porsjonsstørrelsen** var for stor, mens det var svært få (3 %) som oppga at porsjonen var for liten.

Ca. 9 av 10 av respondentene (svarkategori 1 og 2) svarte at den varme maten var tilstrekkelig **varm** når den kom på tallerkenen. En respondent sa følgende:

*”Får mat på varme tallerkener”.*

En av de som imidlertid ikke var fornøyd med at maten var tilstrekkelig varm, sa det på denne måten:

*”Maten er ofte bare lunken, og da smaker den ikke så bra”.*

Det var 25 % som mente **brødet** alltid var **tørt**. En av respondentene uttalte følgende:

*”Brødet er ikke ferskt. Det er tørt og kaldt. Bør variere brødsorten”.*

En av de som alltid var fornøyd med brødet sa følgende:

*”Brødet er grovt og hjemmebakket. Det er veldig godt”.*

Selv om en stor andel av respondentene (69 %) svarte at pålegget alltid var variert og velsmakende, var det allikevel flere respondenter som kommenterte at pålegget kunne varieres mer, og atter noen ønsket seg ”det lille ekstra”.

Følgende sitater kan illustrere deres svar:

*”Lite variasjon i pålegget. Det samme hver dag”.*

*”Hjemme lager jeg meg speilegg til kveldsmat noen ganger, ikke mulig her”.*

Undersøkelsen viste at det ikke er vanlig ved alle sykehjem å tilby beboerne **frukt**. 23 % fikk alltid servert frukt. Blant de som fikk tilbud om frukt er følgende sitat illustrerende:

*”Får oppskjært frukt”.*

Negativ sitater om fruktserveringen kan representeres ved:

*”Frukt kjøper jeg selv. Får så lite her. Det er ikke nok”.*

Kun ca. 10 % svarte at de fikk et regelmessig tilbud om **tran** eller andre former for vitamintilskudd (svarkategori 1 og 2). Noen uttrykte at de savnet tran, noe som kan illustreres ved følgende sitater:

*”Fikk tran før – nå er det lenge siden jeg så tranflasken”.*

*”Kjøper tran selv”.*

Men ikke alle ønsket seg tran. En av beboerne sa følgende:

*”Tran har jeg ikke blitt tilbudt, og det vil jeg heller ikke ha”.*

Omtrent halvparten (53 %) svarte at de alltid var **fornøyd** med maten som ble servert på sykehjemmet. Inkluderes også svarkategori 2, øker andelen til 90 %.

Like mange (90 % i svarkategori 1 og 2) svarte at maten ved sykehjemmet i det store og hele var **appetittvekkende** og **delikat**.

### 3.4 Involvering av beboerne

Denne undersøkelsen viste at det ikke var vanlig at beboerne deltok i planlegging av middagsmenyen eller i noen form for matlaging (tabell 8). Det var heller ikke vanlig at beboerne deltok i pådekking eller opprydding etter måltidet.

Involvering av beboeren	Alltid 1 %	2 %	3 %	Aldri 4 %	Vet ikke / uaktuelt %
Hvor ofte får du selv <b>bestemme</b> når du skal spise? (N=199)	4	5	7	53	30
Hvor ofte får du delta i <b>planleggingen</b> av menyen? (N=202)	0	0	1	98	1
Hvor ofte deltar du i noen form for <b>matlaging</b> ? (N=201)	1	2	2	73	22
Hvor ofte deltar du i <b>dekking og pynting</b> av bord? (N=199)	0	1	1	70	27
Hvor ofte deltar du under <b>avdekking og opprydding</b> etter måltidet? (N=200)	<1	1	1	69	28

**Tabell 8 Involvering i måltidene (spm. 25–29)**

Over halvparten svarte at de selv aldri kunne **bestemme** når de skulle spise. I tillegg svarte 30 % i rubrikken ”vet ikke/uaktuelt”. Følgende sitat kan belyse svarene:

*”Må følge måltidene”.*

En av respondentene hadde følgende forslag knyttet til å delta i

### menyplanlegging:

*”Det skulle vært en kasse der vi kunne legge våre forslag til middagsønsker”.*

Til slutt et par sitater angående involvering i **matlagingen**:

*”Jeg er glad i å bake. Gjorde det mye hjemme. Men du vet en kan ikke det her”.*

*”Jeg deltar ikke i matlaging. Er for dårlig til det”.*

## 3.5 Spiseplassen

På spørsmålet om hvor beboeren vanligvis spiste, så det ut til at ulike måltider ble spist på forskjellige steder (tabell 9). Selv om de fleste spiste både frokost, middag og kveldsmat i spisestuen, er det verd å merke seg at det ikke er ualminnelig at måltider inntas på eget rom: 29 % opplyste at de spiste middag, 33 % spiste frokost og 31 % spiste kveldsmat på rommet.

Følgende utsagn illustrerer hvorfor beboerne ønsket å **spise på rommet**:

*”Jeg søler så fælt når jeg spiser, så jeg ønsker å spise alene. Jeg trenger mer hjelp til kveldsmaten, men jeg synes det er leit å spørre”.*

*”Jeg spiser alle måltidene på rommet. Jeg har prøvd å spise i spisesalen, men der er det mange som søler, slik at jeg mister appetitten. Da er det bedre å spise på rommet”.*

Vanligste spiseplass	Egen spisestue %	Dagligstue %	På rommet %
Frokost (N=200)	56	12	33
Middag (N=198)	60	11	29
Kaffemåltid (N=193)	49	10	40
Kveldsmat (N=194)	57	12	31

**Tabell 9 Spiseplassen (spm. 30)**

### 3.6 Forberedelse til måltidet

Omtrent halvparten (53 %) av beboerne opplyste at de aldri fikk tilbud om håndvask før måltidene. 30 % svarte at de ikke visste om de ville få et tilbud om håndvask hvis de trengte det, da de for tiden ikke trengte hjelp til håndvask. 11 % svarte at de alltid fikk tilbud om håndvask før måltidet. På spørsmålet om beboeren fikk tilbud om tann-/protesestell to ganger i døgnet, svarte 48 % at de ordnet dette selv, mens 21 % svarte at de alltid fikk dette tilbudet, og like mange svarte aldri (tabell 10).

