

Mat og måltider i sykehjem: undersøkelse utført for Sosial- og helsemyndighetene

Heidi Aagaard

**Høgskolen i Østfold
Rapport 2008:3**

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.

Rapporten kan bestilles ved henvendelse til Høgskolen i Østfold.
(E-post: postmottak@hiof.no)

Høgskolen i Østfold. Rapport 2008:3

© Forfatteren/Høgskolen i Østfold

ISBN: 978-82-7825-251-2

ISSN: 1503-2612



Foto: Jan Aage Aagaard

Mat og måltider i sykehjem

INNHALDSFORTEGNELSE

1	SAMMENDRAG	5
1.1	Undersøkelsens del 1 – sykehjem	5
1.2	Undersøkelsens del 2 – kjøkken	8
2	INNLEDNING	13
2.1	Bakgrunn for undersøkelsen	13
2.2	Underernæring	15
2.3	Ernæringsstatus	15
2.4	Retningslinjer og anbefalinger om kosthold	16
2.5	Eget kjøkken på sykehjemmet eller eksternt kjøkken	18
2.6	Inneholder maten tilstrekkelig med vitaminer og kalorier?	19
2.7	Måltidsrytmen	20
2.8	Medbestemmelse	20
2.9	Det sosiale fellesskapet	20
2.10	Spisemiljøet	21
3	PROBLEMSTILLING OG METODE	23
3.1	Problemstilling	23
3.2	Valg av design og metode	23
3.3	Utvikling av instrument for datainnsamling	23
3.4	Forskningsetiske overveielser	25
3.5	Pilotstudie	26
3.6	Ytre validitet	26
4	KARTLEGGING AV SYKEHJEM	29
4.1	Sykehjemmene	29
4.2	Respondentene	31
4.3	Tillaging og produksjon av maten	32
4.3.1	Hvor lages maten?	32
4.3.2	Produksjonsmåte	33
4.4	Respondentenes vurdering av maten og måltidene	34
4.4.1	Antall måltider og tidspunkter	34
4.4.2	Respondentenes vurdering av maten	37
4.5	Serveringstilbudet	39
4.6	Beboernes ernæringsstatus	39
4.6.1	Tilgang på vekt	39
4.6.2	Rutiner og tiltak	40
4.7	Involvering av beboerne	42
4.8	Det fysiske og sosiale miljøet ved måltidene	43
4.8.1	Spiseplassen og spisebordet	43
4.8.2	Forberedelse av beboerne	45
4.8.3	Serveringen	45
4.8.4	Det sosiale miljøet	46
4.8.5	Hjelp til å spise	48
4.9	Ansvar, kunnskap og samarbeid om ernæringsarbeid	48

4.9.1	Ansvar.....	48
4.9.2	Retningslinjer for kosthold i helseinstitusjoner.....	49
4.9.3	Kunnskap om ernæringsarbeidet.....	50
4.9.4	Samarbeid med kjøkkenet.....	51
4.10	Forbedringstiltak, mulige hindringer, vellykkede tiltak.....	52
4.10.1	Forslag til forbedringstiltak.....	53
4.10.2	Mulige hindringer.....	54
4.10.3	Vellykkede tiltak.....	55
5	KARTLEGGING AV KJØKKEN.....	57
5.1	Respondentene.....	57
5.2	Type kjøkken, størrelse og produksjonsmåte.....	58
5.3	Menyplanen og kostens ernæringsmessige kvalitet.....	62
5.4	Ulike kostformer og valgmuligheter.....	66
5.5	Kjøkkenenes bruk av råvarer, tilberedning og servering.....	68
5.6	Kjøkkenets vurdering av matkvaliteten.....	71
5.7	Kommunikasjon og samarbeid mellom sykehjem og kjøkken.....	72
5.8	Forbedringstiltak, de viktigste hindringene.....	79
5.8.1	Forslag til forbedringstiltak.....	79
5.8.2	De viktigste hindringene.....	80
6	DISKUSJON.....	83
	REFERANSELISTE.....	93

1 SAMMENDRAG

Denne rapporten bygger på en nasjonal undersøkelse om maten og måltidene ved landets sykehjem, utført i juni – august 2007. Det er i undersøkelsen benyttet et deskriptivt design med kvantitativ tilnærming, der hensikten med undersøkelsen har vært å kartlegge dagens situasjon med utgangspunkt i hvordan måltidet og maten blir ivaretatt hos brukerne ved sykehjem i Norge. Undersøkelsen har hatt fokus både på maten som et grunnleggende behov og på måltidets sosiale betydning. Undersøkelsen har vært gjennomført i form av to delstudier, en studie ved selve sykehjemmene, samt en studie ved kjøkkenene som leverer maten til sykehjemmene.

Målgruppen for undersøkelsen har vært styrer / leder ved sykehjemmet (undersøkelsens del 1), og kjøkkensjef / kjøkkenansvarlig fra det kjøkkenet som lager maten til beboerne ved det aktuelle sykehjemmet (undersøkelsens del 2). Svarprosenten på undersøkelsens del 1 var 64, og svarprosenten på del 2 var 54. Alle fylker har deltatt.

Undersøkelsen har vært et samarbeidsprosjekt mellom Sosial- og helsedirektoratet v/ seniorrådgiver Henriette Øien og Høgskolen i Østfold v/ førstelektor Heidi Aagaard; sistnevnte har vært utførende for arbeidet, inkludert utarbeidelsen av denne rapporten. TNS-gallup har blitt benyttet til datainnsamlingen.

1.1 Undersøkelsens del 1 – sykehjem

Kartleggingsundersøkelsen omfattet 570 sykehjem i Norge, hvorav de fleste var middels store sykehjem med 31-50 beboere. Alle fylkene var representert. Respondentene som svarte på vegne av sykehjemmet hadde hovedsakelig lederstilling som styrer / leder ved det enkelte sykehjem, 81 % med sykepleierutdanning.

De fleste sykehjem i undersøkelsen (62 %) mottar middagsmaten fra eget hovedkjøkken / institusjonskjøkken som er plassert på sykehjemmet, mens 38 % oppgir at de benytter eksternt produksjonskjøkken. Det er først og fremst middagsmåltidet som det eksterne kjøkkenet leverer. De fleste sykehjemmene mottar middagen varm i bulk. Kun 16 % av sykehjemmene opplyser at beboerne kan velge mellom 2 eller flere retter til det varme måltidet, og i underkant av halvparten har et ønske om at dette innføres.

De fleste av respondentene er fornøyde med maten som serveres beboerne ved deres sykehjem. Godt og vell ni av ti er helt eller delvis enige i at maten er delikat og appetittvekkende, kjøttet tilstrekkelig mørt og fisken veltillaget. De fleste gir også uttrykk for at det serveres veltillaget dessert hver dag. 96 % (74 % helt / 22 % delvis enige) oppgir at også beboerne gir uttrykk for at de er fornøyde med maten.

Halvparten av sykehjemmene opplyser at det blir servert frukt hver dag (helt enig), og 38 % oppgir at beboerne får tilbud om tran eller andre former for vitaminer daglig. Dette synes å være et overraskende lavt tall, tatt i betraktning økt fokus på frukt og grønt generelt blant befolkningen, og det nå ikke helt nye slagordet ”fem om dagen”.

Det kan se ut som om de fleste sykehjem serverer 5-7 måltider om dagen, altså tilsynelatende et tilstrekkelig antall, men det kan være en viss usikkerhet om disse måltidene er ordinære faste måltider. Hvis det ikke er ordinære måltider, men heller måltider som sykehjemmene kan tilby, er det fare for at i en hektisk hverdag kan måltidet bli nedprioritert, og spørsmålet blir da om de beboerne som trenger det mest får måltidet. I tillegg har kun en tredjedel svart at de er helt eller delvis enige i at tiden mellom kveldsmåltid og første måltidet neste dag er mindre enn 11 timer. Bare 8 % serverer sen middag, etter kl. 14:00.

Kun 16 % av sykehjemmene har skriftlige prosedyrer for vurdering av ernæringsstatus. I tillegg oppgir 44 % av respondentene at det ikke er en standard prosedyre å veie beboerne ved innskrivning, og 30 % svarer at det heller ikke er rutine for regelmessig veiing. Er det imidlertid mistanke om at en beboere spiser lite, svarer 69 % at vekten vanligvis registreres. Kun 4 % beregner beboernes KMI (kroppsmasseindeks).

Det er ikke vanlig at beboerne deltar i planlegging av middagsmenyen (54 % svarer aldri og 28 % sjelden). Ved omtrent halvparten av sykehjemmene deltar heller ikke beboerne i pådekking eller avdekking og opprydding i forbindelse med måltidene, mens det å smøre egne brødsiver er mer vanlig.

Kun 1/4 av sykehjemmene opplyser at de har brukerundersøkelser med fokus på mat, og 10 % oppgir at de har faste møter mellom kjøkkenet som lager maten og beboerne.

Undersøkelsen viser at sykehjemmene er opptatt av stemningen rundt måltidet, for dermed å skape et hyggelig måltid for pasientene. De fleste tilrettelegger måltidet slik at beboerne opplever ro under måltidet, og mener at beboerne hygger seg under måltidene (helt/delvis enige).

36 % mener (helt enige) at det er tilstrekkelig med personale under måltidene til å hjelpe de som trenger spisehjelp, 42 % er delvis enige, mens 21 % er helt eller delvis uenige. Ca. 1/4 er helt eller delvis enige i at flere beboere mates samtidig av samme pleier.

Omtrent to tredjedeler av sykehjemmene oppgir at de benytter retningslinjene for kosthold i institusjoner. Retningslinjene blir hovedsakelig benyttet som oppslagsverk og som hjelpemiddel til spesialkost og kostrådgivning.

Over fire av fem oppgir at personalet trenger mer kunnskap om ernæringsarbeid i sykehjem. Dette gjelder hovedsakelig kunnskap om anbefalinger for kosthold

og beregning av ernæringsbehov til eldre og syke, mat ved demens, samt hvilke tiltak som bør settes inn overfor beboere som spiser lite.

Omtrent en fjerdedel har en fast person (matvert) på avdelingen, med ansvar for blant annet at maten som serveres er delikat. I underkant av halvparten av sykehjemmene ønsker å innføre en ordning med matvert.

Fire av fem sykehjem har innført en ordning for tilbakemelding fra sykehjemmet til kjøkkenet.

Respondentene ved sykehjemmet har kommet med forslag til hvordan ernæringsarbeidet kan gjøres bedre. Økt fokus på kunnskap, etablere gode rutiner for vurdering av ernæringsstatus og bedre tid til å avvikle måltidene er de hyppigst nevnte forslagene. Dårlig økonomi, tidspress, for lav grunnbemanning, samt holdninger og kunnskapsmangel, er de hyppigst nevnte årsakene til hvorfor tiltakene ikke blir iverksatt.

1.2 Undersøkelsens del 2 – kjøkken

Respondentene i denne kartleggingsundersøkelsen omfattet 276 kjøkken, ca. 54 % av de som ble kontaktet. De fleste respondentene representerte hovedkjøkken / institusjonskjøkken som var plassert på sykehjemmet, og kun 47 kjøkken var eksterne produksjonskjøkken. 86 % oppga at kjøkkenet de representerte var et kommunalt foretak.

Mange av kjøkkenene leverer mat til flere institusjoner. Flere enn tre av fem kjøkken leverer mat til hjemmeboende / brukere av hjemmetjenesten, mens drøyt to av fem leverer til dagsentere.

Kjøkkenene produserer hovedsakelig middag og kaffemåltid, og de fleste leverer middagen varmholdt, hovedsakelig i bulk.

Kjøkkensjef / leder av kjøkkenet har ansvaret for den ernæringsmessige sammensetningen av kostholdet (97 %). 60 % oppgir at de lager middagene ut

fra Sosial- og helsedirektoratets anbefalinger for kosthold i helseinstitusjoner, og 35 % svarer at de delvis gjør dette.

Nesten en tredjedel oppgir at de ikke næringsberegner oppskrifter til middagen, mens 45 % ikke næringsberegner menyplanen. Over halvparten av de som næringsberegner benytter retningslinjene for kosthold i helseinstitusjoner når de skal næringsbergene måltidet, mens bare 16 % oppgir at de benytter dataprogram som hjelpemiddel. 68 % oppgir imidlertid at de ønsker seg dataprogram for å beregne næringsinnholdet i maten.

Kun to av fem kjøkken har svart på spørsmålet om det gjennomsnittlige energiinnholdet i middagen. Ca. halvparten av disse har svart at energiinnholdet i en standard middagsporsjon er over 1000 kcal. Dette kan tyde på at flere har fylt ut hva som er det totale energiinnholdet i flere måltider, og ikke bare i middagen. Selv om kun 13 % har svart at de ikke kjenner til energiinnholdet i den maten som serveres, kan svarene også tyde på at flere kjøkken ikke har tilstrekkelig kunnskap til å estimere det gjennomsnittlige energiinnholdet i middagen.

Det er i det alt vesentlige kjøkkenpersonell som prøvesmaker middagsmenyen, kun 11 % involverer mottakerne av maten på sykehjemmene – beboerne.

Kun 18 % opplyser at beboerne kan velge mellom to eller flere retter til middag. Dette samsvarer med resultatene fra sykehjemmene (del 1), der også bare 16 % oppgav at beboerne kunne velge mellom to eller flere retter til middag.

De fleste kjøkken benytter rent kjøtt og ren fisk 1-2 ganger i uken. I tillegg anvendes det også opplaget kjøtt og opplaget fisk 1-2 ganger i uken. Ca. to tredjedeler benytter ferdigvare fra produsent når de skal lage et fiskemåltid av opplaget fisk, mens ca. en tredjedel benytter ferdigvare fra produsent når de skal lage et måltid av opplaget kjøtt. Kun ca. en tredjedel lager vanligvis suppe med egenprodusert kraft fra bunnen av. Det vanligste er å benytte pulver med noen

ferske råvarer. Derimot er det ca. halvparten av kjøkkenene som benytter egenprodusert kraft fra bunnen av ved produksjon av sauser.

Dessert og kaffe med kake ser ut til å være vanlig ved de fleste institusjonene, og det benyttes hovedsakelig egenproduserte kaker.

Grovt brød er mer enn dobbelt så vanlig som bruk av fint brød. Likeledes er innkjøpt brød mer vanlig enn at kjøkkenene selv baker brødet.

Kjøkkenene er selv stort sett fornøyde med maten som serveres beboerne ved sykehjemmet. Dette er ganske overensstemmende med svarene fra sykehjemmene, selv om svarene fra kjøkkenene, ikke overraskende, har en høyere score på vurderingen av maten som leveres.

57 % av kjøkkenene oppgir at de med dagens rutiner har direkte kontakt med beboerne. 36 % svarer at de ønsker mer kontakt med beboerne, mens omtrent like mange svarer avkrefteende. Det er ikke særlig alminnelig at kjøkkenpersonell selv deltar under serveringen, men derimot er det mer alminnelig at kjøkkenpersonell enkelte ganger samtaler med beboerne om deres tilfredshet med maten, eller direkte gir kostråd. Imidlertid svarer tre fjerdedeler at informasjonsutveksling mellom beboere og kjøkken ikke er formalisert i form av faste møter.

Kjøkkenene (97 %) vurderer samarbeidet med det/de sykehjem det leveres mat til å være meget bra eller bra, dog med en overvekt på "bra". De fleste sykehjemmene (del 1) vurderer også samarbeidet med kjøkkenene til å være meget bra eller bra. Her er det imidlertid noe forskjell på svarene angående samarbeidet med eget hovedkjøkken og eksternt produksjonskjøkken. Samarbeidet med eget hovedkjøkken har en overvekt av "meget bra", mens samarbeidet med eksternt produksjonskjøkken har en overvekt av "bra". Ser man på resultatene ang. samarbeidsforhold under ett, kan det tyde på et mulig forbedringspotensiale.

To tredjedeler av kjøkkenene har etablert en ordning for tilbakemelding fra institusjonene, og ca én av fem ønsker å innføre en slik ordning. Det kan se ut som om kjøkkenene ønsker en fast kontaktperson på den enkelte avdeling (32 %) framfor en felles kontaktperson på sykehjemmet (17 %). Resultatet samsvarer med svarene fra sykehjemmene (del 1); der svarer respondentene hhv. 31 % og 21 %. Brukerundersøkelser med fokus på mat er ønsket av 58 % av kjøkkenene, mens 44 % av sykehjemmene (del 1) ønsker at dette innføres.

Svært få kjøkken har tilsatt klinisk ernæringsfysiolog (2 %), og halvparten har heller ikke et spesielt ønske om dette, noe som også samsvarer med resultatene fra sykehjemmene (del 1).

Svært mange kjøkken ønsker seg et felles undervisningsopplegg om ernæring / kosthold for pleie- og kjøkkenpersonalet, noe som også svarene fra sykehjemmene indikerer (del 1). I tillegg ønsker kjøkkenene et bedre kurstilbud generelt.

På spørsmål om hvordan respondentene opplever interessen for kosthold blant ledelsen av sykehjemmene, svarer 41 % "tilfredsstillende", omtrent det samme som summen av svaralternativene "meget stor" og "stor" (42 %). 15 % opplever at det er liten interesse for kostholdet blant ledelsen ved sykehjemmet.

Kjøkkenene har kommet med forslag til hvordan maten som tilbys kunne bli bedre. Det viktigste tiltaket synes å være et ønske om mer fokus på egenproduksjon. Noen av respondentene har også framhevet betydningen av kort vei mellom kjøkken og beboer, samt bedre valgmuligheter for beboerne. Det synes å eksistere en sterk opplevelse av trang økonomi, tidspress og lav grunnbemanning som viktige hindringer for at forslagene kan gjennomføres. I tillegg er også holdninger hos den enkelte, både på kjøkkenet og hos mottaker, nevnt som en hindring.

2 INNLEDNING

Et godt måltid i hyggelige omgivelser, sammen med familie og gode venner, er noe som de fleste av oss ser fram til med glede. Men hvordan er situasjonen for eldre som bor i sykehjem i dag? Økt levealder fører til flere eldre. Forventet levealder for kvinner er 81,4 år og for menn 76,1 år (Nasjonalt råd for ernæring 2005). De fleste eldre klarer seg bra, er velfungerende og spiser godt. Likevel finnes det en gruppe eldre som er utsatt for underernæring og/eller feilernæring. Denne gruppen består først og fremst av de skrøpelige eldre som har en kronisk sykdom og som i tillegg er beboere på sykehjem eller er brukere av hjemmebaserte tjenester (Mowé et al 1994).

God ernæring er for både eldre og yngre viktig for helse og livskvalitet, og ved sykdom kan den ha betydning for behandlingsresultatet og rehabilitering. En god ernæringsstatus hos eldre kan føre til at de bevarer funksjonsdyktigheten lengre, noe som har betydning for trivsel og livslust. Allikevel kan mye tyde på at ernæring fortsatt er et forsømt område (Aagaard 2005).

I det etterfølgende gis en kort omtale av bakgrunnen for undersøkelsen, samt noe bakgrunnsteori relatert til spørreskjemaene som ble sendt til sykehjemmene og kjøkkenene.

2.1 Bakgrunn for undersøkelsen

Sosial- og helsedirektoratet har fått i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å gjennomføre en kartleggingsundersøkelse av maten og måltidene ved landets sykehjem.

Bakgrunn for undersøkelsen er bl.a. Stortingsmelding nr 25 (2005-2006) ”Mestring, muligheter og mening”, der regjeringen framhever betydningen av mat og måltid som en viktig del av omsorgstjenestens virksomhet, både på sykehjem og i hjemmetjenesten (s. 99).

Denne undersøkelsen har omfattet alle sykehjem i Norge, og det er ikke tidligere utført en tilsvarende omfattende undersøkelse. Hensikten med undersøkelsen har vært å kartlegge dagens situasjon med utgangspunkt i hvordan måltidet og maten blir ivaretatt hos brukerne ved sykehjem i Norge. Undersøkelsen har hatt fokus både på maten som et grunnleggende behov, men også på måltidets sosiale betydning.

Resultatet av denne undersøkelsen vil være et viktig grunnlag for å vurdere hvordan forholdene rundt ernærings situasjonen på sykehjemmene faktisk er, og eventuelt hvilke tiltak som bør iverksettes for å forbedre ernæringsforholdene.

