

Mat og måltid i sykehjem 2

**Heidi Aagaard
Vigdis Abrahamsen Grøndahl**

**Høgskolen i Østfold
Oppdragsrapport 2015:1**

Online-versjon (pdf)

Utgivelsessted: Halden

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

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

Høgskolen i Østfold. Oppdragsrapport 2015:1

© Forfatterne/Høgskolen i Østfold

ISBN: 978-82-7825-436-3

ISSN: 1504-5331

INNHALDSFORTEGNELSE

INNHALDSFORTEGNELSE.....	1
SAMMENDRAG	2
1. INNLEDNING	7
1.1 Bakgrunnen for undersøkelsen	8
2. METODE.....	10
2.1 Design	10
2.2 Utvalg.....	10
2.3 Spørreskjemaet	11
2.4 Gjennomføring	11
2.5 Ethiske overveielser.....	13
2.6 Statistisk analyse	13
3. RESULTATER	14
3.1 Beskrivelse av utvalget	14
3.2 Serveringstilbudet	16
3.3 Vurdering av maten.....	20
3.4 Rutiner og tiltak knyttet til beboernes ernæringsstatus	23
3.5 Involvering av beboerne.....	29
3.6 Fysiske og sosiale miljøet ved måltidene	31
3.7 Kunnskap om ernæringsarbeid	33
3.8 Forslag til forbedringstiltak	37
4. DISKUSJON.....	43
4.1 Om utvalget	43
4.2 Serveringstilbudet	44
4.3 Vurdering av maten.....	46
4.4 Rutiner og tiltak knyttet til beboernes ernæringsstatus	49
4.5 Involvering av beboerne.....	53
4.6 Fysiske og sosiale miljøet ved måltidene	54
4.7 Forslag til forbedringstiltak: Kunnskap om ernæringsarbeid	55
REFERANSELISTE.....	58
VEDLEGG – SPØRRESKJEMA TIL HELSEPERSONELL VED SYKEHJEM	64

SAMMENDRAG

Denne rapporten bygger på en nasjonal undersøkelse blant ledere og en undersøkelse blant et utvalg av helsepersonell om mat og måltider i sykehjem utført i 2014. Eldre i sykehjem er utsatt for underernæring. En god ernæringsstilstand har betydning for helse og kan virke positivt på behandling, rehabilitering og livskvalitet. Underernæring har på den andre siden blitt knyttet til dårligere opplevd helse og livskvalitet blant beboere i sykehjem. I 2007 gjennomførte Høgskolen i Østfold en nasjonal undersøkelse blant ledere i sykehjem hvor resultatene viste at rutiner for å følge opp beboernes ernæringsstatus ikke var tilstrekkelig innarbeidet. Helsedirektoratet utarbeidet i 2009 *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring* og i 2012 *Kosthåndboken*, for å øke og sikre kvaliteten på ernæringsarbeidet. For å undersøke om rutinene knyttet til mat, måltider og oppfølging av beboeres ernæringsstatus har endret seg, fikk Høgskolen i Østfold i oppdrag av Helsedirektoratet å gjenta undersøkelsen om mat og måltider i sykehjem med utgangspunkt i undersøkelsen fra 2007. Hensikten med denne undersøkelsen var todelt: kartlegge hvordan ledere og helsepersonell ved sykehjem vurderer maten som serveres i sykehjem, samt kartlegge hvilke rutiner som finnes for å kvalitetssikre ernæringsarbeidet i sykehjem.

Problemstillingene/forskningsspørsmålene var:

- Hvordan vurderes maten som tilbys beboerne i sykehjem?
- Hvordan kartlegges, vurderes og ivaretas beboernes ernæringsstilstand?
- Hvordan tilrettelegges måltidet for beboere i sykehjem?
- Hvilke forslag til forbedringer knyttet til ernæringsarbeid foreslår lederne og helsepersonell?

Undersøkelsen hadde en deskriptiv design med en kvantitativ tilnærming, og bestod av to tverrsnittundersøkelser (del 1 og del 2). Undersøkelsens del 1 er en

nasjonal undersøkelse der alle sykehjemmene i Norge fikk forespørsel om å delta. Målgruppen var faglig leder / fagansvarlig for sykepleietjenesten ved det enkelte sykehjem. Denne personen skulle svare på vegne av sitt sykehjem. Det kom inn 475 svar, fordelt på samtlige fylker. Svarprosenten var 51. Målgruppen for del 2 av undersøkelsen var helsepersonell ved utvalgte sykehjem i Norge. Først ble ett fylke fra hver av de fire helseregionene i Norge trukket. I hvert av de fire fylkene ble den kommunen som var tilknyttet utviklingscenter for sykehjem valgt ut i tillegg til at en kommune uten denne tilknytningen, ble tilfeldig trukket. Deretter ble sykehjemmet som var tilknyttet utviklingscenter for sykehjem valgt til å delta, og tre til fire sykehjem ble trukket ut tilfeldig fra hver av de valgte kommunene. Målgruppen var helsepersonell som arbeidet på sykehjemmet. Det kom inn 268 spørreskjemaer, noe som gir en svarprosenten på 76. Datainnsamlingen ble foretatt ved hjelp av et strukturert spørreskjema som tar utgangspunkt i spørsmålene fra spørreskjema om mat og måltider i sykehjem anvendt i 2007. Undersøkelsen er gjennomført av Høgskolen i Østfold ved førstelektor Heidi Aagaard som har vært leder av prosjektet, inkludert utarbeidelsen av denne rapporten og førsteamanuensis Vigdis Abrahamsen Grøndahl som har deltatt i utvikling av spørreskjema, analyse av data og rapportutarbeidelsen. TNS-gallup ble benyttet til datainnsamlingen i undersøkelsens del 1.

Resultater

Alle fylker er representert i undersøkelsen. De faglig ansvarlige som var respondenter i del 1 var i all hovedsak utdannet sykepleiere og en tredjedel av sykehjemmene var tilknyttet utviklingscenter for sykehjem, mens helsepersonellet i del 2 fortrinnsvis var hjelpepleiere og sykepleiere, hvorav rundt en fjerdedel var tilknyttet utviklingscenter for sykehjem.

Rundt halvparten av sykehjemmene har eget kjøkken der middagen blir laget. Dette viser en liten nedgang i forhold til resultatene fra 2007. Kosttypen som

tilbys ved de fleste sykehjemmene er hverdagskosten, nøkkelråds kost og diabetes kost, mens vegetarkost og kost knyttet til livssyn, tilbys av færre. Hele 95 % av lederne og 81 % av helsepersonell oppgir at energi- og næringstett kost tilbys beboerne. Dette er en stor fremgang i forhold til resultatene fra 2007 da kun 33 % av sykehjemmene svarte at de produserte næringstett kost daglig. Resultatene kan dermed tyde på at kosttypen næringstett kost blir tilbudt ved de fleste sykehjemmene, men hvorvidt den blir benyttet som en standardkost til de fleste beboerne, gir ikke denne undersøkelsen noe svar på. På spørsmålet om næringstett kost blir benyttet til beboere som har dårlig ernæringstilstand, svarer nærmere 80 % av både ledere og helsepersonellet positivt, noe som også er en økning fra 2007 da 70 % svarte ja på dette.

Hvert fjerde sykehjem serverer hverken tidlig morgenmat eller sen kveldsmat. Allikevel svarer rundt halvparten av lederne og hver tredje helsepersonell at tiden mellom kveldsmåltid og første måltid neste dag, er under 11 timer. I undersøkelsen fra 2007 var det bare hver tredje leder som svarte at nattfasten var under 11 timer, noe som er en positiv endring, men resultatene indikerer at for lang nattfaste fremdeles er et problem ved norske sykehjem.

Både ledere og helsepersonell mener at maten er appetittvekkende og delikat. Til tross for dette svarer hver tiende leder og tre av ti helsepersonell at de ikke kan tenke seg å spise den middagsmaten hver dag. Lederne ga gjennomgående en noe bedre vurdering av maten enn det helsepersonellet gjorde. I undersøkelsen fra 2007 var også lederne stort sett fornøyde med maten. Fisk blir bedre vurdert enn kjøtt, mens helsepersonell vurderer variasjon og tilberedning av grønnsakene dårligere enn lederne. Resultatene viser ingen endring i fra 2007. Bare to av tre sykehjem serverer frukt daglig.

Blant lederne er det 3,7 % som ikke kjenner til *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring* utgitt av Helsedirektoratet i 2009. Tilsvarende tall for helsepersonell er 28,4 %. *Kosthåndboken* utgitt i 2012

av Helsedirektoratet er ukjent for 33,2 % av helsepersonellet og for 2,6 % av lederne. Det bør derfor fortsatt være en prioritert oppgave å sørge for at *Retningslinjene* og *Kosthåndboken* blir kjent, og at helsepersonell får opplæring i å anvende disse.

Resultatene viser at det har skjedd en forbedring i sykehjemmene sammenlignet med 2007 knyttet til å ha utarbeidet prosedyrer for ernæringsstatus og veiing. Hele 80 % av lederne svarer at sykehjemmet har rutiner for kartlegging og oppfølging av beboernes ernæringsstatus og 71 % av lederne svarer at sykehjemmet har skriftlige prosedyrer for vurdering av ernæringsstatus. I undersøkelsen fra 2007 var det kun 16 % av lederne som svarte at deres sykehjem hadde skriftlige prosedyrer for vurdering av ernæringsstatus. Blant helsepersonell er det bare 56 % som svarer at deres sykehjem har skriftlige prosedyrer knyttet til ernæringsstatus. I tillegg svarer omtrent 30 % av helsepersonellet «vet ikke» på spørsmålet. Hvis man ikke kjenner til om sykehjemmet har skriftlige prosedyrer, blir de jo heller ikke benyttet.

Flere sykehjem veier i dag beboerne ved innleggelsen og med faste intervaller. Hele ni av ti ledere og fire av fem helsepersonell svarer at de veier beboerne ved innleggelsen, mens det i 2007 var omtrent halvparten som veide beboerne ved innleggelsen. Å veie beboeren er det viktigste enkelttiltaket som er knyttet til vurdering av ernæringsstatus. At sykehjemmene har vekt lett tilgjengelig er derfor viktig. I denne undersøkelsen svarer tre av fem ledere at de har egen personvekt/ståvekt ved hver avdeling, mens det kun er to av fem som har stolvekt ved hver avdeling, og halvparten svarer at de må dele stolvekt med andre avdelinger ved sykehjemmet. Blant helsepersonellet svarer halvparten at de har personvekt ved hver avdeling, og kun en av fire har egen stolvekt ved hver avdeling. Sykehjemmene anskaffer blodtrykksapparat, men utstyr til veiing og måling av høyde bør også være standardutstyr ved alle sykehjem. Rundt 40 % av lederne ved sykehjem og litt under 50 % av helsepersonellet svarer at det

er rutine å beregne beboernes KMI. I 2007 var det kun 4 % som svarte at KMI ble beregnet, altså en stor forbedring.

For gruppen beboere med dårlig ernæringsstatus framkommer det av resultatene at det er flere som benytter næringsdrikker enn næringstett kost og mellommåltider. Dette funnet er uendret i forhold til resultatene fra undersøkelsen i 2007. Selv om næringsdrikker kan være et aktuelt tilskudd for å øke næringsinntaket, bør det ikke erstatte næringstett kost, men heller være et tillegg.

Resultatene viser at det ikke er vanlig at beboerne deltar i planlegging av menyen ved sykehjemmet. Ved omtrent halvparten av sykehjemmene deltar beboerne vanligvis eller av og til med pådekking /avdekking og opprydding i forbindelse med måltidene, men det å smøre egne brødsiver er mer vanlig. Disse resultatene er uendret siden undersøkelsen fra 2007.

Nesten samtlige av lederne og helsepersonellet svarer at beboere som trenger hjelp til å spise får tilstrekkelig spisehjelp. Dette funnet er omtrent uendret fra 2007. Samtidig sier en av ti ledere og en av fem helsepersonell at flere beboere mates samtidig av samme pleier. I 2007 svarte en av fire at flere beboere mates samtidig av samme pleier, altså en liten positiv nedgang. Derimot er det en sterk negativ tendens til at personalet sjeldnere spiser sammen med beboerne. I undersøkelsen fra 2007 svarte 63 % av lederne at personalet spiste sammen med beboerne mot bare 56 % av lederne og 51 % av helsepersonellet i 2014.

Både ledere og helsepersonell (tre av fire) opplever behov for mer kunnskap om ernæringsarbeid. Det er spesielt kunnskap om beregning av beboernes energibehov og kompetanse i å vurdere beboernes ernæringstilstand som etterlyses. Dette er slik ledere og helsepersonell ser det, og det viktigste tiltaket å iverksette for at ernæringsarbeidet skal bli kvalitativt bedre.

1. INNLEDNING

Undersøkelser viser at eldre på sykehjem er utsatt for underernæring (Saletti, Lindgren, Johansson & Cederholm, 2000, Damkjær & Bech, 2007, Saletti, 2007, Papparotto, Bidoli & Palese, 2013, Sortland, Gjerlaug & Harviken, 2013). En god ernæringsstatus hos eldre fører normalt til at funksjonsdyktigheten bevares lengre (Mowe, 2007), noe som vil ha betydning for trivsel og livslust. En svensk studie ved en geriatrisk rehabiliteringsavdeling framhevet at det å være i ernæringsmessig risiko var forbundet med dårligere opplevd helse (Söderhamn, Bachrach-Lindström & Ek 2007). En annen undersøkelse viste at underernæring hos eldre var knyttet til dårligere livskvalitet (Rasheed & Woods, 2014). I Stortingsmelding nr. 25 (2005–2006) ”Mestring, muligheter og mening” framhever regjeringen betydningen av mat og måltid som en viktig del av omsorgstjenestens virksomhet, både på sykehjem og i hjemmetjenesten. Maten skal sørge for at hver enkelt beboer får dekket sitt næringsbehov, og dermed bidra til en god ernæringsstatus. I 2014 startet Landbruks- og matdepartementet kampanjen «Omsorg gjennom mat og måltid». I den forbindelse har Oslo kommune bevilget midler til å tilby kurs til kjøkkenpersonalet og de som anretter maten. Det er også foreslått som en kuriositet at landets ordførere blir invitert til sykehjemmet for å smake på maten, og vurdere kvaliteten på den maten som tilbys beboere (Salvesen, 2013).

Ikke overraskende viste en tysk undersøkelse ved 10 sykehjem at underernæring eller risiko for underernæring var hyppigere hos beboere ved sykehjem med lav matbudsjett enn ved høyt matbudsjett. (Strathmann et al., 2013). Det er derfor viktig å ikke bare se på matbudsjettet isolert, men se det i sammenheng med kostnader knyttet til underernæringsproblematikken.

