

**Hva tilfører artikkelen?**

Det kan være utfordrende for eldre som bor på sykehjem å få dekket sitt ernæringsbehov.

**Mer om forfatter**

Heidi Aagaard er førstelektor ved Høgskolen i Østfold. Kontakt: heidi.aagaard@hiof.no



Foto: Eirik M. Sundt

**Bakgrunn:** God ernæringsstand er en viktig forutsetning for helse og livskvalitet. Forskning viser imidlertid at eldre beboere på sykehjem er utsatt for underernæring. Sosial- og helsedirektoratet fikk i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å gjennomføre en kartleggingsundersøkelse av maten og måltidene ved landets sykehjem.

**Hensikt:** Hensikten med kartleggingsundersøkelsen var å beskrive hvordan styrer/leder av sykehjemmet vurderte maten som ble servert beboerne ved sykehjem, antall måltider og tidspunkt for måltidene,

og rutiner for å kvalitetssikre ernæringsarbeidet.

**Metode:** Undersøkelsen var en kvantitativ tverrsnittsundersøkelse. Forespørsel om deltakelse ble sendt til alle sykehjem i Norge (N=886). Hvert sykehjem fikk tilsendt ett spørreskjema. Skjemaet hadde faste svaralternativer. Respondenter fra 570 ulike sykehjem besvarte spørreskjemaet (svarprosent 64).

**Resultater:** Sekstito prosent svarte at maten var appetittvekkende og delikat (N=562), og 49 prosent svarte at det ble servert frukt hver dag

(N=557). Ved to av tre sykehjem var tiden mellom det siste måltidet om kvelden og det første om morgenen for lang i forhold til anbefalte retningslinjer. Seksten prosent hadde skriftlige prosedyrer for vurdering av ernæringsstatus (N=557).

**Konklusjon:** Respondentene var i stor grad fornøyd med maten pasientene ble tilbudt, men det bør åpenbart være større fokus på å bedre tilbudet av frukt. Spesielt den lange nattfasten uten mattilbud bør reduseres. Det er behov for nasjonale retningslinjer for å bedømme ernæringsstatus.

# » Mat og måltider i sykehjem. En nasjonal kartleggingsundersøkelse

Forfattere: Heidi Aagaard

## NØKKELORD:

- Mat
- Måltid
- Eldre
- Sykehjem
- Undersøkelse

## BAKGRUNN

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 (1).

Stortingsmeldingen vektlegger betydningen av at brukerne har valgmuligheter fra en oppsatt meny, eller at de selv skal være med å bestemme hva som blir servert. Handlingsplanen for bedre kosthold i befolkningen (2007–2011) inneholder tiltak som konkretiserer stortingsmeldingen. Ett av tiltakene i handlingsplanen er kartlegging av mattilbud, kosthold og ernæringsstatus til brukere av pleie- og omsorgstjenestene (2 s. 72).

En god ernæringsstatus hos eldre fører normalt til at funksjonsdyktigheten bevares lengre (3), noe som vil ha betydning for trivsel og livslyst. En svensk stu-

die ved en geriatrisk rehabiliteringsavdeling framhever at det å være i ernæringsmessig risiko er forbundet med dårligere opplevd helse (4).

Det kan være en utfordring for eldre som bor på sykehjem å få dekket sitt ernæringsbehov. Beboerne på sykehjem er generelt skrøpelige (5), og flere har i tillegg også sykdommer som kan påvirke ernæringsstilstanden (5). Energibehovet synker med alderen. Dette skyldes i hovedsak endring i kroppssammensetningen, primært reduksjon av muskulatur og kroppsvæske og økning av fettmasse, samt nedsatt fysisk aktivitet (6). Imidlertid er behovet for vitaminer og mineralstoffer i det vesentlige uendret (3). Dette stiller økte krav til kostens næringsstetthet (7).