Kommunene skal i følge lov om helsetjenesten i kommunene (LOV 1982-11-19 nr 66) sørge for at alle som bor i kommunen får nødvendig helsetjeneste, og helsetjenesten skal bl.a. omfatte pleie og omsorg. I tillegg vektlegger lov om sosiale tjenester (LOV 1991-12-13 nr 81) at kommunene skal sørge for at den enkelte som ikke kan ta vare på omsorgen av seg selv, skal få dekket sitt behov for hjelp. Menneskets grunnleggende behov er utdypet i forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (FOR 2003-06-27 nr 792). Følgende er beskrevet om behovet for ernæring:

- fysiologiske behov som tilstrekkelig næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat
- tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise

Kommunene har plikt til å utvikle egne kvalitetskrav til tjenesten. For å sikre at kvalitetskravene blir ivaretatt, skal kommunene i tillegg ha skriftlig nedfelte prosedyrer. I stortingsmelding nr 45 (2002-2003) kap. 5.5 blir forskriften om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene på nytt framhevet, samt betydningen av brukermedvirkning.

Andre dokumenter som fokuserer på mat og måltider er:

- Et sunt kosthold for bedre helse. Strategisk plan med forslag til tiltak for perioden 2005–2009 (Nasjonalt råd for ernæring 2005).

- Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007-2011). Oppskrift for et sunnere Norge (Departementene 2007).
- Når matinntaket blir for lite. Forslag til strukturelle tiltak for forebygging og behandling av underernæring (Nasjonalt råd for ernæring 2006).

2.2 Underernæring

Gruppen eldre over 80 år er den største gruppen som mottar pleie- og omsorgstjenester fra kommunen, og blant disse er det ca $\frac{3}{4}$ kvinner (Abrahamsen og Svalund 2005). Vi har ikke noen nøyaktig oversikt over hvor stor underernæringsproblematikken er i Norge, men vi har en del studier som kan gi oss en indikasjon på omfanget. Funn kan tyde på at ca 30 % av eldre på sykehjem og eldre som mottar hjelp fra pleie- og omsorgstjenestene i kommunene, er utsatt for underernæring, eller allerede er underernært (Aagaard 2004, Rugås og Martinsen 2003, Mowé et al 1994). Dette stemmer overens med studier som er utført i både Sverige (Flodin et al 2000) og Danmark (Beck og Ovesen 2002), samt at det er dokumentert i Europarådets rapport om mat og ernæring i sykehus (Council of Europe 2003).

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. I hjemmesykepleien hadde omtrent halvparten av pasientene ernæringsproblemer. I den nevnte undersøkelsen kom det i tillegg fram at fire av 10 ikke fikk tilstrekkelig hjelp til å spise og drikke (Hofseth og Norvoll 2003).

2.3 Ernæringsstatus

Dårlig ernæringsstatus hos eldre medfører at eldre kan være skrøpeligere enn hva den biologiske alderen tilsier. I Sosial- og helsedirektoratets retningslinjer er det poengtert at ernæringsstatus skal kartlegges (Statens ernæringsråd 1995).

Dette medfører en forventning om at beboerne i sykehjem bør får kartlagt sin ernæringsstatus, og at det blir utarbeidet en individuell ernæringsplan / kostplan. En studie blant sykepleiestudenters primærpasienter (pasienten / beboeren som studenten hadde primæransvar for) ved sykehjem, viste at veiing ikke alltid var rutine. Flere helseinstitusjoner manglet også utstyr som vekt, høydemåler og målbånd (Aagaard 2005). Uten tilgjengelig utstyr vil det være umulig å vurdere ernæringsstatus på en korrekt måte.

Det er dessuten bruk for screeningmetoder for å finne fram til de eldre som allerede er underernært eller er i faresonen. Ernæringsjournalen kan være et egnet verktøy i den forbindelse (ibid). I en nylig publisert skandinavisk undersøkelse om ernæringsrutiner i sykehus, kom Norge dårligst ut på spørsmålet om hvorvidt evaluering av ernæringsstatus var en standard prosedyre (Mowé et al 2006). I rapporten "Når matinntaket blir for lite" fra Sosial- og helsedirektoratet (2006) er monitorering av underernæring i helseinstitusjoner ett av de strukturelle tiltakene som er foreslått. Monitoreringen kan foregå etter samme prinsipp som punktprevalensstudiene for infeksjon.

2.4 Retningslinjer og anbefalinger om kosthold

Sosial- og helsedirektoratet, avdeling for ernæring, gir ut retningslinjer og næringsstoffanbefalinger for kostholdet. Anbefalingene danner grunnlag for planlegging av kostholdet, slik at det dekker behovet for næringsstoffer. Næringsstoffanbefalingene er vitenskapelig begrunnet, og er stadig gjenstand for revideringer etter hvert som ny kunnskap erverves. Nye næringsstoffanbefalinger ble utgitt i 2004. Energibehovet synker med alderen; årsaken til reduksjonen skyldes i hovedsak endring i kroppssammensetningen og nedsatt fysisk aktivitet (Hessov 2003). Imidlertid er behovet for næringsstoffer i det alt vesentlige uendret. Nes (1993) har utført 2 omfattende ernæringsundersøkelser blant eldre mennesker i Norge, der lavt energiinntak og lavt inntak av vitamin D var de to viktigste ernæringsproblemene som ble påvist.

For at den eldre skal få i seg tilstrekkelig av alle næringsstoffer, inklusive vitaminer, mineraler og sporstoffer, stilles det økte krav til den kosten som tilbys, og den må tilpasses den enkeltes energibehov.

I følge retningslinjene for kosthold i helseinstitusjoner bør kosten både til eldre i sykehjem, og særlig kosten til de som spiser lite, være næringstett (Statens ernæringsråd 1995). Næringstett kost skiller seg fra den normale hverdagskosten ved at den har et høyere innhold av protein og fett, og et lavere innhold av karbohydrater (ibid). Denne type kost skal medføre økt energiinntak uten at den eldre bør spise mer. Næringstett kost er således et viktig tiltak som kan bidra til å bedre ernæringsstatus hos de som spiser lite. At skrøpelige / syke eldre faktisk spiser lite, viste Persson (2002) i sin dr. avhandling. Han studerte mat og væskeinntak hos 61 pasienter på to sykehjemsavdelinger over 7 dager. Resultatet viste at 85 % hadde et energiinntak som lå under beregnet energibehov, og ca 1/3 hadde et inntak som lå under basalomsetningen (BMR). I en annen dansk undersøkelse som ble utført ved Hvidovre hospital i København, fant man at de eldre pasientene kun fikk dekket 60 % av sitt energibehov, og for flere var også energiinntaket lavere enn basalomsetningen (Beck, Rasmussen og Ovesen 2000).

Eldre som bor på sykehjem har generelt blitt skrøpeligere, og flere beboere har i tillegg andre sykdommer / lidelser som kan redusere appetitten, eller som stiller økte krav til kosten. Eksempel på dette kan være problemer med å tygge og svelge maten. En velstelt munn er viktig for at pasienten skal oppleve velvære, og det virker også inn på evnen til å spise og lysten på mat. Tennene har en viktig funksjon med å findele maten vi spiser og blande den med spytt, og dermed vil den eldres tannstatus påvirke inntak av mat og ernæringsstatus. Imidlertid ser det ut som om andelen eldre med egne tenner har økt. En nasjonal kartleggingsundersøkelse blant beboere på sykehjem i Norge viste at mer enn halvparten hadde egne tenner eller hadde både egne tenner og protese. 43 % av

beboerne hadde bare protese. Det var flest i aldersgruppen 85 år eller eldre som ikke hadde egne tenner (Sosial- og helsedirektoratet 2006). God munnhygiene er like viktig enten beboeren har tannproteser eller ikke. Ivaretagelse av god tann- og munnhygiene, med rengjøring av tenner / proteser to ganger daglig, vil derfor være et godt tiltak for å bedre ernærings situasjonen.

Svelgeproblemer kan være et symptom ved mange ulike sykdommer der muskler eller nerver er skadet, for eksempel hjerneslag og parkinsons sykdom. Samtidig kan aldersforandringer føre til en generell svekkelse som også påvirker svelgingen (Stensvold og Utne 1999). Avhengig av hvor svelgeproblemene sitter, kan eldre ha problemer med for eksempel at tyntflytende væske kommer over i luftveiene. Andre kan føle at maten hopper seg opp og ikke kan svelges videre nedover i spiserøret. Hoste, kvalningsfølelser og smerter er også vanlige symptomer ved svelgeproblemer (ibid). At eldre med svelgeproblemer må ha en tilpasset kost, er således ikke vanskelig å forestille seg. Mat med annen konsistens bør derfor inngå i menytilbudet ved sykehjem.

Et annet viktig moment er at maten som tilbys den eldre bør ses i sammenheng med den enkeltes kultur og tradisjon. Det er imidlertid viktig å være klar over at det ikke bare er forskjell mellom ulike land, men også mellom geografiske områder i Norge. I tillegg vil det være forskjeller mellom ulike samfunnslag. Maten er ofte noe de eldre ser fram til, og det kan være et viktig samtaletema. Det kan være flere grunner til at måltider betyr mye for eldre. Under krigen opplevde de tider med fattigdom og nød, og mange tar derfor ikke mat som en selvfølgelighet.

2.5 Eget kjøkken på sykehjemmet eller eksternt kjøkken

Tidligere var det vanlig at hvert sykehjem hadde eget kjøkken der maten ble lagd rett før serveringen. Hvis kjøkkenet lå i nærheten av spisestuen, kjente beboerne den gode duften av nylaget mat når de skulle spise. Er dette er i ferd

med å endres? Flere sykehjem bygges uten produksjonskjøkken, og andre sykehjem nedlegger produksjonskjøkkenet.

Kjøkkenet som lager maten kan benytte ulike produksjonsmetoder. Valg av produksjonsmetode påvirker først og fremst matens holdbarhet, men kan også påvirke kvaliteten. Det velges mellom varmholdt mat eller avkjølt mat.

Varmholdt mat betyr at maten kommer varm, og at den blir holdt varm i en bestemt tid. Benyttes det derimot avkjølt mat (kjølesystem), blir maten tillagd og deretter nedkjølt. Like før servering blir maten varmet opp på nytt.

I følge retningslinjene for næringsmiddelhygiene skal maten vanligvis varmes opp til minst 75 grader C. Hvis maten skal holdes varm, skal den holde minst 65 grader C. Den høye temperaturen er viktig for å redusere faren for bakterievekst. Det er imidlertid viktig å være klar over at hvis maten holdes varm over lengre tid, kan matens ernæringsmessige kvalitet og smak bli redusert. Kjøkkenet som leverer maten har ansvar for at maten følger næringsstoffanbefalinger og retningslinjer fra Sosial- og helsedirektoratet, videre at den følger hygieniske retningslinjer, oppfyller ønsker og behov, og at det er mulig for brukeren å få rett type kost / diett.

2.6 Inneholder maten tilstrekkelig med vitaminer og kalorier?

Maten som hjemmeboende eldre og beboere på sykehjem blir tilbudt har i media vært gjenstand for kritikk. Kritikken har både gått på smak og kaloriinnhold (for eksempel VG 08.09.2005). I Danmark har Fødevarestyrelsen utført en studie av maten ved 10 sykehjem i Århus Amt. Studien viste at maten som ble tilbudt de eldre og de som spiste lite, ikke fulgte de offisielle anbefalingene som var gitt for denne brukergruppen (Jensen 2005). Dermed kunne heller ikke den tilbudte maten bidra til å bedre ernæringstilstanden til målgruppen. Denne undersøkelsen viste også at mange sykehjem ikke næringsberegner maten, dette til tross for at det finnes egne dataprogrammer som kan benyttes. Det bør være et mål at maten tilfredsstillende de offisielle næringsanbefalingene, og at det kan utføres

stikkprøver / kontroller slik at man jevnlig kan få dokumentert ernæringsverdien i de forskjellige matporsjonene (ibid).

2.7 Måltidsrytmen

Sosial- og helsedirektoratet anbefaler i sine retningslinjer (Statens ernæringsråd 1995) fire faste hovedmåltider og minst 1 mellommåltid. Imidlertid har organiseringen av matstellet i sykehjem medført at tiden mellom de tre hovedmåltidene ofte er kort, slik at de eldre ikke rekker å bli sultne mellom måltidene på dagen. Tiden mellom det siste måltidet for dagen og det første måltidet dagen etter er derimot ofte lang, slik at beboerne kan være uten mat bortimot halve døgnet. Nordiske næringsrekommendasjoner anbefaler minimum 11 timer.

2.8 Medbestemmelse

Et stort antall eldre spiser hver dag mat som er tilberedt av kommunale eller private storkjøkkener. De har dermed mindre mulighet til å velge hva de vil spise og når de vil spise. Manglende valgmulighet kan medføre tap av selvstendighet. Det er viktig at den eldre kan velge mat som han er vant til. Helsemyndighetene pålegger helse- og omsorgstjenestene i større grad å involvere brukerne i sine tjenester. Brukerundersøkelser er en metode for å oppnå dette målet.

2.9 Det sosiale fellesskapet

Mat og måltider blir brukt til å formidle glede, sorg og samhold, og måltidene kan være både gode og mindre gode opplevelser. Ved spesielle anledninger, som for eksempel familiefester, spiller maten en sentral rolle, der vi dekker pent og sitter flere timer til bords. Et godt selskap kan være en god forutsetning for et godt måltid. En engelsk undersøkelse foretatt blant studenter og ansatte ved et universitet, viste at det å spise sammen med venner økte matinntaket sammenlignet med å spise alene (Hetherington 2006). Derimot førte det å spise

sammen med ukjente ikke til økt inntak av mat. Selv om deltakerne i undersøkelsen ikke var eldre personer, samsvarer den med funn fra en dansk undersøkelse utført av fødevaredirektoratet. I den danske undersøkelsen 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 (ibid), og de var derfor opptatt av å spise sammen med personer som de kjente og følte tilhørighet med.

En annen mulighet for fellesskap er at personalet spiser sammen med beboerne. Personalet kan da holde en god samtale i gang, passe på at ingen av personene i spisegruppa faller utenfor, og de kan være til hjelp for de som trenger det (sende mat, skjære opp mat og lignende). De kan i tillegg medvirke til ro rundt / under måltidet, sørge for at alle får tilstrekkelig tid til å spise, og at måltidet preges av en rolig og god atmosfære.

2.10 Spisemiljøet

Det fysiske miljøet rundt måltidet kan også ha betydning for appetitten og dermed inntaket av mat. At appetitten øker i et estetisk pent og trivelig miljø, og hemmes i et utrivelig og uestetisk miljø, er for de fleste ikke vanskelig å forstå. Allerede i 1988 utførte Elmståhl en undersøkelse ved en geriatrisk langtidsavdeling ved å endre det fysiske spisemiljøet. Spisesalen ble ominnredet med møbler fra de eldres mest aktive liv. Denne ominnredningen medførte økt trivsel og økt matlyst blant beboerne. En engelsk undersøkelse viste også at spisemiljøet kan ha betydning for matinntaket (Gibbson og Henry 2005). I undersøkelsen skulle 49 eldre spise den samme maten i 2 ulike spisesaler. Den ene spisesalen var en ordinær spisesal, mens den andre var spesielt innbydende. Undersøkelsen viste at forbedring av spisemiljøet hadde en positiv effekt på matinntaket hos de eldre. Likeledes vil et innbydende dekket bord med blomster, lys og servietter, og der man ikke sjeneres av ubehagelige syns-, lukt-

og lydinntrykk bidra til større nytelse av maten. Ordspråket ”å gjøre hverdagen til en fest”, med fokus på måltidet, bør så absolutt gjelde for eldre i sykehjem.

3 PROBLEMSTILLING OG METODE

3.1 Problemstilling

Undersøkelsen har tatt utgangspunkt i følgende problemstilling:

”Hvordan blir måltidet og ernæringsbehovet ivaretatt for beboere på sykehjem?”

3.2 Valg av design og metode

Undersøkelsen, som har hatt et deskriptivt design med en kvantitativ tilnærming, var en landsomfattende tverrsnittundersøkelse. Undersøkelsen omfattet sykehjem og det kjøkkenet som lagde maten til beboerne. Det er 886 sykehjem i Norge, og alle ble forespurt om å delta.

Målgruppen for del 1 av undersøkelsen var styrere / ledere ved sykehjem, eller den som var ansvarlig for sykepleietjenesten ved sykehjemmet, og som dermed kjente til hvordan ernæringsarbeidet ble ivaretatt. Målgruppen for del 2 av undersøkelsen var kjøkkensjef eller kjøkkenansvarlig fra det kjøkkenet som lagde maten til beboerne ved det aktuelle sykehjemmet.

Det fantes det ingen tilgjengelig oversikt over aktuelt produksjonskjøkken som sykehjemmene benyttet. Ett av spørsmålene til sykehjemmene omhandlet derfor dette. Hvis institusjonen ikke hadde eget produksjonskjøkken for mat, skulle navnet på produksjonskjøkkenet skrives på spørreskjemaet. Denne informasjonen forelå derfor ikke før institusjonene hadde returnert spørreskjemaet med opplysning om navnet på det produksjonskjøkkenet som de benyttet. Dette medførte at spørreskjemaene til sykehjemmene ble sendt ut primo juni 2007, mens skjemaene til deres respektive kjøkken først ble sendt medio august samme år.

3.3 Utvikling av instrument for datainnsamling

Datainnsamlingen ble utført ved hjelp av et strukturert spørreskjema.

Spørreskjemaet ble sendt i posten sammen med en frankert svarkonvolutt. Det

var også mulig å svare elektronisk, og hvert sykehjem fikk eget brukernavn og passord for å komme inn på spørreskjemaet.

Det ble utarbeidet to ulike spørreskjemaer for undersøkelsen, ett for sykehjemmet, og ett for produksjonskjøkkenet. Spørreskjemaene ble utviklet spesielt for denne studien, og er bygget på et omfattende litteraturstudium. Noen av spørsmålene er sammenfallende med en undersøkelse utført i 1993 av daværende Statens ernæringsråd og Statens næringsmiddeltilsyn. Undersøkelsen fra 1993 dannet grunnlaget for utarbeidelsen av ”retningslinjer for kosthold i helseinstitusjon”, som ble publisert i 1994. For å kunne se om det er framkommet endringer, ble noen av spørsmålene i undersøkelsen fra 1993 benyttet.

I 2004 ble det gjennomført en skandinavisk undersøkelse med fokus på ernæringsrutiner og holdninger blant leger og sykepleiere i sykehus (Mowé et al 2006). Noen av spørsmålene om ernæringsstatus fra denne undersøkelsen ble tilpasset undersøkelsen i sykehjem.

Det ble også innhentet tillatelse om å benytte noen spørsmål fra en dansk studie (Kofod 2000).

Under utviklingen av spørreskjemaene ble det også tatt kontakt med ekspertgrupper og personer som arbeidet med mat og ernæringsproblemer blant eldre. De har gitt nyttige tilbakemeldinger på spørsmålene i skjemaene.

Spørsmålene i spørreskjemaene hadde lukkede svaralternativer. For å unngå at respondentene ”blindt” krysset av i samme svarkategori, ble formuleringene av svarkategoriene variert. Eksempel på svarkategorier var: vanligvis / noen ganger / sjelden / aldri, og: helt enig / enig / uenig / helt uenig. Skjemaene inneholdt i tillegg hhv. to og tre åpne spørsmål, der respondentene med egne ord kunne formulere forslag eller ideer til vellykkede initiativer som er gjennomført.

Et stort problem ved å benytte spørreskjema som datainnsamling, er at svarprosenten ofte er lav. Dette problemet er økende (Wahl og Rokne 2004). Årsakene til den lave svarprosenten kan være flere forhold. Eksempelvis foregår det for tiden mange undersøkelser, og alle disse er ikke like seriøse. Andre årsaker til lav svarprosent kan være at spørreskjemaet ikke kommer fram til riktig person, eller at personen ikke synes undersøkelsen er viktig. Det kan også være at spørreskjemaet er for vanskelig å svare på, tar for mye tid eller er lite innbydende.

Det er viktig at hensikten med undersøkelsen kommer godt fram i informasjonsskrivet til respondentene. Ved at informasjon om denne undersøkelsen ble sendt både til kommunens rådmann, til leder ved sykehjemmet og leder ved produksjonskjøkkenet, antas det at sikkerheten for at spørreskjemaet kom fram til riktig person ble ivaretatt.

For å øke oppmerksomheten rundt undersøkelsen ble tidsskriftet "Sykepleien" kontaktet for å få en presseomtale nært opptil tidspunktet for utsendelsen av spørreskjemaene. Sosial- og helsedirektoratets egen informasjonsansvarlige ble også kontaktet, og det ble lagt ut informasjon om undersøkelsen på deres hjemmeside på internett. Incentiver kan øke oppslutningen om en undersøkelse; en vekt og abonnement på frukt ble brukt som incentiver i denne undersøkelsen.