1.1 Bakgrunnen for undersøkelsen

I 2007 gjennomførte Høgskolen i Østfold en landsomfattende undersøkelse som viste at rutiner for å følge opp beboernes ernæringsstatus ikke var godt nok innarbeidet i sykehjem (Aagaard, 2008). Kun 16 % av sykehjemmene hadde skriftlige prosedyrer for vurdering av ernæringsstatus. Det var heller ikke en standard prosedyre ved alle sykehjem å veie beboerne ved innskrivingen. Denne undersøkelsen viste at noe under halvparten av sykehjemmene manglet en slik standard prosedyre. En nordisk undersøkelse om ernæringsrutiner i sykehus viste at evaluering av ernæringsstatus heller ikke var en standard prosedyre ved alle sykehus (Mowé et al., 2006). For å sikre god kvalitet i ernæringsarbeidet, utarbeidet Helsedirektoratet i 2009 *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*, og i 2012 ble det utarbeidet en *Kosthåndbok*.

For å se om resultatene fra undersøkelsen i sykehjem 2007 har endret seg, er det ønskelig å gjenta undersøkelsen. Høgskolen i Østfold har derfor fått i oppdrag fra Helsedirektoratet å gjennomføre en ny undersøkelse om mat og måltider i sykehjem. Denne undersøkelsen har tatt utgangspunkt i undersøkelsen som ble gjennomført i 2007 (Aagaard, 2008). Undersøkelsen fra 2007 besto av to delundersøkelser, der målgruppen for del 1 var styrere/ledere ved sykehjem, eller den som var faglig ansvarlig for sykepleietjenesten ved sykehjemmet, og målgruppen for del 2 var kjøkkensjef eller kjøkkenansvarlig ved det kjøkkenet som lagde maten til beboerne. Denne nye undersøkelsen har også bestått av to delundersøkelser, der målgruppen for del 1 har vært ledere for sykehjem, mens målgruppen for del 2 har vært helsepersonell ved sykehjem. Hensikten med de to undersøkelsene har vært å kartlegge hvordan ledere og helsepersonell ved sykehjem vurderer maten som serveres i sykehjem, samt kartlegge hvilke rutiner som finnes for å kvalitetssikre ernæringsarbeidet i sykehjem.

Problemstillingene/forskningsspørsmålene var:

- Hvordan vurderes maten som tilbys beboerne i sykehjem?
- Hvordan kartlegges, vurderes og ivaretas beboernes ernæringstilstand?
- Hvordan tilrettelegges måltidet for beboere i sykehjem?
- Hvilke forslag til forbedringer knyttet til ernæringsarbeid foreslår lederne og helsepersonell?

2. METODE

2.1 Design

Undersøkelsen har en deskriptiv design med en kvantitativ tilnærming, og består av to tverrsnittsundersøkelser (del 1 og del 2). Undersøkelsens del 1 ble gjennomført våren 2014 og del 2 sommeren og høsten 2014.

2.2 Utvalg

Undersøkelsens del 1 er en nasjonal undersøkelse der alle sykehjemmene i Norge fikk forespørsel om å delta. Målgruppen for undersøkelsen var faglig leder / fagansvarlig for sykepleietjenesten ved det enkelte sykehjem. Denne personen skulle svare på vegne av sitt sykehjem. Det ble i alt sendt ut 931 forespørsler om deltakelse. Til sammen kom det inn 475 svar, fordelt på samtlige fylker. Svarprosenten var 51.

Målgruppen for del 2 av undersøkelsen var helsepersonell ved utvalgte sykehjem i Norge. Først ble ett fylke fra hver av de fire helseregionene i Norge trukket. I hvert av de fire fylkene ble den kommunen som var tilknyttet utviklingssenter for sykehjem valgt ut i tillegg til at en kommune uten denne tilknytningen, ble tilfeldig trukket. Deretter ble sykehjemmet som var tilknyttet utviklingssenter for sykehjem valgt til å delta, og tre til fire sykehjem ble trukket ut tilfeldig fra hver av de valgte kommunene. I alt ble det sendt forespørsel til 16 sykehjem. Alle sykehjemmene takket ja til å delta i undersøkelsen. For å beregne hvor mange respondenter som skulle delta fra hvert sykehjem, ble det innhentet opplysninger om antall årsverk for helsepersonell fra de respektive sykehjemmene. Et forholdsmessig antall av respondenter ved hvert sykehjem ble deretter trukket ut tilfeldig. Til sammen ble 400 respondenter, 100 fra hvert fylke, trukket ut. Halvparten av respondentene som ble trukket ut var fra utviklingssenter for sykehjem. Av de 400 utsendte spørreskjemaene ble det returnert 268 spørreskjemaer, noe som gir en svarprosenten på 67. Ved ett

sykehjem ble kontaktpersonen syk, og sykehjemmet trakk seg fra undersøkelsen. Ved et annet sykehjem ble konvolutten med de ferdig utfylte spørreskjemaene borte i posten. Det totale antall sykehjem som deltok ble derfor redusert til 14, og antall respondenter ble redusert til 352, noe som gir en svarprosent på 76.

2.3 Spørreskjemaet

Data ble samlet inn ved hjelp av et strukturert spørreskjema. Spørsmålene i undersøkelsen tar i all hovedsak utgangspunkt i spørreskjema fra undersøkelsen om mat og måltider i sykehjem som ble utført for Helsedirektoratet ved landets sykehjem i 2007 (Aagaard, 2008). Ti av spørsmålene i undersøkelsen fra 2007 ble fjernet og ni ble lagt til eller omformulert. Spørreskjemaet fra 2007 er validert ved at en ekspertgruppe innen ernæring vurderte spørsmålene og ved at det ble pilottestet. Det ble derfor vurdert at det ikke var nødvendig å gjennomføre en ny pilotstudie for det reviderte spørreskjemaet.

Spørreskjemaene for undersøkelsens del 1 og del 2 er i utgangspunktet like, og kun noen formuleringer ble endret slik at spørsmålene var tilpasset målgruppen. Spørreskjemaet besto av totalt 79 spørsmål. Flere spørsmål var formulert som hvor ofte et tiltak forekom, eks. «Deltar beboerne ved planlegging av menyen?» Svarkategorier var da «vanligvis» / «noen ganger» / «sjelden» / «aldri» / «vet ikke». Andre spørsmål var formulert som påstander som respondentene skulle si seg mer eller mindre enige i, eks. «Beboerne ser ut til å hygge seg under måltidet». Svarkategoriene var da «uenig» / «delvis uenig» / «delvis enig» / «helt enig».

2.4 Gjennomføring

I undersøkelsens del 1 stod TNS Gallup for utsendingen av informasjonsskriv og spørreskjema til sykehjemmene. Utvalget (adresselisten) til undersøkelsen ble kjøpt av Kommuneforlaget. Adresselisten inneholdt navn og kontaktinformasjon

til 931 sykehjem. Navn på leder/ styrer var registrert ved 70 prosent av sykehjemmene, og av disse hadde 61 prosent også oppgitt personlig e-postadresse. Undersøkelsen ble sendt til navngitt leder og denne leders e-postadresse der denne informasjonen forelå. Ved de sykehjemmene hvor det manglet navn på leder eller leders e-postadresse, ble undersøkelsen sendt til postmottak, enten ved det aktuelle sykehjemmet dersom denne informasjonen forelå eller kommunens postmottak. Alle utsendelsene inneholdt navn på mottakende sykehjem, slik at e-poster til postmottak ble videresendt til leder/ styrer ved det aktuelle sykehjemmet.

Spørreskjemaene var nettbaserte og ble utfylt på et webskjema. Sykehjem som ikke svarte innen fristen, ble purret en gang elektronisk og en gang pr telefon av TNS Gallup.

I undersøkelsens del 2 kontaktet prosjektansvarlig pr telefon lederne for sykehjemmene og kontaktpersonene for utviklingscenter for sykehjem, ved de sykehjemmene som var trukket ut, med forespørsel om deltakelse i undersøkelsen.

Det ble oppnevnt en kontaktperson ved hver av de 16 sykehjemmene. For å sikre tilfeldig utvelgning fikk kontaktpersonen tilsendt skriftlig informasjon som beskrev hvordan respondentene i sykehjemmene skulle velges ut.

Kontaktpersonen ble bedt om å benytte en navneliste over helsepersonellet, og deretter trekke tilfeldig ut hver andre eller tredje navn på listen, slik at de til sammen fikk det antallet som det ble forespurt om i informasjonsskrivet.

Spørreskjemaene og frankerte svarkonvolutter ble sendt i posten til kontaktpersonene ved sykehjemmene. Hver respondent fikk utlevert et spørreskjema og en svarkonvolutt. Svarkonvolutter med spørreskjemaer ble samlet inn av kontaktpersonen som sendte svarene samlet til Høgskolen i Østfold. Alle konvoluttene ble deretter levert til TNS Gallup for optisk lesing.

Da fristen for innlevering av spørreskjemaene begynte å nærme seg, tok prosjektansvarlig en ringerunde for å spørre om skjemaene var klare for innsending. Kun seks av sykehjemmene hadde besvart innen fristen, og det ble gjennomført purrerunder på telefon. Da det begynte å nærme seg ferieavvikling var det noen av sykehjemmene som ønsket å forlenge fristen til etter ferien. Dette ble imøtekommet, og det ble bestemt en ny innleveringsdato. Da denne fristen gikk ut, hadde det kommet inn svar fra 14 av de 16 sykehjemmene.

2.5 Ethiske overveielser

For del 1: TNS Gallup som sto for den praktiske gjennomføringen av del 1, forholder seg til enhver tid til gjeldende lover og regler. I tillegg ble det inngått en «avtale om behandling av utvalg – databehandleravtale etter personopplysningsloven» mellom Høgskolen i Østfold og TNS Gallup AS. Spørreskjemaet inneholdt ingen personopplysninger. Konfidensialitet og frivillighet ble ivaretatt. Liste over hvilke sykehjem som deltok og besvarte undersøkelsen, var kun tilgjengelig for TNS Gallup i forbindelse med purring.

For del 2: Spørreskjemaet var anonymt, og det var frivillig å svare. På bakgrunn av at undersøkelsen ikke inneholdt personopplysninger og at spørreskjemaet var anonymt, ble det etter samråd med Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste, ikke sendt inn meldeskjema for del 2.

2.6 Statistisk analyse

Dataene fra undersøkelsen er analysert med deskriptiv statistikk ved hjelp av statistikkprogrammet IBM SPSS versjon 22.0.

3. RESULTATER

I dette kapittelet presenteres resultatene fra de to spørreundersøkelsene, del 1 og del 2. Først presenteres en oversikt over fylker og antall sykehjem som deltok. Deretter presenteres respondentenes bakgrunnsvariabler i form av utdanning og arbeidserfaring. Så følger resultater knyttet til serveringstilbudet, respondentenes vurdering av maten og måltidene, rutiner og tiltak om vurdering av ernæringsstatus, involvering av beboerne og tiltak vedrørende spisemiljøet. Avslutningsvis presenteres respondentenes forslag til hvordan ernæringsarbeidet kan bli bedre. 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 presenteres i tabeller. Det framgår av presentasjonen hvilke resultater som tilhører undersøkelsens del 1 og hvilke som tilhører del 2. Dette gjøres ved at respondentene i del 1 omtales som «ledere» og respondentene i del 2 omtales som «helsepersonell».

3.1 Beskrivelse av utvalget

Totalt deltok 475 sykehjem i undersøkelsens del 1 hvorav tre av sykehjemmene ikke har registrert fylke. Antall sykehjem som deltok fra hvert fylke var følgende:

Akershus	33	Møre og Romsdal	45	Sogn og Fjordane	15
Aust-Agder	18	Nordland	41	Sør-Trøndelag	32
Buskerud	19	Nord-Trøndelag	19	Telemark	16
Finnmark	11	Oppland	20	Troms	32
Hedmark	25	Oslo	5	Vest-Agder	18
Hordaland	41	Rogaland	48	Vestfold	12
				Østfold	23

I del 2 deltok helsepersonell ved 14 sykehjem i de fire helseregionene i Norge. Til sammen kom det inn 267 svar.

Antall beboere kan si noe om størrelsen på sykehjemmet. De fleste sykehjemmene i denne undersøkelsen har mellom 31-50 beboere. Se tabell 1.

Tabell 1. Antall beboere i sykehjemmet (spørsmål 1)

Antall beboere	Ledere n=461 %	Helsepersonell n=241 %
<31 beboere	17,7	21,2
31-50 beboere	36,6	27,4
51-80 beboere	23,2	26,1
>80 beboere	19,6	25,3

Respondentene skulle svare på om deres sykehjem var tilknyttet utviklingscenter for sykehjem. En av fire helsepersonell og en av tre ledere i denne undersøkelsen svarer at deres sykehjem er tilknyttet utviklingscenter for sykehjem. Se tabell 2.

Tabell 2. Tilknytning til utviklingscenter for sykehjem (spørsmål 3)

Tilknyttet utviklingscenter for sykehjem	Ledere n=461 %	Helsepersonell n=255 %
Ja	34,1	25,5
Nei	60,7	39,2
Vet ikke	5,2	27,1

Respondentene i begge undersøkelsene skulle svare på to bakgrunnsvariabler: utdanning og arbeidserfaring. Arbeidserfaring var knyttet til antall år som leder eller antall år som helsepersonell. Se tabell 3.

Tabell 3. Arbeidserfaring (spørsmål 79)

Arbeidserfaring	Ledere n=468 %	Helsepersonell n=250 %
Fra under 1 til og med 3 år	21,6	5,6
Fra 4 til og med 7 år	25,4	12,8
Over 7 år	53	81,6

I del 1 har 90,6 % av respondentene sykepleierutdanning, 3,4 % har vernepleierutdanning og 6 % har annen type utdanning som blant annet fysioterapi-, sosionom-, ergoterapi- eller hjelpepleierutdanning (n=470).

I del 2 har 59 % av respondentene hjelpepleier- eller omsorgsarbeiderutdanning, 32,4 % har sykepleierutdanning, mens 9 % svarer annen type utdanning som blant annet helsefagarbeider, pleiemedarbeider, assistent eller student/lærling (n=222).

3.2 Serveringstilbudet

Tidligere var det vanlig at hvert sykehjem hadde eget kjøkken på sykehjemmet der maten ble lagd rett før servering. Denne undersøkelsen viser at 55,6 % av sykehjemmene har eget kjøkken der middagen blir laget, mens 44,4 % svarer at sykehjemmet får middag fra et eksternt kjøkken (del 1, n=464). I del 2 er det 58,2 % som svarer at middagen blir laget ved eget kjøkken på sykehjemmet og 41,8 % svarer at den blir laget ved et eksternt kjøkken (n=244).

Tabell 4. System for leveranse av det varme måltidet (spørsmål 4)

System for middagsleveranse¹	Ledere N=475 %	Helsepersonell n=241 %
Varm mat i bulk til avdelingene	51,8	59
Maten kommer kjølt til avdelingene og varmes opp av helsepersonell	24,4	37

System for middagsleveranse¹	Ledere N=475 %	Helsepersonell n=241 %
Maten kommer kjølt til avdelingene og varmes opp av kjøkkenpersonell	11,4	5
Varm mat på brett til avdelingene	10,1	5
Varm mat i bulk til mottakskjøkken	3,6	8
Annet	10,5	3

¹Her kunne det krysses av for flere alternativer

Tabell 4 viser at omtrent halvparten (51,8 %) av sykehjemmene (del 1) får middagen varm i bulk fra kjøkkenet, mens 35,8 % svarer at maten kommer kjølt på avdelingene og varmes opp av helsepersonell (24,4 %) eller kjøkkenpersonell (11,4 %). Kun 10,1 % av sykehjemmene benytter brettservering. I del 2 svarer 59 % av helsepersonell at maten kommer varm i bulk fra kjøkkenet og 42 % at maten kommer avkjølt til avdelingen og varmes opp av kjøkkenpersonell (5 %) og av helsepersonell (37 %). Kun 5 % svarer at maten kommer varm på brett. I svarkategorien «annet» har respondentene spesifisert følgende eksempler: «får varm mat rett fra kjøkken», «serveres varm av kjøkkenpersonalet i spisesal», «varm mat i boller og fat rett fra kjøkkenet», «varm mat serveres i spisestuen og pasientene kan forsyne seg selv».