Forberedelse av beboerne	Alltid 1 %	2 %	3 %	Aldri 4 %	Vet ikke / ikke aktuelt %
Får du tilbud om å vaske hendene dine før måltidet? (N=201)	11	4	2	53	30
Får du tilbud om tann- eller protesestell minst 2 ganger i døgnet? (N=199)	21	7	3	21	48

Tabell 10 Forberedelse til måltidet (spm. 32 og 33)

### 3.7 Måltidsmiljø

Tabell 11 viser hvordan beboerne mente at sykehjemmet tilrettela spisemiljøet på sykehjemmet. De aller fleste (82 %) svarte at rommet som ble benyttet til måltidet alltid ble tilrettelagt før servering (luftet, rent, ryddet), mens 7 % svarte i de to dårligste svarkategoriene (3 og 4). De fleste (93 %) svarte at de alltid fikk lang nok tid til å spise. Ca. 3 av 4 (64 %) svarte at det aldri var høyt støynivå under måltidet, mens 11 % svarte at det alltid var høyt støynivå. På spørsmålet om beboeren fikk den hjelpen han/hun trengte av personalet under måltidet, svarte 63 % at det fikk de alltid, mens 28 % svarte at det ikke var aktuelt med noe hjelp under måltidet, da de greide dette selv.

<b>Måltidsmiljø I</b>	<b>Alltid 1 %</b>	<b>2 %</b>	<b>3 %</b>	<b>Aldri 4 %</b>	<b>Vet ikke / ikke aktuelt %</b>
Blir rommet der du spiser <b>tilrettelagt</b> før serveringen (luftet, rent, ryddig) (N=196)	82	10	4	3	2
Får du lang nok <b>tid</b> til å spise? (N=200)	93	6	1	<1	<1
Er det høyt <b>støynivå</b> under måltidet? (N=191)	11	11	10	64	4
Får du den <b>hjelpen</b> du trenger av personalet under måltidet? (N=177)	63	5	3	0	28

**Tabell 11 Måltidsmiljø I (spm. 31, 38, 39, 41)**

Når det gjelder det sosiale miljø i forbindelse med måltidene, så oppgir omtrent halvparten at de selv ikke kan velge hvem de skal sitte sammen med (tabell 12). Derimot var det mer vanlig at beboeren selv kunne bestemme om de ville spise alene eller sammen med andre (63 %). Kun 5 % har svart at personalet alltid spiste sammen med beboerne. 46 % av respondentene oppgav at de alltid hygget seg under måltidet, mens 19 % har svart i de to negative svarkategoriene 3 og 4. Det er også verd å merke seg at ca. en av fire ikke ser fram til måltidene med glede.

Følgende sitater illustrerer noen av svarene til de som **hygger seg**:

*”Jeg ser fram til måltidene. Hyggelig å prate med noen av de andre”.*

*”Jeg har fått en venninne som jeg spiser sammen med, og vi to hygger oss sammen. Både maten og ha det hyggelig rundt bordet er viktig”.*

Av motsatt kategori nevnes følgende sitater:

*”Jeg sitter sammen med noen andre. Ingen sier ett ord. Jeg sitter der kun for å spise”.*

*”Sitter sammen med beboere som søler og hoster. Blir til at jeg spiser og går deretter inn på rommet”.*

<b>Måltidsmiljø II</b> <b>Sosiale miljø</b>	<b>Alltid</b> <b>1</b> <b>%</b>	<b>2</b> <b>%</b>	<b>3</b> <b>%</b>	<b>Aldri</b> <b>4</b> <b>%</b>	<b>Vet ikke /</b> <b>ikke aktuelt</b> <b>%</b>
Kan du vanligvis selv <b>velge</b> hvem du skal sitte sammen med under måltidet? (N=199)	10	13	3	47	27
Kan du velge om du vil spise <b>alene</b> eller sammen med andre? (N=201)	63	10	3	5	19
Spiser <b>personalet</b> sammen med dere? (N=193)	5	9	21	45	20
Er det mulig for dine <b>pårørende</b> å spise sammen med deg? (N=188)	13	16	10	18	43
<b>Hygger</b> du deg under måltidet? (N=201)	46	36	13	6	0
Er måltidene noe du ser fram til med <b>glede</b> ? (N=201)	40	33	19	7	<1

**Tabell 12** Måltidsmiljø II (spm. 34, 35, 36, 37, 40, 42)

### **3.8 Synspunkter/forslag om maten og måltidet**

Til slutt i undersøkelsen skulle respondentene komme med forslag til hvordan maten og måltidene ved sykehjemmet kunne gjøres bedre. Spørsmålet var åpent, og svarene skulle respondentene formulere selv. De fleste av svarene formulerte respondentene med utgangspunkt i hva de var misfornøyde med, og disse svarene er derfor også med under denne overskriften. Svarene fra beboerne er gruppert i 9 kategorier, 7 angående maten (øverste del av tabell 13) og 2 angående måltidet (nederste del av tabell 13). Den kategorien som forekommer hyppigst er plassert øverst i hver del av tabellen.

Synspunkter om maten	Antall svar (%)
Maten generelt	91 (45)
Grønnsakene og potetene	53 (26)
Frukt og tran	45 (22)
Middagen (kjøtt og fisk)	43 (21)
Matønsker	33 (16)
Frokosten	24 (12)
Desserten	11 (5)
Synspunkter om måltidet	Antall svar
Spisemiljø	59 (29)
Tidspunkter for måltidtid	50 (25)

**Tabell 13 Forslag til hva som bør forbedres/endres**

### Maten generelt

Flere av respondenter uttalte at de ikke hadde forventninger til maten, men at de spiste det som ble servert. Dette synspunktet kan belyses med følgende sitater:

*”Jeg tar det jeg får og klager aldri på maten”.*

*”Jeg er vant til å spise opp det jeg får”.*

*”Maten er jo ikke slik jeg er vant til, men man kan jo ikke forvente det på et slikt sted”.*

*”Det er aldri noen som spør meg om maten smaker, men når den er god sier jeg ”takkt for god mat”. Ellers sier jeg aldri noe”.*

Andre hadde kritiske kommentarer til hvorfor maten ikke var bra. Kommentarer om dette var:

*”Maten er overkakt”.*

*”Maten er for lite krydret”.*

At beboerne verdsetter mat som er godt tilberedt, illustrerer følgende sitater:

*”Her er det en dyktig kokk. Det er lett å merke. Alt er laget på den beste måten”*



*”Man merker at maten ikke er lagd fra bunnen av”.*

### **Grønnsakene**

Kommentarene her var først og fremst knyttet til tilberedningsmåten og variasjon. Utsagn som spesielt viser dette er:

*”Grønnsakene er vasne og jeg tror de ikke bruker salt i vannet. Tror det er frosne grønnsaker som de ikke har tilberedt på riktig måte”.*

*”Lite varierte grønnsaker. Er mest erter og gulrøtter”.*

*”Det er jo ikke salater her, vet du. Det savner jeg”.*

*”Kunne vært mer kålrotstuing og kålstuing”.*

Ferske grønnsaker var noe som flere respondenter ønsket seg.