Eldre vil på grunn av fysiologiske endringer bli raskere mette (3). De trenger derfor flere måltider. Disse bør være spredt utover dagen, slik at de rekker å bli sultne før neste måltid serveres (7). I tillegg er det anbefalt at tiden mellom det siste måltidet om kvelden og det første måltidet om morgenen ikke bør være lengre enn elleve timer (8,9). Persson påviste i sin undersøkelse av 200 pasienter ved syv sykehjem i Sverige at hele 62 prosent hadde et

energiinntak som lå under beregnet energibehov (9). En annen svensk studie blant 166 eldre i spesielle boenheter for eldre, viste også at 63 prosent hadde et for lavt energinntak i forhold til utregnet energibehov (10). At energinntaket hos eldre på sykehjem er lavt, bekrefter også undersøkelsen til Saletti (11). En kostregistrering blant elleve eldre i spesielle boenheter for eldre, viste lavt inntak av både energi, vitaminer og mineraler, og kun tre hadde et tilstrekkelig inntak av protein i forhold til anbefalt behov (11).

I en norsk kartleggingsundersøkelse av 290 beboere ved tre sykehjem foretatt av SINTEF, kom det fram at 57 prosent av beboerne hadde problemer knyttet til ernæring, og for 33 prosent av beboerne artet ernæringsproblemene seg som nedsatt appetitt og underernæring (12).

Underernæring kan defineres som en vedvarende tilstand hvor en persons inntak av energi, og/eller essensielle næringsstoffer ikke dekker vedkommendes behov (13). Underernæring i helseinstitusjoner er kjent fra en rekke europeiske land. Den rapporterte forekomsten varierer mellom 10–60 prosent (14,15,16). Vi har ikke noen nøyaktig oversikt over hvor

stort problemet er her hjemme, men i henhold til Nasjonalt råd for ernæring (17) finnes det ikke data som tyder på at situasjonen er annerledes i Norge. Underernæring er utvilsomt fortsatt en diagnose som lett kan bli oversett i helseinstitusjoner (18), og undersøkelser viser at problemet kan være betydelig blant eldre som legges inn på sykehus (19).

For å iverksette forebyggende tiltak overfor beboere som er utsatt for underernæring, er det viktig med tidlig identifisering av problemene (20). I en skandinavisk undersøkelse om ernæringsrutiner i sykehus, kom Norge dårligst ut på spørsmålet om hvorvidt evaluering av ernæringsstatus var en standard prosedyre (21).

For å ivareta beboernes ernæringsbehov må det stilles krav til at sykepleieren har gode både teoretiske og praktiske kunnskaper i ernæring. En dansk undersøkelse blant pleiepersonell i sykehjem viste at personalet hadde mangelfulle kunnskaper om ernæring til eldre (22).

Ledelsen ved sykehjemmet har ansvar for at beboerne sikres et forsvarlig kosthold, og at det utarbeides skriftlige prosedyrer for å sikre at beboerne får tilfredsstillende grunnleggende behov (23).

Hensikten med undersøkelsen var å beskrive hvordan lederen av sykehjemmet vurderer maten som blir servert beboerne, antall måltider og tidspunkt for måltidene, og rutiner for å kvalitetssikre ernæringsarbeidet i sykehjem.

#### METODE

Undersøkelsen var en landsomfattende tverrsnittsundersøkelse som ble utført ved landets sykehjem i tidsrommet juni–august 2007. Designet var deskriptivt med en kvantitativ tilnærming.

#### Utvalget

Alle sykehjem som var registrert i kommunekalenderen for 2007 (886 sykehjem) fikk forespørsel om å delta i undersøkelsen. Målgruppen for undersøkelsen var lederen av sykehjemmet

” Maten som tilbys bør være appetittvekkende og delikat.

eller lederen av sykepleietjenesten ved sykehjemmet. Denne personen skulle svare på vegne av sitt sykehjem. Spørreskjemaet og informasjonsskrivet ble sendt til lederen for hvert enkelt sykehjem. I tillegg fikk rådmannen i hver kommune tilsendt spørreskjema og informasjonsskriv med forespørsel om sykehjem i deres kommune kunne delta.