Kosttypen som tilbys av de fleste sykehjemmene er hverdagskosten, nøkkelråds kost og diabetes kost, mens vegetarkost og kost knyttet til livssyn, tilbys av færre. Se tabell 5.

Tabell 5. Kosttype som tilbys ved sykehjemmene (spørsmål 5)

Kosttype	Ledere %	Helsepersonell %
Nøkkelråds kost/hverdagskost (del 1: n=452/del 2: n=246)	98,2	91,5
Diabeteskost (del 1: n=452 / del 2: n=241)	96	92,5
Konsistenstilpasset kost (del 1: n=444 / del 2: n=222)	95,3	84,2
Energi- og næringstett kost (del 1: n=443 / del 2: n=228)	94,6	80,7

Kosttype	Ledere %	Helsepersonell %
Lettfordøyelig kost (del 1: n=434 / del 2: n=222)	89,4	75,2
Energireduisert kost/kost for vektreduksjon (del 1: n=422 / del 2: n=219)	77,5	59,4
Vegetarisk kost (del 1: n=404 / del 2: n=199)	59,2	34,2
Kost tilpasset livssyn (muslim, jøder, hinduer, buddhister m.m. (del 1: n=406 / del 2: n=207)	50,1	31,4

Helsedirektoratet anbefaler energi- og næringstett kost som den kosttypen som passer best for de fleste eldre på sykehjem (Helsedirektoratet 2012), og i denne undersøkelsen svarer 94,6 % av lederne og 80,7 % av helsepersonell at energi- og næringstett kost tilbys beboerne.

Tabell 6. Hyppighet av måltid som ikke tilbys beboere i sykehjem (spørsmål 24)

Måltider	Ledere N=475 %	Helsepersonell N=267 %
	Har ikke måltidet	Har ikke måltidet
Tidlig morgenmåltid	52,4	49,8
Frokost	<1	1,5
Lunsj	59,4	46,1
Mellommåltid	24,2	26,6
Middag	<1	1
Kaffemåltid	1,7	<1
Kveldsmat	<1	1
Sen kveldsmat	27,2	31,8

Oversikten i tabell 6 viser at omtrent halvparten av sykehjemmene ikke serverer tidlig morgenmat, og omtrent tre av fem (del 1) serverer ikke lunsj. I tillegg har en av fire sykehjem krysset av for at de hverken tilbyr tidlig morgenmat eller sen kveldsmat. Tabellen viser også at 1 % eller færre ikke serverer frokost, middag

og kveldsmat, noe som kan indikere at det har forekommet en feilkryssing i skjemaet.

Tabell 7. Tidspunkter for de ulike måltidene (spørsmål 24 del 1)

Måltids tidspunkter	Antall sykehjem (%)		
Frokost (n=450)	➔ kl. 09:00	kl. 09:00 - 09:30	kl. 09:30 ➔
	139 (30,9 %)	274 (60,9 %)	37 (8,2 %)
Lunsj (n=83)	➔ kl. 12:00	kl. 12:00 ➔	
	26 (31,3 %)	57 (68,7 %)	
Middag (n=449)	➔ kl. 13:00	kl. 13:00 - 14:00	kl. 14:00 ➔
	79 (17,6 %)	294 (65,5 %)	76 (16,9 %)
Kveldsmat (n=447)	➔ kl. 18:00	kl. 18:00 - 19:00	kl. 19:00 ➔
	27 (6 %)	264 (59,1 %)	156(34,9 %)
Sen kveldsmat (n=270)	➔ kl. 21:00	kl. 21:00 ➔	
	90 (33,3 %)	180 (66,7 %)	

Respondentene ble også spurt om å notere tidspunktene for de ulike måltidene. Tabell 7 viser at frokost serveres av 60,9 % mellom kl. 09:00 og 09:30, mens 30,9 % serverer frokost før kl. 09:00.

Omtrent to av tre serverer middag mellom kl. 13:00 og 14:00, 17,6 % servere middag før kl. 13:00, og omtrent like mange (16,9 %) serverer middag kl. 14.00 eller senere.

To av tre sykehjem servere kveldsmat mellom kl. 18:00 og 19:00. Kveldsmat serveres hos 6 % før kl. 18:00, mens 34,9 % serverer kveldsmat fra kl. 19:00 og senere. En av tre sykehjem serverer sen kveldsmat før kl. 21:00, og to av tre sykehjem serverer sen kveldsmat fra kl. 21:00 og senere.

Tabell 8. Serveringstilbudet (spørsmål 10, 22, 23)

Serveringstilbudet		Helt uenig %	Delvis uenig %	Delvis enig %	Helt enig %	Vet ikke %
Beboerne kan få mat utenom måltid	Ledere (n=458)	<1	<1	3,5	94,5	<1
	Helsepersonell (n=259)	2,3	4,6	13,8	78,8	<1
Beboerne kan velge mellom ulike retter til det varme måltidet	Ledere (n=457)	38,3	24,3	26,9	10	<1
	Helsepersonell (n=249)	61	14	16	8	1
Tiden mellom kveldsmåltid om kvelden og første måltid neste dag er mindre enn 11 timer	Ledere (n=458)	23,4	24	32,6	20	0
	Helsepersonell (n=256)	51	18	16	14	1

Tabell 8 viser at nesten samtlige sykehjem tilbyr mat til beboerne utenom måltidene. Derimot er det verdt å merke seg at 20 % av lederne og 14 % av helsepersonell svarer at tiden mellom siste måltidet om kvelden og første måltid neste dag er under 11 timer («helt enig»). Det er heller ikke vanlig ved alle sykehjem å ha mulighet til å velge mellom ulike retter til middag (10 % lederne og 8 % helsepersonell).

3.3 Vurdering av maten

Respondentene ble bedt om å vurdere en rekke påstander om maten som blir tilbudt beboere i sykehjem. Tabell 9 viser hvordan ledere og helsepersonell i sykehjem vurderer maten.

Tabell 9. Vurdering av maten som tilbys (spørsmål 11-22)

Vurdering av maten		Helt uenig %	Delvis uenig %	Delvis enig %	Helt enig %	Vet ikke %
Maten er appetittvekkende og delikat	Ledere (n=455)	1	1,8	30,1	66,8	<1
	Helsepersonell (n=253)	4	13	45	38	<1
Maten tilfredsstillende norske næringsstoff-anbefalingene	Ledere (n=464)	1	<1	8	82,3	7
	Helsepersonell (n=258)	4	8	29	48	10
Maten er tilpasset den enkelte brukers energibehov	Ledere (n=459)	2,8	8,5	47,3	40,3	1,1
	Helsepersonell (n=252)	10	19	41	27	4
Jeg kunne selv tenkt meg å spise denne middagsmaten hver dag	Ledere (n=457)	3,7	4,6	23,2	67,8	<1
	Helsepersonell (n=254)	9	18	37	35	1
Beboerne ser ut til å være fornøyd med maten	Ledere (n=456)	<1	<1	17,8	80,7	<1
	Helsepersonell (n=260)	1	8	43	47	0
Grønnsakene er varierte	Ledere (n=459)	2	7	30	59,7	1,3
	Helsepersonell (n=258)	11	23	36	29	1
Grønnsakene er godt tilberedt	Ledere (n=458)	1,1	4,1	32,7	61,6	<1
	Helsepersonell (n=259)	8	24	37	29	1
Kjøttet til middag er mørt	Ledere (n=456)	<1	3	34,6	59,4	2,2
	Helsepersonell (n=261)	5	21	48	25	2
Det serveres frukt hver dag	Ledere (n=458)	3	5,2	30,3	60,3	1,1
	Helsepersonell (n=263)	6	21	36	36	0
	Ledere (n=458)	5,7	11	32,4	46,9	3,9

Vurdering av maten		Helt uenig %	Delvis uenig %	Delvis enig %	Helt enig %	Vet ikke %
Det serveres ren fisk 2 ganger i uken (opplaget fiskemat ikke medregnet)	Helsepersonell (n=257)	7	12	26	50	4
Fisken til middag er veltillaget	Ledere (n=457)	1,1	2	20,6	75	1,3
	Helsepersonell (n=257)	5	14	38	42	1
Det serveres alltid dessert	Ledere (n=458)	3,3	3,5	19,6	73,1	<1
	Helsepersonell (n=261)	4	7	15	75	0
Beboerne får tilbud om tran eller andre former for D-vitamintilskudd daglig	Ledere (n=458)	9,8	15,5	30,3	38,6	5,7
	Helsepersonell (n=259)	42	22	14	7	6

Denne undersøkelsen viser at 90 % av lederne og 77 % av helsepersonell svarer at de er «helt enig» eller «delvis enig» i at maten som tilbys i sykehjem tilfredsstillende næringsstoffanbefalingene, mens det er færre av respondentene som svarer at de er «helt enig» eller «delvis enig» i at maten er tilpasset beboernes energibehov.

De fleste vurderer også maten som appetittvekkende. Omtrent to av tre ledere svarer at de er «helt enig» og 30 % at de er «delvis enig» i at maten som tilbys beboerne er appetittvekkende og delikat. I tillegg er 80,7 % «helt enig» og 17,8 «delvis enig» i at beboerne ser ut til å være fornøyd med maten, mens 8,3 % av lederne ikke selv kunne tenke seg å spise denne middagsmaten hver dag («helt uenig» og «delvis uenig» samlet). Helsepersonell i sykehjem (del 2) er noe mindre fornøyd med maten. Der svarer 38 % at de er «helt enig» og 45 % «delvis enig» i at maten som tilbys er appetittvekkende og delikat. Og 27 % av

respondentene er «helt uenig» eller «delvis uenig» i at de kunne tenke seg å spise denne middagsmaten hver dag.

Helsepersonellet vurderer grønnsakene dårligst: 32 % svarer at de er «helt uenig» eller «delvis uenig» i at grønnsakene er varierte, og 34 % er «helt enig» eller «delvis enig» i at grønnsakene er godt tilberedt. I tillegg svarer 64 % av helsepersonell at de er «helt uenig» eller «delvis uenig» i at beboerne tilbys D-vitamin tilskudd. Det er også verdt å merke seg at 27 % av helsepersonell svarer at det ikke blir servert frukt hver dag.

3.4 Rutiner og tiltak knyttet til beboernes ernæringsstatus

Respondentene skulle svare på hvorvidt det ofte var beboere ved deres sykehjem med dårlig ernæringstilstand.

Tabell 10. Beboere med dårlig ernæringstilstand (spørsmål 25)

Det er ofte beboere med dårlig ernæringstilstand ved mitt sykehjem	Ledere n=459 %	Helsepersonell n=247 %
Ja	39,6	49,8
Nei	57,9	40,5
Vet ikke	2,4	3,6

Som tabell 10 viser svarer 39,6 % av lederne og 49,8 % av helsepersonell at det ofte er beboere ved deres sykehjem som har dårlig ernæringstilstand.

I 2009 utga Helsedirektoratet *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*, og i 2012 utga de *Kosthåndboken*. Tabell 11 viser at 96,3% av lederne svarer at de kjenner til *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*, mens 28,4 % av helsepersonellet svarer at de ikke kjenner til *retningslinjene*. En av tre helsepersonell (33,2 %) svarer at de ikke kjenner til *Kosthåndboken*, mens kun 2,6 % av lederne svarer at de ikke kjenner til den.

Tabell 11. Benyttes Nasjonale faglige retningslinjer og Kosthåndboken (spørsmål 26 og 27)

Benyttes Nasjonale faglige retningslinjer og Kosthåndboken	Ledere %		Helsepersonell %	
	Retningslinjene n=457	Kosthåndboken n=458	Retningslinjene n=243	Kosthåndboken n=223
Ja	52	34,7	32,9	7,8
Delvis	42,4	42,9	34,6	16,6
Nei	1,8	19,6	4,1	43
Jeg kjenner ikke til disse	3,8	2,8	28,4	33,2

I de *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring* er det poengtert at ernæringstilstanden til beboerne skal kartlegges. Observasjon av beboernes vekt er det viktigste enkeltinntaket for å bedømme ernæringstilstanden.

Tabell 12. Vekter på sykehjemmet eller ved den enkelte sykehjemsavdeling (spørsmål 28)

Vekt		Ja, ved hver avdeling %	Ja, men må dele vekt %	Nei, har ikke denne type vekt %	Vet ikke om vi har vekt %
Vanlig vekt (beboeren må stå)	Ledere (n=424)	76,4	16,3	6,1	1,2
	Helsepersonell (n=215)	49,8	26,5	16,3	7,4
Stolvekt	Ledere (n=441)	42	51,9	6,6	1,1
	Helsepersonell (n=241)	26,1	66,4	5,4	2
	Ledere	19,5	28,5	48,3	3,7

Vekt		Ja, ved hver avdeling %	Ja, men må dele vekt %	Nei, har ikke denne type vekt %	Vet ikke om vi har vekt %
Vekt montert på heis	(n=379)				
	Helsepersonell (n=184)	14,1	23,4	50,5	11,9
Sengevekt	Ledere (n=347)	1,1	2,9	91,3	4,6
	Helsepersonell (n=171)	<1	1,2	80,7	17,5

Tabell 12 viser at 76,4 % av lederne og 49,8 % av helsepersonell oppgir at hver avdeling har egen vekt, mens henholdsvis 16,3 % og 26,5 % må dele vekt med andre avdelinger. I tillegg svarer 42 % av lederne og 26,1 % av helsepersonell at deres sykehjem har stolvekt ved hver avdeling, mens 51,9 % av lederne og 66,4% av helsepersonell svarer at de må dele stolvekten med flere avdelinger.

Tabell 13 viser hvilke rutiner sykehjemmene har knyttet til beboernes ernæringsstatus, og tabell 14 viser hvilke tiltak som blir iverksatt for beboere med dårlig ernæringsstatus.