*”Litt for mye frosne grønnsaker. Ønsker meg mer ferske grønnsaker”.*

At noen sykehjem også benytter ferske grønnsaker viser følgende sitat:

*”Vi får ferske fine grønnsaker”.*

Det var få kommentarer på potetene. Den kommentaren som mest gikk igjen var at potetene var harde, hvilket følgende sitat illustrerer:

*”Potetene er ofte for dårlig kokt”.*

### **Frukt og tran**

Undersøkelsen viste at det fremdeles er mange sykehjem som ikke serverer frukt og tran regelmessig hvilket følgende sitat illustrerer:

*”Frukt er det beste jeg vet. Det skulle jeg gjerne hatt”.*

En annen respondent ønsket seg oppskjært frukt og uttalte:

*”Eplene og frukten bør deles opp. Jeg orker ikke et helt eple. Da blir det til at jeg ikke tar”.*

Undersøkelsen viste at ved noen sykehjem sto fruktfat framme, men beboerne oppfattet ikke at frukten alltid ble tilbudt dem, eller den var ikke lett tilgjengelig:

*”Det står fruktfat framme, men ærlig talt så tør jeg ikke å ta. Barna kjøper frukt til meg”.*

*”Det står fruktfat framme. Man kan jo ikke bare forsyne seg?”*

*”Får frukt noen ganger. Men de setter fruktfatet slik at jeg ikke når det”.*

Flere respondenter uttalte at de ønsket seg tran, mens andre var glade for at de ikke ble tilbudt det. Følgende sitat belyser svarene:

*”Jeg skulle ønske at de gir meg tran. Jeg tror jeg trenger det”.*

### **Middagen og matønsker**

21 % hadde kommentarer til middagen og 16 % hadde også forslag til middagsretter som de ønsket seg.

Flere hadde synspunkter på at det var for mye opplaget kjøtt- og fiskeretter.

Typiske utsagn var følgende:

*”Vi får for lite kjøtt. Er mest opplaget mat som pølse og kjøttkake”.*

*”Jeg er vant til å spise mye fisk og fersk fisk. Det er det ikke mye av her”.*

*”Burde vært mulig å få fersk fisk”.*

De fleste respondentene ønsket seg vanlig husmannskost, og at det var mulig å velge mellom ulike retter til middagen. Typiske utsagn var følgende:

*”Jeg ønsker meg valgmuligheter til middag”.*

*”Jeg ønsker meg fårrikål”.*

*”Jeg ønsker meg fersk suppe”.*

*”Bønner og flesk er livretten min”.*

*”Jeg ønsker meg lever”.*

*”Salt spekesild og lungemos”.*

*”Jeg savner knakkepølser”.*

Noen hadde litt mer ønske om festmat f.eks. elgstek, ribbe, biff med fløtegratinerte poteter.

## **Frokost**

Følgende sitat kan belyse forslag knyttet til hvordan frokosten kunne forbedres:

*”Kunne variert brødet, det er det samme brødet hver dag”.*

*”Lite variasjon i pålegget. Det samme hver dag”.*

*”Vi har begynt å smøre selv, og da kan jeg ta det pålegget jeg ønsker”.*

*”Jeg trenger ferdigsmurt mat. Noen ganger er de veldig fine, andre ganger er pålegget bare klasket på – avhengig av hvem som smører”.*

*”Jeg savner egg med ansjos”.*

## **Desserten**

Som tabell 7 viser, var de fleste respondentene mest fornøyde med desserten, og kun 11% hadde kommentarer. Kommentarene omhandlet bruk av ferdigdesserter og at respondentene satte pris på ”god gammeldags” dessert.

Følgende sitat kan belyse svarene:

*”Kjedelig dessert. Mye ferdigdesserter”.*

*”En dag fikk vi tilslørte bondepiker. Det var toppen”.*

## **Spisemiljø**

29 % av respondentene kommenterte spisemiljøet.

*”Det er trist i spisestua. Ingen prater; det sliter på meg. Det er om å gjøre for meg å spise ferdig, og deretter går jeg inn på rommet”.*

*”Jeg er glad når lederne setter seg sammen med oss. Da blir det hyggelig. Mange pasienter ødelegger hyggen når vi spiser alene”.*

*”Blir som regel at en spiser og går deretter inn på rommet. Er ikke så lett å prate med de andre. De er så mye sykere enn meg”.*

*”Mange kranbler rundt bordet. Da er det bedre å sitte for seg selv på rommet”.*

*”Jeg trenger hjelp til å spise, og vil derfor sitte på rommet å spise. De sier at de har god tid og at jeg ikke trenger å skynde meg med å spise”.*

## Tidspunkter for måltidene

Respondentenes kommentarene var knyttet til at måltidene kom for tett om dagen, og at det var for lang tid mellom siste måltid om kvelden og første måltid dagen etter:

*”Jeg står opp kl. 06.00. Frokosten er ikke før nærmere kl. 09.30. Det er altfor sent. Så er det middag allerede kl. 12.30. Det blir alt for tett mellom frokost og middag”.*

*”For lang tid mellom kveldsmat og frokost neste dag. Noen ganger er det ikke frokost før kl. 10.30. Kort tid mellom middag og kveldsmat”.*

*”Middagen er for tidlig, har jo nesten nettopp spist frokost. Det er pyton! Jeg tror ingen har lyst på middag så tidlig”.*

*”Det er litt lenge mellom måltidene. Jeg har litt mat selv som jeg tar. Jeg har aldri spurt om mat utenom måltidene, jeg vil ikke være til bry”.*

*”Jeg er sulten om kvelden. Noen ganger får jeg mat”.Avhengig av hvem som er på vakt?”*

*”Jeg har kjeks selv som jeg tar når jeg er sulten om kvelden”.*

*”Jeg er ofte litt sulten sent på kvelden, men har aldri spurt om å få mat. Jeg trenger jo da å få hjelp”. ”*

*”Jeg er ofte sulten og tørst før frokost, som ikke er før kl. 09.30”.*

## **4 DISKUSJON**

I denne undersøkelsen er det kun beboere med samtykkekompetanse som har deltatt. Undersøkelsen viste at det var få beboere på hvert sykehjem som hadde samtykkekompetanse. Det er derfor en svakhet ved undersøkelsen at en stor gruppe ble utelatt fra studien.