#### Spørreskjemaet

Data ble samlet inn ved hjelp av et strukturert spørreskjema. Spørreskjemaet ble utviklet spesielt for denne studien, og var bygget på et litteraturstudium. I tillegg ble det tatt kontakt med ekspertgrupper og personer som arbeider med mat og ernæringsproblemer blant eldre. Disse har bidratt med nyttige tilbakemeldinger på spørsmålene i skjemaet. I 2004 ble det gjennomført en skandinavisk undersøkelse med fokus på ernæringsrutiner og holdninger blant leger og sykepleiere i sykehus (21). Noen spørsmål om ernæringsstatus fra denne undersøkelsen ble tilpasset undersøkelsen. I tillegg ble det innhentet tillatelse til å benytte spørsmål knyttet til vurdering av maten fra en

dansk studie (24), og fra en studie utført i 1993 av daværende Statens ernæringsråd og Statens næringsmiddeltilsyn.

Spørreskjemaet besto av 34 hovedspørsmål. Flere av disse hadde i tillegg underspørsmål. Skjemaet ble strukturert etter hovedområder som bakgrunnsvariabler, vurdering av maten, antall måltider og rutiner/tiltak knyttet til ernæringsarbeid.

Flere av spørsmålene i spørreskjemaet var formulert som påstander som respondentene skulle si seg mer eller mindre enige i, mens andre var spørsmål om hvor ofte et tiltak forekom. Eksempler på svar-kategorier som ble anvendt var følgende: vanligvis/noen ganger/sjelden/aldri, eller helt enig/delvis enig/delvis uenig/helt uenig/vet ikke. Respondentene skulle besvare spørreskjemaet ut fra hvordan de mente forholdene faktisk var ved deres sykehjem, ikke hvordan de mente det burde være.

For å bedre validiteten på undersøkelsen ble spørreskjemaet prøvd ut i en pilotstudie. Respondentene i pilotstudien ble valgt ut fra den samme populasjonen. Pilotstudien medførte endringer i noen av svar-kategoriene, noen spørsmål ble endret og ett ble fjernet.

#### Fremgangsmåte

TNS Gallup har stått for utsending, innsamling og optisk lesing av spørreskjemaene. Disse ble sendt ut i posten sammen med en frankert svarkonvolutt. Det var også mulig å svare elektronisk via internett; hvert sykehjem fikk eget brukernavn og passord for å komme inn på det elektroniske spørreskjemaet.

De respondentene som ikke hadde besvart innen en uke ble purret én gang. Ved å benytte



postale spørreskjemaer som datasamlingsmetode, kan frafall av respondenter være et problem ved at respondenter ikke returnerer skjemaet (25). Respondenter ved 570 sykehjem besvarte spørreskjemaet, noe som gir en svarprosent på 64. Tross i at denne undersøkelsen startet like før ferieavviklingen i sykehjemmene, anses en svarprosent på 64 som god (25).

### Etiske overveielser

Det ble sendt inn meldeskjema til Datatilsynet. Etter samråd med sekretær i de regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), ble det ikke sendt inn søknad til komiteen. Respondentene var anonyme, kun fylke ble registrert. Deltakelsen var frivillig.

### Statistisk analyse

Dataene fra undersøkelsen ble analysert med deskriptiv statistikk, ved hjelp av statistikkprogrammet SPSS, versjon 13.0. (SPSS Inc., IL, USA).

## RESULTATER

I alt deltok respondenter ved 570 sykehjem i undersøkelsen. Alle fylker var representert (tabell 1).