3.4 Forskningsetiske overveielser

Datatilsynet ble kontaktet, og det ble sendt inn meldeskjema. TNS-gallup har stått for utsending og innsamling av spørreskjemaene. Det skulle på spørreskjemaet ikke påføres navn verken på den som fylte ut skjemaet eller på institusjonen. Lister over hvilke institusjoner som deltok og svarte, var tilgjengelig for TNS-gallup i forbindelse med purring. Disse ble makulert etter at undersøkelsen var ferdig. Dataene ble behandlet konfidensielt og de ble anonymisert, slik at svarene ikke kunne føres tilbake til en bestemt person eller

institusjon. Det var frivillig å delta i studien, men lav svarprosent vil påvirke undersøkelsens gyldighet.

Ved hver enkelt av de utvalgte institusjonene ble et invitasjonsbrev sendt til sykehjemmets leder, med forespørsel om å delta. I tillegg ble det sendt ut et informasjonsbrev til rådmannen i kommunen.

3.5 Pilotstudie

Da spørreskjemaet var utviklet for denne studien, var det viktig å utføre en pilotstudie før den ordinære studien. Hensikten med pilotstudien var først og fremst å frambringe informasjon som kunne forbedre undersøkelsen.

Respondentene i en pilotstudie skal ikke avvike i særlig grad fra respondentene i den ordinære undersøkelsen, og ble derfor valgt ut fra den samme populasjonen. Pilotstudien medførte endringer i noen av svarkategoriene. I tillegg ble ett spørsmål fjernet, og noen spørsmål ble omformulert.

3.6 Ytre validitet

For å kunne stole på resultatene fra undersøkelsen, må man ha et pålitelig datagrunnlag. Det ble valgt å undersøke hele populasjonen for undersøkelsens del 1, kartleggingsundersøkelsen i sykehjem. I alt fikk 886 sykehjem tilsendt spørreskjema, og 570 returnerte skjemaet. Dette gir en svarprosent på 64. Som tidligere omtalt fantes det ikke noen fullstendig liste over hvilke kjøkken sykehjemmene benyttet. For undersøkelsens del 2, kartleggingsundersøkelsen for kjøkken, ble det derfor valgt å sende spørreskjemaet til de kjøkkenene som leverte mat til sykehjemmene som hadde svart på undersøkelsen.

Det ble purret én gang. Purringen ble sendt ut til de respondentene som ikke hadde besvart innen en uke.

Da mange sykehjem benyttet det samme kjøkken, ble antall spørreskjemaer sendt ut til kjøkkener redusert til 511. 276 kjøkken returnerte spørreskjemaet,

hvilket gir en svarprosent på 54. Etter at spørreskjemaene var sendt ut, kom det imidlertid tilbakemeldinger fra enkelte kjøkken om at de hadde mottatt flere skjemaer, da de leverte mat til flere sykehjem. Det tyder på at den endelige svarprosenten for undersøkelsens del 2, egentlig er høyere enn 54.

Spørsmålet er om svarprosenten er tilstrekkelig til å kunne generalisere til andre sykehjem enn de som har svart på spørreskjemaet. En tommelfingerregel som ofte blir benyttet er følgende (Jacobsen 2005, s.300):

Over 50 % = tilfredsstillende

Over 60 % = godt

Over 70 % = meget godt

Selv om man kunne ønske seg en enda høyere svarprosent, anses en svarprosent på 64 (del 1) og 54 (del 2) for denne type undersøkelse å være bra.

4 KARTLEGGING AV SYKEHJEM

I dette kapitlet presenteres funn fra spørreundersøkelsens del 1. Materialet omfatter utfylte spørreskjema fra 570 sykehjem. Innledningsvis presenteres sykehjemmene og noen bakgrunnsvariabler knyttet til respondentene som har besvart denne delen av undersøkelsen. Deretter er funnene strukturert etter følgende kategorier: tillaging og produksjon av maten, respondentenes vurdering av maten og måltidene, beboernes ernæringsstatus, involvering av beboerne, det fysiske og sosiale miljøet ved måltidene, ansvar - kunnskap og samarbeid om ernæringsarbeid, forslag til forbedringstiltak og mulige hindringer, og til sist eksempler på vellykkede tiltak som er innført. Det er viktig å være klar over at respondentene har besvart spørsmålene ut fra hvordan de mener forholdene er ved deres sykehjem, og ikke hvordan de mener det bør være. De fleste resultatene blir presentert i tabeller, og noen blir presentert som figurer.

Følgende fylker har deltatt i kartleggingsundersøkelsen:

Antall sykehjem:

Østfold	25	Telemark	19	Sør-Trøndelag	38
Akershus	39	Aust-Agder	18	Nord-Trøndelag	19
Oslo	36	Vest-Agder	16	Nordland	46
Hedmark	28	Rogaland	42	Troms	34
Oppland	31	Hordaland	45	Finnmark	14
Buskerud	32	Sogn og Fjordane	24	Ikke oppgitt	1
Vestfold	19	Møre og Romsdal	44	Totalt	570

4.1 Sykehjemmene

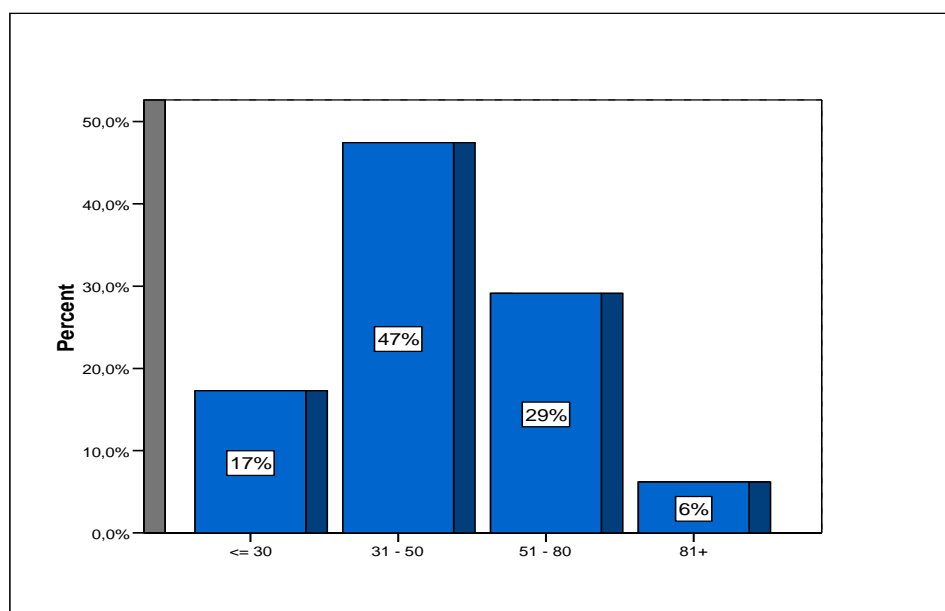
I spørsmål 1 skulle respondentene krysse av for hvilke avdelinger som sykehjemmet har. Som vi ser av Tabell 1 har sykehjemmene i undersøkelsen flere typer avdelinger.

Avdelinger	Ant. enheter
Langtidsavdeling	508
Demens avd/skjermet enhet	419
Korttidsavdeling	346
Dagsenter	199
Annet	89
Bo- og behandlingsenhet	53

Tabell 1. Sykehjemmets avdelinger (sp.m. 1, N=570)

508 av de 570 sykehjemmene (89 %) har såkalte langtidsavdelinger, mens bare 53 (9 %) har bo- og behandlingsenhet. Det er verd å merke seg at 419 (74 %) av institusjonene har egen demens avdeling / skjermet enhet. Under ”annet” nevnes i tillegg: lindrende behandling, psykiatri, omsorgsboliger, eget akutt rom, aldershjem.

Antall beboere kan si noe om størrelsen på sykehjemmet. Figur 1 viser fordelingen av hvor mange beboere som var på sykehjemmene den dagen spørreskjemaet ble fylt ut.



Figur 1. Antall beboere (sp.m. 2, N=567)

17 % av sykehjemmene har 30 beboere eller færre (anses som små sykehjem). Det er flest sykehjem som har mellom 31-50 beboere, mens det er bare 6 % som har over 80 beboere (anses som store sykehjem).

4.2 Respondentene

Respondentene i denne delen av undersøkelsen skulle svare på tre bakgrunnsvariabler: stillingsbetegnelse, utdanning og antall år i nåværende stilling. De fleste som svarte på spørreskjemaet hadde lederstilling i kommunen eller ved det enkelte sykehjem. Dette samsvarte med målgruppen for undersøkelsen, som var styrere / ledere ved sykehjem, eller den som var ansvarlig for sykepleietjenesten ved sykehjemmet.

Det er imidlertid verd å merke seg at kommunene i Norge benytter forskjellig betegnelse på de ulike funksjonene som personalet innehar. Det er derfor vanskelig å lage en enhetlig oversikt over stillingsbetegnelsene som gir et riktig bilde av respondentenes funksjoner. Utdanningsbakgrunnen kan derfor si mer om respondentenes funksjoner enn stillingsbetegnelsen. Tabell 2 nedenfor viser respondentenes utdanning.

Utdanning	Ant. enheter	%
Sykepleierutdanning	461	81
Universitet og høyskole	50	9
Videregående skole: Pleieomsorg/hjelpepleierutdanning	29	5
Kokk/kostøkonom/husøkonom	24	4
Annet	6	1

Tabell 2. Utdanning (sp.m. 36, N=570)

18 av respondentene besvarte ikke spørsmålet om utdanning. 12 av disse hadde imidlertid skrevet utdanning under spørsmålet om stillingsbetegnelse, og deres utdanning er derfor allikevel med i oversikten i Tabell 2.

Ikke uventet opplyser de fleste av respondentene (81 %) at de har sykepleierutdanning. Noen av respondentene opplyser høyskole, uten å angi dette nærmere, og det er derfor mulig at også noen av disse er sykepleiere. Av de som har opplyst at de har sykepleierutdanning, har 33 % lederutdanning eller

videreutdanning. Omtrent like mange med pleie/omsorgsutdanning som kjøkkenfaglig bakgrunn har svart på spørreskjemaet (hhv. 5 % /4 %).

Halvparten av respondentene i denne studien har over 6 års arbeidserfaring fra nåværende stilling. Se Tabell 3 nedenfor.

Arbeidserfaring	Ant. enheter	%
Under 3 år	111	20
Fra 3 til og med 6 år	166	30
Over 6 år	280	50

Tabell 3. Arbeidserfaring fra nåværende stilling (sp.m. 35, N=557)

4.3 Tillaging og produksjon av maten

4.3.1 Hvor lages maten?

Tidligere var det vanlig at hvert sykehjem hadde eget hovedkjøkken på sykehjemmet, der maten ble lagd rett før servering. Er dette i ferd med å endres?

Figur 2. Antall beboere sett i forhold til om de mottar middagen fra eget kjøkken.

På spørsmålet om institusjonen mottar middag fra et eksternt kjøkken, svarer 38 % ja, mens 62 % svarer at de mottar middag fra institusjonens eget kjøkken (spørsmål 3 A og 3 B).

Figur 2 viser det er flest middelstore institusjoner (31-50 beboere) som har valgt å beholde eget kjøkken på institusjonen for middagslaging. Det er imidlertid verd å merke seg at det også er flest institusjoner i denne gruppen som har svart på spørreskjemaet.

Det er vanlig at sykehjemmene har eget kjøkken på avdelingen (avdelingskjøkken, postkjøkken). I tillegg kan sykehjemmene ha eget mottakskjøkken der de slutttilbereder mat som er mottatt fra et eksternt produksjonskjøkken. Tabell 4 viser hvilke måltider som blir laget ved de ulike kjøkkenene.

	Avdelingskjøkken/ Postkjøkken		Mottakskjøkken		Hovedkjøkken på institusjon		Eksternt kjøkken / kjøkken utenfor institusjonen	
	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%
Tidlig frokost	295	48	12	2	69	12	6	1
Frokost	393	69	29	5	215	38	6	1
Lunsj	182	32	14	3	72	13	3	1
Middag	33	6	26	5	342	60	184	32
Kaffemåltid	308	54	34	6	249	43	32	4
Kveldsmat	390	68	29	5	207	36	7	1
Sen kveldsmat	361	63	11	2	68	12	3	1

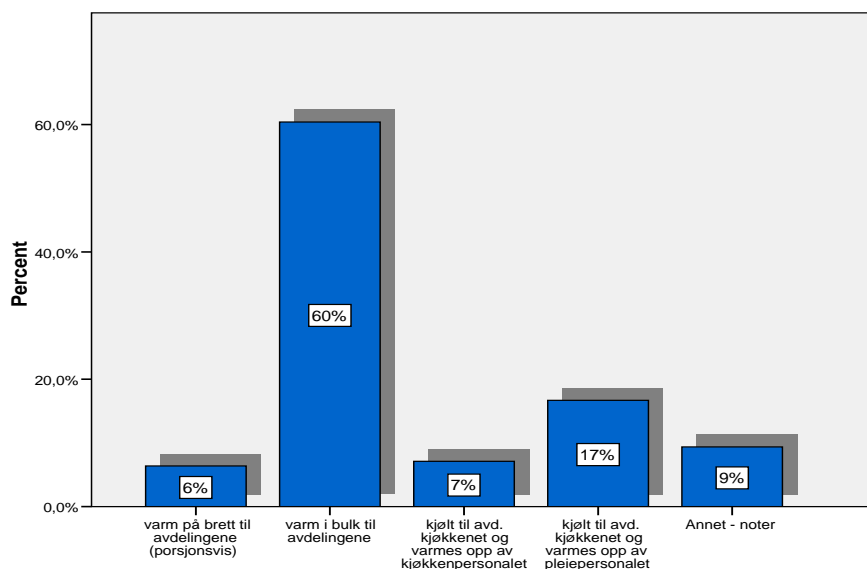
Tabell 4. Måltider som tilberedes ved de ulike typer kjøkken (sp.m. 4)

Avdelingskjøkkenet blir først og fremst benyttet til å lage frokost og kveldsmåltider, mens kun 6 % benytter avdelingskjøkkenet til å lage middag. Ved hovedkjøkkenet (eget kjøkken på institusjonen) lages middag (60 %), kaffemåltid (43 %), frokost (38 %) og kveldsmat (36 %). Eksternt kjøkken blir hovedsakelig benyttet til middagsmåltidet (32 %). Imidlertid har 38 % svart at de mottok middag fra eksternt kjøkken i spørsmål 3 A. Årsaken til differansen kan være at i spørsmål 4 er det færre respondenter totalt som har besvart spørsmålet. I tillegg har noen respondenter oppgitt flere svar (Tabell 4). Flere oppgitte svar tyder på at noen sykehjem som får maten fra eksterne produksjonskjøkken, slutt-tilbereder maten på avdelingskjøkkenet eller mottakskjøkkenet. Følgende sitat kan illustrere dette:

”Maten kommer avkjølt til avdelingskjøkkenet og varmes opp der”.

4.3.2 Produksjonsmåte

Kjøkkenet som lager maten kan levere varmholdt mat eller avkjølt mat. Varmholdt mat betyr at maten kommer varm, og at den blir holdt varm i en bestemt tid. Benyttes det derimot avkjølt mat (kjølesystem), blir maten tillagd og deretter nedkjølt. Like før servering blir maten varmet opp på nytt.



Figur 3. System for det varme måltidet (middagen)? (sp. 6) N=533

Som vi ser av Figur 3 mottar tre av fem institusjoner middagen varm i bulk til avdelingene. Ca. en fjerdedel får maten i bulk i avkjølt form. Maten blir deretter varmet opp på avdelingskjøkkenet av pleiepersonalet (17 %) eller kjøkkenpersonalet (7 %). Kun 6 % får varm mat ferdig porsjonert på brett (brettservering). Resten har svart "annet" som kan belyses med følgende kommentarer:

"All mat blir lagd i avdelingen og servert herfra".

"Kommer varm på serveringsfat".

"En avdeling får maten varm i bulk, andre avdelinger får maten servert i spisesal over disk fra kjøkkenet".

"Avkjølt i pose som varmes opp på postkjøkkenet".

En bivariat analyse viser at omtrent halvparten av de som mottar maten fra eksternt kjøkken får maten avkjølt.

4.4 Respondentenes vurdering av maten og måltidene

4.4.1 Antall måltider og tidspunkter

Sosial- og helsedirektoratet anbefaler at beboere i sykehjem får tilbud om 4 faste måltider og minst ett mellommål pr. dag. Måltidene som foreslås som faste

måltider er følgende: frokost, lunsj, middag og kveldsmat (Sosial- og helsedirektoratet 1995). Alternativt kan de fire faste måltidene være frokost, middag, kveldsmat og ”sen kveldsmat”. Kaffemåltid regnes som et mellommåltid. Tabell 5 viser antall måltider og hvilke måltider som inngår.

Antall måltider	8	7	6	5	4	3	2
Antall sykehjem	65	110	100	112	63	1	1
Tidlig morgenmåltid	65	76	19	8	1	0	0
Frokost	65	110	100	112	61	1	0
Lunsj	65	65	31	20	3	0	0
Mellommåltid	65	81	65	50	3	0	1
Middag	65	109	100	112	62	1	0
Kaffemåltid	65	110	99	110	58	0	0
Kveldsmat	65	110	100	112	62	1	0
Sen kveldsmat	65	109	86	36	2	0	1

Tabell 5. Antall måltider pr. dag (N=452)

Oversikten viser at hele 65 sykehjem (av 452 som har besvart spørsmålet) serverer 8 måltider pr. dag, dvs. alle måltidene det var mulig å krysse av for, mens omtrent like mange (63) kun serverer 4 måltider. For 58 av de 63 sykehjemmene som serverer 4 måltider, er kaffemåltidet ett av de fire.

De fleste av sykehjemmene (112) serverer 5 måltider pr. dag. Nesten like mange sykehjem serverer 7 måltider pr. dag (110) og 6 måltider pr. dag (100). Av disse totalt 322 sykehjemmene (ca 70 % av de som har svart) serverer omtrent samtlige både frokost, middag, kaffemåltid og kveldsmat. Det mest alminnelige ”tilleggsmåltidet” ut over disse 4 måltidene er det sene kveldsmåltidet (72 %), fulgt av mellommåltidet (61 %), mens de minst alminnelige ”tilleggsmåltidene” er lunsjen (36 %) og det tidlige morgenmåltidet (32 %). Ett sykehjem serverer kun 3 måltider pr. dag – frokost, middag og kveldsmat.

Det er grunn til å tro at registreringen av ett sykehjem som kun serverer 2 måltider pr. dag (mellommåltid og sen kveldsmat) kan skyldes en

feilregistrering. I tillegg har 283 sykehjem oppgitt at de ikke serverer tidlig morgenmat, 268 serverer ikke lunsj og 153 sykehjem serverer ikke ”sen kveldsmat”. Imidlertid er det bare 171 respondenter som har oppgitt tidspunktet for når ”sen kveldsmat” blir servert beboerne ved sykehjemmet (se tabell 6). Det er derfor usikkert om ”sen kveldsmat” faktisk er et ordinært måltid i programmet, eller om det kun er et tilbud til de som ønsker et ekstra måltid. Hvis det ikke er et fast måltid, kan det være en mulighet for at i en stresset hverdag så får ikke alle beboerne dette måltidet.

Tabell 6 viser tidspunktene for serveringen av ulike måltider.

Måltid tidspunkter Frokost	→ kl. 09:00	kl. 09:00 → 09:30	kl. 09:30 →
Frokost (N=553)	29 %	60 %	11 %
Måltid tidspunkter Lunsj	→ kl 12:00		kl. 12:00 →
Lunsj (N=148)	76 %		24 %
Måltid tidspunkter Middag	→ kl. 13:00	kl. 13:00 →14:00	kl. 14:00 →
Middag (N=556)	22 %	52 %	8 %
Måltid tidspunkter Kveldsmat	→ kl. 18:00	kl. 18:00 → 19:00	kl. 19:00 →
Kveldsmat (N=554)	13 %	67 %	19 %
Måltid tidspunkter Sen kveldsmat	→ kl. 21:00		kl. 21:00 →
Kveldsmat (N=171)	30 %		70 %

Tabell 6. Måltid tidspunkter for de ulike måltidene (sp.m. 5)

Tre av fem institusjoner serverer frokost mellom kl. 09:00 og 9:30, mens ca. en av ti serverer frokost fra 09:30 eller senere, dvs. relativt sent.

Omtrent halvparten serverer middag mellom kl. 13:00 og 14:00. Knappt en fjerdedel serverer tidlig middag (før kl. 13:00), mens kun 8 % serverer middag etter kl. 14:00.