### **4.1 Kroppsmasseindeks (KMI)**

KMI kan benyttes hos voksne for å klassifisere undervekt, normalvekt, overvekt og fedme. Det er foreslått at eldre over 65 år ideelt bør ha en KMI på 24–29 (Beck mfl. 2005, Mowé 2002, Beck mfl. 1998). I de nylig publiserte nasjonale faglige retningslinjer for behandling og forebygging av underernæring, er KMI-verdi under 20 valgt som et kriterium for moderat underernæring for eldre over 70 år (Helsedirektoratet 2009). I denne undersøkelsen hadde 14 % av respondentene en KMI-verdi under 20, og 31 % hadde en KMI-verdi under 22. Omtrent like mange hadde en normal KMI, altså en verdi mellom 24–29. Funn fra to mindre studier i Norge, der man regnet ut KMI-verdien på alle beboerne ved sykehjemmet, viste begge at 30 % hadde en KMI på under 20 (Rugås og Martinsen 2003, Aagaard 2004). En svensk studie blant 166 eldre i spesielle boenheter for eldre, viste at 19 % hadde en KMI-verdi under 20 (Persson mfl. 2004). Forekomst av overvekt er et generelt stigende problem blant befolkningen. I denne undersøkelsen var det 17 % som hadde en KMI-verdi på 30 eller høyere. Undersøkelsen kan tyde på at forekomsten av lav KMI og undervekt er et større problem enn høy KMI og overvekt blant eldre sykehjemsbeboere som har samtykkekompetanse.

### **4.2 Matlyst**

Matlysten er en viktig faktor som er med på å regulere matinntaket, slik at energitilførselen tilpasses energibehovet. Når energibehovet minsker, reduseres også appetitten. Appetitten er derfor ofte generelt dårligere hos eldre enn hos

ynge (Pedersen og Beck 2007). I denne undersøkelsen var det 14 % som hadde dårlig matlyst. Wikby og Fägerskiöld (2004) har intervjuet 16 aldershjemsbeboere om hva som påvirket deres matlyst. Resultatene viste at viljen til å spise, knyttet til livslyst, spilte en sentral rolle i matlyst hos eldre. Andre faktorer som påvirket appetitten var humør, personlige verdier, sunnhet, matens kvalitet, spisemiljø og måltidsfellesskap.

### **4.3 Tyggeproblemer**

Antall tenner og hvorvidt en eventuell tannprotese er godt tilpasset, har betydning for tyggeprosessen (Christensen 2007). I denne undersøkelsen var det 17 % som hadde problemer med å tygge maten. En av fem opplyste at de ikke fikk hjelp til tann- eller protese-stell to ganger om dagen. Omtrent halvparten visste ikke om de fikk tilbud da de ordnet munnhygiene selv. I undersøkelsen blant ledere ved sykehjem, var det 63 % som svarte at de var "helt enig" i at beboerne fikk tilbud om tannpuss eller protesestell 2 ganger i døgnet (Aagaard 2008). Dette til tross for at retningslinjene anbefaler rengjøring av tenner/proteser to ganger daglig. Undersøkelsen kan tyde på at munnhygiene ved noen sykehjem er et forsømt område. Dette stemmer overens med andre studier. En studie blant helsepersonell som arbeider med eldre mennesker i Sverige, viste at munnhygiene var lavt prioritert, og at denne oppgaven var blant de mest uønskede oppgavene hos personalet (Wårdh 2002). Nordling (2008) har utført en spørreskjemaundersøkelse blant 366 omsorgsarbeidere ved to større boenheter i en svensk kommune (Nordling mfl. 2008). Studien viste at over 40 % syntes det var vanskelig å utføre munnstell, og det framkom at det var vanskeligere å utføre munnstell hos pasienter som hadde egne tenner enn de som hadde protese. Hindringer som holdninger, kunnskapsmangel hos personalet, at pasienten/beboeren vegret seg, samt tidsmangel var årsaker til at munnhygiene ikke ble prioritert.

#### **4.4 Svelgeproblemer**

Forekomsten av svelgeproblemer kan være høy blant eldre i sykehjem (Stensvold og Utne 1999). I tillegg til sykdom kan aldersforandringer føre til en generell svekkelse som også påvirker svelgingen (ibid). I denne undersøkelsen hadde 12 % av beboerne problemer med å svelge maten. Noen av beboerne med svelgeproblemer opplyste at de ikke ønsket å spise i spisesalen, men på rommet. Dette begrunnet de med at de ikke ville være til sjenanse for andre.

Undersøkelsen viste at de fleste kunne velge selv hvor de ville spise, men ikke alle visste at det var mulig å velge dette selv. Det betyr at flere trenger informasjon om at de faktisk har denne valgmuligheten.

#### **4.5 Natffaste og måltidsplassering**

Undersøkelsen viste at tiden mellom det siste måltidet om kvelden og det første måltidet neste dag (natffasten) var for lang. For mange var den over 14 timer, mens anbefalingene er 11-12 timer (Statens ernæringsråd 1995). I Sverige er anbefalingene maksimum 11 timer (Sosialstyrelsen 2005). Funnene samsvarer i stor grad med svarene fra lederne ved sykehjem i Norge (Aagaard 2008). At lang natffaste kan være et problem blant beboere på sykehjem dokumenteres også i andre undersøkelser. En svensk undersøkelse viste at natffasten ved de undersøkte sykehjem var i gjennomsnitt på 14,5 timer, og dermed alt for lang i forhold til anbefalingene (Persson 2002, Persson m.fl. 2004). En lang natffaste fører til at kroppen bryter ned musklene for å skaffe tilstrekkelig energi ( Sosialstyrelsen 2000). Svekkede muskler kan forårsake at det er lettere å falle. Sulten kan også føre til urolig søvn.

Persson (2002) fant også i sin undersøkelse at en redusert natffaste medførte et høyere energiinntak. Natffasten kan reduseres ved at det innføres et sent kveldsmåltid og/eller et tidlig morgenmåltid. Eldre vil på grunn av fysiologiske endringer bli raskere mette (Mowe 2007), og de trenger derfor hyppige måltider

spredt over døgnet. I undersøkelsen blant lederne ved sykehjem kom det fram at mange sykehjem kunne tilby en ”tidlig frokost” og/eller et ”sent kveldsmåltid” (Aagaard 2008). Imidlertid viste denne brukerundersøkelsen at beboerne i praksis ikke får servert dette måltidet. Flere respondenter svarte at de ikke visste om det var mulig å få mat etter det ordinære kveldsmåltidet. Flere respondenter opplyste også i åpne kommentarer at de hadde kjeks og frukt på rommet som de kjøpte selv, og som de spiste enten som et sent kveldsmåltid eller som tidlig morgenmat. Undersøkelser viste derfor at det var mangelfull informasjon til beboerne om muligheten for å få flere måltider eller mat til andre tidspunkter enn de ordinære måltidene.