Tabell 13. Rutiner for ernæringsstatus (spørsmål 29-30, 34-36)

Rutiner		Ja %	Nei %	Vet ikke %
Har sykehjemmet rutiner for kartlegging og oppfølging av ernæringsstatus?	Ledere (n=456)	81,8	16	2,2
	Helsepersonell (n=255)	69	13	19
Foreligger det skriftlige prosedyrer for vurdering av ernæringsstatus?	Ledere (n=454)	70,9	25,6	3,5
	Helsepersonell (n=252)	56	13	31
	Ledere (n=458)	91,5	7,9	<1

Rutiner		Ja %	Nei %	Vet ikke %
Er det rutine å veie beboerne ved innskriving i sykehjemmet?	Helsepersonell (n=247)	81	9	10
Er det rutine å beregne KMI/BMI?	Ledere (n=456)	41,4	52	6,6
	Helsepersonell (n=253)	45	38	17
Er det rutine å veie beboeren ved faste intervaller?	Ledere (n=457)	94,7	4,8	<1
	Helsepersonell (n=258)	90	6	4

Tabell 13 viser at 81,8 % av sykehjemmene i del 1 har rutiner for kartlegging og oppfølging av beboernes ernæringsstatus, og 70,9 % svarer at de har skriftlige prosedyrer for å vurdere ernæringsstatus. I tillegg svarer 91,5 % (del 1) at det er rutine å veie beboerne ved innskriving i sykehjem, og 94,7 % svarer at det er rutine å veie beboerne ved faste intervaller.

I del 2 svarer 56 % av helsepersonell at de har skriftlige prosedyrer for å vurdere ernæringsstatus, og 69 % svarer at de har rutiner for kartlegging og oppfølging av beboernes ernæringsstatus. I tillegg oppgir 81 % at det er rutine å veie beboerne ved innskriving, og 90 % svarer at det er rutine for regelmessig veiing. 45 % beregner beboernes kroppsmasseindeks (KMI).

Tabell 14. Tiltak ved dårlig ernæringsstatus (spørsmål 39-48)

Tiltak ved dårlig ernæringsstatus		Vanligvis %	Noen ganger %	Sjelden %	Aldri %	Vet ikke / ikke aktuelt %
Det blir utarbeidet en ernæringsplan	Ledere (n=457)	57,1	31,9	9	1,5	<1
	Helsepersonell (n=246)	53,3	26	13,4	1,6	5,7

Tiltak ved dårlig ernæringsstatus		Vanligvis %	Noen ganger %	Sjelden %	Aldri %	Vet ikke / ikke aktuelt %
Kostinntaket blir registrert	Ledere (n=457)	80	16,6	2,8	<1	<1
	Helsepersonell (n=259)	83	13,9	1,0	0	1,2
Væskeinntaket blir registrert	Ledere (n=457)	80,7	17,5	1,3	<1	<1
	Helsepersonell (n=257)	84,8	14	1	0	<1
Vekten blir registrert	Ledere (n=458)	96,5	3	<1	0	0
	Helsepersonell (n=252)	90,5	8,7	0	0	<1
Det blir benyttet energi- og næringstett kost	Ledere (n=458)	76,8	19,4	2,2	<1	<1
	Helsepersonell (n=250)	76	16,4	3,6	1,2	2,8
Mellommåltider blir benyttet	Ledere (n=456)	74,1	24,6	1,1	0	<1
	Helsepersonell (n=250)	62,4	29,2	6	<1	1,6
Ønskekost blir benyttet	Ledere (n=459)	74	22,4	3,3	0	<1
	Helsepersonell (n=254)	68,5	24	6,3	0	1,2
Næringsdrikker blir benyttet	Ledere (n=458)	84,5	15,1	<1	<1	0
	Helsepersonell (n=254)	85,4	13,4	<1	0	<1
Sondeernæring blir benyttet	Ledere (n=459)	13,7	33,1	39,9	12,6	<1
	Helsepersonell (n=255)	22	15,3	37,6	14,1	11

Tiltak ved dårlig ernæringsstatus		Vanligvis %	Noen ganger %	Sjelden %	Aldri %	Vet ikke / ikke aktuelt %
Parenteral/intravenøs ernæring benyttes	Ledere (n=458)	11,8	32,7	39,1	14,6	1,7
	Helsepersonell (n=253)	14,6	18,2	35,6	15	16,6

I følge *Nasjonale retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*, skal beboere med dårlig ernæringstilstand ha en individuell ernæringsplan (Helsedirektoratet 2009). Tabell 14 viser at 57,1 % av lederne og 53,3 % av helsepersonell oppgir at ernæringsplan vanligvis blir benyttet for beboere med dårlig ernæringsstatus.

Vekten blir registrert hos beboere med dårlig ernæringstilstand (96,5 % i del 1 og 90,5 % i del 2). Bruk av næringsdrikker oppgis av 84,5 % av lederne og 85,5 % av helsepersonell som ernæringstiltak for beboere med dårlig ernæringstilstand. Derne kommer energi- og næringsrik kost, ønskekost og mellommåltider, mens sondeernæring og parenteral ernæring brukes lite i sykehjem.

Denne undersøkelsen viser at ernæring er et sentralt punkt i pasientdokumentasjonen ved de fleste sykehjem, men det er færre som oppgir at ernæring er ett av punktene i den sykepleieplanen som sykehjemmene mottar for de pasientene som kommer fra sykehuset. Se tabell 15.

Tabell 15. Rutiner ved ernæringsarbeid (spørsmål 31-33, 37-38)

Rutiner ved ernæringsarbeid i sykehjem		Ja %	Nei %	Vet ikke %
Foreligger det skriftlige prosedyrer for sondeernæring?	Ledere (n=456)	74,6	19	6,3
	Helsepersonell (n=244)	52	9	38
Foreligger det skriftlige prosedyrer for parenteral ernæring?	Ledere (n=454)	69,9	23,4	6,6
	Helsepersonell (n=241)	46	13	41
Er innhenting av beboernes matvaner en standardprosedyre ved innskriving i sykehjemmet?	Ledere (n=458)	89,5	7,6	2,8
	Helsepersonell (n=251)	81	6	13
Er ernæring vanligvis et sentralt punkt i pasientdokumentasjonen?	Ledere (n=455)	93,6	5,5	<1
	Helsepersonell (n=252)	82	7	11
Er ernæring ett av punktene i den sykepleieplanen som dere mottar om pasienter som kommer fra sykehuset?	Ledere (n=457)	52,5	31,5	16
	Helsepersonell (n=245)	52	13	36

På spørsmålet om sykehjemmet har skriftlige prosedyrer for sondeernæring svarer 74,6 % av lederne og 52 % av helsepersonell «ja». I tillegg oppgir 69,9 % av lederne og 46 % av helsepersonell at de har skriftlige prosedyrer for parenteral ernæring.

3.5 Involvering av beboerne

Et stort antall eldre spiser hver dag mat som er tilberedt av kommunale eller private storkjøkkener. Tabell 16 viser i hvilken grad de eldre blir involvert før, under og etter måltider.

Tabell 16. Involvering i måltidene (spørsmål 49-57)

Involvering av beboerne		Vanligvis %	Noen ganger %	Sjelden %	Aldri %	Vet ikke %
Er det et system for at beboerne kan gi tilbakemelding på maten som tilbys?	Ledere (n=454)	56,4	22,5	13,7	5,7	1,8
	Helsepersonell (n=250)	31,2	18	20	21,6	9,2
Deltar beboerne ved planlegging av menyen?	Ledere (n=458)	2,2	14,6	32,8	49,8	<1
	Helsepersonell (n=257)	1,6	5,8	14	76,3	2,3
Smører beboerne brødiskivene selv?	Ledere (n=462)	33,8	46,1	14,3	5,8	0
	Helsepersonell (n=257)	25,3	40,9	19,5	14	<1
Deltar beboerne i noen form for matlaging?	Ledere (n=459)	2	41,2	41,6	15,3	0
	Helsepersonell (n=256)	2,3	26,2	33,2	37,1	1,2
Deltar beboerne i pådekking av bord?	Ledere(n=449)	1,8	51,2	34,1	12,7	<1
	Helsepersonell (n=258)	1,6	35,7	32,9	29,5	<1
Deltar beboerne i avdekking / opprydding etter måltid?	Ledere (n=458)	2,4	46,7	36,9	13,8	<1
	Helsepersonell (n=249)	5,6	34,8	27,7	28,9	<1
Kan beboerne selv velge om de vil spise alene eller sammen med andre?	Ledere (n=460)	85,2	12,6	1,1	<1	<1
	Helsepersonell (n=256)	72,3	19,9	5,5	1,6	<1
Kan beboere som trenger spisehjelp velge om de vil spise alene eller sammen med andre?	Ledere (n=459)	76,5	16,1	5,2	1,1	1,1
	Helsepersonell (n=255)	56,5	25,1	11,8	5,1	1,6
Kan beboerne vanligvis selv velge hvem de skal sitte sammen med under måltidet?	Ledere (n=459)	42	39,4	15,7	2,2	<1
	Helsepersonell (n=260)	23,1	36,2	27,3	11,9	1,5

Ved de aller fleste sykehjem, er det ikke vanlig at beboerne deltar i planlegging av menyen. I tillegg oppgir 56,9 % av lederne og 70,3 % av helsepersonell at beboerne sjelden eller aldri deltar i noen form for matlaging, mens det å smøre egne brødsiver er mer vanlig. Ved omtrent halvparten (46,8 %) av sykehjemmene i del 1 og 62,4 % i del 2, deltar heller ikke beboerne i pådekking av bord. Beboerne kan stort sett ved alle sykehjem, velge om de vil spise alene eller sammen med andre, mens 17,9 % av lederne og 39,2 % av helsepersonell oppgir at beboerne «sjelden» eller «aldri» selv kan velge hvem de vil sitte sammen med under måltidet.

3.6 Fysiske og sosiale miljøet ved måltidene

Det fysiske og sosiale miljøet rundt måltidet kan ha betydning for appetitten og dermed inntaket av mat.

Tabell 17. Spiseplassen (spørsmål 58)

Normal spiseplass		På rommet %	Egen spisestue %	Dagligstue %	Korridor %	Arbeidsstue / terapiavd.
Frokost	Ledere (n=462)	3,2	71,6	24,5	<1	<1
	Helsepersonell (n=247)	6,1	55,9	38,1	0	0
Lunsj	Ledere (n=244)	4,1	61,5	32,8	<1	1,2
	Helsepersonell (n=138)	8	42	50	0	0
Middag	Ledere (n=461)	<1	72,2	26,2	<1	<1
	Helsepersonell (n=248)	<1	58,1	41,5	0	0
Kveldsmat	Ledere (n=461)	1,7	71,6	25,8	<1	1
	Helsepersonell (n=247)	1,6	56,7	41,7	0	0

Normal spiseplass		På rommet %	Egen spisestue %	Dagligstue %	Korridor %	Arbeidsstue / terapiavd.
Sen kveldsmat	Ledere (n=362)	69,1	15,5	14,6	<1	0
	Helsepersonell (n=156)	45,5	18	36,5	0	0

På spørsmålet om hvor beboerne vanligvis spiser, ser det ut til at frokost, middag og kveldsmat oftest spises i sykehjemmets spisestue. Det er ikke vanlig at beboerne spiser måltidene i eget rom, unntatt ved «sen kveldsmat». Da oppgir derimot 56,1 % av lederne og 33,2 % av helsepersonell at beboerne spiser på rommet. Se tabell 17.

Tabell 18 viser hvordan respondentene vurderer en del utsagn vedrørende spisemiljøet ved sykehjemmets avdelinger.

Tabell 18. Spisemiljøet (spørsmål 59-67)

Spisemiljøet		Helt uenig %	Delvis uenig %	Delvis enig %	Helt enig %	Vet ikke %
TV står på under måltidet	Ledere (n=460)	57,4	28	13	1,6	0
	Helsepersonell (n=258)	69	19,4	8,5	2,7	<1
Radio står på under måltidet	Ledere (n=458)	58	29	10	2	<1
	Helsepersonell (n=256)	68	18,8	10,2	2,7	<1
Det er høyt støynivå under måltidet	Ledere (n=460)	53	32,8	12,8	1,1	<1
	Helsepersonell (n=260)	50,4	30	13,5	5,8	<1
Flere beboere mates samtidig av samme pleier	Ledere (n=460)	68,9	18,5	9,6	2,2	<1
	Helsepersonell (n=260)	61,5	15	16,2	6,5	<1
Beboerne ser ut til å hygge seg under måltidet	Ledere (n=459)	1,3	<1	29,6	68,4	0

Spisemiljøet		Helt uenig %	Delvis uenig %	Delvis enig %	Helt enig %	Vet ikke %
	Helsepersonell (n=259)	3,9	7,3	36,7	49	3,1
Beboere som trenger hjelp til å spise ser ut til å hygge seg under måltidet	Ledere (n=457)	1,5	1,5	43,3	51,6	2
	Helsepersonell (n=258)	3,9	8,9	44,6	36,4	6,2
Beboerne får lang nok tid til å spise	Ledere (n=460)	1,7	2	19,1	77	<1
	Helsepersonell (n=258)	5,8	2,3	14,3	77,1	<1
Beboere som trenger det får tilstrekkelig spisehjelp	Ledere (n=458)	2	1,7	17	78,8	<1
	Helsepersonell (n=261)	5,4	1,5	15,7	77	<1
Personalet spiser sammen med beboerne	Ledere (n=459)	23,7	20,3	44	12	0
	Helsepersonell (n=256)	28,9	18,4	31,6	20,3	<1

Hele 96 % av lederne og 91,4 % av helsepersonell svarer at de er «helt» eller «delvis» enig i at beboerne får lang nok tid til å spise, og omtrent like mange er også «helt» eller «delvis» enig i at beboere som trenger hjelp, får tilstrekkelig spisehjelp. Imidlertid svarer 11,8 % av lederne og 22,7 % av helsepersonell at flere beboere mates samtidig av samme pleier («helt» eller «delvis enig» sett samlet). Et høyt støynivå under måltidene er 13,9 % av lederne og 19,3 % av helsepersonell «helt» eller «delvis enig» i at det er, mens 98 % av lederne og 85,7 % av helsepersonell mener at beboerne ser ut til å hygge seg under måltidet («helt» eller «delvis enig» sett samlet).

3.7 Kunnskap om ernæringsarbeid

Tre av fire ledere i sykehjem opplever at personalet trenger mer kunnskap om ernæringsarbeid, mens 18 % svarer «nei» og 7 % svarer «vet ikke» (n=474). Tre

av fire helsepersonell ønsker seg også mer kunnskap i ernæring, 14,3 % svarer «nei» og 10 % svarer «vet ikke» (n=231).

På spørsmålet om hvor godt lederne mener at personalet vurderer viktigheten av kartlegging og vurdering av beboernes ernæringstilstand, svarer 28,1 % «svært godt» og 67,2 % svarer «godt», mens 3,2 % «dårlig» og 1,3 % svarer «svært dårlig». På samme måte skulle helsepersonell i del 2 av undersøkelsen svare på hvordan de mener ledelsen vurderer betydningen av kartlegging og vurdering av beboernes ernæringstilstand (n=256). Nitten prosent svarer «svært godt», 54,7 % svarer «godt», 9 % svarer «dårlig» og under 2 % svarer «svært dårlig». I tillegg er det 15,2 % som svarer «vet ikke».

Respondentene i begge undersøkelsene skulle deretter svare på et spørsmål hvor godt de synes oppfølgingen av brukernes ernæringstilstand blir ivaretatt på deres sykehjem. Tabell 19 viser svarfordelingen.