### Om maten

62 prosent av sykehjemmene i undersøkelsen mottok middagsmaten fra eget kjøkken som var

plassert på sykehjemmet, mens 38 prosent oppga at de benyttet et eksternt produksjonskjøkken. Det var først og fremst middagsmåltidet som det eksterne kjøkkenet leverte. Femten prosent av respondentene ved sykehjemmene opplyste at beboerne kunne velge mellom to eller flere retter til det varme måltidet, og i underkant av halvparten (43 prosent) hadde et ønske om at dette ble innført. Sytti prosent av respondentene opplyste at beboere som spiste lite vanligvis fikk næringstett kost, 22 prosent svarte at de fikk næringstett kost noen ganger, mens 6 prosent svarte at beboere som spiste lite, sjelden eller aldri fikk næringstett kost.

På spørsmålet om vurdering av maten ved eget sykehjem, skulle respondentene si seg enig/uenig i en rekke påstander (tabell 2). De fleste (74 prosent) svarte («helt enig») at beboerne var fornøyd med maten, og at maten var varm når den kom på beboernes tallerken (86 prosent). Likeledes svarte 62 prosent at maten var delikat og appetittvekkende. 77 prosent svarte («helt enig») at det alltid ble servert dessert, og omtrent like mange svarte at desserten var veltillaget. Halvparten svarte at det ble servert frukt hver dag, og 38 prosent svarte at beboerne fikk tilbud om tran eller andre former for vitaminer daglig.

### Antall måltider

Tabell 3 viser hvordan respondentene svarte på spørsmålet om antall måltider. Hele 65 sykehjem (14 prosent) serverte åtte måltider per dag, mens omtrent like mange serverte fire måltider. For 92 prosent av de sykehjemmene som serverte fire måltider, var kaffemåltidet ett av de fire. Det mest alminnelige «tilleggsmåltidet» var det sene kveldsmåltidet. Totalt 298 av respondentene svarte at det ble servert «sen kveldsmat» ved deres sykehjem. Imidlertid var det bare 30 prosent som oppga tidspunktet for når «sen kveldsmat» ble servert. Det er derfor usikkert om «sen kveldsmat» faktisk er et ordinært måltid. På spørsmålet om tiden mellom siste måltid om kvelden og det første måltid om morgenen var mindre enn elleve timer ved deres sykehjem, svarte henholdsvis 14 prosent og 19 prosent at de var helt enig/delvis enig.

### Kartlegging av ernæringsstatus

15 prosent av sykehjemmene hadde skriftlige prosedyrer for vurdering av ernæringsstatus. 43 prosent av respondentene svarte at det ikke var en standard prosedyre å veie beboerne ved innskrivning, og 30 prosent svarte at det heller ikke var rutine for regelmessig veiing.

**TABELL 1:** Oversikt over antall sykehjem som har deltatt i undersøkelsen fordelt på fylke.

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

Sekstiåtte prosent svarte imidlertid at vekten ble registrert dersom det var mistanke om at en beboer spiste lite. Fire prosent beregnet beboernes kroppss-

i sykehjem. Dette gjaldt hovedsakelig kunnskap om anbefalinger for kosthold, beregning av ernæringsbehov til eldre og syke, mat ved demens, hvilke

hjem fremdeles har eget kjøkken der det lages middag til beboerne.

Når maten lages nær beboeren, er det større mulighet for direkte kontakt mellom beboer og kjøkkenet som lager maten, og muligens kan ønsker og behov lettere bli fanget opp. Hvis kjøkkenet også ligger i nærheten av spisestuen, kan beboerne kjenne den gode duften av nylaget mat.

## ” Kun halvparten av sykehjemmene serverte frukt daglig.

masseindeks. Ved 76 prosent av sykehjemmene hadde hver avdeling egen vekt. Nesten alle (94 prosent) svarte at matinntaket ble registrert hvis beboeren hadde dårlig ernæringsstatus.

### Tilstrekkelig kunnskap

Åtti prosent av respondentene hevdet at personalet trengte mer kunnskap om ernæringsarbeid

tiltak som bør settes inn overfor beboere som spiser lite og kost ved svelgeproblemer.