#### **4.6 Vurdering av maten**

Omtrent halvparten (53 %) av respondentene svarte at de alltid var fornøyde med maten som ble servert ved deres sykehjem. Det er imidlertid verd å merke seg at beboerne i denne undersøkelsen var mindre fornøyde enn hva resultatene fra undersøkelsen blant ledere ved sykehjem og blant ledere ved kjøkken som lager maten viste (Aagaard 2008). Ikke overraskende var det kjøkkenene selv som var mest fornøyd med maten (Aagaard 2008). 78 % av lederne ved kjøkkenene og 74 % av lederne ved sykehjemmene svarte helt enig på spørsmålet om beboerne så ut til å være fornøyd med maten (Ibid). Årsaken til at det er forskjell i svarene på dette spørsmålet, kan skyldes at beboerne ikke alltid gir uttrykk for overfor personalet at de ikke er fornøyde. Funn fra denne undersøkelsen viste også at flere beboere ikke hadde spesielle forventninger til maten, og at de spiste det som ble servert. Derimot var det flere som uttalte under intervjuet at man ikke kan vente at maten er som hjemme, at man bør være takknemlig og ikke klage. Dette kan kanskje skyldes at de har opplevd tider med fattigdom og nød f.eks under krigen, og at mange derfor ikke tar mat som en selvfølgelighet.



Omtrent halvparten av beboerne svarte at kjøttet alltid var mørt, at fisken var veltillaget og at grønnsakene var gode. Derimot var de fleste beboerne alltid fornøyde med desserten. Disse resultatene stemmer overens med hva lederne ved sykehjemmene mente om maten (Aagaard 2008).

For at flere beboere skal kunne si at de "alltid" er fornøyd, er det viktig at sykehjemmene og kjøkkenene som lager maten tar beboernes synspunkter på alvor. I undersøkelsen hadde beboerne flere forslag til hva som burde vært bedre. Beboerne uttalte at det ble servert for ofte "frosne" grønnsaker, og at disse ikke alltid ble tilberedt på riktig måte. Likeledes ble det etter fleres mening for sjelden servert ferske grønnsaker, salater og stuinger. Fersk fisk og mindre ferdigprodusert vare, var også noe som sto på ønskelisten.

Undersøkelsen viste at beboerne satte pris på god mat som er lagd fra bunnen av. At det ble brukt mye ferdigprodusert vare viste også undersøkelsen som ble utført ved sykehjemmenes kjøkken (Aagaard 2008). Der svarte ca to tredjedeler av kjøkkenlederne at de vanligvis benyttet ferdigprodusert vare når de skulle lage et fiskemåltid av opplaget fisk, mens det var ca. en tredjedel som benyttet ferdigprodusert vare ved tilbereding av opplaget kjøtt. Derimot ønsket kjøkkenlederne selv at de kunne lage mer "egenprodusert" mat.

#### **4.7 Frukt og tran**

Undersøkelsen viste at inntaket av frukt bør økes. Kun 23 % svarte at de fikk servert frukt daglig, men flere ønsket seg et bedre tilbud av frukt. I undersøkelsen blant lederne ved sykehjemmene svarte halvparten at beboerne fikk servert frukt hver dag (Aagaard 2008), dvs. et ikke uvesentlig sprik i virkelighetsoppfatningen. Dette kan tyde på at frukten ikke er eller oppleves som tilgjengelig for alle beboerne. Undersøkelsen viste at det ikke er tilstrekkelig å sette fram et fruktfat. Frukten må aktivt tilbys beboerne. I tillegg viste undersøkelsen at flere ville ha forsynt seg med frukt hvis den var delt opp i

mindre stykker/biter. Beboere på sykehjem kan ha problemer med å få tilstrekkelig inntak av vitamin D, og Helsedirektoratet anbefaler i sine retningslinjer at eldre i sykehjem bør få tilbud om tran eller andre former for D-vitamintilskudd. Undersøkelsen viste at kun en av ti fikk tilbud om tran eller andre former for vitaminer daglig, mens i undersøkelsen blant lederne ved sykehjem var det 38 % som svarte "helt enig" i påstanden om at beboere ved deres sykehjem daglig fikk tran eller vitaminer. Funnene viste at Helsedirektoratets retningslinjer om tilskudd av tran ikke ble fulgt. En svensk undersøkelse blant 52 sykehjemsbeboere viste at det gjennomsnittelige inntaket av vitamin D var mindre enn 60 % av anbefalt inntak (Lammes og Akner 2006).

#### **4.8 Involvering av beboere**

For å sikre god kvalitet er det også viktig at det blir tatt hensyn til beboernes synspunkter og erfaringer. Undersøkelsen viste at det var lite fokus på involvering av beboerne i aktiviteter knyttet til måltid. Ingen av respondentene deltok i planleggingen av menyen, og det var heller ikke vanlig at respondentene deltok i noen form for matlaging eller dekkning/avdekking av bord. Kun en av ti kunne selv bestemme når de skulle spise. Undersøkelsen viste også at mange av respondentene ikke visste om det var mulig å bestemme selv. At sykehjemmene i liten grad involverer beboerne viste også undersøkelsen blant lederne ved sykehjemmene (Aagaard 2008). En svensk kvalitativ studie viste også at beboerne på sykehjem hadde liten påvirkning på maten og måltidet (Saletti 2007). Selv om beboere som bor på sykehjem generelt har blitt skrøpeligere, er det viktig at de blir aktivisert i den grad det er mulig ut fra deres funksjonsnivå. Sydner (2002) fant i en studie at de eldre som hadde størst pleiebehov og som var skrøpligst, var blant de som hadde minst mulighet til å påvirke måltidet. Å delta i dagligdagse aktiviteter knyttet til måltid kan være en meningsfull aktivitet for beboeren. Sidenvall mfl. (2001) har framhevet betydningen av å delta i matlaging som en viktig aktivitet for å opprettholde ferdigheter. Skrelling av

poteter, epler eller smøre egne brødskiver kan være en meningsfull aktivitet for å opprettholde ferdigheter, samtidig som det kan bidra til at personen ivaretar sin identitet (Sidenvall mfl. 2001).

Undersøkelsen viste at respondentene manglet informasjon om hvilke områder de selv kunne være med på å bestemme. Det var for eksempel flere som ikke visste om de kunne få mat utenom måltidene, om de kunne velge mat og måltidstidspunkter eller spiseplass, og om det var mulig for deres pårørende å spise sammen med dem. I intervjuene framkom det at mange ikke ønsket å være til bry, og dermed ikke selv spørre om noe som kunne bidra til ekstra arbeid for personalet. Beboerne er avhengig av personalet og kan være redde for at klager eller ønsker kan føre til at de ikke blir så ”populære” blant personalet, tross at sykehjemmet er deres hjem. Ved at personalet gir beboerne informasjon om hva beboeren kan bestemme selv, og gir beboeren muligheter til å stille spørsmål, kan det medføre at beboeren føler seg tryggere i forhold til hva de kan forvente. Selv om en individuell tilpasning er viktig, vil de fleste beboerne ha forståelse for nødvendigheten av ha noen bestemte rutiner.

#### **4.9 Måltidsmiljø og måltidsfellesskap**

Måltidet bør være et viktig avbrekk som beboerne ser fram til, og som de bør få tilstrekkelig tid til å nyte. Det er derfor verd å merke seg at såpass mange som 19 % uttalte at de ikke hygger seg under måltidene (de to negative svarkategoriene), og at 25 % ikke ser fram til måltidene med glede. Det førstnevnte tallet er vesentlig høyere enn hva lederne ved sykehjemmene svarte på tilsvarende spørsmål; kun 3 % hadde en oppfattelse av at beboerne ikke hygget seg under måltidene. Eller sagt med andre ord: disse to undersøkelsen indikerer at personalet tror at flere beboere hygget seg enn hva som faktisk kan være tilfelle.

Ca. en av tre beboere spiste alle måltidene på rommet. Kommentarene knyttet til dette spørsmålet viste at spisemiljøet og måltidsfellesskapet i spisestuen reduserte beboerens appetitt, og dermed var avgjørende for at de ønsket å spise på rommet. I en kvalitativ studie av 16 aldershjembeboere framkom det også at spisemiljøet og måltidsfellesskapet var faktorer som påvirket appetitten (Wikby og Fägerskiöld 2004).

Kun en av ti beboere svarte at de alltid selv kunne velge hvem de ville sitte sammen med under måltidet. I undersøkelsen blant lederne svarte nær seks av ti at beboerne kunne velge dette selv (Aagaard 2008). Resultatet fra denne brukerundersøkelsen indikerer også at flere respondenter (27 %) ikke selv vet om de har denne valgmuligheten. Flere av kommentarene i undersøkelsen viste også at "selskapet" eller personene de spiste sammen med, hadde betydning for om måltidet ble en positiv opplevelse. Det å spise sammen med personer som man kjente, og at det var hyggelig prat rundt bordet medførte en positiv opplevelse. Ble man derimot plassert sammen med beboere som sølte eller som man ikke kunne kommunisere med, ble måltidets opplevelse dårlig. For noen førte det til at man spiste ferdig i taushet og deretter forsvant raskt fra bordet. Allerede Sidenvall (1994) fant i sin undersøkelse om måltidsituasjon i to geriatriske institusjoner at sykepleierne hadde høyere toleranse for hva som var akseptable bordmanerer enn hva beboerne selv hadde. Undersøkelsen viste at personalet la stor vekt på fellesskapet under måltidet og at alle skulle spise sammen, uten å spørre hvordan de eldre selv ønsket å ha det (ibid). Salleti (2007) har i en svensk kvalitativ studie intervjuet 8 beboere i syke- og aldershjem og 6 beboere i omsorgsleilighet om deres opplevelse av måltidet. Undersøkelsen viste at beboerne i syke- og aldershjem ikke opplevde måltidsfellesskapet som positivt, men noe de måtte "utstå". De som bodde i omsorgsleilighet mente selskapet rundt måltidet var viktig for appetitten, men at dette skulle være selskap som man selv hadde valgt. En dansk undersøkelse

blant beboere på sykehjem viste at beboernes identitet var sterkt knyttet til hvem de spiste sammen med (Kofod 2000). Sykehjemmene bør derfor i den grad det er mulig legge til rette for at beboerne selv kan være med å bestemme hvem de ønsker å spise sammen med.

Undersøkelsen viste også at det ikke er rutine ved alle sykehjem at personalet spiser sammen med beboerne. Derimot tyder kommentarene fra respondentene på at måltidet ble en mer positiv opplevelse når personalet spiste sammen med beboerne. Resultatet stemmer med funn fra en norsk kvalitativ undersøkelse av 7 beboere ved ett sykehjem (Melheim 2007). Funnene i Melheims undersøkelse tydet på at måltidene hadde en viktig sosial funksjon, men at det var krevende for beboerne å oppnå et sosialt fellesskap. Melheim framhevet at personalet burde ha fokus på fellesskapet under måltidet ved selv å delta under måltidene, og dermed bidra til å holde samtalen i gang.

Undersøkelsen viste at beboerne normalt får god tid til å spise og at spiserommet er rent, ryddig og luftet før servering. Likeledes får de aller fleste den hjelpen de trenger av personalet under måltidet.

#### **4.10 Ønsker og forbedringer**

I tillegg til å svare på de lukkede spørsmålene i intervjuguiden, har respondentene ved sykehjemmene kommet med nyttige synspunkter og kommentarer knyttet til maten og måltidene ved sykehjemmet.

Selv om respondentene for det meste var fornøyd med maten som ble servert på sykehjemmet, syntes flere at det ble servert mye pølser og farsemat, og mindre fersk fisk og ferske grønnsaker enn ønskelig. Det var sjelden at respondentene fikk servert sin "livrett". Noen hadde forslag til middagsretter som de ønsket seg; forslagene var for det meste vanlig tradisjonell husmannskost som de var vant til fra tidligere. Mange av beboerne hadde sammenfallende ønsker, og det

skulle derfor være mulig for de fleste å relativt regelmessig få servert sin livrett. Dette innebærer at menyen på sykehjem bør tilpasses de som til enhver tid er beboere på sykehjemmet.

Undersøkelsen viste at det er behov for større fokus på beboernes muligheter for å velge mellom ulike retter til det varme måltidet. Stortingsmelding nr. 25 framhever betydningen av å kunne velge fra en oppsatt meny (Departementene 2007). At valgmuligheter er spesielt viktig for den gruppen som spiser lite, viste en dansk undersøkelse, hvor pasientene ved sykehuset ble presentert for et menykort der de selv kunne sette sammen måltidet (Nielsen mfl. 2004). Samtidig ble porsjonene laget mindre og mer energitette. Resultatene viste at de pasientene som spiste lite, hadde et høyere energiinntak når de fikk velge fra meny. Dette understreker betydningen av at beboere ved sykehjem gis mulighet til selv å bestemme hva de skal spise.

Valgmuligheter blant ulike retter er allerede innført ved mange sykehus. Tiden er inne til at de eldre på sykehjem, som tross alt spiser flere måltider på institusjon, også får et tilsvarende tilbud.

Undersøkelsen viste at beboerne sjelden eller aldri deltar i matlaging, og de hadde liten innflytelse på maten og måltidet. Kommunikasjonen mellom personalet og beboerne knyttet til valg av meny, spisetider og selskap under måltidet, var også mangelfull. Som en oppsummering er det viktig å framheve at selv om de aller fleste av respondentene valgte å markere i den positive enden av skalaen på spørsmålet om de var fornøyde med maten og spisemiljøet, og generelt ikke ønsket å klage, hadde de – da de ble bedt om å komme med kommentarer – mange synspunkter på forbedringstiltak.

## REFERANSELISTE

Aagaard, H. (2008). Mat og måltider i sykehjem: undersøkelse utført for Sosial- og helsedirektoratet. Høgskolen i Østfold. Rapport nr 3.

Aagaard, H., Notat om pilotundersøkelse, 2004 (upublisert).