Tabell 19. Oppfølging av ernæringstilstanden (spørsmål 73)

Oppfølging av brukernes ernæringstilstand	Ledere n=469 %	Helsepersonell n=253 %
Svært godt	24	19,4
Godt	74,2	66,8
Dårlig	1,1	7,5
Svært dårlig	<1	1,2
Vet ikke	<1	5,1

Ledere og helsepersonell ble spurt om hvilke forutsetninger som var viktig for å få til gode rutiner knyttet til oppfølging av beboernes ernæringstilstand. På spørsmålet skulle de krysse av for to av åttesvaralternativer. Tabell 20 viser hva respondentene svarte.

Tabell 20. Forutsetninger for oppfølging av ernæringstilstanden (spørsmål 74)

Forutsetninger for gode rutiner vedrørende brukernes ernæringsstatus	Ledere n=464 %	Helsepersonell n=254 %
Kunnskap	79	63,8
Engasjement	30,6	18,5
Organisering	22	19
Ledelse	22	4,7
Tid	19,2	52
Samhandling	14,4	11
Ressurser	13,6	34,6
Annet	1,5	<1

Kunnskap er den forutsetningen som flest både ledere og helsepersonell mener har betydning for å få til gode rutiner for oppfølging av beboernes ernæringstilstand. Omtrent en av tre helsepersonell har deretter svart ressurser, mens ressurser er den forutsetningen som færrest ledere oppgir som en forutsetning for gode rutiner for ernæringsstatus. Under kategorien «annet» nevnes blant annet holdninger, økonomi og gode prosedyrer.

Lederne ble så spurt om å krysse av for den/de kategoriene de trodde personalet trengte mer kunnskaper i. Helsepersonellet skulle på tilsvarende spørsmål krysse av for den/de kategoriene de ønsket mer kunnskap om. Det var mulig å sette flere kryss. Tabell 21 viser svarfordelingen.

Tabell 21. Kunnskapsområder (spørsmål 69)

Kunnskapsområder	Lederne N=475 %	Helsepersonell N=267 %
Hvordan beregne beboernes energibehov?	73,1	50,5
Hvordan vurdere beboernes ernæringstilstand?	65,3	50,5
Kunnskaper om de ulike næringsstoffene	62,5	37,1

Kunnskapsområder	Lederne N=475 %	Helsepersonell N=267 %
Hvilke tiltak som bør settes inn overfor beboere som spiser lite?	55,2	46,5
Matkultur og religion	47,1	33,2
Kostholdsveiledning til beboerne	44	25,7
Om kostregistrering	44	31,7
Kost ved svelgeproblemer	44	57,4
Konsekvenser hvis beboerne spiser lite	42,3	24,8
Sondeernæring/enteral ernæring	30,3	35,1
Mathygiene	28,3	18,3
Parenteral/intravenøs ernæring	28	29,2
Annet	9	1

Eksempler på svarkategorien «annet» er følgende: om ulike dietter, miljøtiltak, ernæringsprosedyrer og etiske dilemmaer.

Ledere og helsepersonell ble deretter spurt om hvordan de mente det var best for helsepersonell å tilegne seg denne kunnskapen. Det var mulig å krysse av for flere svaralternativer. Hele 91,9 % av lederne (n=357) svarer at kurs internt på sykehjemmet er den måten som egner seg best, 34,7 % svarer nettbaserte kurs, mens 25,2 % svarer eksterne kurs. I svarkategorien «annet» er eksterne forelesere, hospitering, tett oppfølging av ansatte, fokus på tiltaksplaner, video og bruk av PPS (praktiske prosedyrer i sykepleietjenesten) nevnt.

Sekstio prosent av lederne (del 1) oppgir at ansatte har hatt undervisning i kartlegging og vurdering av beboernes ernæringsstatus (N=475). I undersøkelsen blant helsepersonell (n= 239) er det 29,3 % som svarer at ansatte ved deres sykehjem har hatt undervisning i dette temaet.

På spørsmålet om personalet har mulighet til å få råd og veiledning av ernæringsfysiolog svarer 40,6 % av lederne «ja», 43,9 % svarer «nei» og 15,5 %

svarer «vet ikke» (n=355), mens 9,7 % av helsepersonell svarer «ja», 39,9 % svarer «nei» og 50,4 % svarer «vet ikke» (n=228).

3.8 Forslag til forbedringstiltak

Avslutningsvis skulle respondentene beskrive med egne ord hvordan maten og ernæringsarbeidet ved deres sykehjem kunne bli bedre. I tabell 22 og 23 er forslagene fra respondentene (n=190 del 1 og n= 108 del 2) gruppert i ulike kategorier. Den kategorien som forekommer hyppigst er plassert øverst i tabellen.

Tabell 22. Kategorisering av forslag til forbedringstiltak (spørsmål 77) (ledere)

Forslag til forbedringer (ledere)
Økt kunnskap om og kompetanse i ernæringsarbeid
Fokus og engasjement
Samarbeid med kjøkken
Tid og ressurser
Bedre rutiner og prosedyrer
Kontaktperson/kontaktgruppe for mat og ernæring
Måltidsmiljø
Maten: meny og variasjon
Måltidsrytme og antall måltider
Involvering av beboere
Forankring hos ledelsen

Som tabell 22 viser, er «Økt kunnskap om og kompetanse i ernæringsarbeid» den kategorien som samler flest svar fra lederne. Følgende sitater illustrerer de ulike kategoriene:

Økt kunnskap om og kompetanse i ernæringsarbeid

«Utdanne kjøkkenpersonalet. De lager god variert mat, men mangler kunnskap om de forskjellige dietter.»

«E-læring for å nå ut til alle.»

«Internundervisning ofte nok.»

«Faglig oppdatering for pleiepersonell og kjøkkenansatte.»

Fokus og engasjement

«Ansatte må vise entusiasme og glede, og se nytten av at måltidsituasjonen er innbydende slik at beboerne får lyst til å spise og drikke.»

«Vi har hele tiden fokus på dette med mat og ernæring, og det er stadig oppe på møter og til diskusjon.»

«Større fokus på ernæringsarbeidet, kursing og veiledning.»

Samarbeid med kjøkken

«Større nærhet mellom kjøkkenavdelingen, pleieavdelingen og pasienten.»

«Vi har god dialog med kjøkkenet når vi trenger noe ekstra, og vi gir tilbakemeldinger om hverdagsmaten.»

Tid og ressurser

«Mindre grupper under måltid. Flere små enheter utløser behov for mer personell og det har vi ikke.»

«Kjøkkenpersonell på avdelingen.»

«Flere ressurser til å gjennomføre bedre måltider for de som trenger mye hjelp.»

Bedre rutiner og prosedyrer

«Ansatte selv utarbeide nye rutiner.»

«Vi arbeider for å få til et system for kartlegging av ernæringsstatus.»

«Ønskelig at hovedkjøkkenet ved institusjonen kunne lage ønskekost og f.eks. beriking av kost i stedet for i stor grad overlate dette til pleiepersonalet.»

Kontaktperson/kontaktgruppe for mat og ernæring

«Har en dyktig fagkoordinator som viser stor interesse og følger opp.»

«Har startet egen ernæringsgruppe.»

«Har opprettet matkontakt.»

Måltidsmiljø

«Måltidene er dagens høydepunkt for de fleste pasientene. Viktig med ro rundt måltidet. Den sosiale biten, å ha noen å spise sammen med er viktig.»

«Bruke måltidene som en arena for sosialt fellesskap, lage gode rammer rundt måltidene, la beboerne delta i det de fortsatt kan.»

«Skjerme personer ved bordet som trenger hjelp i måltidene.»

Maten: meny og variasjon

«Beboerne får et rikt sammensatt kosthold tilpasset årstider og behov.»

«Synes maten er bra nå med hjemmelaget mat hver dag.»

«Øke hyppigheten av fiskemåltider og rent kjøtt (ikke oppmalt) og minske mengden oppmalte kjøttprodukter, mer friske grønnsaker.»

«Mer variasjon i maten f.eks. ovnsstekte poteter, gratinerte poteter, nystekt kjøtt hadde gjort en vesentlig forskjell i forhold til dagens standard.»

«Koke middag på stedet istedenfor å få middag i plast fra hovedkjøkkenet. Lukt av kokende mat øker appetitten.»

«Mulighet for påvirkning av meny.»

«Flere valgmuligheter til middag.»

Måltidsrytme og antall måltider

«Tilby et ekstra fast måltid, slik at det er fire faste måltid i døgnet, og forskyve tidspunkt for middag.»

«Endre måltidsrytmen. Innføre lunsj og sen middag, hindre for lang fastetid.»

«Endre tidspunkt for måltider. For lang nattfaste.»

Involvering av beboere

«Inkludere brukerne i matlaging og rutiner rundt dette.»

«Mer involvering av beboerne i menyplanleggingen.»

Forankring hos ledelsen

«Leder må påse at området blir prioritert og at en stadig evaluerer praksisen i avdelingen.»

«At det er fokus hos ledere.»

Tabell 23. Kategorisering av forslag til forbedringstiltak (spørsmål 77) (helsepersonell)

Forslag til forbedringer (helsepersonell)
Økt kunnskap om og kompetanse i ernæringsarbeid
Samarbeid med kjøkken
Tid og ressurser
Bedre rutiner og prosedyrer
Maten generelt
Maten: meny og variasjon
Involvering av beboere

Økt kunnskap om og kompetanse i ernæringsarbeid

«Kurs og undervisning.»

«Kvalitetssikre at opplæring blir fulgt.»

Samarbeid med kjøkken

«Fortsette det gode arbeidet med kjøkkenet.»

«Bedre samarbeid med kjøkken.»

Tid og ressurser

«Bedre tid for frokostverter, kan da også forberede og forbedre måltider senere på dagen.»

«Mer tid til dokumentasjon, særlig hos underernærte.»

«Tid til kartlegging.»

«Mer kjøkkenpersonell i mottaksavdelingen for å bedre maten.»

Bedre rutiner og prosedyrer

«Fokus på rutiner for kartlegging.»

«Gode rutiner ved måltid.»

Maten generelt

«Kok grønnsakene mindre.»

«Mer ordentlig mat- ikke vakumpakket.»

«Mer smak på maten. Ikke alle posesuppene.»

«Gode råvarer.»

Maten: meny og variasjon

«Bytt ut lørdagsgrøt som mange ikke vil ha.»

«Flere menyer til middag.»

«Ønsker diverse middager tilpasset de forskjellige pasienter.»

Involvering av beboere

«Bruker kan bli med å bestemme middag.»

«Lytte til beboernes matønsker.»

4. DISKUSJON

4.1 Om utvalget

Kartleggingsundersøkelsen (del 1) omfattet 475 sykehjem, det vil si 51 % av alle sykehjem i Norge. Respondentene var faglig leder for sykehjemmet som skulle svare på vegne av sykehjemmet. Da det for tiden skjer en del endringer og omstillinger i kommunene kan det være at spørreskjemaet ble sendt til en leder som ikke lenger var leder for det respektive sykehjem, noe som kan ha påvirket svarprosenten negativt. Kanskje svarprosenten hadde vært høyere hvis undersøkelsen hadde blitt sendt til kommunens postmottak, slik at ansatte i postmottak kunne videresende mailen med forespørselen om deltakelse til faglig leder av sykehjemmet. Alle fylkene er representert. Men det er midlertid grunn til å tro at Oslo er underrepresentert da bare fem sykehjem deltok i undersøkelsen. Ikke uventet opplyste de fleste av respondentene i undersøkelsens del 1 at de hadde sykepleierutdanning.

I undersøkelsens del 2 deltok 267 helsepersonell, det vil si 67 % av alle som ble forespurt om deltakelse. Omtrent en av tre som deltok var sykepleiere, og tre av fem hadde utdanning som hjelpepleier eller omsorgsarbeider.

I hvert fylke er det opprettet ett utviklingscenter for sykehjem og ett for hjemmetjenesten, der formålet er fremme kunnskap og kvalitet i tjenesten (Utviklingscenter, 2014). I del 2 av undersøkelsen ble det derfor sendt forespørsel om deltakelse til like mange respondenter med og uten tilknytning til utviklingscenter for sykehjem. Imidlertid viste denne undersøkelsen at kun en av fire helsepersonell var tilknyttet utviklingscenter. Det er i tillegg verdt å merke seg at 27 % ikke visste hvorvidt deres sykehjem var tilknyttet et utviklingscenter, og det er da sannsynlig at sykehjemmet ikke hadde en slik tilknytning. Det vil i så fall medføre at enda færre enn hver fjerde av undersøkelsens respondenter var tilknyttet et utviklingscenter.

4.2 Serveringstilbudet

Tidligere var det vanlig at alle sykehjem hadde eget kjøkken der maten ble laget rett før servering, og beboerne på sykehjemmet kunne kjenne duften av nylaget mat. I dag er det sykehjem som bygges med kun postkjøkken, og der sentralkjøkkenet som er lokalisert utenfor sykehjemmet er valgt som produksjonskjøkken. Vanligvis vil sentralkjøkkenet levere mat til flere sykehjem, samt til hjemmeboende som trenger et tilbud om ferdiglaget mat.

I denne undersøkelsen har 55,6 % av sykehjemmene eget kjøkken der middagen blir laget. I undersøkelsen fra 2007 var det 62 % som hadde eget kjøkken på sykehjemmene der middagen ble laget (Aagaard, 2008). Kortere avstand mellom den som faktisk spiser maten og den som lager maten, kan muligens bidra til bedre kommunikasjon og dermed kan det være lettere for beboerne å komme med synspunkter om maten, eller lettere for kjøkkenpersonalet å fange opp signaler om beboernes syn på maten.

Halvparten av sykehjemmene i denne undersøkelsen mottok maten varm i bulk til avdelingen. Ved omtrent en av ti sykehjem som fikk maten avkjølt til avdelingen, var det eget kjøkkenpersonell som varmet opp og ferdigstilte maten før servering til beboerne, mens ved en av fire sykehjem ble maten varmet opp av helsepersonell. Det betyr at det i hovedsak er helsepersonell som har ansvar for maten i det siste leddet av matkjeden. Helsepersonell blir da de som har ansvar for at maten ved servering ser appetittlig ut, er tilstrekkelig varm og så videre. Maten må beholde kvalitet og være appetittlig og delikat fram til den serveres beboeren. Spørsmålet man kan stille ved denne arbeidsrutinen er hvorvidt ferdigstilling av maten kan bli nedprioritert i en hektisk hverdag med dårligere pasienter og knappe ressurser (Gautun & Syse, 2013).