2/3 av institusjonene serverer kveldsmat mellom kl. 18:00 og 19:00. 13 % oppgir at de serverer kveldsmat før kl 18:00, dvs. relativt tidlig dersom dette er det siste måltidet for dagen.

I oversikten over antall måltider (Tabell 5) kan det se ut som om 299 av de 452 sykehjemmene serverer ”sen kveldsmat”. Imidlertid viser Tabell 6 at det bare er 171 av respondentene som har oppgitt tidspunktet for dette måltidet. Når tidspunktet for måltidet ikke er oppgitt, kan det tyde på at det ikke er et fast måltid, men heller et måltid som kan tilbys beboerne.

På spørsmålet om hvem som vanligvis serverer beboerne maten, svarer 80 % at hele personalet deltar under middagsserveringen og kveldsmaten, mens det er noen færre (77 %) som svarer at hele personalet deltar under frokosten. 14 % svarer at det er kun hjelpepleier / omsorgsarbeider som deltar i matserveringen under frokost og middag, og 17 % under serveringen av kveldsmaten. 7 % svarer at det kun er assistenter og kjøkkenpersonalet som serverer beboerne frokosten, mens det til middag og kveldsmat er ca. 4 % hhv. 1 %.

4.4.2 Respondentenes vurdering av maten

Tabell 7 viser en rekke påstander om maten ved sykehjemmet som respondentene ble bedt om å ta stilling til.

Vurdering av maten	Helt enig %	Delvis enig %	Delvis uenig %	Helt uenig %	Vet ikke / ikke aktuelt %
Maten som beboerne får er appetittvekkende og delikat (N=562)	62	34	3	1	0
Kjøttet til middag er tilstrekkelig mørt (N=565)	48	42	8	2	0
Fisken til middag er veltillaget (N=562)	69	26	4	1	0
Grønnsakene er varierte og godt tilberedt (N=564)	47	39	11	3	0

Vurdering av maten	Helt enig %	Delvis enig %	Delvis uenig %	Helt uenig %	Vet ikke / ikke aktuelt %
Potetene er gode og godt tilberedt (N=563)	59	29	9	3	0
Sausen er god og godt tilberedt (N=561)	77	18	4	2	0
Det serveres alltid dessert (N=562)	77	15	3	4	0
Desserten er god og veltillaget (N=560)	75	20	3	1	0
Det serveres frukt hver dag (N=557)	49	28	14	7	1
Tilbud om tran / andre former for vitaminer daglig (N=555)	38	26	15	16	5
Det serveres ofte tradisjonelle retter (N=562)	79	17	3	1	0
Det blir tatt kulturelle hensyn i mattilbudet (N=561)	42	20	7	3	28
Det blir tatt religiøse hensyn i mattilbudet (N=561)	39	13	5	4	39
Beboerne gir uttrykk for å være fornøyd med maten (N=566)	74	22	3	0	0
Maten er varm når den kommer på beboernes tallerken (N=563)	86	11	1	1	1

Tabell 7. Respondentenes vurdering av maten (sp.m. 8, del I)

3/4 er helt enige i at maten som tilbys er appetittvekkende og delikat og 1/3 er delvis enige, mens det er 20 sykehjem (4 %) som er delvis eller helt uenige. I tillegg svarer 3/4 at de er helt enige i at beboerne er fornøyd med maten.

Selv om de aller fleste av respondentene (90 %) er helt eller delvis enige i at kjøttet er mørt, så er det allikevel verd å merke seg at ved 59 sykehjem (10 %) svarer respondentene at de er helt eller delvis uenige i at kjøttet som serveres er

mørt. Samtidig svarer 80 respondenter (14 %) at de er helt eller delvis uenige i at grønnsakene er varierte og godt tilberedt. (Jf. Tabell 50 i del 2).

Halvparten er helt enige i at frukt blir servert hver dag, mens 1/5 er helt eller delvis uenige i at frukt blir servert hver dag. Ca. 1/3 er helt eller delvis uenige i at det blir tilbudt tran eller andre former for vitaminer daglig.

På spørsmålet om det blir tatt kulturelle og religiøse hensyn er det for begge områder ca. 2/5 av respondentene som er helt enige i at slike hensyn blir tatt. Imidlertid er gruppen som har svart vet ikke / ikke aktuelt hhv. 28 % og 39 %.

4.5 Serveringstilbudet

Hvilket serveringstilbud har beboere ved sykehjemmet? Omtrent samtlige sykehjem (unntatt 8) tilbyr beboerne mat og drikke utenom måltidene (Tabell 8). Det er imidlertid verd å merke seg at kun 1/3 mener at tiden mellom siste måltid om kvelden og første måltid på morgenen er mindre enn 11 timer.

Serveringstilbudet	Helt enig %	Delvis enig %	Delvis uenig %	Helt uenig %	Vet ikke / ikke aktuelt %
Kan få mat utenom de faste måltidene (N=565)	93	5	1	1	0
Tilbys drikke utenom de faste måltidene (N=562)	94	4	1	1	0
Tiden mellom kveldsmåltid og første måltid neste dag < 11 timer (N=554)	14	19	23	43	0
Mulighet for pårørende å få kjøpt mat (N=563)	73	12	4	7	4

Tabell 8. Vurdering av serveringstilbudet (sp.m. 8, del II)

4.6 Beboernes ernæringsstatus

4.6.1 Tilgang på vekt

Mangler avdelingen vekt, eller vekt er vanskelig å få tak i, kan dette medføre at vektregistrering av beboeren ikke blir foretatt. Vekt er imidlertid den viktigste

metoden for å vurdere beboernes ernæringsstilstand. I Sosial- og helsedirektoratets retningslinjer (Statens ernæringsråd 1995) er det poengtert at ernæringsstatus skal kartlegges.

Vekter	Antall	%
Vanlig (stå)vekt på sykehjemmet (N=520)	459	88
Stolvekt på sykehjemmet (N=531)	427	80
Personløfter med vekt på sykehjemmet (N=470)	142	30
Vekt på hver enkelt avdeling (N=563)	435	77

Tabell 9. Vekter på sykehjemmet / den enkelte avdeling (sp.m. 9 og 10)

På spørsmålet om sykehjemmet har vanlig vekt (der beboeren må stå), svarer 88 % ja. I tillegg har 80 % stolvekt og 30 % personløfter med vekt. 22 % oppgir at ikke hver enkelt avdeling har egen vekt. Se Tabell 9.

4.6.2 Rutiner og tiltak

Tabell 10 viser hvilke rutiner sykehjemmene har knyttet til ernæringsstatus, og Tabell 11 viser hvilke tiltak som blir iverksatt for beboere som spiser lite.

Rutiner	Ja %	Nei %	Vet ikke %
Standardprosedyre med innhenting av opplysninger om beboernes matvaner ved innskriving (N=563)	86	12	1
Standardprosedyre med veiing ved innskriving (N=559)	53	44	3
Rutine for regelmessig veiing (N=555)	66	31	3
Rutine for beregning av KMI (kroppsmasseindeks) ved innskriving (N=561)	4	93	3
Rutine for regelmessig beregning av KMI (N=555)	5	93	3
Skriftlige prosedyrer for vurdering av ernæringsstatus (N=557)	16	78	6
Matinntaket registreres vanligvis hos beboere med dårlig ernæringsstatus (N=556)	95	3	1
Det settes opp mål for ernæringsinntak hos beboere med dårlig ernæringsstilstand (N=560)	70	25	6
Mat og måltider en del av den individuelle planen for beboeren (N=558)	70	21	42

Tabell 10. Rutiner (sp.m. 11)

Tiltak	Vanligvis %	Noen ganger %	Sjelden %	Aldri %
Kostinntaket til beboere som spiser lite blir registrert (N=559)	77	19	3	1
Væskeinntaket blir registrert hos beboere som spiser dårlig (N=563)	90	9	1	0
Vektkontroll blir registrert hos beboere som spiser lite (N=562)	69	25	5	1
Beboere som spiser lite får næringstett kost (N=563)	71	23	5	1
Mellommåltider benyttes (N=563)	65	30	4	0
Næringsdrikker blir benyttet hos beboere som spiser lite (N=565)	79	20	1	0
De som spiser lite får ønskekost (N=563)	76	19	4	1
Sondeernæring blir benyttet hos beboere som spiser lite (N=563)	18	24	43	15
Parenteral ernæring blir benyttet hos beboere som spiser lite (N=562)	9	24	45	21

Tabell 11. Tiltak som blir iverksatt for beboere som spiser lite (sp.m. 12)

Kun 16 % av sykehjemmene har skriftlige prosedyrer for vurdering av ernæringsstatus. I tillegg oppgir 44 % av respondentene at det ikke er en standard prosedyre å veie beboerne ved innskrivning, og 31 % svarer at det heller ikke er rutine for regelmessig veiing. Er det imidlertid mistanke om at en beboere spiser lite, svarer 69 % at vekten vanligvis registreres. Kun 4 % beregner beboernes KMI (kroppsmasseindeks).

Matinntaket blir registrert hos beboere med dårlig ernæringstilstand (95 %). Spiser beboeren lite, oppgir 77 % at matinntaket blir registeret. Derimot blir væskeinntaket registrert for beboere som spiser lite (90 %). 86 % av respondentene svarer at innhenting av opplysninger om beboernes matvaner er

en standardprosedyre ved innskriving, og 70 % svarer at det settes opp mål for ernæringsinntak, og at mat og måltider er en del av den individuelle planen.

Bruk av næringsdrikker oppgis av 79 % av respondentene som ernæringstiltak for beboere som spiser lite. Derneft kommer ønskekost (76 %), næringstett kost (71 %) og mellommåltider (65 %), mens sonderernæring og parenteral ernæring brukes lite i sykehjem (hhv. 18 % og 9 %).

4.7 Involvering av beboerne

Et stort antall eldre spiser hver dag mat som er tilberedt av kommunale eller private storkjøkkener. Manglende valgmulighet kan medføre tap av selvstendighet. Det blir viktig at den eldre kan velge mat som hun / han er vant til.

Involvering av beboerne	Vanligvis %	Noen ganger %	Sjelden %	Aldri %
Deltar i planlegging av menyen (N=563)	2	16	28	54
Smører egne brødsiver (N=556)	39	43	12	6
Deltar i middagslaging (N=563)	2	3	12	84
Deltar i dekkning og pynting av bord (N=562)	6	43	35	17
Deltar i avdekking / opprydding (N=559)	7	43	35	14

Tabell 12. Involvering i måltidene (sp.m. 13)

Denne undersøkelsen viser at ved de aller fleste sykehjem er det ikke vanlig at beboerne deltar i planleggingen av middagsmenyen eller i middagslagingen, mens det å smøre egne brødsiver er mer vanlig. Ved omtrent halvparten av sykehjemmene deltar heller ikke beboerne i pådekking eller avdekking og opprydding i forbindelse med måltidene (Tabell 12).

4.8 Det fysiske og sosiale miljøet ved måltidene

Det fysiske og sosiale miljøet rundt måltidet kan ha betydning for appetitten og dermed inntaket av mat (Elmståhl 1988, Kofod 2000).

4.8.1 Spiseplassen og spisebordet

En engelsk undersøkelse viste at forbedring av spisemiljøet hadde en positiv effekt på matinntaket hos de eldre (Gibbson og Henry 2005); se kap. 2.10.

Normal spiseplass	Egen spisestue %	Dagligstuen %	På rommet %
Frokost (N=531)	66	30	4
Lunsj (N=378)	49	40	8
Middag (N=533)	67	31	1
Kaffemåltid (N=524)	35	59	3
Kveldsmat (N=533)	66	31	2
Sen kveldsmat (N=440)	18	22	59

Tabell 13. Spiseplassen (sp.m. 14)

På spørsmålet om hvor beboerne vanligvis spiser, ser det ut til at det ulike måltider spises på forskjellige steder (Tabell 13). To av tre svarer at de spiser både frokosten og middagen i egen spisestue, mens ca. 30 % svarer dagligstuen.

Kaffemåltidet er det derimot over halvparten (59 %) som inntar i dagligstuen, mens 35 % oppgir i egen spisestue. Det er ikke alminnelig at beboerne spiser måltidene i eget rom, unntatt ved sen kveldsmat, da er det derimot 59 % som spiser på rommet.

Spiseplassen	Ja %
Er spiseplassen i nærheten av avdelingskjøkkenet? (N=557)	95
Er spiseplass og avdelingskjøkken i samme rom? (N=553)	66
Er det god nok plass for rullestolbrukere rundt bordet (N=559)	84
Er den innredet med "gamle" møbler fra den tid de eldre var unge? (N=554)	15
Er spisestuen innredet med moderne møbler? (N=555)	73
Er møblene utslitte eller i dårlig forfatning? (N=560)	10

Spiseplassen	Ja %
Er det mulighet til å tilpasse stol og bord for den enkelte beboer? (N=553)	58
Har beboerne adgang til avdelingskjøkkenet? (N=555)	65
Kan beboerne kjenne matlukt fra avdelingskjøkkenet (N=557)	86

Tabell 14. Om spisestuen/spiseplassen (sp.m. 15)

95 % oppgir at spiseplassen er i nærheten av kjøkkenet (Tabell 14). I tillegg oppgir 86 % at beboerne kan kjenne matlukt. Det er imidlertid verd å merke seg at ca. 1/3 svarer at beboerne ikke har adgang til avdelingskjøkkenet.

På spørsmålet om hvordan spisebordet ser ut, har respondentene svart forskjellig, avhengig av om det er en vanlig hverdag, søndag eller høytid / fest (Tabell 15).

Spisebordet	Hverdag		Søndag		Høytid	
	Ant.	%	Ant.	%	Ant.	%
Dekker bordet med duk	342	62	466	84	562	100
Pynter bordet med blomster	455	82	485	88	558	99
Benyttes levende lys	331	60	406	73	501	90
Benyttes helt og pent service	555	99	558	99	561	100
Benyttes servietter	516	92	540	96	561	100

Tabell 15. Pådekking av spisebordet (sp.m. 16)

62 % av sykehjemmene dekker bordet med duk på hverdager. På søndager benytter 84 % av sykehjemmene duk, og til høytid og fest er det praktisk talt alle som har svart på spørsmålet som benytter duk på bordet.

82 % av sykehjemmene pynter bordet med blomster på hverdager, 88 % på søndager, og til høytid / fest pynter omtrent samtlige (unntatt 4 sykehjem) bordet med blomster.

Servietter er vanlig å benytte i sykehjemmene. Kun 8 % oppga at det ikke var vanlig å benytte servietter på hverdager.

4.8.2 Forberedelse av beboerne

Forberedelse av beboerne	Helt enig %	Delvis enig %	Delvis uenig %	Helt uenig %	Vet ikke %
Beboere som trenger hjelp får tilbud til å vaske hendene før måltidet (N=561)	39	45	10	4	2
Beboere som trenger hjelp får tilbud om tann- / protesestell to ganger i døgnet (N=559)	63	27	6	3	1

Tabell 16. Forberedelse av beboerne (sp.m. 18, del II)

84 % av respondenten er helt eller delvis enige i at beboerne som trenger hjelp får tilbud om håndvask før måltidene, mens 14 % (80 sykehjem) er helt eller delvis uenige i at det gis tilbud om håndvask. På spørsmålet om beboerne får hjelp til tannpuss- / protesestell to ganger i døgnet, oppgir 63 % at de er helt enige, og 27 % er delvis enige; 49 respondenter er helt eller delvis uenige.

4.8.3 Serveringen

Tabell 17 viser hvordan serveringen av frokost, middag og kveldsmat foregår.

Serveringen av måltidet	Frokost		Middag		Kveldsmat	
	Antall	%	Antall	%	Antall	%
Beboeren får maten ferdig utporsjonert	309	57	414	76	312	58
Maten blir lagt på fat og sendt rundt bordet	360	66	248	45	369	68
Benyttetes betjent buffet	43	8	15	3	43	8
En av personalet har til oppgave å fylle på fat og lignende	449	80	448	80	435	78

Tabell 17. Serveringen av måltidet (sp.m. 17 – del I)

Serveringen av måltidet foregår på ulike måter avhengig av måltidstype. I tillegg benytter noen sykehjem flere serveringsmåter for det samme måltidet. 2/3 oppgir at ved frokostmåltidet blir maten lagt på fat og sendt rundt bordet. Samtidig svarer 57 % at beboerne får maten ferdig utporsjonert til frokost. En stor andel av sykehjemmene (76 %) oppgir at middagen blir servert ferdig

utporsjonert til den enkelte beboer, mens litt under halvparten (45 %) serverer middagen på fat. Bare et fåtall av sykehjemmene benytter betjent buffet (8 % til frokost og kveldsmat, og 3 % til middag); se Tabell 17.

4.8.4 Det sosiale miljøet

Et godt selskap under måltidet kan være en god forutsetning for et godt måltid (Kofod 2000).

Spisemiljøet I	Frokost		Middag		Kveldsmat	
	Antall	%	Antall	%	Antall	%
Beboeren har faste plasser	520	94	516	94	517	93
Beboerne sitter til bords til alle er ferdige	274	49	315	57	285	51

Tabell 18. Spisemiljøet I. (sp.m. 17 – del II)

Ved de fleste sykehjemmene (94 %) har beboerne faste plasser. Dette gjelder både til frokost, middag og kveldsmåltid. Andelen som oppga at beboerne sitter til bords til alle er ferdige, er høyere for middagsmåltidet enn for frokost og kveldsmåltid (Tabell 18).

Tabell 19 viser hvordan respondentene vurderer en del utsagn vedrørende spisemiljøet ved sykehjemmets avdelinger.

Spisemiljøet II	Helt enig %	Delvis enig %	Delvis uenig %	Helt uenig %
Rommet blir tilrettelagt før serveringen (luftet, rent og ryddig) (N=563)	62	33	3	2
Beboerne kan vanligvis selv velge hvem de skal sitte sammen med under måltidet (N=565)	15	43	27	15
Beboerne kan velge om de vil spise alene eller sammen med andre (N=565)	73	21	2	3
Personalet spiser sammen med beboerne (N=564)	25	38	17	20
Det er mulig for pårørende å spise sammen med beboeren (N=563)	65	23	7	5

Tabell 19. Spisemiljøet (sp.m. 18, del I)

De aller fleste (95 %) er helt eller delvis enige i at rommet blir tilrettelagt før servering (luftet, rent, ryddet). Beboerne kan stort sett ved alle sykehjem velge om de vil spise alene eller sammen med andre, mens 42 % er helt eller delvis uenige i at beboerne selv kan velge hvem de vil sitte sammen med under måltidet. 37 % er også helt eller delvis uenige i at personalet spiser sammen med beboerne.

Tid og ro under måltidet	Helt enig %	Delvis enig %	Delvis uenig %	Helt uenig %
Beboerne får lang nok tid til å spise (N=565)	81	16	1	1
TV står på under måltidet (N=565)	2	15	26	56
Radio står på under måltidet (N=563)	1	14	26	58
Det er høyt støynivå under måltidet (N=563)	2	14	29	53
Medisinutdeling foregår under måltidet (N=564)	85	12	1	2
Beboerne ser ut til å hygge seg under måltidet (N=564)	70	27	2	1

Tabell 20. Tid og ro under måltidet (sp.m. 18, del II)

Tabell 20 viser hvordan sykehjemmene tilrettelegger for tid og ro under måltidene. Hele 97 % er helt eller delvis enige i at beboerne får lang nok tid til å spise, og like mange er også enige i at beboerne ser ut til å hygge seg under måltidet. 16 % er helt eller delvis enige i at det er høyt støynivå under måltidet, 17 % hhv. 15 % er helt eller delvis enige i at TV / Radio står på under måltidet. I tillegg er 97 % helt eller delvis enige i at medisinutdeling foregår under måltidet.

4.8.5 Hjelp til å spise

På spørsmålet om det er tilstrekkelig med personale under måltidene til å hjelpe de som trenger spisehjelp, svarer 36 % at de er helt enige og 42 % delvis enige, mens en av fem er helt eller delvis uenige. Dessuten er ca 1/4 helt enige og delvis enige i at flere beboere mates samtidig av samme pleier. 56 % er helt uenige og 19 % delvis uenige i at dette skjer. 62 % er helt enige og 28 % delvis enige i at beboere som trenger det vanligvis får tilstrekkelig spisehjelp, mens 10 % (57) er delvis eller helt uenige.

Spisehjelp	Helt enig %	Delvis enig %	Delvis uenig %	Helt uenig %
Det er tilstrekkelig med personalet under måltidene til å hjelpe de som trenger spisehjelp (N=565)	36	42	16	5
Beboere som trenger det vanligvis får tilstrekkelig spisehjelp (N=566)	62	28	8	2
Beboere som trenger spisehjelp får tilstrekkelig tid til å spise (N=565)	63	28	8	1
Flere beboere mates samtidig av samme pleier (N=565)	5	19	19	56
Beboere som trenger spisehjelp får vurdert om de trenger hjelpemidler (N=564)	73	20	4	2
Beboere som trenger spisehjelp kan velge om de vil spise alene eller sammen med andre (N=566)	54	30	11	5

Tabell 21. Hjelp til å spisehjelp (sp.m. 19)

4.9 Ansvar, kunnskap og samarbeid om ernæringsarbeid

4.9.1 Ansvar

Hvem har ansvaret for at maten som tilbys beboerne er satt sammen på en ernæringsmessig forsvarlig måte? Sosial og helsedirektoratet (1995) har i sine retningslinjer anbefalt en ansvarsfordeling knyttet til ernæringsforhold, der kjøkkensjefen har ansvar for at det leveres en ernæringsmessig forsvarlig kost.

Ansvar for den ernæringsmessige sammensetning av kosten	Antall	%
Kjøkkensjef/leder av kjøkkenet	509	89
Avdelingssykepleier	129	23
Ledelsen ved sykehjemmet	72	13
Sykehjemslegen / Kommunelegen	58	10
Ernæringskomité / kostholdskomité	25	4
Klinisk ernæringsfysiolog	5	1
Annet	58	10
Vet ikke	18	3

Tabell 22. Ansvar for den ernæringsmessige sammensetning av kosten (sp.m. 20, N=570)

Når det gjelder hvem som har ansvaret for den ernæringsmessige sammensetningen av kosten ved sykehjemmet, er det kjøkkensjef / leder av kjøkkenet som oppgis av de fleste (89 %). Avdelingssykepleier oppgis av 23 %, og ledelsen ved sykehjemmet oppgis av 13 % (Tabell 22). Noen av respondentene har krysset av i flere svarkategorier, noe som indikerer at det er flere som har ansvaret for den ernæringsmessige sammensetningen av kosten.

4.9.2 Retningslinjer for kosthold i helseinstitusjoner

Sosial- og helsedirektoratet har utgitt ”Retningslinjer for kosthold i helseinstitusjoner” (1995).

Blir retningslinjene fulgt?	Antall	%
Ja	238	43
Delvis	117	21
Nei	14	3
Vet ikke	123	22
Kjenner ikke til retningslinjene	67	12

Tabell 23. Bruk av retningslinjer (sp.m. 21, N= 559)

Omtrent 2/3 av respondentene opplyser at de bruker retningslinjene, mens ca. en av fem oppgir at de ikke vet om retningslinjene benyttes. 12 % opplyser at de ikke kjenner til retningslinjene (Tabell 23).

De som oppgav at de benyttet retningslinjene, skulle deretter svare på hvordan retningslinjene ble benyttet. Respondentene har krysset av for flere alternativer.

Bruk av retningslinjene	Vanligvis		Noen ganger		Sjelden		Aldri		Vet ikke	
	Ant.	%	Ant.	%	Ant.	%	Ant.	%	Ant.	%
Som oppslagsverk (N=359)	142	40	127	35	34	9	11	3	45	13
Ved spesialkost (N=352)	170	48	105	30	26	7	4	1	47	13
Til kostrådgivning (N=345)	112	32	112	32	52	15	12	3	57	17
Til undervisning (N=336)	70	21	78	23	98	29	36	11	54	16
Vurdere kostregistrering (N=333)	41	12	61	18	93	28	60	18	78	23
Ved matbestilling (N=342)	68	20	52	15	81	24	78	23	63	18

Tabell 24. Hvordan brukes retningslinjene (sp.m. 22)

Tabell 24 viser at retningslinjene først og fremst blir benyttet som oppslagsverk og som hjelpemiddel til spesialkost og til kostrådgivning.

4.9.3 Kunnskap om ernæringsarbeidet

81 % (454) av respondentene opplever at personalet trenger mer kunnskap om ernæringsarbeid i sykehjem. 12 % svarte nei og 7 % svarte vet ikke.

Innenfor hvilke områder av ernæringsarbeidet trenger personalet mere kunnskaper? Respondentene skulle krysse av for den kategorien som de trodde personalet trengte mer kunnskaper i. Det var mulig å sette flere kryss. Tabell 25 viser svarfordelingen.

Mer kunnskap trengs	Antall	%
Anbefalinger for kosthold til eldre med dårlig helse / syke / skrøpelige	311	69
Beregne beboernes energibehov	284	63
Mat ved demens	291	64
Hvilke tiltak som bør settes inn overfor beboere som spiser lite	281	62
Kost ved svelgeproblemer	265	58
Kunnskaper om de ulike næringsstoffene	259	57
Identifisere underernærte beboere	256	56

Mer kunnskap trengs	Antall	%
Konsekvenser hvis beboerne spiser lite	250	55
Mat og fellesskap i sykehjem	199	44
Mat, trivsel og psykisk helse	192	42
Mat, kultur og religion	181	40

Tabell 25. Områder personalet trenger mer kunnskap om. (sp.m. 24, N=454)

Kunnskaper om anbefalinger for kosthold til eldre med dårlig helse / syke / skrøpelige er det området som flest har oppgitt (69 %), mens færrest har oppgitt mat, kultur og religion (40 %). Omtrent halvparten (47 %) oppgir at det ved sykehjemmene blir arrangert undervisning i ernæring for ansatte, mens 42 % svarer nei og 10 % vet ikke. Av andelen som har arrangert undervisning, oppgir 187 respondenter at undervisningen ble gjennomført i 2006 eller 2007.

4.9.4 Samarbeid med kjøkkenet

For at beboerne skal få dekket sitt ernæringsbehov, må flere profesjoner som har et ansvar vedrørende ernæringen, samarbeide. Tabell 26 viser hvordan respondentene vurderer samarbeidet med eget hovedkjøkken / institusjonskjøkken, og Tabell 27 viser samarbeidet med eksternt kjøkken.

Samarbeidet med eget hovedkjøkken	Antall	% - de som har eget hovedkjøkken
Meget bra	255	61
Bra	157	37
Mindre bra	6	1
Dårlig	3	1

Tabell 26. Samarbeidet med eget hovedkjøkken (sp.m. 27, N=421)

Samarbeidet med produksjonskjøkken / eksternt kjøkken	Antall	% - de som benytter prod.- / eksternt kjøkken
Meget bra	89	39
Bra	127	55
Mindre bra	14	6
Dårlig	1	0

Tabell 27. Samarbeidet med produksjonskjøkken / eksternt kjøkken (sp.m. 28, N= 231)

Av de som har besvart spørsmålet, og som har eget hovedkjøkken, vurderer to av fem samarbeidet med hovedkjøkken som meget bra, mens 37 % vurderer det til bra. På tilsvarende spørsmål til de som benyttet eksternt kjøkken vurderer 39 % samarbeidet som meget bra og ca. litt over halvparten (55 %) vurderer samarbeidet til å være bra. Kun få respondenter vurderer samarbeidet med kjøkkenene til å være dårlig (Tabell 26 og Tabell 27)

4.10 Forbedringstiltak, mulige hindringer, vellykkede tiltak

Tabell 28 viser hvilke tiltak sykehjemmene har innført og hvilke tiltak som de ønsker skal gjennomføres for å bedre ernæringsarbeidet.

Har i dag / ønsker	Har i dag %	Ønskes for framtiden %	Ikke aktuelt %	Vet ikke %
Fast person (matvert) på avdelingen med ansvar for at maten som serveres er delikat (eks. pynte maten og servere den delikat) (N=547)	26	46	23	5
Fast kontaktperson for mat på hver avdeling (N=551)	42	31	23	4
Fast kontaktperson for mat for alle avdelingene (N=529)	29	21	42	8
Faste møter mellom kjøkkenet som lager maten og beboerne (N=546)	10	33	48	9
Faste møter mellom kjøkkenet som lager maten og personalet på avdelingene (N=554)	48	37	11	4
Brukerundersøkelser med fokus på mat (N=545)	25	44	17	13
Smakspanel hvor det sitter beboere (N=540)	2	26	58	14
Beboerne kan velge mellom 2 eller flere retter til det varme måltidet (N=543)	16	46	32	7
Felles undervisning for pleie- og kjøkkenpersonale (N=548)	15	68	11	6
Kostombud (N=537)	9	29	41	21
Kostutvalg/ernæringsutvalg (N=534)	7	30	42	21
Klinisk ernæringsfysiolog (N=533)	1	29	53	18
Ordning for tilbakemelding fra sykehjemmet til kjøkkenet som lager middagsmåltidet (N=554)	80	15	4	2

Tabell 28. Tiltak som er iverksatt og tiltak som ønskes gjennomført (sp.m. 29)

Tabell 28 viser at fire av fem sykehjem har innført ordning for tilbakemelding fra sykehjemmet til kjøkkenet, mens 15 % ønsker at tiltaket iverksettes. 37 % ønsker faste møter mellom kjøkken og personalet på avdelingene, og 33 % ønsker faste møter mellom kjøkkenet og beboerne. Få sykehjem har innført kostombud / kostutvalg (hhv. 9 % og 7 %), mens 44 % har en fast kontaktperson for mat ved hver avdeling. 31 % ønsker seg en fast kontaktperson ved hver avdeling. Smakspanel hvor det sitter beboere er det kun 2 % som har innført, og 26 % som ønsker å innføre. Derimot har 1/4 innført brukerundersøkelser med fokus på mat, mens 44 % ønsker å innføre brukerundersøkelser med fokus på mat.

Kun 16 % oppgir at beboerne kan velge mellom 2 eller flere retter til det varme måltidet. Nesten halvparten (46 %) ønsker å innføre menyvalg, og like mange ønsker å innføre en ordning med egen matvert.

Ca. 2/3 ønsker felles undervisning for pleie- og omsorgspersonalet.

4.10.1 Forslag til forbedringstiltak

Til slutt i undersøkelsen skulle respondentene besvare tre åpne spørsmål, der de med egne ord skulle beskrive hvordan ernæringsarbeidet kunne gjøres bedre. I tillegg skulle de beskrive de viktigste hindringene for at forslagene de hadde til forbedring av ernæringsarbeidet kunne gjennomføres. I Tabell 29 er forslagene fra respondentene gruppert i 8 kategorier, der den kategorien som forekommer hyppigst er plassert øverst i tabellen.

Forslag til forbedringer
Økte kunnskaper i ernæring
Etablere gode rutiner for ernæringsstatus
Bedre tid til å avvikle måltidene
Brukermedvirkning /brukerundersøkelser
Fordele måltidene bedre utover dagen
Valgfri meny
Innføre måltidsverter
Faste møter mellom kjøkken / avdeling

Tabell 29. Forslag til forbedringer (sp.m. 30)

4.10.2 Mulige hindringer

Respondentene skulle deretter beskrive de viktigste hindringene for at forslagene de hadde til forbedringer kunne gjennomføres. Forslagene er gruppert i syv kategorier, der den kategorien som forekommer hyppigst er plassert øverst i tabellen. Se Tabell 30.

Hindringer
Dårlig økonomi
Tidspress
Lav bemanning
Manglende kunnskap / holdninger
Organisatoriske og fysiske begrensninger
Lite samarbeid
Ingen hindringer

Tabell 30. Viktigste hindringer (sp.m 31)

Dårlig økonomi

”Dette er en besparelse som har foregått gradvis. De siste årene har avdelingen blitt tappet for stadig flere tjenester fra kjøkkenpersonalet pga. at kjøkkenet skal holde sine stramme budsjetter. Dette gjør at pleiepersonalet må overta disse oppgavene”.

Tidspress og lav bemanning

”Kort tid til å mate hver enkelt og i tillegg skulle lage et koselig måltid for de ”oppegående” beboerne”.

”For lite personale til å kunne gi tilfredsstillende matglede”.

”Det er stort behov for hjelp til mating, det skaper stress rundt måltidene”.

”Mangel på motivasjon hos personalet til å ha enda større fokus på ernæringen”.
Uvilje fra kjøkkenavdeling”.

Holdninger, kunnskap

”Tradisjon. Spørsmål, forslag til endringer taes ofte negativt opp”.

”Ufaglært personell”.

Organisatoriske/ fysiske begrensninger

”At det legges om til produksjonskjøkken og at pleiepersonalet overtar kjøkkenfunksjonen”.

”Kjøkkenpersonalet jobber bare fram til kl. 15:00”.

Ingen hindringer

Noen av respondentene mente imidlertid at det ikke var noen hindringer.

Eksempler på svar som illustrerer dette er:

”Dette er opp til oss sjølve”.

”Vi er allerede i gang”.

”Stor interesse for temaet på kjøkken og i avdelingene. Interessert og dyktig kjøkkensjef”.

4.10.3 Vellykkede tiltak

I tillegg hadde sykehjemmene i denne undersøkelsen gjennomført en del vellykkede tiltak for å bedre ernæringsarbeidet.

Eksempler på vellykkede initiativer:

Endret måltidstidspunkter

”Tiden mellom kveldsmat og frokost er avkortet. Det gir bedre søvnrytme”.

”Flyttet middagen til ettermiddagen”.

”Bedre tid til varierte aktiviteter på formiddagen. Ansatte opplever mer ro for beboer / ansatte”.

Flere måltid

”Innført ekstra kveldsmåltid”.

Økt fokus på mat

”Nedsatt kvalitetsgruppe”, ”Ernæringskampanje”.

Organisering

”Måltidene serveres i mindre grupper”.

”Nytt sykehjem med 8 pasienter pr. gruppe. Kjøkken i bogruppen”.

Kjøkkenfaglig kompetanse i avdelingen

Kokk / husmor / kostøkonom.

Kostombud / kjøkkenkontakt / matombud / kjøkkengruppe.

Måltid som aktivitet

Måltidsverter

Frokostgrupper

Aktivitør

Bakedag / vaffeldag / lager dessert og kaffemat i avdelingen.

Frukt

”Oppskjært frukt på formiddagen”.

”Byttet ut saft med smoothies”.

Favorittmåltid

”Ber om brukernes favorittmåltid, serverer dette minst 1 gang i måneden”.

Rullende serveringsvogn

”Sirkulerer mellom avdelingene”.

Registrering av matinntak

”Har ført til større bevissthet”.

5 KARTLEGGING AV KJØKKEN

I dette kapitlet presenteres funn fra spørreundersøkelsen del 2. Materialet omfatter utfylte spørreskjemaer fra 276 kjøkken. Innledningsvis presenteres noen bakgrunnsvariabler knyttet til respondentene som har besvart undersøkelsen. Deretter er funnene strukturert etter følgende kategorier: forhold knyttet til type kjøkken og produksjonsmåten, menyplanen og kostens ernæringsmessige kvalitet, ulike kostformer og valgmuligheter, kjøkkenets bruk av råvarer, kjøkkenets vurdering av matkvaliteten, kommunikasjon og samarbeid mellom sykehjem og kjøkken, forslag til forbedringstiltak og de viktigste hindringene. Det er viktig å være klar over at respondentene har besvart spørsmålene ut fra hvordan de mener forholdene er ved deres kjøkken, og ikke hvordan de mener det bør være. De fleste resultatene blir presentert i tabeller, og noen blir presentert som figurer.

Følgende fylker har deltatt i kartleggingsundersøkelsen:

Antall kjøkken:

Østfold	13	Telemark	12	Sør-Trøndelag	16
Akershus	18	Aust-Agder	7	Nord-Trøndelag	8
Oslo	14	Vest-Agder	6	Nordland	20
Hedmark	13	Rogaland	27	Troms	13
Oppland	17	Hordaland	24	Finnmark	5
Buskerud	10	Sogn og Fjordane	16	Ikke oppgitt	5
Vestfold	9	Møre og Romsdal	23	Totalt	276

5.1 Respondentene

Respondentene i undersøkelsen skulle svare på to bakgrunnsvariabler: stillingsbetegnelse og utdanning. De fleste som svarte på spørreskjemaet hadde lederstilling som kjøkkensjef / leder ved kjøkkenet eller kokk. Dette samsvarte med målgruppen for undersøkelsen, som var kjøkkensjef eller kjøkkenansvarlig ved kjøkkenet.

Respondentene har følgende utdanning; se Tabell 31.

Utdanning	Antall	%
Kokk med fagbrev, storhusholdning	218	79
Kokk med fagbrev, hotell og restaurant	96	35
Kostøkonom	47	17
Stuert	17	6
Annet	29	14

Tabell 31 Utdanning (sp.m. 43, N=276)

Ikke uventet har de fleste respondentene utdanning som kokk med fagbrev i storhusholdning eller hotell og restaurant. Eksempler på ”annet” oppgitt under utdanning er hotellhøgskole, administrasjon, faglærerutdanning, sykepleierutdanning. Kun seks respondenter har oppgitt lang erfaring og kurs som utdanning.

5.2 Type kjøkken, størrelse og produksjonsmåte

Sykehjemmene kan ha eget hovedkjøkken / institusjonskjøkken på sykehjemmet, eller de kan motta mat fra et eksternt kjøkken som ikke er plassert på sykehjemmet, og som da produserer maten til flere institusjoner. Denne undersøkelsen omfatter totalt 276 kjøkken, hvorav 224 er hovedkjøkken / institusjonskjøkken på sykehjemmene (83 %), og 47 er eksterne produksjonskjøkken. 5 respondenter har ikke svart på spørsmålet om type kjøkken.

Tabell 32 viser hvilken eierform kjøkkenene i denne undersøkelsen har.

Eierform	Antall	%
Kommunalt foretak	237	86
Privat foretak	29	11
Statlig foretak	7	3
Interkommunalt foretak	2	1

Tabell 32 Kjøkkenets eierform (sp.m. 4, N=275)

De fleste kjøkkenene (86 %) er kommunale foretak, mens 11 % er private foretak. 202 kjøkkener i denne undersøkelsen (73 %) leverer mat til flere

institusjoner, mens 72 kjøkkener (27 %) leverer kun til beboere ved eget sykehjem.

Kjøkkenet leverer varm mat til	Antall
Hjemmeboende / brukere av hjemmetjenesten	173
Dagsentere	117
Flere alders- og sykehjem i egen kommune	104
Personalkantiner	79
Eldresentere	63
Andre	42
Flere alders- og sykehjem i andre kommuner	14

Tabell 33 Hvilke andre institusjoner leverer kjøkkenet til, dersom flere (sp.m. 3)

Av de kjøkkenene som har svart at de leverer mat til flere institusjoner (Tabell 33), er det flest som leverer mat til hjemmeboende og brukere av hjemmetjenesten (173 kjøkken), til dagsentere (117 kjøkken), og til flere alders- og sykehjem i kommunen (104 kjøkken). Kun 14 av kjøkkenene har oppgitt at de leverer mat til alders- og sykehjem i andre kommuner. Under ”andre” nevnes blant annet følgende: sykehus, bolig for funksjonshemmede / bokollektiv / bofellesskap, dagsenter / aktivitetssenter, habilitering / rehabiliteringssenter, møter, kafé.

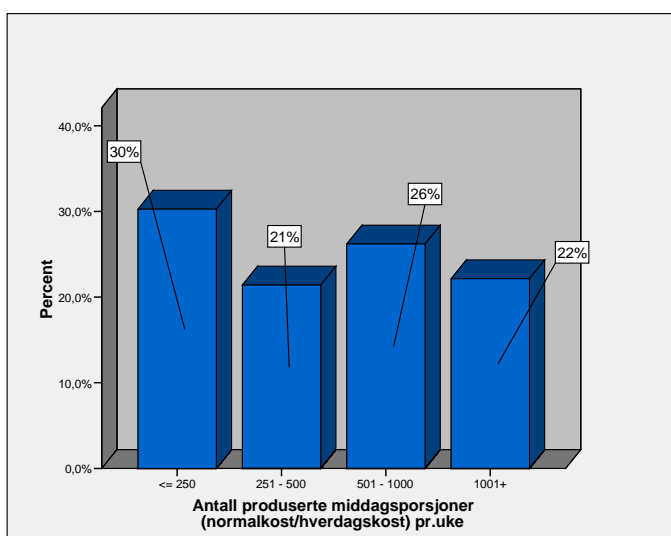
Kjøkkenene i denne undersøkelsen produserer følgende måltider:

Måltider	Antall	%
Tidlig morgenmåltid	36	13
Frokost	178	65
Lunsj/formiddagsmat	85	31
Mellommåltid	76	28
Middag	275	100
Kaffemåltid	218	79
Kveldsmat	182	66
Sen kveldsmat	71	26

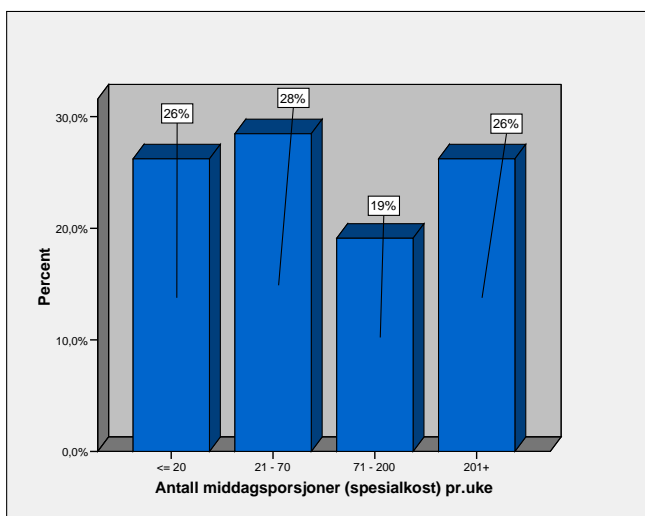
Tabell 34 Måltider som produseres (sp.m. 5, N=276)

Samtlige kjøkken produserer middagsmåltid og 79 % kaffemåltid. Kveldsmat og frokost produseres av henholdsvis 66 % og 65 %. Bare ca 1/4 produserer sen kveldsmat, og kun 13 % produserer tidlig morgenmåltid.