Andersson, P., Lingstrøm, P. (2008). Att Åldras – Ökad risk för caries? Svensk Sjukhustandläkartidning nr 2 : 7-9.

Beck, A.M., Ovesen, L. (1998). At which body mass index and degree of weight loss should hospitalized elderly patients be considered at nutritional risk? Clin Nutr 17: 195 – 8.

Beck, A.M., Pedersen, A.N., Schroll, M.(2005). Undervægt og utilsigtet væggtab hos ældre på plejecentre og hjemmepleje – problemer, der bør gøres noget ved. Ugeskr Læger,167 (3):272-74.

Bedre kommune.no

[http://www.bedrekommune.no/bedrekommune/tidligere\\_gjennomfoerte\\_brukerundersokelser/plo](http://www.bedrekommune.no/bedrekommune/tidligere_gjennomfoerte_brukerundersokelser/plo) lest 11.12.08.

Bjålie, J.G., Haug, E., Sand, O., Sjaastad, Ø.V. (1998) Menneskekroppen: fysiologi og anatomi, Oslo, Universitetsforlaget.

Cederholm, T., Johansson, I., Sandman, PO (2000) Orsaker til underernäring, I: Näringsproblem i vård och omsorg. Prevention och behandling, SoS-rapport, Socialstyrelsen: s. 96-109.

Christensen, J. (2007).Tænder til et helt liv. I: Swane, C.E., Blaakilde, A.L., Amstup, K. (red) Gerontologi Livet som gammel – en tværfaglig lærebok i gerontologi. 2 utg. Munksgaard: Danmark.

Damkjær, K., Beck, A.M. (2007). Plejehjemsbeboere lider fortsatt af markant undervægt. *Sygeplejersken* 2007;(9):34-8.

Den Norske Legeforening. (2001) Statusrapport om situasjonen i helsetjenesten: Når du blir gammel - og ingen vil ha deg, Den Norske Legeforening.

Departementene (2007): Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007 – 2011). Oppskrift for et sunnere kosthold.

Ek, AC, Unosson, M, Larsson, J, Scenck, H., Bjurulf, P. (1991). The development and healing of pressure sores related to the nutritional state. *Clinical Nutrition* 10; 245-250.

Evans, B.C., Crogan, N.L., Shultz, J.A. (2005) The meaning of mealtimes: connection to the social world of the nursing home. *J Gerontol Nurs.* 31(2):11-7.

Forsell, M., Sjøgren, P. (2008). Bristande munvård inom äldreomsorgen – en mänsklig tragedi. *Nordisk geriatrik*, 4: 4-7

Helsedirektoratet. (2009). Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling og av underernæring, Oslo. Helsedirektoratet.

Hessov, I. (2003). *Klinisk ernæring*, 4. utg. København, Munksgaard.

Hofseth, C., Norvoll, R. (2003): *Kommunehelsetjenesten – gamle og nye utfordringer. En studie av sykepleietjenesten i sykehjem og hjemmesykepleien. SINTEF rapport.*

Hyldstrup, L. og Hessov, I. (2008). *Ernæring hos ældre. I: Astrup, A., Dyerberg, J. og Stender, S. (red). Menneskets ernæring. Danmark: Munksgaard.*

Jacobsen, D.I. (2005): *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*, 2.utg. Høyskoleforlaget, Kristiansand S.



- Kjærsgaard , A. (2005). Ansigt, mund og svælg FADL`s Forlag , København
- Kvale, S. (2002) Det kvalitative forskningsintervju. Ad notam Gyldendal, Oslo.
- Kofod, J. (2000). Du er dem du spiser sammen med – et brugerperspektiv på den offentlige måltidsservice, Fødevarer rapport. Fødevaredirektoratet Danmark.
- Lammes, E., Akner, G. (2006). Repeated assessment of energy and nutrient intake in 52 nursing home residents. J Nutr Health Aging, 10: 222-230.
- Melheim, B.G. (2007). Pasientopplevelser av måltidsfellesskap i sykehjem, Klinisk sygepleje, 21 (2) : 26-34.
- Morley, J.E. (1997) Anorexia and aging: physiologic and pathologic. Am J Clin Nutr. 66:760-773.
- Mowé, M (2007). Eldre. I: Drevon, C.A., Blomhoff, R. og Bjørneboe G.E.Aa. (red) Mat og medisin. 5.utg. Kristiansand S: Høyskoleforlaget .
- Mowé M (2002) Behandling av underernæring hos eldre pasienter, I: Tidsskrift Norske Lægeforening,; nr. 8, s. 815-8.
- Mowe, M., Bøhmer, T., Kindt, E. (1994) Reduced nutritional status in an elderly population (> 70 y) is probable before disease and possibly contributes to the development of disease. Am J Clin Nutr. 59:317-24.
- Mowe, M., Bøhmer, T. (1996). Nutrition problems among home living elderly people may lead to disease and hospitalisation. Nutr Rev. 52:22-4.
- Nes, M. (1993). Eldres kosthold og ernæringsstatus. I: Elvbakken, K.T. (red). Mat alderdom og eldreomsorg. Oslo: kommuneforlaget.

Nielsen, M.A., Biltz, C., Freil, M., Gut, R., Almdal, T.P. (2004). Menuvalg til aftensmåltidet øger energi- og proteinindtag hos småtspisende patienter og mindsker det samlede madspild. Ugeskr læger.166: 267-70.

Nordling, V., Ståhlacke, K. Unell, L. (2008). Vårdpersonals attityder till och erfarenheter av daglig munvård 5 år efter införandet av reformen ”Nödvändig tandvård/upsökande verksamhet”. Tandhygienist Tidningen nr 2 : 24-32

Pedersen, A.N., Beck, A.M. (2007). God ernæring hos ældre. I Gerontologi Livet som gammel – en tværfaglig lærebok i gerontologi (red Swane Blaakilde, Amstrup) 2 utg. Munksgaard Danmark.

Persson, M., Stefanovic-Andersson, K., Ulander, K. (2004). Kost- och nutritionsrutiner inom äldreomsorgen i Malmö, Rapport.

Persson M. (2002). Aspects of nutrition in geriatric patients. Especially dietary assessment, intake and requirements. Malmö: Lund University, Department of Community Medicine,

Rugås, L., Martinsen, K (2003) Underernæring er vanlig på sykehjem, I: Tidsskriftet Sykepleien, nr. 6, s. 34-37.

Saletti A, Lindgren EY, Johansson L, Cederholm T (2000) Nutritional status according to mini nutritional assessment in an institutionalized elderly population in Sweden. Gerontology. May-Jun;46 (3):139-45.

Saletti, A. (2007). Nutritional Status and Mealtime Experiences in Elderly Care Recipients. Stockholm.

Sidenvall, B. Nydahl, M. Fjellström, C. Managing food shopping and cooking: the experiences of older Swedish women. Ageing Soc 2001;21:151-68.

Sidenvall, B., Fjellstrom, C., Ek, A.C. (1994). The meal in geriatric care – intentions and experiences *Journal of Advanced Nursing*; 20:613-621

Sosial- og helsedirektoratet (2005). Norske anbefalinger for ernæring og fysisk aktivitet. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

Sosial- og helsedirektoratet (2006). Tenner for livet, Baselineundersøkelse nr 2, Oral helse hos sykehjemsbeboere i 2004, Sosial- og helsedirektoratet, Oslo, nr 3.

Statens Ernæringsråd. (1995). Retningslinjer for kostholdet i helseinstitusjoner. Oslo: Universitetsforlaget, 1995.

Statens helsetilsyn: (1995). Du trenger ikke være dårlig for å bli bedre. Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten.

Stensvold H., Utne L. (1999). Dysfagi. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Socialstyrelsen (2000). Näringsproblem i vård och omsorg, prevention och behandling. SoSrapport, Stockholm.

Socialstyrelsen. (2005). Kost och näring på äldreboenden. Näringsvården behöver bli mer systematisk. Socialstyrelsen.

Sydner, Y.M. (2002). Den maktelösa måltiden. Dr avhandling. Uppsala universitet.

Söderhamn, U., Bachrach-Lindström, M. og Ek, A.C. (2007). Nutritional screening and perceived health in a group of geriatric rehabilitation patients. *Journal of Clinical Nursing*, 16: 1997–2006.

Trondheim kommune (2006). Det lille ekstra. Trondheim kommune. Helse og velferd. [www.trondheim.kommune/folkehelse](http://www.trondheim.kommune/folkehelse) (lest 15.12.09)

Unosson, M., Rothenberg, E.(2000) Bedømming av pasientens næringstilstand, I: Næringsproblem i v rd og omsorg, SoS-rapport.

Wikby, k., F gerski ld, A. (2004). The willingness to eat. An investigation of appetite among elderly people. Scand J Caring Sci; 18:120-127.

Wårdh, I. (2002). Oral health care in nursing. Attitudes, priorities and education. Faculty of Odontology, The Sahlgrenska Academy at G teborg University.

**Brukerundersøkelse om mat og måltider ved sykehjem i Østfold fylke****Del 1. Bakgrunnsspørsmål som besvares av kontaktperson ved sykehjemmet**A. Hvor mange beboere har sykehjemmet? Under 30  31-50  51-80  81 og over B. Blir middagen laget ved sykehjemmets eget hovedkjøkken? Ja  Nei C. Beboerens KMI: 

--	--

 (Ett tall i hver rute)D. Alder: Under 50 år  51-65 år  66-75 år  76- 85 år  86 år og over E. Kjønn: Mann  Kvinne 

F. Hvor lenge har beboeren vært på sykehjemmet?

Under 1 måned  1-3 måneder  4-6 måneder  6-12 måneder  over 12 måneder **Del 2. Spørsmål til beboeren – fylles ut av intervjuer**1. Hvordan er matlysten din? Dårlig  God  Meget bra 2. Har du problemer med å tygge? Ja  Nei 3. Har du problemer med å svelge? Ja  Nei 4. Når spiser du normalt det første måltidet om morgenen? Klokkeslett: 

--	--	--	--

5. Når spiser du normalt det siste måltidet om kvelden? Klokkeslett: 

--	--	--	--

Nedenfor er det listet opp en del spørsmål om maten som du bes om å svare på. På en skala fra 1 – 4: sett kun ett kryss for hvert spørsmål.	Alltid				Aldri	Vet ikke / uaktuelt
	1	2	3	4		
6. Er maten på sykehjemmet appetittvekkende og delikat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Er kjøttet til middag tilstrekkelig mørt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Er fisken til middag veltillaget?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Er grønnsakene varierte og godt tilberedt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Er potetene gode og godt tilberedt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Er sausen god og godt tilberedt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Serveres det alltid dessert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Er desserten god og veltillaget?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Er brødsnivene tørre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Er pålegget variert og velsmakende?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nedenfor er det listet opp en del spørsmål om maten som du bes om å svare på. På en skala fra 1 – 4: sett kun ett kryss for hvert spørsmål.	Alltid				Aldri	Vet ikke / uaktuelt
	1	2	3	4		
16. Serveres det frukt hver dag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Får du tilbud om tran eller andre former for daglig vitamin D-tilskudd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Serveres det ofte tradisjonelle retter (mat du er vant til)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Hvor ofte får du din livrett?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Kan du få mat utenom måltidene?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Er varm mat varm når den kommer på din tallerken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Får du for store porsjoner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Får du for små porsjoner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Er du fornøyd med maten som blir servert på sykehjemmet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nedenfor er det listet opp en del spørsmål om involvering i måltidene som du bes om å svare på. På en skala fra 1 – 4: sett kun ett kryss for hvert spørsmål.	Alltid				Aldri	Vet ikke / uaktuelt
	1	2	3	4		
25. Hvor ofte får du delta ved planlegging av menyen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Hvor ofte deltar du i noen form for matlaging?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Hvor ofte deltar du i dekking og pynting av bord?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Hvor ofte deltar du under avdekking av bord og opprydding etter måltidet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Hvor ofte får du selv bestemme når du skal spise?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30. Hvor spiser du vanligvis de fleste måltidene? (Sett kun ett kryss på hver linje)

	På rommet	I egen spisestue	I dagligstuen	I korridoren	I arbeidsstue- / terapiavdeling	Har ikke måltidet
Frokost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lunsj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Middag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaffemåltid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kveldsmat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sen kveldsmat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nedenfor er det listet opp en del spørsmål om spisemiljøet som du bes om å svare på. På en skala fra 1 – 4: sett kun ett kryss for hvert spørsmål.	Alltid		Aldri		Vet ikke / uaktuelt
	1	2	3	4	
31. Blir rommet der du spiser tilrettelagt før serveringen (luftet, rent, ryddig)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Får du tilbud om å vaske hendene dine før måltidet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Får du tilbud om tann- eller protesestell minst 2 ganger i døgnet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Kan du vanligvis selv velge hvem du skal sitte sammen med under måltidet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Kan du velge om du vil spise alene eller sammen med andre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Spiser personalet sammen med deg/dere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Er det mulig for dine pårørende å spise sammen med deg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Får du lang nok tid til å spise?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Er det høyt støynivå under måltidet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Hygger du deg under måltidet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Får du den hjelpen du trenger av personalet under måltidet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Er måltidene noe du ser fram til med glede?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

43. Har du noen forslag til hvordan maten og måltidet kan bli en bedre opplevelse for deg?

Svar:

**Takk for at du deltok i undersøkelsen!**