Nøkkelråds kost og energi- og næringstett kost er de to kosttypene som Helsedirektoratet anbefaler som standardkost i institusjoner (Helsedirektoratet,

2012). For pasienter som spiser lite eller som har en dårlig ernæringstilstand bør energi- og næringstett kost være førstevalget. Undersøkelser viser at eldre på sykehjem er utsatt for underernæring (Saletti, Lindgren, Johansson & Cederholm, 2000, Damkjær & Bech, 2007, Saletti, 2007, Papparotto, Bidoli & Palese, 2013, Sortland, Gjerlaug & Harviken, 2013), og denne kosttypen er derfor velegnet for de fleste beboere på sykehjem (Helsedirektoratet, 2012 s.124). I undersøkelsen blant sykehjem fra 2007 svarte kun ett av tre kjøkken at de produserte næringstett kost daglig (Aagaard, 2008), mens i denne undersøkelsen svarer 94,6 % av lederne og fire av fem helsepersonell at de tilbyr energi- og næringstett kost. Undersøkelsen kan dermed tyde på at kosttypen næringstett kost blir tilbudt ved de fleste sykehjemmene, men hvorvidt den blir benyttet som en standardkost til de fleste beboerne, gir ikke denne undersøkelsen noe svar på. På spørsmålet om næringstett kost blir benyttet til beboere som har dårlig ernæringstilstand, svarte 77 % av lederne og 76 % av helsepersonellet at vanligvis benyttes energi- og næringstett kost. På tilsvarende spørsmål i 2007, var det 70 % som svarte at de benyttet energi- og næringstett kost til beboere som spiser lite (Aagaard, 2008).

I *Kosthåndboken* utgitt av Helsedirektoratet (2012) blir det også anbefalt at beboere i sykehjem får tilbud om fire hovedmåltider: frokost, lunsj, middag og kveldsmat, og to mellommåltider: ett mellommåltid på formiddagen og ett mellommåltid som et sent kveldsmåltid eller tidlig frokostmåltid (s.125). I tillegg er det vektlagt at tiden mellom siste måltid om kvelden og første måltid neste dag skal være under 11 timer (Helsedirektoratet, 2012). I vår undersøkelse svarer rundt 25 % at de hverken har tidlig morgenmat eller sen kveldsmat. Det er også verdt å merke seg at omtrent 50 % av lederne og rundt 30 % av helsepersonellet svarer at tiden mellom kveldsmåltid og første måltid neste dag er under 11 timer. I undersøkelsen fra 2007 var det kun 30 % en av lederne som svarte at nattfasten var under 11 timer (Aagaard, 2008). I en tilsvarende

undersøkelse blant ledere i hjemmesykepleien svarte kun 30 % at nattfasten hos brukere av hjemmesykepleien var mindre enn 11 timer (Aagaard & Grøndahl, 2013). Undersøkelsen indikerer at for lang nattfaste fremdeles er et problem ved norske sykehjem. Sykehjem med nattfaste over 11 timer bør derfor vektlegge å endre måltidsstrukturen slik at antall timer med nattfaste blir redusert.

Flere sykehus har innført lunsj og endret tidspunktet for middagsserveringen til ettermiddagen, noe som samsvarer bedre med hva som er vanlig i den norske befolkningen. Til tross for dette viser denne undersøkelsen at kun 16,9 % av sykehjemmene serverer middag på ettermiddagen etter kl. 14:00, og omtrent like mange serverer middag før kl. 13:00. Imidlertid er dette noe endring fra undersøkelsen utført i 2007. Da var det 8 % av sykehjemmene som svarte at de serverte middag etter kl. 14:00 og 22 % svarte at de serverte middagen allerede før kl. 13:00.

Det er viktig at beboere på sykehjem kan velge mellom ulike retter, slik som er vanlig ved mange sykehus. Allerede i Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene fra 2003 ble det framhevet følgende knyttet menneskets grunnleggende behov for ernæring: «Tilstrekkelig næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat» (FOR 2003-06-27 nr. 792). Undersøkelsen viser at det fremdeles er behov for større fokus vedrørende beboernes muligheter til å velge mellom ulike retter til det varme måltidet.

4.3 Vurdering av maten

I denne undersøkelsen var det lederne og helsepersonell ved sykehjemmene som uttalte seg om maten. For at beboerne ved sykehjemmet skal få opprettholdt sin ernæringsstatus må maten som serveres på sykehjemmene tilfredsstille de norske næringsstoffanbefalingene. I tillegg må maten dekke den enkeltes energibehov. Det er derfor positivt at de aller fleste i denne undersøkelsen oppga

at maten tilfredsstillende næringsstoffanbefalingene. Derimot var det færre som mente at maten var tilpasset den enkelte beboers energibehov. Tross i at det er like viktig for beboernes ernæringsstatus at også energibehovet blir dekket. Imidlertid hjelper det ikke om maten dekker energibehovet og næringsstoffanbefalingene hvis den ikke er appetittvekkende og velsmakende.

Mange eldre på sykehjem har dårlig matlyst (Mowé, 2012), og det er derfor enda viktigere å vektlegge appetittvekkende og velsmakende mat for denne brukergruppen, slik at maten kanskje allikevel kan friste. En nederlandsk undersøkelse blant aldersgruppen 55-85 år viste at det var sammenheng mellom nedsatt appetitt og underernæring (Schilp, Wijnhoven, Deeg, & Visser, 2011). Både ledere og helsepersonell i vår undersøkelse mener at maten er appetittvekkende og delikat. Lederne ga gjennomgående en noe bedre vurdering av maten enn det helsepersonellet gjorde. I undersøkelsen fra 2007 var også lederne stort sett fornøyde med maten (Aagaard, 2008). Fisk blir bedre vurdert enn kjøtt, mens helsepersonell vurderte variasjon og tilberedning av grønnsakene dårligere enn lederne. Dette funnet stemmer overens med hva ledere og helsepersonell i hjemmesykepleien svarte (Aagaard & Grøndahl, 2013). At grønnsaker kan være en utfordring ved mange sykehjem viste også undersøkelsen fra 2007 (Aagaard, 2008), samt undersøkelsen foretatt blant beboere på sykehjem (Aagaard, 2010). I kommentarene uttalte beboerne at det for ofte ble servert «frosne grønnsaker», og at det for sjelden ble servert «ferske grønnsaker», «salater» og «stuinger». I tillegg sto fersk fisk og mindre ferdigprodusert vare på ønskelisten (Aagaard, 2010). At det brukes mindre ferdigprodusert vare er derfor positivt, og i vår undersøkelse svarer rundt 75 % av helsepersonellet og omtrent 80 % av lederne at det blir servert ren fisk to ganger i uken, noe som kan indikere at det benyttes mindre ferdigprodusert vare. Desserten kan for de fleste være en god avslutning på måltidet, samtidig som den kan bidra med litt ekstra energi. 93 % av lederne og 90 % av

helsepersonellet oppgir at sykehjemmet serverer dessert hver dag.

Undersøkelsen blant beboerne ved sykehjem viste også at desserten var noe de aller fleste var mest fornøyde med (Aagaard, 2010). Det er derfor viktig at økonomiske innstramninger ikke fører til at man fjerner desserten.

Selv om vurderingen av maten for det meste er positiv, er det allikevel verdt å merke seg at nesten 10 % av lederne og 30 % av helsepersonellet ikke kan tenke seg å spise denne middagsmaten hver dag. Dessverre har ikke beboerne noe valg!

Kostrådene anbefaler frukt hver dag (Nasjonalt råd for ernæring, 2011).

Resultatene fra denne undersøkelsen viser at det er flere sykehjem i dag som serverer frukt daglig enn det var i 2007. Det er færre helsepersonell som oppgir at det blir servert frukt enn ledere. Kanskje lederne tror at det blir servert mer frukt enn det i virkeligheten blir gjort? At fokuset bør opprettholdes viste også undersøkelsen blant beboere ved sykehjem. Der svarte kun 23 % av beboerne at de fikk frukt daglig (Aagaard, 2010). I undersøkelsen utalte en sykehjemsbeboer følgende: «*Det står fruktfat framme, men ærlig talt så tør jeg ikke ta*» (Aagaard, 2010 s. 39).

Eldre som får lite sol er utsatt for å få i seg for lite D-vitamin (Mowé, 2012). I tillegg er det få matvarer som inneholder vitamin D (Pedersen, 2012). En pilotundersøkelse blant sykehjemsbeboere fant at eldre i liten grad hadde mulighet til å komme utendørs (Fagerli & Grøndahl, upublisert materiale). Dette innebærer at spesielt gruppen eldre sykehjemsbeboere er utsatt for å få en dårlig vitamin D-status (Pedersen, 2012). En norsk case-Kohort undersøkelse viste at det var sammenheng mellom lavt nivå av vitamin D i serum og økt risiko for hoftebrudd (Holvik et al., 2013). I følge 38,6 % av lederne får beboerne tilbud om tran eller andre former for vitamin D-tilskudd daglig. Dette er ingen endring fra undersøkelsen i 2007 der også 38 % av lederne svarte det samme (Aagaard,

2008). I tillegg svarer kun 7 % av helsepersonellet at det gis tilbud om D-vitamintilskudd daglig til beboere ved deres sykehjem. Dette funnet stemmer overens med undersøkelsen blant beboere i sykehjem. Der svarte kun 10 % av beboerne at de fikk tilbud om tran eller D-vitamintilskudd (Aagaard, 2010). Tran eller annen tilskudd av D-vitamin kan bidra til å opprettholde D-vitaminstatus. Helsedirektoratet anbefaler at eldre som er lite ute i dagslys bør få tilskudd av vitamin D (Helsedirektoratet, 2012 s.44). Resultatene kan tyde på at Helsedirektoratets anbefalinger ikke blir fulgt.

4.4 Rutiner og tiltak knyttet til beboernes ernæringsstatus

I følge to av fem ledere og halvparten av helsepersonellet er det ofte beboere med dårlig ernæringstilstand ved deres sykehjem. En undersøkelse blant 3279 pasienter ved Haukland sykehus, samt deres tre satelittsykehus viste at 40 % av pasienter som ble utskrevet til sykehjem, var i ernæringsmessig risiko (Tangvik et al., 2014). En undersøkelse blant eldre i sykehjem og eldre som mottok hjelp fra hjemmesykepleien i en bykommune i Norge, viste at 30 % var underernært (Landmark, Gran, & Grov, 2014). Det aller beste er å forebygge at underernæring oppstår og ha gode rutiner for å oppdage om noen av beboerne står i fare for å utvikle underernæring.

Helsedirektoratet utga i 2009 *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring* og i 2012 utga de *Kosthåndboken*. I *retningslinjene* er det poengtert at ernæringsstatus skal kartlegges ved innskriving i sykehjem og deretter en gang i måneden eller etter et annet faglig begrunnet opplegg (Helsedirektoratet 2009, Helsedirektoratet, 2012). Nesten samtlige ledere i denne undersøkelsen svarte at *Nasjonale retningslinjer for behandling og forebygging av underernæring* og *Kosthåndboken* blir benyttet helt eller delvis, mens færre helsepersonell svarer tilsvarende. Det er også flere blant helsepersonell som sier at de ikke kjenner til *retningslinjene* og

Kosthåndboken. Det bør derfor fortsatt være en prioritert oppgave å sørge for at *retningslinjene* og *Kosthåndboken* blir kjent, og at helsepersonell får opplæring i å anvende disse. Resultatene i denne undersøkelsen viser at det har skjedd en forbedring i sykehjemmene sammenlignet med 2007 knyttet til å ha utarbeidet prosedyrer for ernæringsstatus og veiing. Fire av fem ledere svarer at sykehjemmet har rutiner for kartlegging og oppfølging av beboernes ernæringsstatus og 70,9 % av lederne svarer at sykehjemmet har skriftlige prosedyrer for vurdering av ernæringsstatus. I undersøkelsen fra 2007 var det kun 16 % av lederne som svarte at deres sykehjem hadde skriftlige prosedyrer for vurdering av ernæringsstatus (Aagaard, 2008). Det er imidlertid verdt å merke seg at det blant helsepersonell er det færre (56 %) som svarer at deres sykehjem har skriftlige prosedyrer knyttet til ernæringsstatus. I tillegg svarer omtrent 30 % av helsepersonellet «vet ikke» på spørsmålet. Hvis man ikke kjenner til om sykehjemmet har skriftlige prosedyrer, blir de jo heller ikke benyttet. I en undersøkelse i hjemmesykepleien var det kun 30 % som svarte at de hadde skriftlige prosedyrer for vurdering av ernæringsstatus (Aagaard & Grøndahl, 2013). I en mindre dansk kvalitativ undersøkelse om sykepleiepersonalets opplevelse av pasienters ernæring, framkom det at screening av ernæringsstatus medførte at pasientene ble bedre ernært, men ikke alltid (Andrés & Bekker, 2013). Blant annet pekte respondentene på at screeningen ikke utføres konsekvent ved for eksempel endring i pasientens tilstand. En mindre undersøkelse fra Australia viste også at selv om 83 % av ansatte ved en dementseksjon oppga at ernæringsmessig vurdering var viktig, svarte bare 53 % at de faktisk utførte en ernæringsmessig vurdering (Beattie, O'Reilly, Strange, Franklin, & Isenring, 2014).

Undersøkelsen vår viser også at det er flere sykehjem som veier beboerne ved innleggelsen og med faste intervaller. I 2014 svarer ni av ti ledere og fire av fem helsepersonell at de veier beboerne ved innleggelsen, mens det i 2007 var

omtrent halvparten som veide beboerne ved innleggelsen. Å veie beboeren er det viktigste enkelttiltaket som er knyttet til vurdering av ernæringsstatus. At sykehjemmene har vekt lett tilgjengelig er derfor viktig. I denne undersøkelsen svarer tre av fem ledere at de har egen person-vekt/stå-vekt ved hver avdeling, mens det kun er to av fem som har stolvekt ved hver avdeling, og halvparten svarte at de må dele stolvekt med andre avdelinger ved sykehjemmet. Blant helsepersonellet svarer halvparten at de har personvekt ved hver avdeling, og kun en av fire hadde egen stolvekt ved hver avdeling. I undersøkelsen fra 2007 var det en av fem som måtte dele vekt med andre avdelinger (Aagaard, 2008). Sykehjemmene anskaffer blodtrykksapparat, men utstyr til veiing og måling av høyde bør også være standardutstyr ved alle sykehjem. I flere av kartleggingsskjemaene som benyttes for å vurdere ernæringsstatus, er kroppsmasseindeks (KMI/BMI) ett av punktene som skal fylles ut. I denne undersøkelsen svarer rundt 40 % lederne ved sykehjem og litt under 50 % av helsepersonellet at det er rutine å beregne beboernes KMI. I 2007 var det kun 4 % som svarte at KMI ble beregnet, altså en stor forbedring.

Hvis det blir avdekket at beboeren er i ernæringsmessig risiko eller er underernært, skal det utarbeides en ernæringsplan (Helsedirektoratet, 2012). I alt 57 % av lederne og 53 % av helsepersonellet svarer at det gjøres «vanligvis», mens 10,5 % av lederne og 15 % av helsepersonellet svarer «sjelden» eller «aldri». Altså bør det være et større fokus på å innarbeide ernæringsplan for denne gruppen beboere. Det tiltaket som helsepersonellet hyppigst iverksetter hos beboere med dårlig ernæringsstatus, er å registrere vekten. Nevnte tiltak viser en forbedring sammenlignet med undersøkelsen fra 2007 der 69 % svarte at vekten ble registrert hos denne gruppen, mens i denne nye undersøkelsen svarer 96,5 % lederne ved sykehjemmene at vekten blir registrert hos beboere som har dårlig ernæringsstatus.