Antall middagsporsjoner som produseres kan si noe om størrelsen på kjøkkenet. Figur 4 viser fordelingen av hvor mange middagsporsjoner av normalkost / hverdagskost som blir produsert i løpet av en uke, mens Figur 5 viser fordelingen av hvor mange middagsporsjoner av spesialkost som blir produsert i løpet av en uke.



Figur 4 Antall produserte middagsporsjoner med normalkost / hverdagskost pr. uke (sp.m. 7; N=271)



Figur 5 Antall produserte middagsporsjoner med spesialkost pr. uke (sp.m. 7; N=267)

Ca. en tredjedel av respondentene opplyser at deres kjøkken produserer opptil 250 middagsporsjoner av normal kost / hverdagskost i løpet av en uke, mens ca. halvparten produserer over 500 porsjoner i uken. Ca. en fjerdedel produserer opptil 20 middagsporsjoner av spesialkost i uken, og omtrent like mange opplyser at de produserer over 200 porsjoner i uken.

Kjøkkenet som lager maten kan levere varmholdt mat eller avkjølt mat.

Varmholdt mat betyr at maten leveres varm til institusjonen, og at den der blir holdt varm i en bestemt tid. Benyttes det derimot avkjølt mat (kjølesystem), blir maten tillagd og deretter nedkjølt. Maten må deretter varmes opp på avdelingskjøkkenet eller mottakskjøkkenet. Tabell 35 viser svarfordelingen på leveranseform. Flere av respondentene har krysset av for flere svarkategorier, noe som indikerer at de benytter flere metoder for leveranse av maten.

System for middagsleveranse	Antall	%
Varm mat i bulk til avdelingene	179	65
Varm mat i porsjoner	124	45
Kjølt mat i porsjoner	95	34
Kjølt mat i bulk	76	28
Varm mat i bulk til mottakskjøkkenet	50	18
Brett til avdelingene	40	15
Annet	29	11

Tabell 35. System for leveranse av det varme måltidet (middagen) (sp.m. 6, N=276)

Leveranse av varm mat som ikke blir kjølt dominerer. To av tre kjøkken leverer middagen varm i bulk til avdelingene, noe som samsvarer med resultatene fra sykehjemmene, der 60 % svarte at de mottok maten varm i bulk. Deretter er varm mat levert i porsjoner den mest alminnelige leveranseformen (45 %). Når det gjelder kjølt mat, er leveranse i porsjoner mest alminnelig; ca. en tredjedel av kjøkkenene benytter denne leveranseformen. Av de som har svart "annet", nevnes varm mat på serveringsfat, kjølt mat i poser, mat i vakuumposer og buffet.

5.3 Menyplanen og kostens ernæringsmessige kvalitet

Ansvar for ernæringsinnholdet i kosten	Antall	%
Kjøkkensjef / leder av kjøkkenet	268	97
Avdelingssykepleier	31	11
Ernæringskomité / kostholdskomité	18	7
Sykehjemslegen / kommunelegen	12	4
Ledelsen ved institusjonen som mottar maten	11	4
Klinisk ernæringsfysiolog	1	0
Annet	15	5
Vet ikke	2	1

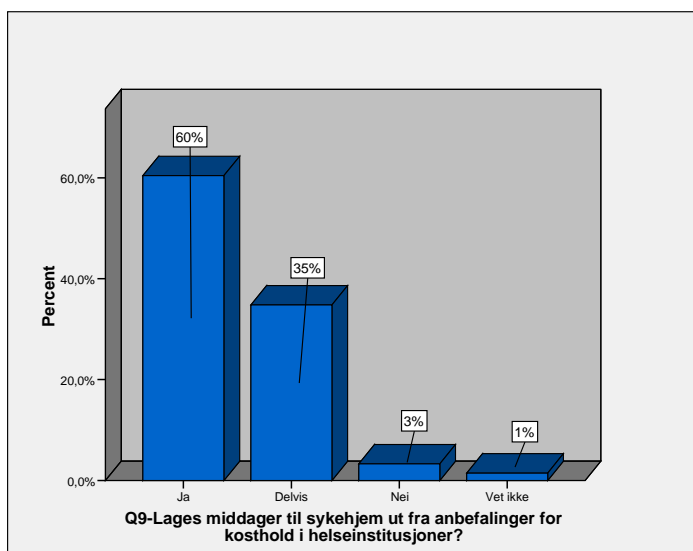
Tabell 36 Ansvar for den ernæringsmessige sammensetning av kosten (sp.m. 8, N=276)

Når det gjelder hvem som har ansvaret for den ernæringsmessige sammensetningen av kosten ved sykehjemmet, er det kjøkkensjef / leder av kjøkkenet som oppgis av de aller fleste (97 %). Resultatet samsvarer med svarene fra sykehjemmene der også de fleste (89 %) oppgav kjøkkensjef / kjøkkenleder. Avdelingssykepleier oppgis av 11 %, mens ledelsen ved sykehjemmet oppgis av 4 %; se Tabell 36. Eksempler nevnt under ”annet” er blant annet: kokken, menygruppe, hele kjøkkenpersonalet, pleie- og omsorgsleder. Noen av respondentene har krysset av flere svarkategorier.

Sosial- og helsedirektoratet anbefaler at fordeling av energi i kostholdet i syke- og aldershjem bør være følgende:

- Protein bør gi 15-20 % av energien i kosten
- Fett bør gi ca. 35 % av energien i kosten
- Karbohydrater bør gi 45-50 % av energien i kosten

(Statens ernæringsråd 1995, s.73)



Figur 6 Middagen lages ut fra anbefalingene for kosthold i helseinstitusjoner (sp.m. 9, N=276)

60 % av respondentene oppgir at de lager middagen ut fra Sosial- og helsedirektoratets anbefalinger for kosthold i helseinstitusjoner, og 35 % svarer delvis (Figur 6).

Næringsberegning I	Ja %	Delvis %	Nei %	Vet ikke %
Benyttede næringsberegnete oppskrifter til middagen? (N=271)	26	44	30	1
Næringsberegnes menyplanen? (N=269)	17	37	45	1

Tabell 37 Næringsberegnes maten (sp.m. 10 og 11)

På spørsmål om kjøkkenet benytter næringsberegnete oppskrifter til middagen, svarer nesten en tredjedel nei, mens 45 % svarer at de ikke næringsberegner menyplanen; se Tabell 37. Kjøkkenene som næringsberegner maten ble spurt om hvordan de utførte næringsberegningen. Tabell 38 viser hvordan svaralternativene fordeler seg.

Næringsberegning II	Antall	%
Benytter retningslinjene for kosthold i helseinstitusjoner	128	57
Benytter matvaretabellen	68	31
Benytter næringsberegnete oppskrifter	53	24
Benytter dataprogram	35	16
Annet	3	1

Tabell 38 Hjelpemidler for næringsberegning (sp.m. 12, N=223)

Over halvparten av respondentene som har besvart dette spørsmålet (80 %) benytter retningslinjene som hjelpemiddel når de skal næringsberegne måltidet. Bare 35 kjøkkener benytter dataprogram som hjelpemiddel.

Respondentene ble deretter spurt om hva som var det gjennomsnittlige energiinnholdet i middagen (sp.m. 13). Under halvparten (41 %) har svart på spørsmålet. I tillegg har 13 % svart at de ikke kjenner til energiinnholdet i middagen som serveres. Dette kan tyde på at energiinnholdet i middagen ikke er kjent for et relativt stort antall av kjøkkenene. Av de som har svart på energiinnholdet i middagsmaten, er det bare 10 kjøkken som opplyser at energiinnholdet er lavere enn 300 kcal. Det er imidlertid verd å merke seg at ca. halvparten av de som har svart på spørsmålet opplyser at energiinnholdet i en standard middagsporsjon er på over 1000 kcal. Det kan tyde på at mange respondenter har fylt ut hva som er det totale energiinnholdet i alle måltider, og ikke bare i middagen, eventuelt også at noen kjøkken kanskje ikke har tilstrekkelig kunnskap til å estimere det gjennomsnittlige energiinnholdet.

Kjøkkenene benytter ulike prinsipper for utarbeidelse av menyplanen, der beboernes eller de pårørendes ønsker i mer eller mindre grad vektlegges. Tabell 39 viser fordelingen av svaralternativene når det gjelder hvordan menyen blir utarbeidet.

Basis for menyplanen	Alltid %	Av og til %	Aldri %	Vet ikke %
Baseres på årstidsvariasjon (N=265)	57	43	0	0
Baseres på brukertilfredshetsundersøkelser (N=248)	31	53	13	3
Baseres på beboernes ønsker og livretter (N=261)	32	66	1	1
Bestemmes i kostutvalg hvor det også sitter brukere (N=235)	1	15	81	3
Bestemmes i kostutvalg hvor det ikke sitter brukere (N=242)	10	14	73	3
Bestemmes i kostutvalg hvor det også sitter pårørende (N=239)	1	6	90	3

Tabell 39 Grunnlag for menyutarbeidelsen (sp.m. 15)

Menyen baseres alltid eller av og til på årstidsvariasjon. Beboernes ønsker og livretter, samt brukertilfredshetsundersøkelser, svarer ca. en tredjedel at de alltid vektlegger som basis for menyplanen. Bruk av kostutvalg er generelt lite alminnelig, særskilt med deltagelse fra pårørende. Kostutvalg der verken brukere eller pårørende deltar, benyttes imidlertid alltid eller av og til av ett av fire kjøkken.

I underkant av to tredjedeler (62 %) av kjøkkenene har en rullering av den samme middagsmenyen på mellom 4 og 8 uker, mens 22 % oppgir at de har en rullering som er på mere enn 8 uker. Den klart mest vanlige rulleringstiden (30 %) er 6 uker. Kun 9 kjøkken oppgir at de ikke har noen rullering av den samme middagsmenyen i det hele tatt (sp.m. 16; N=260).

For å sikre god smak på maten kan middagsmenyen prøvesmakes. Tabell 40 viser hvem som prøvesmaker menyen.

Prøvesmaking	Antall	%
Kjøkkenpersonell	265	96
Ansatte ved sykehjem	58	21
Beboere ved sykehjem	31	11
Pårørende til beboere ved sykehjem	6	2
Andre	14	5

Tabell 40 Prøvesmaking av menyen (sp.m. 17, N=276)

Det er i det alt vesentlige (96 %) kjøkkenpersonellet selv som prøvesmaker middagsmenyen; kun 13 % av kjøkkenene involverer beboerne eller deres pårørende. Av de som har svart andre, nevnes bl.a. elderrådet, kunder, og ”maten lages, smakes og spises av ansatte og beboere”.

5.4 Ulike kostformer og valgmuligheter

Kjøkkenene kan tilby ulike kostformer. Se Tabell 41.

Ulike kostformer	Daglig %	Ukentlig %	Månedlig %	Sjeldnere %	Aldri %	Vet ikke %
Lettkost (N=237)	51	11	9	24	4	1
Findelt kost / most mat / puré (N=256)	88	3	0	4	4	1
Geleringskost / lett-svelget kost (N=235)	29	8	7	35	19	3
Flytende kost (N=235)	25	12	11	37	14	2
Sondekost (N=226)	6	1	1	20	67	4
Fiberrik kost (N=223)	22	6	10	44	17	1
Energireduert / kost for vektreduksjon (N=234)	29	9	9	44	9	2
Diabeteskost (N=264)	91	5	0	2	2	1
Kolesterolsenkende kost (N=226)	8	8	8	53	20	4
Næringstett / energirik kost (N=234)	32	14	16	31	6	1
Vegetarisk kost (N=237)	16	5	4	34	39	3

Ulike kostformer	Daglig %	Ukentlig %	Månedlig %	Sjeldnere %	Aldri %	Vet ikke %
Kost tilpasset livssyn / religion (N=238)	16	3	3	25	50	4

Tabell 41 Ulike kostformer? (sp.m. 14)

Diabeteskost og findelt / most kost er de kosttypene som produseres hyppigst. Kun 1/3 opplyser at næringstett / energirik kost blir produsert daglig ved deres kjøkken, og omtrent like mange opplyser at denne kostformen sjelden blir produsert. Ikke overraskende er sondekost den kostformen som produseres minst. Framstilling av sondekost stiller store krav til hygiene og til ernæringsmessig sammensetning, og det brukes vanligvis industrifremstilte næringspreparater (Sortland 2007). Kolesterol senkende kost, vegetarkost og kost tilpasset livssyn (muslimer, jøder, hinduer, buddhister m.m.) blir også produsert sjelden eller aldri.

Valgmuligheter	Alltid %	Av og til %	Aldri %	Vet ikke %
Beboerne kan velge mellom 2 eller flere hovedretter til middag (N=263)	18	38	43	1
Beboerne kan velge mellom ulike porsjonsstørrelser til middag (N=268)	88	4	6	2
Beboerne kan velge brød, kornblanding og grøt til frokost (N=264)	81	12	1	7

Tabell 42 Beboernes valgmuligheter ved matserveringen (sp.m. 18)

Kun 18 % av respondentene oppgir at beboerne alltid kan velge mellom 2 eller flere retter til middag; se Tabell 42. De aller fleste av beboerne har imidlertid alltid mulighet til selv å velge porsjonsstørrelse til middag; bare 6 % oppgir at dette aldri er mulig.

5.5 Kjøkkenenes bruk av råvarer, tilberedning og servering

Middagsmenyen	Sjeldnere enn 1 dag pr. uke %	1-2 dager pr. uke %	3-4 dager pr. uke %	5-6 dager pr uke %	Vet ikke %
Rent kjøtt (N=269)	9	88	2	0	1
Opplaget kjøtt (N=269)	8	82	9	0	1
Ren fisk (N=274)	9	83	7	0	1
Opplaget fisk (N=271)	15	79	5	0	1

Tabell 43 Hyppigheten av kjøtt og fisk i middagsmenyen (sp.m. 19)

Henholdsvis 88 % og 83 % benytter rent kjøtt og ren fisk til middag 1-2 ganger i uken. Nesten like mange anvender også opplaget kjøtt og opplaget fisk 1-2 ganger i uken; se Tabell 43.

Maten som kjøkkenet produserer, kan lages fra bunnen av eller leveres ferdig fra produsent. De etterfølgende to tabeller viser hvordan opplaget fisk og kjøtt produseres på kjøkkenet.

Opplaget fisk	Vanligvis %	Noen ganger %	Sjelden %	Aldri %
Produseres fra fersk eller frossen fisk (N=255)	44	28	20	8
Produseres fra innkjøpt fiskefarse (N=237)	4	17	28	51
Ferdigprodusert vare fra produsent (N=262)	65	30	4	2

Tabell 44 Råvarer for opplaget fisk (sp.m. 20)

Opplaget kjøtt	Vanligvis %	Noen ganger %	Sjelden %	Aldri %
Produseres fra ferskt eller frossent kjøtt (N=255)	52	23	17	8
Produseres fra innkjøpt kjøttfarse (N=260)	35	37	14	14
Ferdigprodusert vare fra produsent (N=258)	34	41	21	4

Tabell 45 Råvarer for opplaget kjøtt (sp.m. 21)

De fleste kjøkkenene, ca. to tredjedeler, benytter ferdigprodusert vare når de skal lage et fiskemåltid av opplaget fisk; se Tabell 44. Noe under halvparten (44 %) benytter vanligvis fersk eller frossen fisk under tilberedningen, mens 28 % sjelden eller aldri benytter denne type råvarer. Når det gjelder tilberedning av opplaget kjøtt, er imidlertid ferskt eller frossent kjøtt oftest råvaren; ca. halvparten av kjøkkenene benytter vanligvis dette, mens ca. en tredjedel oppgir at de vanligvis benytter ferdigprodusert vare som råvare; se Tabell 45.

Suppe	Vanligvis %	Noen ganger %	Sjelden %	Aldri %
Egenprodusert kraft (fra bunnen av) (N=264)	32	47	16	5
Pulver med noen ferske råvarer (N=264)	40	47	10	3
Kun pulver / boks fra produsent (N=252)	14	35	28	22

Tabell 46 Basisråvare ved produksjon av suppe (sp.m. 22)

Ca. en tredjedel lager vanligvis suppe med egenprodusert kraft, mens ca. en av fem sjelden eller aldri benytter dette. Det vanligste er å benytte pulver med noen ferske råvarer; nesten ni av ti kjøkken svarer at de vanligvis eller noen ganger benytter dette. Bruk av kun innkjøpt ferdigvare – i form av pulver eller boks fra produsent – er minst alminnelig, men dog ikke uvanlig. Tabell 46 viser svarfordelingen.

Saus	Vanligvis %	Noen ganger %	Sjelden %	Aldri %
Egenprodusert kraft (fra bunnen av) (N=265)	49	39	11	2
Pulver med noen ferske råvarer (N=257)	28	50	18	5
Kun pulver / boks fra produsent (N=249)	8	31	39	23

Tabell 47 Basisråvare ved produksjon av saus (sp.m. 23)

Tabell 47 viser tilsvarende svarfordeling ved produksjon av sauser. Her er egenprodusert kraft fra bunnen av den mest alminnelige basisråvaren, i det

halvparten av kjøkkenene svarer at de vanligvis benytter dette. Bruk av pulver med noen ferske råvarer er noe mindre brukt, mens kun bruk av innkjøpt ferdigvare – i form av pulver eller boks fra produsent – anvendes minst, og i ennå mindre grad enn ved suppeproduksjonen.

Serveres til middag	7 dager pr uke %	5-6 dager pr uke %	3-4 dager pr. uke %	1-2 dager pr. uke %	Sjeldnere enn 1 dag pr. uke %	Vet ikke %
Dessert (N=271)	44	17	34	6	0	0
Kake til kaffen (N=270)	84	5	3	3	3	2
Frukt (N=269)	47	5	13	23	7	4

Tabell 48 Hyppighet av servering til middag (sp.m. 24)

Tabell 48 inneholder informasjon om hvor hyppig det serveres ”noko attåt” dagens hovedmåltid – middagen. Servering av kaffe med kake ser ut til å være en daglig foreteelse ved de fleste institusjonene (84 %), og bortimot alle institusjonene tilbyr også sine brukere dessert 3 – 7 dager i uka. Daglig frukt er vanlig hos ca. halvparten av institusjonene, mens bortimot en tredjedel serverer frukt kun 2 dager pr. uke eller sjeldnere.

Bakverk	Vanligvis %	Noen ganger %	Sjelden %	Aldri %
Brød (kjøpt) grovt (N=260)	72	9	8	12
Brød (kjøpt) fint (N=244)	28	22	35	16
Egenprodusert brød (grovt) (N=253)	33	19	19	29
Egenprodusert brød (fint) (N=246)	20	18	30	33
Rundstykker fra produsent (N=247)	17	22	32	30
Egenproduserte rundstykker (N=254)	32	31	20	17
Kaker fra produsent (N=254)	13	41	39	8
Egenproduserte kaker (N=267)	82	14	3	1

Tabell 49 Bakverk som benyttes (sp.m. 25)

Tabell 49 viser at bruk av grovt brød er mere enn dobbelt så vanlig som bruk av fint brød ved institusjonene, og innkjøpt brød er langt mere vanlig enn at kjøkkenet selv produserer brødet. Man merker seg at det er nesten like alminnelig at kjøkkenet aldri baker grovt brød som at de vanligvis gjør det (ca. en tredjedel). Tilbud av egenproduserte rundstykker, og særskilt egenproduserte kaker, til beboerne er imidlertid langt vanligere enn at disse er innkjøpt fra produsent.