### DISKUSJON

Det har vært en del oppslag i media om at sykehjemmene legger ned sine kjøkken, og at flere sykehjem bygges uten produksjonskjøkken. Denne undersøkelsen viste imidlertid at to av tre syke-

### Beboernes valgmuligheter

Undersøkelsen viste at det er behov for større fokus på beboernes valgmuligheter for å velge mellom ulike retter til det varme måltidet. Kun 16 prosent av sykehjemmene hadde innført valgmuligheter. Dette til tross for at Stortingsmelding nr. 25 framhever betydningen av å kunne velge fra en oppsatt meny (1). At

**TABELL 2:** Ledernes vurdering av maten ved sykehjemmet

Vurdering av maten	Helt enig %	Delvis enig %	Delvis uenig %	Helt uenig %	Vet ikke / ikke aktuelt %
Maten som beboerne får er appetittvekkende og delikat (N=562)	62	34	3	1	0
Kjøttet til middag er tilstrekkelig mørt (N=565)	48	42	8	2	0
Fisken til middag er veltillaget (N=562)	69	26	4	1	0
Grønnsakene er varierte og godt tilberedt (N=564)	47	39	11	3	0
Potetene er gode og godt tilberedt (N=563)	59	29	9	3	0
Sausen er god og godt tilberedt (N=561)	77	18	4	2	0
Det serveres alltid dessert (N=562)	77	15	3	4	0
Desserten er god og veltillaget (N=560)	75	20	3	1	0
Det serveres frukt hver dag (N=557)	49	28	14	7	1
Tilbud om tran / andre former for vitaminer daglig (N=555)	38	26	15	16	5
Beboerne gir uttrykk for å være fornøyd med maten (N=566)	74	22	3	0	0
Maten er varm når den kommer på beboernes tallerken (N=563)	86	11	1	1	1

valgmuligheter er spesielt viktig for den gruppen som spiser lite, viste en dansk undersøkelse (26). I den undersøkelsen ble pasientene ved sykehuset presentert for et menykort der de selv kunne sette sammen måltidet. Samtidig ble porsjonene laget mindre og mer energitette. Resultatene viste at de pasientene som spiste lite, hadde et høyere energiinntak når de fikk velge fra meny.

### Næringsinnhold i maten

70 prosent av respondentene svarte at beboere som spiste lite fikk næringstett kost. En undersøkelse blant sykehjemmenes kjøkken, viste at kun ett av tre kjøkken produserte næringstett kost daglig (27). Man kan da stille spørsmål ved om mange sykehjem har gode nok rutiner til å identifisere de beboerne som spiser lite, slik at de får tilstrekkelig næringstett kost. En svensk studie utført blant beboere på sykehjem, viste at beboere som fikk næringstett kost, økte det totale energiinntak (28).

### Tilberedning av maten

At maten som tilbys bør være appetittvekkende og delikat, slik at også beboere med dårlig appetitt får lyst til å spise den,

er et viktig tiltak. Det er derfor positivt at så mange av respondentene vurderte at maten som serveres i sykehjem i Norge for det meste oppleves som appetittvekkende og veltillaget, og at middagen er tilstrekkelig varm. Undersøkelsen viste at inntaket av frukt bør økes. Kun halvparten av sykehjemmene serverte frukt daglig. Dette er overraskende lavt tall, tatt i betraktning økt fokus på frukt og grønt generelt blant befolkningen, og det nå ikke helt nye kostholdsrådet «fem om dagen». Helsedirektoratet anbefaler at eldre på sykehjem daglig bør få tilskudd av vitamin D (7). Funn fra undersøkelsen tydet imidlertid på at flere sykehjem bør tilby beboerne tran eller andre former for vitamintilskudd daglig. En svensk undersøkelse av sykehjemsbeboere viste at det gjennomsnittlige inntaket av vitamin D var mindre enn 60 prosent av anbefalt inntak (29).