For gruppen beboere med dårlig ernæringsstatus framkommer det av resultatene at det er flere som benytter næringsdrikker enn næringstett kost og mellommåltider. Dette funnet er uendret i forhold til resultatene fra undersøkelsen i 2007 (Aagaard, 2008). I følge anbefalinger fra Helsedirektoratet (2009, 2012) er det foreslått at pasienter som spiser lite, i hovedsak skal benytte «ernæringstrappen» der næringstett og beriket kost, samt økt antall måltider, anvendes før eller samtidig med næringsdrikker. Selv om næringsdrikker kan være et aktuelt tilskudd for å øke næringsinntaket, bør det ikke erstatte næringstett kost, men heller være et tillegg.

Dokumentasjon og informasjonsutveksling knyttet til ernæring er viktig for å følge opp beboernes individuelle behov på en tilfredsstillende måte. I denne undersøkelsen svarer ni av ti ledere og fire av fem helsepersonell at ernæring er ett sentralt punkt i pasientdokumentasjonen. Halvparten av lederne og helsepersonellet svarer videre at sykepleieplanen fra sykehuset inneholder ett punkt om ernæring. Samtidig svarer omtrent en tredjedel av helsepersonellet og 16 % av lederne «vet ikke» på spørsmålet, noe som tyder på at det er færre som kan svare bekreftende på spørsmålet. At dokumentasjon om pasienters ernæringsstatus manglet ved overføring fra sykehuset, viste også undersøkelsen om ernæringsarbeid i hjemmesykepleien der kun halvparten oppgav at det var et eget punkt (Aagaard & Grøndahl, 2013). Dette til tross for at forskning tyder på at en stor andel av pasienter som blir overført fra sykehus og til sykehjem kan være underernærte (Tangvik et al., 2014), og at forverring av ernæringstilstanden kan øke faren for komplikasjoner og risiko for reinnleggelse (Arvanitakis et al., 2008). Resultatene fra vår undersøkelse viser at ved overflytting fra sykehus til sykehjem, må pasientens ernæringsstatus vektlegges i mye større grad. Dersom det er iverksatt intervensjoner knyttet til pasientens ernæringsstatus, er det av stor betydning for kontinuiteten i arbeidet, at pleieplanen også beskriver disse.

4.5 Involvering av beboerne

For å sikre god kvalitet er det viktig at det blir tatt hensyn til beboernes synspunkter og erfaringer (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). En måte å bidra til dette på er at sykehjemmet kan ha brukerundersøkelser eller et system der beboerne kan gi tilbakemelding på den maten som serveres ved sykehjemmet. Bare 56 % av lederne og 31,2 % av helsepersonellet oppga at det «vanligvis» er et system der beboerne kan gi tilbakemelding på maten som tilbys ved sykehjemmet. Undersøkelsen viser også at det ikke er vanlig at beboerne deltar i planlegging av menyen ved sykehjemmet (82,6 % av lederne og 90,3 % av helsepersonell svarte «aldri» eller «sjelden»). Dette var heller ikke vanlig i 2007, da svarte 82 % av lederne at beboerne «sjelden» eller «aldri» deltok i planlegging av menyen (Aagaard, 2008). Ved omtrent halvparten av sykehjemmene (del 1) deltar beboerne vanligvis eller av og til med pådekkning /avdekking og opprydding i forbindelse med måltidene, men det å smøre egne brødskiver er mer vanlig. Dette funnet stemmer også overens med undersøkelsen fra 2007. Å delta i dagligdagse aktiviteter knyttet til måltid kan være en meningsfull aktivitet for beboere på sykehjem. At beboere på sykehjem har liten påvirkning på maten og måltidet viste også en svensk kvalitativ studie (Saletti, 2007). En norsk undersøkelse fra sykehjem viste at beboerne ønsket aktiviteter der de selv kunne være aktive. Eksempler på aktiviteter var baking, hagearbeid, håndarbeid (Haugland, 2013). I en annen norsk undersøkelse blant beboere på sykehjem svarte en av beboerne følgende: «Jeg er glad i å bake. Gjorde det mye hjemme. Men du vet en kan ikke det her». En annen svarte: «Jeg deltar ikke i matlaging. Er for dårlig til det» (Aagaard, 2010). Selv om eldre på sykehjem generelt har blitt skrøpeligere, mer hjelpetrengende og kan ha flere sykdommer (Den norske lægeforening, 2011) som også kan påvirker matlysten og ernæringsstatus, er ikke delaktighet og medbestemmelse mindre viktig. Det å delta og bli aktivisert ut fra eget funksjonsnivå kan muligens bidra til at beboeren føler mindre tap av selvstendighet.

Undersøkelsen viser at beboerne kan velge selv om de vil spise sammen med andre eller om de ønsker å spise alene. Dette viste også undersøkelsen fra 2007 (Aagaard, 2008). En dansk undersøkelse blant beboere på sykehjem viste at identitet var knyttet til hvem de spiste sammen (Kofod, 2000) og det å velge dette selv er derfor viktig for mange. I vår undersøkelsen svarte 81 % av lederne at beboerne selv kan velge hvem de skal sitte sammen med under måltidet. Dette viser en positiv endring fra studien i 2007 der det var 58 % som svarte bekræftende på spørsmålet (Aagaard, 2008). Imidlertid er det verdt å merke seg at i vår undersøkelsen svarer 59 % av helsepersonellet bekræftende, altså noe som samsvarer med resultatet fra 2007.

4.6 Fysiske og sosiale miljøet ved måltidene

Måltidene inntas fortrinnsvis i spisesal eller dagligstuen, men flere sykehjem serverer «sen kveldsmat» på beboernes rom, noe som kan indikere at det kun er et måltid for noen og ikke et fast måltid for alle. Måltidene bør være et hyggelig avbrekk på dagen som beboerne kan se fram til med glede. God tid og ro under måltidene kan være av betydning. En stor andel av sykehjemmene forsøker å dempe støy under måltidene ved at TV og radio skrues av, men allikevel viser vår undersøkelse at 13,9 % av lederne og 19 % av helsepersonellet mener at det er et høyt støynivå under måltidene. I 2007 var det 16 % av lederne som svarte at det var høyt støynivå under måltidene (Aagaard, 2008). Altså er det fremdeles sykehjem som bør ha fokus på å redusere støynivået. De aller fleste beboerne får også lang nok tid til å spise, samt at beboerne ser ut til å hygge seg under måltidet. Dette gjelder også de fleste beboere som mottar spisehjelp. I midlertid er det viktig å være klar over at det er ledere og helsepersonell som har blitt spurt om beboeren ser ut til å hygge seg. At ikke alle beboere hygger seg viste undersøkelsen blant beboere, der en av fem beboere svarte at de ikke hygget seg, og en av fire ikke så fram til måltidet med glede (Aagaard, 2011). Flere av beboerne illustrerte også at de ikke hygget seg med å framheve eksempler fra

måltidsituasjonen. Et eksempel på dette er følgende «*Det er trist i spisestua. Ingen prater; det sliter på meg. Det er om å gjøre for meg å spise ferdig, og deretter går jeg inn på rommet*» (Aagaard, 2010, s. 41). De som hygget seg sa derimot at det gjorde en forskjell at personalet spiste sammen med dem (Aagaard, 2011). I undersøkelsen fra 2007 svarte 63 % av lederne at personalet spiste sammen med beboerne. Vår undersøkelse viser en sterk negativ tendens da bare 56 % av lederne og 51 % av helsepersonellet svarer at personalet spiser sammen med beboerne.

Å gi spisehjelp til en person tar tid (Simmons et al., 2008), og den som utfører spisehjelpen bør sette av tilstrekkelig tid til oppgaven, og det bør være en prioritert oppgave på lik linje med andre arbeidsoppgaver. I vår undersøkelsen svarer nesten samtlige av lederne og helsepersonellet at beboere som trenger hjelp til å spise får tilstrekkelig spisehjelp. Dette funnet er omtrent uendret (93 %) fra undersøkelsen i 2007 (Aagaard, 2008). «Seriemating» – det vil si at pleieren mater flere pasienter av gangen bør ikke forekomme. Derfor er det verdt å merke seg at en av ti ledere og en av fem helsepersonell svarer at flere beboere mates samtidig av samme pleier. I 2007 svarte en av fire at flere beboere mates samtidig av samme pleier. Å få hjelp til å spise kan assosieres med hjelpeløshet og avhengighet av den som mottar hjelpen, og derfor skal spisehjelpen utføres på en respektfull måte (Aagaard, 2011), noe som også kan være vanskelig når flere mates samtidig av samme person.

4.7 Forslag til forbedringstiltak: Kunnskap om ernæringsarbeid

Undersøkelsen viser at det er behov for mer kunnskap i ernæring, og at det derfor fortsatt bør være et prioritert område for sykehjemmene. Tre av fire ledere opplever at ansatte ved sykehjemmet trenger mer kunnskap i ernæring. Det samme svarer helsepersonell, der også tre av fire ønsket seg mer kunnskap i ernæring. Resultatet er noen lavere enn hva lederne ved sykehjem svarte i 2007,

da var det fire av fem ledere som opplevde at personalet trengte mer kunnskap. Andre undersøkelser har også vist manglende kunnskap i ernæring blant helsepersonell (Munch, Pedersen, Færgeman, & Thulstrup, 2006, Bjerrum, Tewes, & Pedersen, 2012, Merrell, Philpin, Warring, Hobby, & Gregory, 2012, Beattie, O'Reilly, Strange, Franklin, & Isenring, 2014). At opplæring hjelper viste en mindre dansk studie. Etter opplæring fikk nemlig flere pasienter hjelp med sine spiseproblemer og flere fikk riktig kosttype (Pedersen, Tewes, & Bjerrum, 2012).

Kunnskap er også den faktoren som både ledere og helsepersonell har krysset av for som den viktigste forutsetningen for å få til gode rutiner for oppfølging av beboernes ernæringsstatus. En nordisk undersøkelse blant leger og sykepleiere ved sykehus viste at den vanligste årsaken til utilstrekkelig ernæringsmessig praksis var manglende kunnskaper (Mowé et al., 2008).

Denne undersøkelsen viser at kunnskapsbehovet er størst når det gjelder kunnskap om hvordan beregne energibehovet, å vurdere ernæringsstatus, valg av kost ved svelgeproblemer og også om de ulike næringsstoffene. Dette bør derfor være prioriterte temaer når sykehjemmene planlegger sine undervisningsdager. Temaområdene er godt beskrevet i *Kosthåndboken*, så utfordringen blir da at kosthåndboken må gjøres enda mere kjent blant helsepersonellet. En engelsk kvalitativ undersøkelse fra omsorgsboliger viste også at pleiepersonalet hadde mangelfulle kunnskaper om ernæringsvurdering og gjennomførte ikke ernæringscreening i henhold til de engelske nasjonale anbefalingene (Merrell et al., 2012), mens i en undersøkelse blant leger og sykepleiere ved nordiske sykehus svarte 39 % at de manglet teknikker for å identifisere underernærte pasienter og 53 % fant det vanskelig å beregne deres energibehov (Mowé et al., 2008).

Ledere og helsepersonellet svarte også på et åpent spørsmål der de kommer med forslag til hvordan maten og ernæringsarbeidet kan bli bedre. Økt fokus på kunnskap og kompetanse, fokus og engasjement, samt samarbeid med kjøkken er de hyppigst nevnte forslagene fra respondentene.

REFERANSELISTE

Aagaard, H. (2011) Væske og ernæring. I N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt. & E-A Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Aagaard, H. (2008). *Mat og måltider i sykehjem*. Rapport, 3. Halden: Høgskolen i Østfold.

Aagaard, H., Grøndahl, V.A. (2013). *Mat og måltider i hjemmesykepleien: Undersøkelse utført for Helsedirektoratet*. Oppdragsrapport, 4, Halden: Høgskolen i Østfold

Aagaard, H. (2010). «Ærlig talt». *Mat og måltider i sykehjem: En undersøkelse blant beboere i somatiske sykehjem i Østfold*. Oppdragsrapport, 1. Halden: Høgskolen i Østfold.

Andrés, E., & Bekker G.(2013). Sygeplejepersonalets opplevelse af ernæringscreening og kostregistrering *Klinisk sygepleje*, 27, (3), 52-59.

Arvanitakis, M., Beck, A., Coppens, P., De Man, F., Elia, M., Hebuterne, X., Henry, S., Kohl, O., Lesourd, B., Lochs, H., Pepersack, T., Pichard, C., Planas, M., Schindler, K., Schols, J., Sobotka, L., & Van Gossum, A. (2008). Nutrition in care homes and home care: How to implement adequate strategies. *Clinical Nutrition*, 27 (4), 481-488.

Beattie, E., O'Reilly, M., Strange, E., Franklin, S., Isenring, E., (2014). How much do residential aged care staff members know about the nutritional needs of residents? *International Journal of Older People Nursing*, 9 (1), 54-64.

Bjerrum, M., Tewes, MA., Pedersen, P. (2012). Nurses' self-reported knowledge about and attitude to nutrition – before and after a training programme. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26 (1), 81-89 doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.00906.

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

Den norske lægeforening (2011). Statusrapport om situasjonen I helsetjenesten: Når du blir gammel - og ingen vil ha deg. Den Norske Lægeforening.

Fagerli, L.B. & Grøndahl, V.A. (2014) Å bo på sykehjem - hva skal til for å komme ut i lufta? En pilotstudie blant beboere og ansatte. Upublisert.

Gautun, H. & Syse, A. (2013). Samhandlingsreformen. Hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene imot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene? NOVA Rapport 8/13.

Haugland, BØ. (2012). Meningsfulle aktiviteter på sykehjemmet. *Sykepleien Forskning*, 7(1), 42-49.

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

Helsedirektoratet (2012). *Kosthåndsboken – veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*, Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/kosthandboken-veileder-i-ernæringsarbeid-i-helse-og-omsorgstjenesten/Publikasjoner/Kosth%C3%A5ndboken.pdf>

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.

Holvik, K., Ahmed, LA., Forsmo, S., Gjesdal, CG., Grimnes, G., Samuelsen, SO., Schei, B., Blomhoff, R., Tell, GS., Meyer, HE. (2013). Low serum levels of 25-hydroxyvitamin D predict hip fracture in the elderly: a NOREPOS study. *J Clin Endocrinol Metab.* 98(8), 3341-50.

Kofod, J. (2000). *Du er dem du spiser sammen med – et brugerperspektiv på den offentlige måltidsservice*, Fødevarer rapport. Fødevaredirektoratet, Danmark.

Landmark, BT., Gran, SV., og Grov, EK. (2014). Ernæringsstatus blant pasienter i sykehjem og i hjemmesykepleien kartlagt ved hjelp av Ernæringsjournalen *Klinisk sygepleje*, 28 (1), 4-14.

Merrell, J., Philpin, S., Warring, J., Hobby D., Gregory, V. (2012). Addressing the nutritional needs of older people in residential care homes. *Health and Social Care in the Community*, 20 (2), 208-215.

Mowé M, Bosaeus I, Rasmussen HH, Kondrup J, Unosson M, Irtun Ø. (2006). Nutritional routines and attitudes among doctors and nurses in Scandinavia: A questionnaire based survey. *Clin Nutr*, 25 (3), 524-32.