5.6 Kjøkkenets vurdering av matkvaliteten

Vurdering av maten	Helt enig %	Delvis enig %	Delvis uenig %	Helt uenig %	Vet ikke %
Maten som tilbys er appetittvekkende og delikat (N=268)	76 (62)	19 (34)	0 (3)	5 (1)	0 (0)
Kjøttet til middag er tilstrekkelig mørt (N=271)	83 (48)	13 (42)	0 (8)	4 (2)	0 (0)
Fisken til middag er veltillaget (N=271)	84 (69)	11 (26)	2 (4)	4 (1)	0 (0)
Grønnsakene er varierte og godt tilberedt (N=272)	56 (47)	37 (39)	2 (11)	5 (3)	0 (0)
Potetene er gode og godt tilberedt (N=272)	56 (59)	36 (29)	4 (9)	5 (3)	0 (0)
Sausen er god og godt tilberedt (N=271)	88 (77)	7 (18)	1 (4)	5 (2)	0 (0)
Desserten er god og veltillaget (N=271)	87 (75)	7 (20)	1 (3)	5 (1)	1 (0)
Det serveres ofte tradisjonelle retter (N=272)	81 (79)	14 (17)	0 (3)	5 (1)	0 (0)
Beboerne er fornøyd med maten (N=271)	78 (74)	16 (22)	0 (3)	5 (0)	1 (0)
Beboere med tygge- og svelgevansker har et like godt variert mattilbud som øvrige beboere (N=271)	62 (-)	30 (-)	2 (-)	4 (-)	1 (-)

Vurdering av maten	Helt enig %	Delvis enig %	Delvis uenig %	Helt uenig %	Vet ikke %
Beboerne kan få mat utenom måltidene (N=272)	78 (93)	10 (5)	0 (1)	4 (1)	7 (0)
Det er mulig for pårørende å få kjøpt mat (N=271)	81 (73)	7 (12)	2 (4)	7 (7)	3 (4)

Tabell 50 Vurdering av maten (sp.m. 26); besvarelsene fra sykehjemmene i parentes.

Spørsmålene som er samlet i Tabell 50 er, på ett unntak nær, også stilt til de ansvarlige ved sykehjemmene (Tabell 7 og Tabell 8), dette for å sammenlikne om respondentene ved kjøkkenene og sykehjemmene har en sammenfallende vurdering av matkvaliteten. Når det gjelder den samlede vurdering av om beboerne er fornøyd med maten, så er svarfordelingen ganske overensstemmende, selv om man noe overraskende observerer at det er 13 av 271 kjøkken (5 %) som er helt uenig i at beboerne er fornøyde med maten, mens bare 2 av 566 sykehjem (0 %) svarer det samme. Ellers viser tallene i kolonne ”helt enig” at kjøkkenene, kanskje ikke overraskende, har en høyere tro på at maten de leverer er appetittvekkende og god enn sykehjemmenes opplevelse viser seg å være. Spesielt når det gjelder om kjøttet er tilstrekkelig mørt, og om fisken er veltillaget, er virkelighetsoppfatningen mellom produsent og konsument ganske markert forskjellig.

5.7 Kommunikasjon og samarbeid mellom sykehjem og kjøkken

For å sikre at beboerne ved sykehjemmet får riktig type kost og porsjonsstørrelse, samt at ønsker blir ivaretatt, bør institusjonene ha gode rutiner for matbestilling (Statens ernæringsråd 1995).

Matbestillingssystem	Antall	%
Matlister	199	72
Muntlig	126	46
Matkort	47	17
Bestilling på data	37	13
Annet	26	9

Tabell 51 Matbestillingssystem (sp.m. 27; N=276)

Tabell 51 viser at bruk av matlister er den mest alminnelige bestillingsformen. Databasert bestilling ser fremdeles ut til å være i sin ”barndom”, da kun i overkant av en av ti kjøkken benytter denne formen. Eksempler på annet er blant annet: bestillingsbok, daglig kontakt med avdeling eller brukere / beboere, faks / e-post.

Informasjon om menyen	Antall	%
Ukemeny som henges opp på oppslagstavle	258	94
Muntlig av pleierne	115	42
Muntlig av kjøkkenpersonell	38	14
Skriftlig orientering til den enkelte beboer	25	9
Annet	12	4
Ingen informasjon	1	0
Vet ikke	4	1

Tabell 52 Informasjon om dagens meny (sp.m. 28; N=276)

På de aller fleste sykehjemmene (94 %) sørger kjøkkenene for god informasjon ved at ukas meny blir hengt opp på oppslagstavle. I tillegg gies det også muntlig informasjon ved ca. halvparten av sykehjemmene; se Tabell 52. I tillegg har 4 % svart annet, der det blant annet oppgis at ukemeny blir sendt ut: ”Vi sender meny til den enkelte virksomhet, hva de gjør videre vet vi ikke”, mens andre gir informasjon om menyen hver dag: ”Meny for hver dag henges opp på tavle”.

På spørsmål om kjøkkenene generelt har utarbeidet informasjonsmateriell til beboerne om mat- og måltidsrutinene (sp.m. 29; N=276), svarer 62 % at det har

de gjort, 20 % svarer at de ikke har rutine på dette, mens hele 19 % svarer at det vet de ikke noe om.

Kjøkkenene ble også spurt om de ansatte med dagens rutiner har noen direkte kontakt med beboerne (sp.m. 30; N=276). Her svarer 57 % ja og 42 % nei, mens 1 % svarer vet ikke.

Spørsmålet om direkte kontakt mellom kjøkkenet og beboerne ble utdypet i noen mer detaljerte spørsmål, gjengitt i Tabell 53.

Kjøkkenansattes deltagelse	Vanligvis %	Noen ganger %	Sjelden %	Aldri %	Vet ikke %
Varmer / produserer mat på post- / avdelingskjøkkenet	16	6	13	63	2
Deltar i serveringen	21	13	14	51	1
Uformell samtale med beboerne om deres tilfredshet med maten	23	45	19	11	2
Gir kostråd til beboerne	11	38	32	18	1
Faste møter med beboerne / representanter for beboerne	13	10	24	51	1

Tabell 53 Kjøkkenansattes deltagelse i angitte aktiviteter (sp.m. 31; N=276)

Vi ser her at det ikke er særlig alminnelig at kjøkkenpersonellet selv deltar i serveringen – to av tre svarer at de sjelden eller aldri gjør det, eller deltar i produksjon / varming av maten i beboernes umiddelbare nærhet, dvs. ute på selve avdelingen. Mer alminnelig er det at kjøkkenpersonellet enkelte ganger samtaler med beboerne om deres tilfredshet med maten, eller direkte gir kostråd til beboerne; to av tre respondenter svarer noen ganger eller sjelden. Tre fjerdedeler av respondentene svarer imidlertid at informasjonsutveksling ikke er formalisert (sjelden eller aldri) i form av faste møter med beboerne eller representanter for beboerne.

På et oppfølgende spørsmål om kjøkkenets ansatte har et **ønske om mere kontakt** med beboerne (sp.m. 32; N=276), svarer 36 % bekreftende, og like mange (35 %) avkreftende. Hele 29 % svarer imidlertid vet ikke.

Vurdering av samarbeidet	%
Meget bra	43
Bra	54
Mindre bra	3
Dårlig	0

Tabell 54 Kjøkkenets vurdering av samarbeidet med sykehjemmene (sp.m. 33; N=276)

Kjøkkenets vurdering av samarbeidsforholdet med det sykehjemmet eller de sykehjemmene det leveres mat til, er indikert i Tabell 54. 97 % vurderer samarbeidet til å være meget bra eller bra, dog med en overvekt på ”bra”, hvilket skulle tyde på et forbedringspotensiale.

Undersøkelsen kartlegger også hvilke konkrete ordninger for kontakt og informasjonsutveksling som eksisterer mellom kjøkkenet og institusjonene, samt forhold knyttet til opplæring. Respondentene blir i denne sammenheng også spurt om slike ordninger – dersom de ikke er på plass i dag – er ønskelige å etablere. Tabell 55 inneholder svarene på dette.

Kjøkkenet har i dag, og ønsker for fremtiden	Har i dag %	Har ikke, men ønskes %	Ikke aktuelt %	Vet ikke %
Ordningen for tilbakemelding fra institusjon(er) til kjøkkenet (N=267)	71	22	4	3
Fast kontaktperson på vårt kjøkken som har ansvar for den enkelte institusjon (N=252)	44	17	34	5
En fast kontaktperson for mat til hvert sykehjem (N=253)	36	17	42	5
En fast kontaktperson for mat på hver avdeling (N=263)	38	32	26	3
Faste møter mellom kjøkkenet som lager maten og brukerne (N=261)	16	45	31	7

Kjøkkenet har i dag, og ønsker for fremtiden	Har i dag %	Har ikke, men ønskes %	Ikke aktuelt %	Vet ikke %
Representanter for kjøkkenet i institusjonen(es) kostutvalg / ernæringsutvalg (N=263)	16	40	34	10
Klinisk ernæringsfysiolog (N=261)	2	32	51	15
Regelmessige møter med representanter fra de institusjonene som mottar mat fra oss (N=261)	39	30	27	5
Felles undervisning om ernæring / kosthold for pleie- og kjøkkenpersonale (N=265)	15	76	8	2
Brukerundersøkelser med fokus på mat (N=267)	31	58	6	5
Dataprogram for å beregne næringsinnhold i maten (N=268)	18	68	9	5
Kurstilbud internt / eksternt (N=266)	38	55	4	3

Tabell 55 Hva har kjøkkenet i dag, og hva ønskes for fremtiden? (sp.m. 34)

I overkant av to tredjedeler av kjøkkenene har etablert en ordning for tilbakemelding fra institusjonene. Ca. to av fem kjøkken har en fast kontaktperson for den enkelte institusjon, samt tilsvarende at de har en fast kontaktperson for mat både på institusjonen og den enkelte avdeling, og som da regelmessige medfører møter med informasjonsutveksling. Ca. to av fem kjøkken ønsker også at det etableres en ordning med faste møter med brukerne, samt at kjøkkenet er representert i institusjonenes kost- / ernæringsutvalg, ordninger som i liten grad eksisterer i dag. Det ser også ut til at kjøkkenene heller ønsker en fast kontaktperson på den enkelte avdeling (32 %) framfor en felles kontaktperson på sykehjemmet (17 %). Brukerundersøkelser med fokus på mat er ønsket av tre av fem kjøkken. Svært få kjøkken har tilsatt klinisk ernæringsfysiolog (2 %), en stillingskategori som heller ikke synes spesielt ønskelig av et flertall.

Ellers er det verd å merke seg at svært mange kjøkken (76 %) ønsker seg et felles undervisningsopplegg om ernæring / kosthold for pleie- og kjøkkenpersonalet, samt generelt et bedre opplæringstilbud (55 %). Over to tredjedeler av kjøkkenene ønsker også databasert beregning av næringsinnholdet i maten, noe som kanskje også indirekte kan sees som et opplæringstiltak.

Interessen for kosthold i sykehjemmenes ledelse	%
Meget stor	13
Stor	29
Tilfredsstillende	41
Liten	15
Vet ikke	2

Tabell 56 Interessen for kosthold i sykehjemmenes ledelse (sp.m. 36; N=272)

Et interessant spørsmål (Tabell 56) er hvordan kjøkkenene vurderer interessen for kosthold i sykehjemmenes ledelse. De fleste av respondentene har her valgt ”karakteren” 2 (tilfredsstillende) på en skala fra 1 (liten) til 4 (meget stor), kanskje ikke spesielt flatterende for institusjonene.

Følges retningslinjene?	%
Ja	64
Av og til	27
Nei	4
Vet ikke	3

Tabell 57 Følger kjøkkenet Sosial- og helsedirektoratets ”Retningslinjer”? (sp.m. 37; N=273)

Representantene for kjøkkenene blir så spurt om de følger Sosial- og helsedirektoratets ”Retningslinjer for kostholdet i helseinstitusjoner”. Nesten to tredjedeler svarer bekreftende på at de gjør det, og nesten alle de øvrige svarer av og til; se Tabell 57.

Hvordan retningslinjene brukes	Vanligvis %	Noen ganger %	Sjelden %	Aldri %	Vet ikke %
Til planlegging av spesialkost (N=247)	68	27	5	1	0
Som oppslagsverk (N=247)	63	28	7	2	0
Til planlegging av meny for hverdagskosten / normalkosten (N=243)	55	34	9	2	0
Til kostrådgivning (N=244)	44	38	13	5	1
For beregning av næringsinnhold (N=242)	31	44	15	10	1
Til undervisning (N=239)	26	31	23	18	2
Til planlegging av innkjøp (N=239)	16	24	37	22	0

Tabell 58 Hvis ja eller av og til i sp.m. 37: Hvordan brukes retningslinjene? (sp.m. 38)

Tabell 58 inneholder svarfordelingen på hvordan retningslinjene brukes. Planlegging av spesialkost er den mest alminnelige anvendelsen, fulgt av som oppslagsverk, og til planlegging av meny for hverdags- / normalkost. Til planlegging av innkjøp får lavest score.

Årsak til at retningslinjene ikke følges	%
Tungvint / for lite praktisk	14
Kjøkkenet benytter egne retningslinjer	12
For tidkrevende i bruk	11
Kjenner ikke til retningslinjene	4
Retningslinjene er mangelfulle	2
Kosten blir for dyr	1
Annet	6

Tabell 59 Dersom retningslinjene ikke brukes, hva er årsaken? (sp.m. 39; N=276)

Tabell 59 inneholder så informasjon om hvorfor retningslinjene ikke benyttes; tungvint / for lite praktisk får her den høyeste svarprosenten, etterfulgt av kjøkkenenes bruk av egne retningslinjer. Av de som har svar annet, nevnes ”bruker Avios dataprogram”, ”bruker retningslinjene kun ved spørsmål om spesialkost” og ”beboernes egne ønsker vektlegges mye”.

5.8 Forbedringstiltak, de viktigste hindringene

Spørreskjemaet inneholdt to åpne spørsmål der respondentene kunne beskrive med egne ord hvordan de mente maten som tilbys brukerne kunne bli enda bedre. Svarene kan grupperes i 8 kategorier; den kategorien som forekommer hyppigst er plassert øverst i tabellen. Se Tabell 60.

5.8.1 Forslag til forbedringstiltak

Forslag til forbedringer
Ønske om egenproduksjon av mat
Bedre bemanning / tid / økonomi
Lokalisering
Valgmuligheter
Estetikk
Brukermedvirkning
Økte kunnskaper / interesse
Samarbeid
Kvalitet / gode råvarer

Tabell 60 Kategorisering av forslag til forbedringer (sp.m. 40)

Som Tabell 60 viser, er ”egenproduksjon av mat” og ”bedre bemanning / tid / økonomi” de to kategoriene som samler de fleste av svarene fra respondentene.

Følgende sitat kan illustrere kategoriene:

”Økt fokus på egenproduserte retter. Må da ha bedre bemanning”;

”Når ein tenkjer på betydningen av ernæring og at ein må hefte tida med å ete 5-6 gonger i døgnet, er det alt for lite ressurser avsatt til bruk kring produksjon og måltid”.

Kategorien ”lokalisering” omhandler svarene knyttet til nærhet mellom kjøkken og avdeling. Eksempel på sitat er:

”Kort vei mellom kjøkken og avdeling”;

”Matlukt i huset”.

Vedrørende kategorien ”valgmuligheter” ønsker flere av respondentene mer fleksible løsninger for måltidstidspunkter, flere måltider, muligheter for å velge mellom flere retter og mer fokus på individuelle tilpasninger.

Vedrørende ”estetikk” har respondentene ønsker om at det bør være rom for ”det lille ekstra”, og at også mottakskjøkkenet bør ha egen kjøkkenansvarlig personell som sørger for at maten er delikat.

”Brukermedvirkning” kan illustreres med følgende sitat:

”Mer kontakt med bruker”.

Respondenten etterlyser større interesse og kunnskap om mat både blant kjøkkenpersonell og blant personalet på avdelingene.

”Samarbeid” ble sett på som en viktig faktor for at maten som tilbys kunne bli bedre. Følgende sitater kan belyse kategorien:

”Mer kontakt med pleierne”;

”Vi på kjøkkenet får ikke nøyaktig beskrivelse av hvilken kostform den enkelte bruker har behov for”.

”Gode råvarer” er også omtalt som viktig for at maten som tilbys skal bli bedre.

5.8.2 De viktigste hindringene

Respondentene skulle deretter beskrive de viktigste hindringene for at forslagene de hadde til forbedringer kunne gjennomføres. Forslagene er gruppert i fem kategorier, der den kategorien som forekommer hyppigst er plassert øverst i tabellen. Se Tabell 61.

Hindringer
Dårlig økonomi
Tidspress
Lav bemanning
Holdninger
Fysiske begrensninger
Lite samarbeid

Tabell 61 Kategorisering av de viktigste hindringer (sp.m. 41)

Som tabellen ovenfor viser er dårlig økonomi og tidspress de hindringene som er beskrevet av flest respondenter. Kategorien ”dårlig økonomi” samler svar som går direkte på økonomiske årsaker. To sitater som utdyper dette punktet er som følger:

”Mat får ikke koste noe”;

”Det skal spares på matbudsjettet hele tiden”.

Kategorien ”tidspress” og ”lav bemanning” har mye til felles, og er også nevnt samtidig av flere av respondentene. Sitat som belyser kategorien:

”Vi må produsere mer og mer uten å øke bemanningen”;

”Vi ønsker en kjøkkenassistent slik at kokkene kan produsere. Det er feil å bruke fagfolk til vasking og pakking”.

I kategorien ”holdninger” er i tillegg svar som kommer inn på manglende interesse og generell kunnskapsmangel. Sitarer:

”Forståelse og kunnskap om matens betydning”;

”Mat burde prioriteres høyere av helsepersonell”;

”Interesse fra administrasjonen”;

”Trenger kokker som ser nødvendigheten av at maten er nylaget, ser bra ut og smaker godt”.

I kategorien ”fysiske begrensninger” finnes svar som går på hindringer grunnet avstander mellom kjøkkenet og avdelingene, plassforhold og utrustning av

kjøkkenet, samt avstand mellom grossist og bruker. Sitater som belyser kategoriene er:

”Sentralisering av kjøkken”;

”For lite og trangt kjøkken”;

”Ingen mulighet til å plukke råvarer selv”.

”Manglende samarbeid” er også nevnt som en hindring for at forslag til forbedringer kan gjennomføres.

6 DISKUSJON

Respondentene i denne kartleggingsundersøkelsen omfattet 570 sykehjem, ca 64 % av alle sykehjem i Norge (del 1), og 276 kjøkken, ca 54 % av de som ble kontaktet (del 2). Alle fylkene er representert. Målgruppen for undersøkelsen har vært styrer / leder ved sykehjemmene, og kjøkkensjef / kjøkkenansvarlig fra det kjøkkenet som lager maten til beboerne ved det aktuelle sykehjemmet.

Respondentene har besvart spørsmålene ut fra hvordan **de** mener forholdene **er** ved deres sykehjem / kjøkken, og ikke hvordan de mener det bør være.

Det har vært en del oppslag i media om at sykehjemmene legger ned sine kjøkken, og at flere sykehjem bygges uten produksjonskjøkken. Denne undersøkelsen viser imidlertid at ved 2/3 av sykehjemmene lages middagen ved eget kjøkken plassert på sykehjemmet. Når maten lages nær beboeren, kan det være lettere for kjøkkenet å ta hensyn til den enkelte beboers ønsker og behov.

Eldre mennesker spiser ofte mindre mat til hvert måltid, og trenger derfor flere måltider. I tillegg er det viktig at måltidene er godt spredd utover dagen, slik at beboerne rekker å bli sultne før neste måltid serveres. Sosial- og helsedirektoratet anbefaler i sine retningslinjer (1995) fire faste hovedmåltider og minst 1 mellommåltid. De fire faste hovedmåltidene kan være frokost, lunsj, middag og kveldsmat (ibid). Det kan se ut som om de fleste sykehjem i denne undersøkelsen serverer 5-7 måltider om dagen, altså tilsynelatende et tilstrekkelig antall, men undersøkelsen gir ikke noe svar på om disse måltidene er faste, ordinære måltider. Kun 30 % har oppgitt tidspunktet for når ”sen kveldsmat” blir servert. Når tidspunktet for måltidet ikke er oppgitt, kan det tyde på at måltidet ikke er et fast, ordinært måltid. Hvis det ikke er et måltid som inngår i sykehjemmets ordinære måltidsprogram, men heller et måltid som sykehjemmene *kan* tilby, kan det være en fare for at måltidet blir nedprioritert i en hektisk hverdag, med negativ konsekvens for de beboerne som trenger det mest.

I tillegg har kun en tredjedel svart at de er helt eller delvis enige i at tiden mellom kveldsmåltidet og første måltidet neste dag ved deres sykehjem er mindre enn 11 timer, og halvparten av sykehjemmene har oppgitt at de ikke serverer ”tidlig morgenmåltid”. Undersøkelsen kan dermed tyde på at måltidene ved mange sykehjem kommer for tett, og at beboerne ved disse sykehjemmene kan være uten mat i over halve døgnet. Under åpne kommentarer i spørreskjemaet framkom det at sykehjem som hadde innført ”sent kveldsmåltid” mente at dette bidro til bedre søvnrytme for beboerne.

Undersøkelsen viser at det først og fremst er kjøkkensjef / leder av kjøkkenet som har ansvaret for den ernæringsmessige sammensetningen av kostholdet. Sosial- og helsedirektoratet anbefaler at fordeling av energi i kostholdet i syke- og aldershjem bør være følgende:

- Protein bør gi 15-20 % av energien i kosten
- Fett bør gi ca. 35 % av energien i kosten
- Karbohydrater bør gi 45-50 % av energien i kosten

(Statens ernæringsråd 1995, s.73)

Denne undersøkelsen viser at tre av fem kjøkken lager middagene ut fra Sosial- og helsedirektoratets anbefalinger for kosthold i helseinstitusjoner, og ca. en av tre sykehjem svarer at de delvis gjør dette.

For å sikre at beboerne får i seg tilstrekkelig energi, må den maten som tilbys eldre som spiser lite, være næringstett (ibid). I denne undersøkelsen er det kun ett av tre kjøkken som svarer at de produserer næringstett kost daglig, mens omtrent like mange svarer at de sjelden eller aldri produserer denne kosttypen. 70 % av sykehjemmene har svart at beboere som spiser lite får næringstett kost. Man kan da stille spørsmål ved om mange sykehjem har gode nok rutiner til å identifisere de beboerne som spiser lite, og som dermed bør få spesiell oppmerksomhet. For å sikre at maten som kjøkkenet produserer inneholder tilstrekkelig energi, kan maten næringsberegnes. Undersøkelsen viser at ca. halvparten (45 %) av kjøkkenene ikke næringsberegner menyplanen, og 30 % av

kjøkkenene oppgir at de heller ikke benytter næringsberegnete oppskrifter til middagen.

Kun to av fem kjøkken har svart på spørsmålet om det gjennomsnittlige energiinnholdet i middagen. Ca. halvparten av disse har svart at energiinnholdet i en standard middagsporsjon er over 1000 kcal. Dette kan tyde på at flere har svart på hva som er det totale energiinnholdet i flere måltider, ikke bare i middagen. Selv om kun 13 % har svart at de ikke kjenner til energiinnholdet i den maten som serveres, kan svarene samlet sett tyde på at flere kjøkken ikke har tilstrekkelig kunnskap til å estimere det gjennomsnittlige energiinnholdet i middagen.

Hvis maten som tilbys beboerne ikke inneholder en tilstrekkelig mengde energi, og det i tillegg er for lang nattfaste og / eller for få faste måltider, kan dette medføre usikkerhet om den enkelte beboer får dekket sitt daglige energibehov. Undersøkelser fra Danmark har vist at eldre pasienter på sykehjem kan ha problemer med å få dekket sitt energibehov, og at energiinntaket for noen faktisk kan være lavere enn det som er nødvendig for basalomsetningen (Persson 2002, Beck, Rasmussen og Ovesen 2000).

Dessert kan være en fin avslutning på et godt måltid, samtidig som den kan bidra med ekstra energi som mange beboere på sykehjem trenger. Det er derfor positivt at dessert og kaffe med kake ser ut til å være vanlig ved de fleste institusjonene, og særlig at det hovedsakelig benyttes egenproduserte kaker.

Denne undersøkelsen viser at kjøkkenene benytter relativt mye ferdigvare til å produsere middagen til beboerne. Ca. to tredjedeler benytter ferdigvare fra produsent når de skal lage et fiskemåltid av opplaget fisk, mens det er færre, ca. en tredjedel, som benytter ferdigvare fra produsent når de skal lage et måltid av opplaget kjøtt. Kun ca. en tredjedel lager vanligvis suppe med egenprodusert kraft fra bunnen av. Derimot er det ca. halvparten av kjøkkenene som benytter

egenprodusert kraft fra bunnen av ved produksjon av sauser. Kommentarer fra respondentene tyder på at det er et ønske om mer ”egenproduksjon av mat”.

Undersøkelsen viser at inntaket av frukt bør økes. Kun halvparten av sykehjemmene serverte frukt hver dag, og bare 38 % oppga at beboerne fikk tilbud om tran eller andre former for vitamintilskudd daglig. Dette synes å være et overraskende lavt tall, tatt i betraktning økt fokus på frukt og grønt generelt blant befolkningen, og det nå ikke helt nye slagordet ”fem om dagen”. Sykehjem som tilbyr økt inntak av frukt, opplyser bl.a. at de benytter blender for å mose frukt og /eller dele opp frukten slik at det blir lettere for beboerne å spise den.

Matlysten er en viktig faktor som er med på å regulere matinntaket, slik at energiinntaket tilpasses energibehovet. Nedsatt appetitt kan være et problem for flere beboere på sykehjem. At maten som tilbys bør være appetittvekkende og delikat, slik at også de eldre med dårlig appetitt får lyst til å spise den, er derfor et viktig tiltak.

I denne undersøkelsen var det lederne ved sykehjemmene og kjøkkenene som uttalte seg om maten. Kjøkkenene var selv stort sett fornøyde med maten som ble servert beboerne ved sykehjemmet. Dette er ganske overensstemmende med svarene fra sykehjemmene, selv om svarene fra kjøkkenene, ikke overraskende, har en høyere score på vurderingen av maten som leveres. Undersøkelsen viser at nesten samtlige av respondentene, både fra sykehjemmene og kjøkkenene, er helt eller delvis enige i at kjøttet som serveres er mørt, fisken veltillaget og sausen god. Tilbehør som poteter og grønnsaker er også de aller fleste helt eller delvis enige i er gode og godt tilberedt. Denne undersøkelsen kan dermed tyde på at maten som serveres i sykehjem i Norge for det meste er appetittvekkende og veltillaget. Det er imidlertid viktig at også brukerne (beboerne) får uttale seg om matens opplevde kvalitet, og det anbefales derfor at det gjøres en undersøkelse der beboerne ved sykehjemmene i Norge får svare på spørsmål om maten. At matens kvalitet er noe beboerne nok legger særlig vekt på, indikerer

en dansk undersøkelse blant beboere på sykehjem, eldre pasienter på sykehus og hjemmeboende pensjonister (Kofod 2000).

Det er behov for større fokus vedrørende beboernes muligheter for å velge mellom ulike retter til det varme måltidet. Kun 18 % av kjøkkenene opplyser at beboerne kan velge mellom to eller flere retter til middag. Dette samsvarer med resultatene fra sykehjemmene, der også bare 16 % oppgav at beboerne kunne velge mellom to eller flere retter til middag. Beboerne ved sykehjem har dermed mindre mulighet til å velge hva de vil spise.

Mange sykehus har endret tidspunktet for middagsserveringen til ettermiddagen (Aagaard 1998). Middag på ettermiddagen samsvarer bedre med hva som er vanlig hos den norske befolkningen. Tross dette viser denne undersøkelsen at bare 8 % av sykehjemmene serverer middag på ettermiddagen, etter kl. 14:00. Noen av de sykehjemmene som har endret middagsserveringen til ettermiddagen, opplyser at dette skaper mer ro og tid til aktiviteter på formiddagen.

I Sosial- og helsedirektoratets retningslinjer er det poengtert at ernæringsstatus skal kartlegges. Imidlertid viser denne undersøkelsen at det er et stort forbedringspotensiale knyttet til å vurdere beboernes ernæringsstatus. Ca. 1/5 av sykehjemmene opplyser at hver avdeling ikke har egen vekt. Dette funnet støttes også av en annen studie der sykepleiestudenter skulle prøve ut en ernæringsjournal, og hvor ett av punktene i journalen var å registrere vekten til pasienten eller beboeren (Aagaard 2005). Studien avdekket at flere helseinstitusjoner manglet utstyr som vekt og høydemåler / målbånd (ibid). Mangler avdelingen vekt, eller vekt er vanskelig å få tak i, kan dette medføre at vektregistrering av beboeren ikke blir foretatt. Vekt er imidlertid den viktigste metoden for å vurdere beboernes ernæringstilstand. Kun 16 % av sykehjemmene har skriftlige prosedyrer for vurdering av ernæringsstatus. I tillegg oppgir 44 % av respondentene at det ikke er en standard prosedyre å veie beboerne ved

innskrivning, og 30 % svarer at det heller ikke er rutine for regelmessig veiing. Er det imidlertid mistanke om at en beboer spiser lite, svarer 69 % at vekten vanligvis registreres. Kun 4 % beregner beboernes KMI (kroppsmasseindeks). En undersøkelse om ernæringsrutiner i sykehus viste at evaluering av ernæringsstatus heller ikke var en standard prosedyre ved alle sykehus (Mowè et al 2006).

Helsemyndighetene pålegger helseinstitusjonene å etablere ordninger for tilbakemeldinger fra brukerne (Sosial- og helsedepartementet og Statens helsetilsyn 1995). Samtidig er det økt fokus på medbestemmelse og brukermedvirkning. Kun 1/4 av sykehjemmene opplyser i denne undersøkelsen at de har brukerundersøkelser med fokus på mat. Derimot er brukerundersøkelser med fokus på mat *ønsket* av 58 % av kjøkkenene og 44 % av sykehjemmene.

Undersøkelsen viser at det ikke er vanlig at beboerne deltar i planlegging av middagsmenyen (54 % svarer aldri og 28 % sjelden). Ved omtrent halvparten av sykehjemmene deltar heller ikke beboerne i pådekking / avdekking og opprydding i forbindelse med måltidene, mens det å smøre egne brødsiver er mer vanlig. 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. Å delta i dagligdagse aktiviteter knyttet til måltid kan være en meningsfull aktivitet for beboeren.

Måltidet bør være et viktig avbrekk som beboerne ser fram til, og som de bør få tilstrekkelig tid til å nyte. Selv om personalet ofte har det travelt, så gjelder ikke det samme for beboerne. Det er verd å merke seg at ved ca. 1/5 av sykehjemmene oppgis det at det ikke er tilstrekkelig med personale til å hjelpe de som trenger spisehjelp, og ved ca. 1/4 av sykehjemmene blir også flere beboere matet samtidig av samme pleier. Denne form for ”parallellmatning” kan oppleves krenkende for beboeren. Tross tidspress for personalet, viser denne

undersøkelsen at sykehjemmene er opptatt av stemningen rundt måltidet. Det indikeres i besvarelsene at beboerne får god tid til å spise, at de ser ut til å hygge seg under måltidet, og at bordet er dekket med helt og pent servise. Mange sykehjem opplyser at de pynter bordet med levende lys og blomster på hverdager, og ved ni av ti sykehjem gjøres dette alltid ved høytid.

Ved 58 % av sykehjemmene kan vanligvis beboerne selv velge hvem de vil sitte sammen med under måltidet, mens omtrent samtlige sykehjem (94 %) opplyser at beboerne kan velge om de vil spise alene eller sammen med andre. En annen mulighet for fellesskap er at personalet eller familien /pårørende kan spise sammen med beboeren. Undersøkelsen viser at de aller fleste sykehjem har tilrettelagt for at pårørende kan spise sammen med beboeren. I tillegg har mange sykehjem også innført at personalet spiser sammen med beboerne. Bare ett av tre sykehjem opplyser at de ikke har denne ordningen. 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.

Et godt samarbeid mellom sykehjem, beboer og kjøkken er en viktig forutsetning for at maten og måltidet skal bli ivaretatt på en best mulig måte. Kjøkkenet blir av noen kalt "sykehjemmets hjerte". Kjøkkenene i undersøkelsen (97 %) vurderer samarbeidet med det/de sykehjem det leverer mat til å være meget bra eller bra, dog med en overvekt på "bra". De fleste sykehjemmene vurderer også samarbeidet med kjøkkenene til å være meget bra eller bra. Her er det imidlertid noe forskjell på svarene angående samarbeidet med eget hovedkjøkken og eksternt produksjonskjøkken. Samarbeidet med eget hovedkjøkken har en overvekt av "meget bra", mens samarbeidet med eksternt produksjonskjøkken har en overvekt av "bra". Ser man på resultatene angående samarbeidsforhold under ett, kan det tyde på et mulig forbedringspotensiale.

Undersøkelsen tyder på at både kjøkkenene og sykehjemmene ønsker en fast kontaktperson på hver avdeling ved sykehjemmet framfor en felles kontaktperson for hele sykehjemmet. Dette kan medføre en bedre dialog mellom den enkelte avdeling og kjøkkenet, slik at informasjonen ikke må gå gjennom mange ledd. Kort avstand mellom den som lager maten og den som faktisk skal spise den, vil bedre muligheten for at ønsker og behov bli fanget opp. 57 % av kjøkkenene i undersøkelsen har med dagens rutiner direkte kontakt med beboerne. 36 % ønsker mer kontakt med beboerne, mens omtrent like mange svarer avkreftende.

Undersøkelsen viser at over 80 % av personalet i sykehjemmene oppgir at de ønsker mer kunnskap om ernæringsarbeid. Dette samsvarer med en undersøkelse om ernæring til eldre som ble utført blant sykepleiere ved somatiske sykehus (Aagaard 1998). I den nevnte undersøkelsen oppga 94 % av sykepleierne at de ønsket seg mer kunnskap om ernæring til eldre. Funn fra en kvalitativ undersøkelse om veiing i somatiske sykehus kan f. eks. tyde på at økt generell interesse for ernæringsspørsmål medfører at veiing av pasientene mer rutinemessig blir utført (Mortensen 2006). I tillegg tydet studien på at interesse for vekt fra legen, eller andre med mer kunnskaper enn sykepleieren, fører til at sykepleieren praktiserer veiing av pasientene (ibid).

Innenfor hvilke områder er det behov for mer kunnskap? Denne undersøkelsen viser at områdene hovedsakelig gjelder kunnskap om anbefalinger for kosthold, beregning av ernæringsbehov til eldre og syke, mat ved demens, samt hvilke tiltak som bør settes inn overfor beboere som spiser lite. Svært mange ønsker seg også et felles undervisningsopplegg for både pleie- og kjøkkenpersonalet.

Respondentene ved sykehjemmene og kjøkkenene har kommet med forslag til hvordan ernæringsarbeidet kan gjøres bedre. Økt fokus på kunnskap, etablere gode rutiner for vurdering av ernæringsstatus, samt bedre tid til å avvikle måltidene, er de hyppigst nevnte forslagene fra respondentene ved

sykehjemmene. Respondentene ved sykehjemmenes kjøkken har ønske om mer fokus på egenproduksjon og bedre valgmuligheter for beboerne. Noen har også framhevet betydningen av kort vei mellom kjøkken og beboer. Hvis man skal se samlet på svarene som er avgitt vedrørende hindringer for at forslagene kan gjennomføres, synes det klart at et generelt stort tidspres grunnet for liten bemanning er en viktig årsak til at ernæringsarbeidet ikke får den oppmerksomheten det burde ha. I tillegg er kunnskapsmangel og holdninger hos den enkelte nevnt som hindringer. Økt bemanning og mer tilgjengelig tid vil ikke nødvendigvis bedre kvaliteten på ernæringsarbeidet hvis ikke kunnskapsnivået er tilstrekkelig blant personalet.

REFERANSELISTE

Abrahamsen, D.R., Svalund, J. (2005): Pleie- og omsorgstjenester – Flere eldre mottar hjemmesykepleie. SSB/Statistisk sentralbyrå
(www.ssb.no/vis/samfunnsspeilet/utg/200504/05/art-2005-09-27-01.html).

Andersen, B.B. (2006): Hvidovre Hospital skrotter vanet nkningen.
Sygeplejersken, nr. 21.

Beck, A.M., Rasmussen, A.W., Ovesen, L.F. (2000): Ern ringstilstand hos  ldre og yngre pasienter inlagt på hospital. Ukeskrift L ger, 162/22: 3193-6.

Beck, A.M., Ovesen, L.F. (2002): Body mass index and energy intake of old Danish nursing home residents and home-care clients. Scand J Caring Sci, no. 16: 86-90.

Beck, A.M., Kofod, J. (2003): M ltidsservice p  plejecentre. Status og forslag til initiativer, F devarerapport. F devaredirektoratet Danmark.

Council of Europe (2003): Food and Nutritional Care in Hospitals: how to prevent undernutrition, report and recommendations of the Committee of Experts on Nutrition, Food Safety and Consumer Protection: health protection of the consumer, Strasbourg.

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

Elmståhl, S., Blabolil, G.F., K ller, R., Steen, B. (1987): Hospital nutrition in geriatric long-term care medicine. Comprehensive Gerontology, nr. 1: 29-33.

Flodin L., Svensson S., Cederholm T (2000): Body mass index as a predictor of one-year mortality in geriatric patients. Clin Nutr, no. 19: 121-125.

Gibbson, M.D., Henry, C.J. (2005): Does eating environment have an effect on food intake in the elderly? J Nutr Health Aging, no. 9 (1): 25-29.

Helsedirektoratet (1987): Strategi/tiltak for å forebygge underernæring hos pasienter. Helsedirektoratets utredningsserie nr. 2-87.

Helse- og omsorgsdepartementet: Lov om heletjenesten i kommunene av 19. november 1982 nr. 66.

Helse- og omsorgsdepartementet: Lov om sosiale tjenester m.v. av 13. desember 1991, nr. 81.

Helse- og omsorgsdepartementet: St. melding nr. 25 (2005-2006), Mestring, muligheter og mening.

Helse- og omsorgsdepartementet: Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting, etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.

Helse- og omsorgsdepartementet: St. melding nr. 45 (2002-2003), Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstjenestene.

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

Hetherington (2006): Situational effects on meal intake: A comparison of eating alone and eating with others. *Physiology & Behavior*, 88: 498-505.

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

Ingerslev J., mfl. (2002): Ernæring og aldring. Publikasjon nr. 28, Ernæringsrådet, Danmark.

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

Jensen, M. (2005): Tommelfingerregler rækker ikke når der skal lages mat til småspisede. Kjøkkenliv, nr. 8.

Kofod, J. (2000): Du er dem du spiser sammen med – et brukerperspektiv på den offentlige måltidsservice, Fødevarerapport. Fødevaredirektoratet Danmark.

Mortensen, AH, (2006) Å veie eller ikke veie? Det er spørsmålet..., Hovedoppgave Institutt for sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo.

Mowé M., Kindt E., Bøhmer T. (1994): Reduced nutritional status in an elderly population is probable before disease and possibly contributes to the development of disease. Am J Clin Nutr, no. 59: 317-324.

Mowé, M., Bosaeus, I., Rasmussen, H.H., Kondrup, J., Unosson, M., Irtun, Ø. (2006): Nutritional routines and attitudes among doctors and nurses in Scandinavia: A questionnaire based survey. Clinical Nutrition, vol 25, 3: 524-532.

Nasjonalt råd for ernæring (2005): Et sunt kosthold for bedre helse. Strategisk plan med forslag til tiltak for perioden 2005-2009. Sosial- og helsedirektoratet.

Nasjonalt råd for ernæring (2006): Når matinntaket blir for lite. Forslag til strukturelle tiltak for forebygging og behandling av underernæring. Sosial- og helsedirektoratet.

Nes, M. (1993): Eldres kosthold og ernæringsstatus, I: Elvbakken, K.T., red., Mat, alderdom og eldreomsorg, Oslo, Kommuneforlaget.

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

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

Sortland, K., (2007): Ernæring mer enn mat og drikke, Fagbokforlaget, Bergen.

Sosial- og helsedepartementet og Statens helsetilsyn (1995) Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten. IK-2482

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.

Stensvold, H., Utne, L. (1999): Dysfagi, 2. utgave, Oslo, Ad Notam Gyldendal.

Wahl, A.K., Hanestad, B.R. (2004): Måling av livskvalitet i klinisk praksis. En innføring. Fagbokforlaget, Bergen.

Aagaard, H. Ernæring og sykepleiekunnskap (1998) Vård i Norden, vol 18, nr 4.

Aagaard, H. (2004): Pilotstudie ved et sykehjem (upublisert).

Aagaard, H. (2005): Ernæring nedprioriteres ofte. Sykepleiestudenter har satt søkelys på pasientens ernæringstilstand, Sykepleien, nr. 17: 68-69.