### Antall måltider

Helsedirektoratet anbefaler i sine retningslinjer at sykehjem organiserer fire faste hovedmåltider og minst ett mellommåltid per dag (7). Det kan se ut som om de fleste sykehjem

i denne undersøkelsen serverte 5–7 måltider om dagen, altså tilsynelatende et tilstrekkelig antall. Undersøkelsen gir imidlertid ikke noe klart svar på om disse måltidene er faste ordinære måltider. Hele 70 prosent unnlot å besvare spørsmålet om hvilket tidspunkt «sen kveldsmat» blir servert. Når tidspunktet for måltidet ikke er oppgitt, kan det tyde på at måltidet ikke er et fast, ordinært måltid. Hvis det ikke er et måltid som inngår i sykehjemmens ordinære måltidsprogram, men heller et måltid som sykehjemmene kan tilby, kan det være en fare for at måltidet blir nedprioritert i en hektisk hverdag. Dette kan få negativ konsekvens for de beboerne som trenger det mest. I tillegg har kun en tredjedel svart at de er helt eller delvis enige i at tiden mellom kveldsmåltidet og første måltidet neste dag er mindre enn elleve timer. Undersøkelsen kan dermed tyde på at måltidene ved mange sykehjem kommer for tett, og at beboerne ved disse sykehjemmene kan være uten mat i over halve døgnet. En undersøkelse viste at også «nattfasten» ved svenske sykehjem kan være for lang, i gjennomsnitt på 14,5 timer (10).

**TABELL 3:** Antall måltider gjennom døgnet fordelt på antall sykehjem (N=451).

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

### Vurdering av ernæringsstatus

Undersøkelsen viste at rutiner for å følge beboernes ernæringsstatus ikke er godt nok innarbeidet i sykehjem. Kun 16 prosent av sykehjemmene hadde skriftlige prosedyrer for vurdering av ernæringsstatus. En nordisk undersøkelse om ernæringsrutiner i sykehus viste at evaluering av ernæringsstatus heller ikke var en standard prosedyre ved alle sykehus (19). Det er 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. Om lag to av tre veide imidlertid beboeren hvis det var mistanke om lavt matinntak. Manglende praksis med veiing kan bero på mangelfull forståelse av betydningen fra et ernæringsmessig synspunkt, da en slik registrering ikke er tidkrevende. Helsepersonell bør derfor ha kunnskaper om viktigheten av å identifisere beboernes ernæringsmessige risiko. I tillegg bør det forefinnes skriftlige prosedyrer om hvordan denne vurderingen skal gjennomføres.

### Bruk av vekt

Bruk av vekt anses som den viktigste metoden for å vurdere beboernes ernæringsstatus (30). Ved ett av fem sykehjem måtte flere avdelinger dele vekt. At vekter kan være en mangelvare støttes av en studie der sykepleiestudenter skulle registrere vekten til beboeren (31). Studien avdekket at flere helseinstitusjoner manglet utstyr som vekt og høydemåler/målbånd (31). Hvis avdelingen mangler vekt, eller vekt er vanskelig å få tak i, kan dette medføre at vektregistrering av beboeren

ikke blir foretatt. Funn fra en kvalitativ undersøkelse om veiing i somatiske sykehus, tydet på at økt interesse fra legen medførte at veiing av pasientene mer rutinemessig ble utført (32). Kanskje bør sykehjemslegen etterspørre vekten til beboerne oftere?

Det er positivt at nesten samtlige av respondentene opplyste at matinntaket blir registrert hvis beboeren har dårlig ernæringsstatus. Da undersøkelsen viste at sykehjemmene manglet rutiner for å følge opp beboernes ernæringsstatus, kan man imidlertid stille spørsmål ved om alle beboere som har nedsatt ernæringsstatus virkelig får registrert sitt matinntak.

### Kunnskap

Undersøkelsen viste at 80 prosent av respondentene mente at personalet i sykehjem trengte mer kunnskap om ernæringsarbeid. Resultatet samsvarer med en undersøkelse om ernæringsarbeid til eldre som ble utført blant sykepleiere ved somatiske sykehus (33). I den nevnte undersøkelsen oppga 94 prosent at de ønsket seg mer kunnskap om ernæringsarbeid til eldre. For å bedre kvaliteten på ernæringsarbeidet i sykehjem må kunnskapsnivået hos personalet være tilstrekkelig. I Norge anbefaler Nasjonalt råd for ernæringsfagets plass i utdanning av helsepersonell at ernæringsfaget bør styrkes (17). Ernæringsarbeid til eldre bør derfor være et prioritert tema både i grunnutdanningen og videreutdanningen for både sykepleiere og annet helsepersonell ved sykehjem.

### Studiens begrensninger

Det er verdt å merke seg at i denne undersøkelsen var det lederne ved sykehjemmene som uttalte seg. Spørsmålet man kan

stille er om resultatene er pålitelige, og om lederne kan ha svart mer strategisk enn hva som er den faktiske situasjonen (25). Imidlertid antar jeg at respondentens etiske holdning, og det at undersøkelsen var anonym, har bidratt til at de har svart så ærlig som mulig.

### KONKLUSJON

Selv om denne undersøkelsen viste at respondentene ved de fleste sykehjem var fornøyde med maten som ble tilbudt beboerne, avdekker undersøkelsen at det er områder som trenger forbedring. Spesielt bør inntaket av frukt økes. Den lange nattfasten uten mattilbud er en utfordring som sykehjemmene bør ta på alvor. Undersøkelsen viste også at det var behov for nasjonale retningslinjer for å bedømme ernæringsstatus.

Helsevesenet bør unngå sparetiltak som går ut over maten og ernæringsarbeidet ved sykehjemmene. Både med hensyn til samfunnsøkonomi og den enkeltes livskvalitet synes det fornuftig å sikre at beboerne har en god ernæringsstatus, og dermed unngå konsekvensene forbundet med de komplikasjoner som kan oppstå som følge av en dårlig ernæringsstatus.

## REFERANSER

- Helse- og omsorgsdepartementet.** St. melding nr. 25 (2005–2006). Mestring, muligheter og mening.
- Departementene.** Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007–2011). Oppskrift for et sunnere kosthold, Oslo 2007.
- Mowé M.** Eldre. Mat og medisin. Nordisk lærebok i generell og klinisk ernæring. 5 utg. Høyskoleforlaget, Kristiansand. 2007.
- Söderhamn U, Bachrach-Lindström M, Ek AC.** Nutritional screening and perceived health in a group of geriatric rehabilitation patients. *Journal of Clinical Nursing* 2007; 16: 1997–06.
- Den norske Lægeforening.** Statusrapport om situasjonen i helsetjenesten: Når du blir gammel – og ingen vil ha deg. Den norske Lægeforening 2001.
- Hessov I.** Klinisk ernæring. 4. utg. Munksgaard, København. 2003.
- Statens Ernæringsråd.** Retningslinjer for kostholdet i helseinstitusjoner. Universitetsforlaget, Oslo. 1995.
- Socialstyrelsen.** Kost och näring på äldreboenden. Näringsvården behöver bli mer systematisk. Socialstyrelsen 2005.
- Persson M.** Aspects of nutrition in geriatric patients. Especially dietary assessment, intake and requirements. Malmö: Lund University, Department of Community Medicine, 2002.
- Persson M, Stefanovic-Andersson K, Ulander K.** Kost- och nutritionsrutiner inom äldreomsorgen i Malmö, Rapport 2004.
- Saletti A.** Nutritional status and mealtime experiences in elderly care recipients. Stockholm, Department of Neurobiology, Care Sciences and Society, Division of Clinical Nutrition, Karolinska Institutet, 2007.
- Hofseth C, Norvoll R.** Kommunehelsetjenesten – gamle og nye utfordringer. En studie av sykepleietjenesten i sykehjem og hjemmesykepleien. SINTEF rapport 2003.
- Helsedirektoratet.** Strategi/tiltak for å forebygge underernæring hos pasienter. Helsedirektoratets utredningsserie Oslo, 1987.
- Council of Europe.** Food and Nutritional Care in Hospitals: how to prevent undernutrition, report and recommendations of the Committee of Experts on Nutrition, Food Safety and Consumer Protection: health protection of the consumer, Strasbourg. 2003.
- Stratton RJ, Elia M, Green CJ.** Disease related malnutrition: an evidence base approach to treatment. Wallingford, United Kingdom: CABI publishing; 2003.
- Beck, AM, Ovesen LF.** Body mass index and energy intake of old Danish nursing home residents and home-care clients. *Scand J Caring Sci* 2002;16: 86–90.
- Nasjonalt råd for ernæring.** Når matinntaket blir for lite. Forslag til strukturelle tiltak for forebygging og behandling av underernæring. Sosial- og helsedirektoratet 2006.
- Flodin L, Svensson S, Cederholm T.** Body mass index as a predictor of one-year mortality in geriatric patients. *Clin Nutr* 2000;19:121–5.
- Mowé M, Kindt E, Bøhmer T.** Reduced nutritional status in an elderly population is probable before disease and possibly contributes to the development of disease. *Am J Clin Nutr* 1994;59: 317–24.
- Kruizenga HM, Van Tulder MW, Seidell JC, Thijs A, Ader HJ, Van Bokhorst-de van der Schueren MA.** Effectiveness and cost-effectiveness of early screening and treatment of malnourished patient. *Am J Clin Nutr* 2005; 82:1082–89.
- Mowé M, Bosaeus I, Rasmussen HH, Kondrup J, Unosson M, Irtun Ø.** Nutritional routines and attitudes among doctors and nurses in Scandinavia: A questionnaire based survey. *Clin Nutr* 2006;25: 524–32.
- Munch C.** Plejepersonalets viden og holdning om ernæring til ældre plejehjemsboere – en spørgeskemaundersøgelse. *Vård i Norden*, 2006;26: 20–24.
- 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.
- Kofod J.** Du er dem du spiser sammen med – et brukerperspektiv på den offentlige måltidsservice, Fødevarerapport. Fødevarerapportet Danmark, 2000.
- Jacobsen DI.** Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode, 2. utg. Kristiansand S: Høyskoleforlaget, 2005.
- Nielsen MA, Biltz C, Freil M, Gut R, Almdal TP.** Menuvalg til aftenmåltidet øger energi- og proteininntak hos småtspisende pasienter og mindsker det samlede madspild. *Ugeskr læger* 2004;166: 267–70.
- Aagaard H.** Mat og måltider i sykehjem, Høgskolen i Østfold. Rapport 2008:3.
- Ödlund O.** Nutritional and functional effects of energy-dense food in the frail elderly. Doctoral thesis. Karolinska Institutet 2004.
- Lammes E, Akner G.** Repeated assessment of energy and nutrient intake in 52 nursing home residents. *J Nutr Health Aging* 2006;10: 222–30.
- Mowé M.** Behandling av underernæring hos eldre pasienter. *Tidsskrift Norske Lægeforening* 2002; 122: 815–18.
- Aagaard H.** Ernæring nedprioriteres ofte. *Tidsskriftet Sykepleien* 2005;93: 68–69.
- Mortensen AH.** Å veie eller ikke veie? Det er spørsmålet. Hovedoppgave. Oslo: Institutt for sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo, 2006.
- Aagaard H.** Ernæring og sykepleiekunnskap. *Vård i Norden* 1998;18: 22–6.