Mowe M, Bosaeus, I., Højgaard Rasmussen H., Kondrup, J., Unosson, M., Rothenberg, E. Irtun, Ø. (2008). The Scandinavian Nutrition group Insufficient nutritional knowledge among health care workers? *Clinical Nutrition*, 27 (2), 196-202.

Mowé, M. (2007). Eldre. I: Christian A. Drevon, Rune Blomhoff, & Gunn-Elin Aa. Bjørneboe (Red.) *Mat og medisin*. 5.utg. Kristiansand S: Høyskoleforlaget.

Mowé, M. (2012). Eldre. I: Christian A. Drevon, Rune Blomhoff, & Gunn-Elin Aa. Bjørneboe (Red.) *Mat og medisin*. 6.utg. Kristiansand S: Høyskoleforlaget.

Mowe, M., Bosaeus, I., Rasmussen, HH., Kondrup, J., Unosson, M., Rothenberg, E., Irtun, Ø. (2008). Insufficient nutritional knowledge among health care workers? *Clinical Nutrition*, 27 (2), 196-202.

Munch, C., Pedersen, P., Færgeman, K., Thulstrup, AM. (2006). Plejepersonalets vide nog holdning om ernæring til ældre plejehjemsbeboere- en spørgeskemaundersøgelse. *Vård i Norden*, 26 (1), 20–24.

Nasjonalt råd for ernæring (2011) Kostråd for å fremme folkehelsen og forebygge kroniske sykdommer i Norge. Oslo: Helsedirektoratet.

Papparotto C, Bidoli E, Palese A. (2013). Risk factors associated with malnutrition in older adults living in Italian nursing homes: a cross-sectional study. *Res Gerontol Nurs*, 6(3), 187-197.

Pedersen, J.I. (2012). Vitamin D. I: Christian A. Drevon, Rune Blomhoff, & Gunn-Elin Aa. Bjørneboe (Red.) *Mat og medisin*. 6.utg. Kristiansand S: Høyskoleforlaget.

Pedersen, P.U., Tewes, M., & Bjerrum, M. (2012). Implementing nutritional guidelines the effect of systematic training for nurse nutrition practitioners. *Scan J Caring Sci*, 26 (1), 178-85.

Rasheed S. & Woods R.T. (2014) An investigation into the association between nutritional status and quality of life in older people admitted to hospital. *J Hum Nutr Diet*. 27, 142–151 doi:10.1111/jhn.12072.

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

Saletti, A. (2007). *Nutritional status and mealtime experiences in elderly care recipients*. Doktoravhandling. Karolinska Institutet, Stockholm, 2007. Hentet fra

http://stuurgroepondervoeding.nl/fileadmin/inhoud/verpleeg_verzorging/documenten/literatuur___achtergrond/thesis_elderly_and_malnutrition.pdf

Salvesen, G. (2013). Mer futt på fatet, Takk! Mat og måltider. *Aftenposten* 10.12.2013.

Schilp, J., Wijnhoven, H., Deeg, D., Visser, M. (2011). Early determinants for the development of undernutrition in an older general population: Longitudinal Aging Study Amsterdam. *The British Journal of Nutrition*, 106 (5), 708-17.

Simmons, SF., Keeler, E., Zhuo, X., Hickey, KA., Sato, HW., Schnelle, JF. (2008). Prevention of unintentional weight loss in nursing home residents: a controlled trial of feeding assistance. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(8), 1466-1473.

Sortland, K., Gjerlaug, A.K. & Harviken, G. (2013). Vektdokumentasjon, kroppsmasseindeks, måltidsfrekvens og nattefaste blant eldre sykehjemsbeboere – en pilotstudie. *Vård i Norden*, 33(1), 41-45.

Sosial- og helsedirektoratet (2005). Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005-2015). Sosial- og helsedirektoratet: Oslo

St.meld. nr. 25 (2005–2006). (2006). *Mestring, muligheter og mening. Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 22. september 2006, godkjend i statsråd samme dag*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Strathmann, S., Lesser, S., Bai-Habelski, J., Overzier, S., Paker-Eichelkraut, H.S., Stehle, P. & Hesecker, H. (2013) Institutional factors associated with the nutritional status of residents from 10 German nursing homes (ernstes study) *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 17(3), 271-276.

Söderhamn, U., Bachrach-Lindström, M., & Ek, A.C. (2007). Nutritional screening and perceived health in a group of geriatric rehabilitation patients. *Journal of Clinical Nursing*, (16)11, 1997–2006.

Tangvik, R.J., Tell, G.S., Guttormsen, AB., Eisman, JA., Henriksen, A., Nilsen, RM., Ranhoff, AH. (2014) Nutritional risk profile in a university hospital population. *Clinical nutrition*, doi:10.1016/j.clnu.2014.08.001

Utviklingscenter, (2014). *Om oss-Hovedmål*. Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester Hentet 12.12.14, fra <http://www.utviklingscenter.no/om-oss.176088.no.html>

VEDLEGG – SPØRRESKJEMA TIL HELSEPERSONELL VED SYKEHJEM



SPØRRESKJEMA TIL HELSEPERSONELL VED SYKEHJEM

Del 1. Spørsmål om sykehjemmet

1. Hvor mange beboere har sykehjemmet? Under 30 31-50 51-80 81 og over
2. Hvor blir middagen laget? På kjøkken plassert på sykehjemmet Ved et eksternt kjøkken
3. Er ditt sykehjem tilknyttet utviklingscenter for sykehjem? Ja Nei Vet ikke

Del 2. Spørsmål om maten

4. Hvilket system blir benyttet for det varme måltidet?

Sett ett eller flere kryss

- Varm mat på brett til avdelingene
- Varm mat i bulk til avdelingene
- Varm mat i bulk til mottakskjøkken
- Maten kommer kjølt til avdelingene og varmes opp av kjøkkenpersonell
- Maten kommer kjølt til avdelingene og varmes opp av helsepersonell
- Annet: spesifiser

5. Hvilke av følgende kosttyper tilbys ved sykehjemmet ?

Sett kun ett kryss pr. linje

Kosttype	Ja	Nei, har ikke kosttypen	Vet ikke om vi har kosttypen	Kjenner ikke til kosttypen
Nøkkelrådskost/Hverdagskost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Energi- og næringstett kost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ekstra energitett kost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lettfordøyelig kost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konsistenstilpasset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Energireduert/kost for vektreduksjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes kost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vegetarisk kost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kost tilpasset livssyn: (muslim, jøder, hinduer, buddhister m.m)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Hvordan vurderer du samarbeidet med det kjøkkenet som lager middagsmaten til sykehjemmet?

Meget bra Bra Mindre bra Dårlig Har ikke noe samarbeid

Hvordan vurderer du maten som beboerne blir tilbudt?	Helt uenig	Delvis uenig	Delvis enig	Helt enig	Vet ikke
<i>Sett ett kryss på hver linje.</i>					
7. Maten er appetittvekkende og delikat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Maten tilfredsstillende de norske næringsstoffanbefalingene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Maten er tilpasset den enkelte beboers energibehov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Beboerne kan velge mellom ulike retter til det varme måltidet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Hvordan vurderer du maten som beboerne blir tilbudt? <i>Sett ett kryss på hver linje.</i>	Helt uenig	Delvis uenig	Delvis enig	Helt enig	Vet ikke
11. Varm mat er varm når den kommer på beboernes tallerken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Jeg kunne selv tenkt meg å spise denne middagsmaten hver dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Beboerne ser ut til å være fornøyd med maten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Grønnsakene er varierte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Grønnsakene er godt tilberedt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Kjøttet til middag er mørt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Det serveres frukt hver dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Det serveres ren fisk to ganger i uken eller mer (opplaget fiskemat ikke medregnet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Fisken til middag er veltillaget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Det serveres alltid dessert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Beboerne får tilbud om tran eller andre former for vitamin D-tilskudd daglig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Beboerne kan få mat utenom måltidene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Tiden mellom kveldsmåltid og første måltid neste dag er mindre enn 11 timer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. Hvilke av følgende måltider er ordinære og faste måltider som blir tilbudt alle beboere daglig?

Sett inn tidspunktet for når måltidet blir servert (hvis måltidet tilbys)

Type måltid	Måltidet tilbys og serveres klokken:	Sykehjemmet har ikke måltidet
Tidlig morgenmåltid	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frokost	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mellommåltid	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lunsj	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Middag	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaffemåltid	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kveldsmat	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sen kveldsmat	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer spm.24.....

Del 3. Spørsmål om rutiner

25. Er det ofte beboere med dårlig ernæringsstilstand ved sykehjemmet der du arbeider?

Ja Nei Vet ikke

26. Følger du i ditt arbeid ved sykehjemmet "Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring", utgitt av Helsedirektoratet i 2009?

Ja Delvis Nei Jeg kjenner ikke til retningslinjene

27. Benytter du i ditt arbeid ved sykehjemmet «Kosthåndboken» utgitt av Helsedirektoratet i 2012?
 Ja Delvis Nei Jeg kjenner ikke til kosthåndboken

28. Har sykehjemmet personvekter lett tilgjengelig for sykehjemmets avdelinger?
 Sett ett kryss på hver linje

Type vekt	Ja, har egen vekt på hver avdeling	Ja, må dele vekt med en eller flere avdelinger	Nei, har ikke denne type vekt	Vet ikke
Vanlig vekt (beboeren må stå)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stolvekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vekt montert på heis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sengevekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nedenfor er det listet opp en del spørsmål om rutiner ved ditt sykehjem. Sett ett kryss på hver linje.	Ja	Nei	Vet ikke
29. Har sykehjemmet rutiner for kartlegging og oppfølging av ernæringsstatus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Foreligger det skriftlige prosedyrer for vurdering av ernæringsstatus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Foreligger det skriftlige prosedyrer for sondeernæring?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Foreligger det skriftlige prosedyrer for parenteral/intravenøs ernæring?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Er innhenting av beboerens matvaner en standardprosedyre ved innskriving i sykehjemmet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Er det rutine å veie beboerne ved innskriving i sykehjemmet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Er det rutine å beregne KMI /BMI (body mass indeks)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Er det rutine å veie beboeren ved faste intervaller?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Er ernæring vanligvis et sentralt punkt i pasientdokumentasjonen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Er ernæring ett av punktene i den sykepleieplanen dere mottar om pasienter som kommer fra sykehuset?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvilke tiltak blir iverksatt for beboere med dårlig ernæringsstilstand? Sett ett kryss på hver linje.	Vanligvis	Noen ganger	Sjelden	Aldri	Vet ikke
39. Det blir utarbeidet en ernæringsplan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Kostinntaket blir registrert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Væskeinntaket blir registrert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Vekten blir registrert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Det blir benyttet energi- og næringstett kost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Mellommåltider blir benyttet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Næringsdrikker blir benyttet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Ønskekost blir benyttet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Sondeernæring blir benyttet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Parenteral/intravenøs ernæring benyttes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Spørsmål knyttet til involvering av beboere. <i>Sett ett kryss på hver linje</i>	Vanligvis	Noen ganger	Sjelden	Aldri	Vet ikke
49. Er det et system for at beboerne ved ditt sykehjem kan gi tilbakemelding på maten som tilbys?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Deltar beboerne ved planlegging av menyen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Smører beboerne brødkivene selv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Deltar beboerne i noen form for matlaging?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Deltar beboerne i pådekkning av bord?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Deltar beboerne i avdekkning og opprydding etter måltid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. Kan beboerne selv velge om de vil spise alene eller sammen med andre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Kan beboere som trenger spisehjelp selv velge om de vil spise alene eller sammen med andre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. Kan beboerne vanligvis selv velge hvem de skal sitte sammen med under måltidet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Del 4. Spørsmål om fysisk miljø og sosialt fellesskap

58. Hvor spiser vanligvis de fleste beboerne måltidene?

Sett ett kryss på hver linje

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

Vennligst vurder utsagnene nedenfor vedrørende spisemiljøet ved institusjonens avdelinger. <i>Sett kun ett kryss på hver linje</i>	Helt uenig	Delvis uenig	Delvis enig	Helt enig	Vet ikke
59. TV står på under måltidet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. Radio står på under måltidet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. Det er høyt støynivå under måltidet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. Flere beboere mates samtidig av samme pleier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. Beboerne ser ut til å hygge seg under måltidet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. Beboere som trenger hjelp til å spise ser ut til å hygge seg under måltidet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65. Beboerne får lang nok tid til å spise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66. Beboerne som trenger det får tilstrekkelig spisehjelp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67. Personalet spiser sammen med beboerne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Del 5. Spørsmål om kunnskap

68. Ønsker du deg mer kunnskap i ernæring?

Ja Nei Vet ikke

69. Hvis ja, hvilke områder innenfor ernæringsarbeidet ønsker du deg mer kunnskaper?

Sett ett eller flere kryss

- Kunnskaper om de ulike næringsstoffene
- Hvordan beregne beboernes energibehov
- Om kostregistrering
- Hvordan vurdere beboernes ernæringstilstand
- Konsekvenser hvis beboerne spiser lite
- Hvilke tiltak som bør settes inn overfor beboere som spiser lite
- Kost ved svelgeproblemer
- Sondeernæring / enteral ernæring
- Parenteral/intravenøs ernæring
- Kostholdsveiledning til beboerne
- Mathygiene
- Matkultur og religion
- Annet: spesifiser

70. På hvilken måte tror du det er best å tilegne seg denne kunnskapen?

Sett ett eller flere kryss

- Kurs internt på sykehjemmet
- Kurs eksternt
- Nettbasert kurs
- Annet, spesifiser

71. Har du mulighet i ditt arbeid til å få råd og veiledning av klinisk ernæringsfysiolog?

Ja Nei Vet ikke

Oppfølging av ernæringstilstanden	Svært godt	Godt	Dårlig	Svært dårlig	Vet ikke
72. Hvordan har du inntrykk av at ledelsen vurderer viktigheten av kartlegging og vurdering av beboernes ernæringstilstand?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73. Hvor godt synes du oppfølging av ernæringstilstanden til beboerne blir ivarettatt ved sykehjemmet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74. Hvilke to forutsetninger mener du er de viktigste for å få til gode rutiner og oppfølging av beboernes ernæringstilstand? <i>Sett kun to kryss</i>					
Tid <input type="checkbox"/>	Ressurser <input type="checkbox"/>	Organisering <input type="checkbox"/>	Kunnskap <input type="checkbox"/>	Engasjement <input type="checkbox"/>	Ledelse <input type="checkbox"/>
Samhandling <input type="checkbox"/>	Annet, spesifiser <input type="checkbox"/>				

75. Har sykehjemmet arrangert undervisning i kartlegging og vurdering av beboernes ernæringstilstand for sine ansatte (internt eller eksternt)?

- Ja
- Nei
- Vet ikke

76. Hvis ja, hvilket år ble undervisningen sist gjennomført? Noter årstall:

77. Har du noen forslag til hvordan maten og ernæringsarbeidet kan bli bedre ved ditt sykehjem?

Svar i stikkordsform

.....

.....

78. Hvilken utdanning har du?

- Sykepleierutdanning
- Vernepleierutdanning
- Hjelpepleierutdanning
- Omsorgsarbeider
- Annet: Spesifiser

79. Hvor lang arbeidserfaring har du som helsepersonell? Antall år: