

Måltidsrytme og måltidsmiljø i sykehjem

Kartlegging fra fire sykehjem i Oslo

**Et samarbeidsprosjekt mellom
Sykepleierutdanningen, Høgskolen i Oslo og
Akershus (HiOA) og Sykehjemsetaten (SYE)**

Inger Taasen, Maria Grorud Fagerhøi, Helene M. Storebø Opheim
og Evy Százs Nergård

Takk til

- Studenter kull 2016, bachelor sykepleie Pilestredet, for innhenting av data
- Milanda Cvancarova Småstuen, førsteamanuensis, for kvalitetssikring av det statistiske materiale

CC-BY-SA Høgskolen i Oslo og Akershus

HiOA Rapport 2017 nr 9

ISSN 1892-9648

ISBN 978-82-8364-073-1 (trykt)

ISBN 978-82-8364-074-8 (pdf)

Opplag trykkes etter behov, aldri utsolgt

HiOA,
Læringscenter og bibliotek,
Skriftserien
St. Olavs plass 4,
0130 Oslo,
Telefon (47) 64 84 90 00

Postadresse:
Postboks 4, St. Olavs plass
0130 Oslo

Adresse hjemmeside: <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Nettbokhandel>

For elektronisk bestilling klikk Bestille bøker

Trykket hos Allkopi
Trykket på Multilaser 80 g hvit

INNHOOLD

1.0 Sammendrag	4
2.0 Bakgrunn	7
3.0 Metode	9
3.1 Studiedesign	9
3.2 Utvalg.....	9
3.3 Datainnsamling.....	9
3.3. 1 Spørreskjema.....	9
3.3.2 Gjennomføring	10
3.4 Statistisk analyse	10
3.5 Etikk og personvern.....	11
4.0 Resultater og diskusjon	12
4.1 Måltider og måltidsrytme.....	12
4.1.1 Antall måltider	12
4.1.2 Måltidsrytme	13
4.1.3 Hvor spiser beboerne vanligvis de ulike måltidene.....	16
4.1.4 Beboernes matinntak	18
4.2 Måltidsmiljø.....	20
4.2.1 Ro og atmosfære under måltid	20
4.2.2 Bruk av lydkilder under måltidet.....	21
4.2.3 Hjelp og tilrettelegging i spisesituasjonen.....	23
4.2.4 Antall beboere og tilgjengelig ansatte.....	23
4.2.5 Opplevd medbestemmelse og grad av valgmuligheter under måltid.....	25
4.2.6 Hygiene blant personalet og beboere	25
4.3 Studiens styrker og begrensninger.....	26
5.0 Konklusjon	28
6.0 Referanser	30
7.0 Vedlegg	32

1.0 Sammendrag

Denne rapporten bygger på en kartlegging av måltider og måltidsmiljø for beboerne ved fire sykehjem i Oslo, og er et samarbeidsprosjekt mellom Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA) og Sykehjemsetaten (SYE).

Det er en utfordring for eldre som bor på sykehjem å få dekket sitt ernæringsbehov da de generelt er skrøpelige, og ofte har flere sykdommer som kan påvirke ernæringstilstanden. En stor andel av beboerne har dessuten demenssykdommer, noe som gjør at mange beboere trenger støtte og tilrettelegging i forbindelse med måltidene. Et måltidsmiljø preget av god atmosfære, ro og tilstrekkelig med tid og hjelp i spisesituasjonen bidrar til at både næringsinntak og sosialt nærvær øker (Watkins R., Goodwin V.A., Abbott R.A., Backhouse A., Moore D. & M. Tarrant 2017, Douglas & Lawrence 2015, Leirvik, Å.S, Høye S, Kvigne K 2016).

Hovedhensikten med studien har vært å få økt innsikt i beboernes spisesituasjon på sykehjem. Problemstillingene/forskningsspørsmålene har vært:

- Er det en hensiktsmessig fordeling av måltider gjennom døgnet
- Hva kjennetegner måltidsmiljøet

Undersøkelsen har hatt en deskriptiv design med en kvantitativ tilnærming, bestående av to observasjonsskjema (tverrsnittsundersøkelser). Det ene skjema var rettet mot den enkelte beboers måltidsrytme, behov for hjelp og tilrettelegging ved måltider samt hvor stor andel av lunsjen som ble spist på registreringsdagen. Det andre skjema undersøkte det fysiske og sosiale miljøet under måltidene i felles spiserom samt tilgjengelig personell i spisesalen. Det ble gjennomført tre registreringer pr. måltid (frokost, lunsj, middag, kveld) på tre ulike dager.

Utvalget består av i alt 362 beboere, fra 15 ulike avdelinger fra de fire inkluderte sykehjemmene. Det ble gjort 324 observasjoner av måltidsmiljøet, fra 32 forskjellige spiserom. Datainnhentingene er foretatt våren 2017, og er gjennomført av sykepleierstudenter som hadde sine praksisstudier på de fire inkluderte sykehjemmene.

Nesten alle respondentene (96 %) oppga at fire eller fem faste måltider ble servert daglig ved deres sykehjem, noe som er i tråd med nasjonale anbefalinger for måltidsrytme for sykehjem. Det viste seg imidlertid å være tett mellom måltidene, spesielt på ettermiddag/kveld, hvor

median tidspunkt for servering av tredje, fjerde og femte måltid var henholdsvis kl 16:30, 19:00 og 19:30. Omlag 90 % av beboerne fikk servert sitt første måltid mellom kl. 08 og kl. 10. Seksten prosent av beboerne fikk siste måltid servert mellom kl 18 og 20, samtidig som hele 28 % prosent av beboerne fikk siste måltid mellom kl 16 og 18. På bakgrunn av registrering av første og siste måltid på en dag ble beboernes nattfaste estimert. Resultatene indikerer at kun 2 % av beboerne oppnår ≤ 11 timers nattfaste, som anbefalt fra Helsedirektoratet, mens i underkant av $\frac{2}{3}$ av beboerne har en antatt nattfaste mellom 14 og 15 timer og nesten $\frac{1}{5}$ av beboerne > 15 timers nattfaste.

Undersøkelsen viser at de fleste beboerne (70-80 %) spiser både frokost, lunsj og middag sammen i felles spiserom, samtidig som kun et fåtall (0,3-3,3 %) vanligvis ikke spiser til disse tre hovedmåltidene. Kveldsmåltidet skiller seg ut ved at kun halvparten (53 %) av beboerne spiser dette måltidet i fellesrom, mens hele 20 % av beboerne vanligvis ikke spiser kveldsmat i det hele tatt. Studien viser store forskjeller mellom sykehjemmene; fra at over 50 % av beboerne vanligvis ikke spiser kveldsmat til at alle gjør det.

To av tre beboere spiste $\frac{3}{4}$ porsjon eller mer av servert porsjon til lunsj, og over 80 % av respondentene sa seg enig/helt enig i at beboerne fikk tilbud om påfyll av mat. På spørsmål om hvorvidt beboerne får valgmuligheter i måltidet, svarte imidlertid i underkant av 60 % av respondentene seg enig/helt enig i dette. Det fremkommer at det er størst grad av enighet rundt valgmuligheter under frokost (82 %) og lunsj (73 %), mindre ved middag (68 %) og minst til kveldsmat (48 %).

Gjennomgående for alle de fire sykehjemmene var måltider preget av en opplevelse av ro og hyggelig stemning. Syttisyv prosent av respondentene oppga at de var helt uenig/uenig i at måltidet preges av uro, mens 73 % oppga å være enig/helt enig i at måltidet gjennomføres i en rolig atmosfære. Faglig ledelse ved sykehjemmene opplyser å ha jobbet mye med å få personalet til å slå av TV og radio under måltidet for å redusere støy og skape ro under måltidene. Resultatene bekreftet i stor grad dette arbeidet, hvor 84 % og 72 % av respondentene var helt uenig/uenig i at henholdsvis radio eller tv stod på under måltidet.

Når det gjelder bevisst bruk av musikk under måltidet for å skape ro og hyggelig stemning, oppgis dette å forekomme i svært liten grad (henholdsvis 4% og 7% var enig eller helt enig i denne påstanden).

Ved kartlegging av hjelpebehov under måltidene hos beboerne fremkom det at 86 % av beboerne spiser selv uten hjelp. Blant de beboerne som *ikke* spiste selv (n=59), ble det avdekket at nesten halvparten (47,5 %) av disse hadde behov for hjelp til å føre mat/drikke til munnen og dermed behov for én-til- én oppfølging. Motivasjon under måltid (11,9 %) og enkel tilrettelegging/veiledning under måltidet (10,2 %) var andre hyppige oppgitte hjelpebehov ved samtlige sykehjem, noe som er sentrale hjelpebehov hos pasienter med kognitiv svikt. Det ble registrert at 24 % av beboerne hadde behov for hjelpemidler under måltid. Samtidig svarte over 80 % av respondentene at de var enig/helt enig i at dekketøy/hjelpemidler var tilpasset måltidet. Videre fremkom det at hele 69 % av beboerne hadde behov for hjelp til god sittestilling under måltid, hvilket understreker behovet for og viktigheten av god tilrettelegging og oppfølging av den enkelte beboer, både i forkant av - og under måltid.

Undersøkelsen avdekket store forskjeller for utførelse av håndhygiene mellom de ansatte og beboerne. Over $\frac{3}{4}$ av respondentene var enig/helt enig at de ansatte utfører håndhygiene før de serverer mat. Derimot viste det seg at kun 27 % av respondentene var enig/helt enig i at beboerne får tilbud om håndhygiene før måltid.

I denne undersøkelsen viser det seg at kun 20 % av respondentene var enig/helt enig i at spiserommet luftes før matserving. Det bør bemerkes at lufting byr på utfordringer, siden spiserommet også fungerer som oppholdsrom, og mange eldre er redd for trekk og lett fryser.

Resultatene kan tyde på at det er behov for en jevnere fordeling av måltidene, samt at avdelingene følger helsedirektoratets anbefaling om å servere 1-2 rutinemessige mellommåltider. Data viser at mange beboere trenger mye hjelp og tilrettelegging under måltidet, men kartleggingen har ikke registrert om beboerne får den nødvendige tid og hjelp de trenger og om det er tilstrekkelig med personalet til å yte denne hjelpen. Denne studien viser små endringer sammenliknet med tidligere studier, noe som kan tyde på at en framover bør prioritere intervensjonsstudier, eksempelvis knyttet til det fysiske og sosiale måltidsmiljøet, heller en rene kartlegginger.

2.0 Bakgrunn

Til tross for at ernæring på sykehjem har vært et prioritert område for kvalitetsforbedring i flere år (Alhaug 2015), anslår Helsedirektoratet at nærmere halvparten av sykehjemsbeboerne er underernærte eller i ernæringsmessig risiko. Undersøkelser viser at det fortsatt serveres for få måltider, og at de som serveres kommer for tett (Aasgaard 2015, Forbrukerrådet 2017). Det anbefales at nattfasten ikke overstiger 11 timer, og at det serveres minimum fire faste måltider og to mellommåltider i døgnet (Helsedirektoratet, 2016).

Mat og måltider har alle en mening om; ikke bare fordi det er et grunnleggende behov, men fordi inntak av mat ofte skjer i en sosial sammenheng. Nettopp fordi det er en del av vårt daglige liv, kan måltider lett bli undervurdert i en helsekontekst (Watkins et al 2017, Bennett M.K., Ward E., Scarinci N. & M. Waite 2014). Mat og spising presenteres oftest som en fysiologisk prosess og et fysisk grunnleggende behov, fremfor å trekke veksler på de psykiske, sosiologiske og kulturelle dimensjonene ved spisingen. Dette gjenspeiles ved at forskningen rundt fenomenet i hovedsak har vært på det ernæringsmessige perspektivet; de senere årene med fokus på kartlegging av pasientenes ernæringstilstand og matens sammensetning. Årsaken til underernæringen er imidlertid multifaktoriell. En metaanalyse fra Nederland (Nieuwenhuizena W.F., Weenen H., Rigby P. & M.M. Hetherington 2010) identifiserte 37 faktorer som kunne påvirke næringsinntaket hos eldre. Disse faktorene var blant annet knyttet til personen selv, maten som ble servert og spisemiljøet.

En stor andel av beboerne på sykehjem har en kognitiv svikt (Helsedirektoratet, 2015). Douglas og Lawrence (2015) viser at spisemiljø har en stor betydning for matinntaket hos beboere med demens; som bedre belysning, beroligende og kjent/tilpasset musikk, gruppering av beboere og oppdekking som minner om hjemlige forhold, faste sitteplasser, tilpasset bestikk samt tilstrekkelig og kompetent personale som kan hjelpe dem under måltidet.

Måltidet har lett for å bli nedprioritert dersom det er andre aktiviteter som foregår samtidig, som eksempel medisinutdeling, blodprøvetaking, trening. Helsedirektoratet fremhever at måltidene må beskyttes samt få nok oppmerksomhet, plass og ro (Kosthåndboken, 2012).

Sosialt nettverket avtar hos eldre på sykehjem. Det blir derfor ekstra viktig å skape et godt måltidsfellesskap. Eldre som spiser sammen, sitter også lenger til bords og spiser mer mat enn de som spiser alene på rommet (McKenzie D., 2008). For at det skal bli et godt sosialt

samvær er det også av betydning hvem beboerne sitter sammen med rundt bordet; at det er mennesker en trives med og er trygg på og at det ikke er for mange rundt bordet (Stroebele-Benschop N., Depa J. & J.M Castro, 2016). Flere studier viser også at både næringsinntak og sosialt nærvær øker ved å pynte bordene, bruke kjent musikk og skape et spisemiljø preget av en hjemlig atmosfære (Watkins et al 2017, Harnett T & H. Jönson 2017, Stroebele-Benschop et al 2016, Leirvik et al 2016).

Samarbeidsprosjektet

Studien er finansiert av samarbeidsmidler som årlig gis til prosjekter mellom høghskolen og praksisfeltet der hensikten både er å fremme samarbeid mellom partene og legge til rette for felles forskning og utviklingsarbeid. Både valg av tema og studiens form og gjennomføring er gjort i et samarbeid mellom Høghskolen i Oslo og Akershus (HiOA), sykepleierutdanningen og Sykehjemsetaten (SYE).

Prosjektets tema ernæring ble bestemt av et flertall av fagutviklingsykepleierne og lærerne. Det kom også fram ønske om å inkludere et større antall sykehjem, og at sykepleierstudenter som hadde sine praksisstudier ved de deltakende sykehjemmene skulle være delaktige i prosessen. Foruten å forbedre sykepleien til pasientene innen området mat, måltider og ernæring, hadde en som mål at så vel sykepleiepersonalet som studenter skulle se betydningen av kritisk gransking av egen praksis.

I planleggingsfasen så en fort at den opprinnelige ideen med å kartlegge beboernes ernæringsstatus samt utvikle individuelle ernæringsplaner ble for omfattende. Det ble enighet om å se nærmere på måltidsrytme og måltidsmiljøet.

Det ble gjennomført en pre-test av observasjonsskjemaene i november 2016, noe som førte til enkelte justeringer både på observasjonsskjema og gjennomføringsform.

3.0 Metode

3.1 Studiedesign

Undersøkelsen har et kvantitativt deskriptivt design, og består av to tverrsnittundersøkelser. Begge undersøkelsene ble gjennomført våren 2017.

3.2 Utvalg

Forespørsel og valg av sykehjem ble foretatt av SYE. Siden studenter skulle gjennomføre datainnsamlingen ble sykehjem som tok imot mange studenter prioritert. Det var også ønskelig at utvalget besto av både kommunalt og ikke-kommunalt driftede sykehjem. Det ble valgt ut fire store sykehjem. Med unntak av ett sykehjem, som kun hadde studenter ved 5 av 8 avdelinger, ble data innhentet fra alle heldøgns avdelinger ved de valgte sykehjem. Totalt 15 avdelinger deltok, og hver avdeling var delt inn i 2-3 enheter. Av totalt 442 beboere på de fire sykehjemmene er spørreskjema utfylt for 362 (82 %) av dem. Det ble utført 324 observasjoner av fellesmåltider fra 32 ulike spiserom i løpet av prosjektperioden.

3.3 Datainnsamling

3.3.1 Spørreskjema

Data ble samlet inn ved hjelp av to strukturerte spørreskjema. Skjema A (vedlegg 1) kartla den enkelte beboer; hvor han/hun vanligvis spiste, når han/hun inntok sitt første og siste ordinære måltid, andel av lunsj som ble spist på registreringsdagen samt hvor mye hjelp han/hun trengte i spisesituasjonen. Ved hjelp av skjema B (vedlegg 2) ble studentene bedt om å registrere sine observasjoner fra felles spiserom på den avdelingen de hadde praksis; tidspunkt for servering av måltider, hvor mange beboere som satt ved samme bord i felles spiserom ved måltidene og antall ansatte tilgjengelig (studenter ikke inkludert) i fellesrommet. I tillegg ble respondentene bedt om å si seg mer eller mindre enige i 19 utsagn (med svarkategorier fra 1-5 der 1 er helt uenig og 5 helt enig) om det fysiske og sosiale måltidsmiljøet. Utsagnene var av typen «personalet sitter sammen med beboerne under måltidet», «TV står på under måltidet», «det er uro i fellesrommet under måltidet», «samme personalet mater flere beboere samtidig». Det ble gjennomført tre registreringer pr. måltid (frokost, lunsj, middag og kvelds) på tre ulike dager; dvs. inntil 12 skjema pr. registreringsenhet. Totalt 324 av i alt 384 mulige observasjoner (84 %), fra tilsammen 32 felles spiserom, ble registrert.

Spørreskjemaene ble utviklet spesielt for denne studien, på bakgrunn av nasjonale og internasjonale studier som omhandler måltider og måltidsmiljø ved sykehjem. Siden omkring 85% av beboerne har kognitiv svikt eller en demensdiagnose, ble forskning om måltider og måltidsmiljø hos pasienter med demens vektlagt. I tillegg ble det innhentet innspill fra fagpersonell ved de aktuelle sykehjemmene og lærere som veileder studenter i praksis ved sykehjem under utarbeidelsen av spørreskjemaene.

3.3.2 Gjennomføring

Studien ble gjennomført i slutten av januar 2017. Datainnsamlingen skjedde via Nettskjema og ble foretatt av studenter i sitt første år av bachelorstudiet i sykepleie på den avdelingen de hadde sine praksisstudier. Spørreskjemaene ble sendt til studentene på e-post rett før registreringen fant sted, og rett etter at veiledning om utfylling av skjema var gitt studentene på praksisstedet. Totalt ble det distribuert spørreskjema til 92 studenter. Alle studenter deltok med observasjoner, men det varierte hvor mange registreringer de ulike studentene sendte inn. Studentene skulle besvare spørreskjemaet ut fra hvordan forholdene faktisk var, ikke hvordan de mente det burde være. For å bedre validiteten på undersøkelsen ble spørreskjemaet prøvd ut av studenter i høstsemesteret 2016. Testen førte til små justeringer/presiseringer på to spørsmål og en tydeligere layout. Det ble også gitt tilbakemeldinger på forbedringspunkter i den skriftlige informasjonen.

Informasjon om studiens hensikt og gjennomføring ble gitt både muntlig og skriftlig i begynnelsen av januar. All informasjon om studien og spørreskjemaene ble i tillegg lagt i studentenes rom på Fronter. Studentene hadde i forkant av studien også hatt undervisning i ernæringsfysiologi og sykepleie knyttet til behovet for ernæring samt en kort innføring i vitenskapsteori og metode. All informasjon som ble gitt studenter ble også gitt til fagutviklingssykepleier og/eller andre faglige ledere på de aktuelle sykehjemmene samt til studentenes lærere.

3.4 Statistisk analyse

Alle statistiske analyser er utført ved bruk av programmet; Statistical Package for Social Science for Mac (IBM® SPSS® Statistics), versjon 24. Kontinuerlige variabler ble testet for normalitet. Alle deskriptive, kontinuerlige data, er presentert ved median og kvartildifferanse

(Interquartile range, [IQR]) grunnet skjevfordelte data. Kategoriske data er presentert med antall/frekvens og prosent.

Manglende data ble håndtert ved parvis fjerning ("pairwise deletion"). Totalt 17 personer ble utelatt fra statistikk som beskrev første og siste måltid ved sykehjemmene, da én person ble rapportert å ikke spise til noen av måltidene, to personer registrerte første måltid samtidig med siste måltid, én person registrerte siste måltid tidligere enn første måltid, 13 personer registrerte siste måltid mellom kl. 13:00-13:45. Det ble antatt at sistnevnte 13 registreringer representerte siste måltid på den aktuelle vekten og ikke siste måltid i løpet av dagen.

3.5 Etikk og personvern

Etter samråd med Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste ble det ikke innsendt meldeskjema. Årsaken til dette var at undersøkelsen ikke inneholdt personopplysninger. Dessuten var spørreskjemaet anonymt.

Det ble gitt skriftlig informasjon til pasienter/pårørende om hensikt og tidspunkt for registreringen. Det ble understreket at ingen personopplysninger ville bli registrert, og at fokus var rettet mot måltidsrytme, måltidshjelp og det fysiske og sosiale miljøet rundt måltider i felles spiserom.

For å hindre at samme beboer eller måltidssituasjon ble registrert to ganger ble det laget egne hjelpeskjema til bruk for studentene under registreringen. Skjemaene lå på hver avdeling, og ble makulert når alle registreringer var utført.

4.0 Resultater og diskusjon

Resultatene fra de 362 registreringene om beboerne og 324 observasjoner fra måltidsmiljøet i felles spiserom presenteres under to hovedkapitler. Det første hovedkapitlet omhandler *måltider og måltidsrytme*; dvs. antall måltider som blir tilbudt beboerne på avdelingen, når de ulike måltidene serveres og hvor beboerne vanligvis inntar måltidene. Det er også kartlagt hvor mye av lunsjportjonen den enkelte beboer spiste på registreringsdagen.

Det andre hovedkapitlet viser resultater fra spørsmålene om *måltidsmiljøet*; dvs. observasjoner av det fysiske og sosiale måltidsmiljøet i felles spiserom samt beboernes behov for hjelp og tilrettelegging før og under måltidet. Resultatene kommenteres og diskuteres etter hvert som de presenteres.

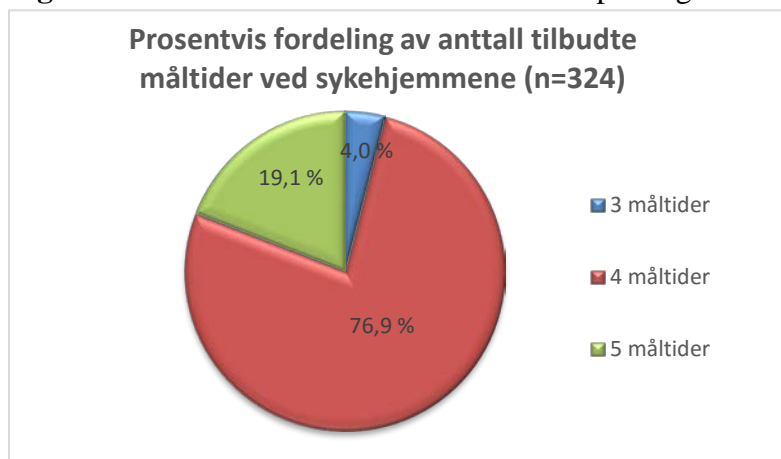
4.1 Måltider og måltidsrytme

*«Den som bare plasserer maten ved pasienten og håper pasienten vil spise,
forhindrer at pasienten får i seg mat»* *Florence Nightingale*

4.1.1 Antall måltider

Nesten alle respondentene (96 %) oppga at det ble servert fire eller fem måltider daglig ved deres avdelinger (figur 1). I overkant av $\frac{3}{4}$ oppga at det ble servert fire faste måltider daglig på sykehjemmene, som er i tråd med hva som anbefales i retningslinjene for å forebygge underernæring fra Helsedirektoratet (2016).

Figur 1. Oversikt over tilbudte faste måltider per dag ved de fire sykehjemmene



Det vil si at beboerne har tilbud om et tilstrekkelig antall måltider. Nasjonale undersøkelser (Aasgaard H. 2010, Aagaard H. & V. Grøndahl 2015, Helsedirektoratet 2016) har vist at det er for få måltider ved mange sykehjem og at de kommer for tett i tid. At det serveres 4-5 måltider pr. dag tyder på at SYE og sykehjemmene har fulgt de nasjonale føringene. Mat og måltider er en viktig del av beboernes hverdag, ikke bare ernæringsmessig, men det kan også bidra til å skape forutsigbarhet og god struktur på dagen samt at det kan muliggjøre samtaler og sosial tilhørighet (Watkins R, et al 2017).

4.1.2 Måltidsrytme

I denne undersøkelsen avdekkes det at de første måltidene fordeler seg relativt jevnt gjennom dagen (tabell 1). Måltidene på ettermiddag og kveld kommer imidlertid svært tett på hverandre, hvor median tidspunkt for servering av de tre siste måltidene kommer innenfor et tidsintervall på kun tre timer.

Tabell 1. Oversikt over til hvilke tidspunkt de ulike måltidene gjennom dagen vanligvis serveres.

	Median, IQR*	Tidligste måltid	Seneste måltid
1. måltid (n=324)	09:00 (09:00,09:00)	07:30	10:00
2. måltid (n=318)**	13:00:00 (13:00, 13:00)	10:15	13:30
3. måltid (n=316)	16:30 (16:00,17:00)	13:00	18:00
4. måltid (n=299)	19:00 (18:00,19:30)	16:30	20:30
5. måltid (n=62)	19:30 (19:11,20:37)	18:30	22:00

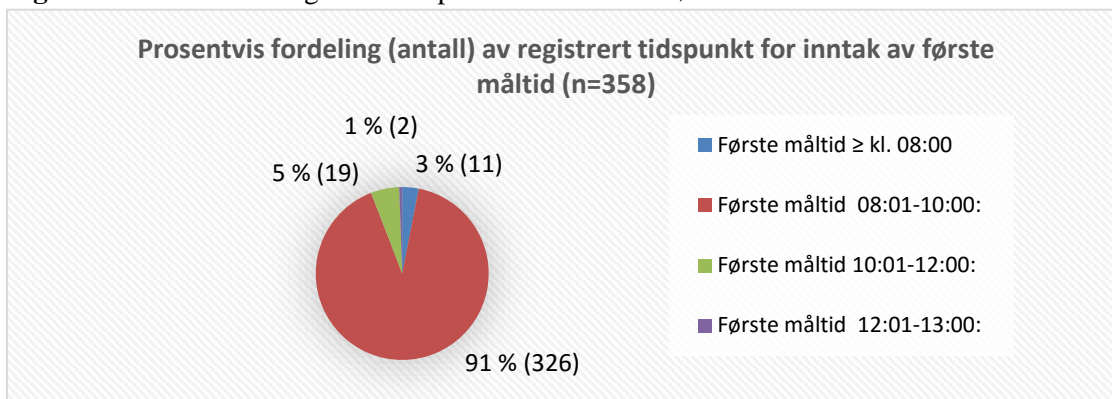
*IQR, Interquartile range (kvartildifferanse) (1. kvartil, 3. kvartil)

**1 person er utelatt pga. antall feilregistrering av 2. Måltid – registrert kl. 03:15

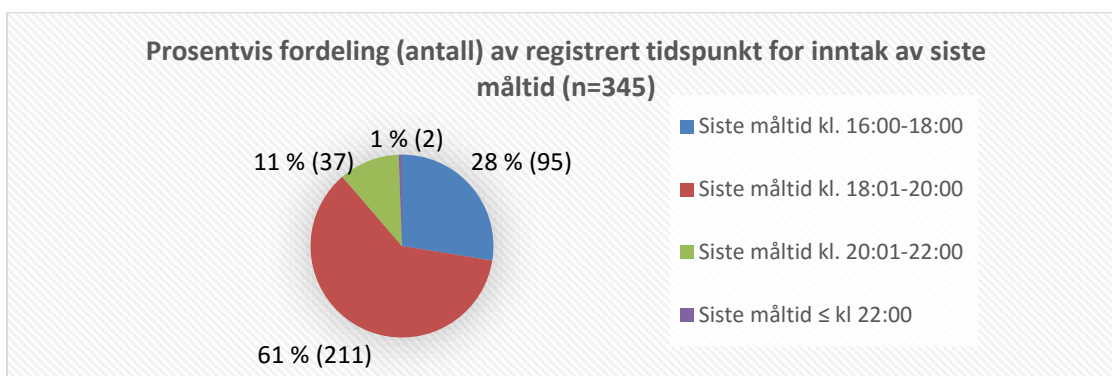
Resultatene viser imidlertid at spredningen av når første og siste måltid serveres, varierer betydelig (figur 2 og 3). Omlag 90 % av beboerne får riktignok første måltid mellom kl. 08 og kl. 10. Seks prosent av beboerne serveres likevel første måltid etter kl. 10. Det kan bety at frokost og lunsj enten serveres med svært kort mellomrom eller at de to hovedmåltidene slås sammen til et felles måltid. Sistnevnte løsning vil antakelig resultere i et lavere matinntak hos den enkelte beboer gjennom dagen.

For i underkant av 30 % av beboerne er det registrert at siste måltid serveres mellom kl. 16 og kl. 18. Sett i lys av at median tidspunkt for servering av frokost er kl. 09:00, er dette svært bekymringsverdig da det kan tyde på at nattfasten vil bli adskillig lengre enn hva som er anbefalt. Det er samtidig viktig å påpeke at det i denne undersøkelsen ikke ble spurt etter mellommåltider. Det kan derfor ikke utelukkes at beboerne får et tilbud om mat senere på kvelden enn hva som fremkommer her.

Figur 2 Oversikt over registrert tidspunkt for inntak av første måltid.



Figur 3 Oversikt over registrert tidspunkt for inntak av siste måltid.



Alle sykehjemmene opplyser at beboerne kan få mat når de ønsker på døgnet hvis de ber om det. Det er selvfølgelig bra, men det kan likevel stilles spørsmål om det er tilstrekkelig for å forebygge lang nattfaste og sikre den enkelte beboers næringsinntak. Terskelen for å etterspørre et ekstra måltid kan være høy hos enkelte fordi de ikke vil «være til bry», mens andre kan på grunn av sykdom ha vanskeligheter med å uttrykke og/eller kjenne sitt behov. Det anbefales derfor å tilby mellommåltider som en del av sykehjemmets daglige måltidsrytme. En studie utført ved et sykehjem i Oslo (Jonvik, K.L, Sørland, R & T. Wibe, 2011) viste at de beboerne som ble kategorisert som underernærte ved MNA-screening, også var de som i størst grad takket ja til ekstra måltider når de fikk tilbud om det. Ikke alle disse ville ha bedt om ekstra mat på eget initiativ, noe som illustrerer at selv om beboerne ikke spør om mat kan det godt hende behovet er der. Risikoen kan dermed være stor for at de som kanskje trenger ekstra ernæring, faktisk ikke får tilbud om det.

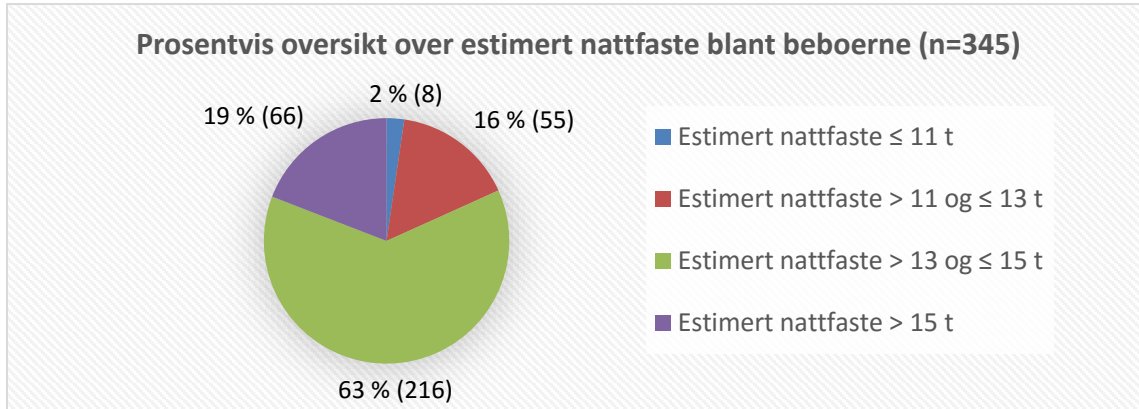
Kort tidsintervall mellom måltidene vil trolig medføre at mange av beboerne fortsatt er mette fra forrige måltid når neste blir servert. Dette kan resultere i et lavere matinntak ved de siste måltidene, eller i verste fall føre til at et eller flere måltider hoppes helt over, slik at det totale næringsinntaket gjennom døgnet blir for lavt. Dette vil medføre en betydelig risiko, spesielt for beboere som allerede er i ernæringsmessig risiko eller for de som er underernærte i utgangspunktet.

Mellommåltider synes også å bli nedprioritert i en hektisk hverdag, dersom de ikke er en del av den daglige rutinen i avdelingen (Watkins et al 2017, Helsedirektoratet 2015). Tilstrekkelig bemanning er viktig for å kunne gi hjelpe beboere i under måltidet, samtidig som studier viser at det hjelper lite med flere personer dersom en ikke samtidig gjør endringer i rutiner (Ullrich S., McCutcheon H. & B. Parker, 2010). Flere understreker også betydningen av både god profesjonsfaglig sykepleiekompetanse og ernæringskompetanse for å vurdere og hjelpe beboere med riktig og tilstrekkelig næringsinntak (Aagaard H. & V.Grøndahl 2015, Eide HD, Halvorsen K. & K. Almendingen 2015, Helvik, A.S., Benth J.S., Wu B., Engedal & G. Selbæl 2017).

Det er viktig å understreke at kartleggingen i denne undersøkelsen kun innebærer registreringer av måltidstidspunkt fra samme dag. Det er dermed ikke grunnlag for å beregne beboernes nattfaste. Dersom man likevel forutsetter at registrert tidspunkt for servering er representativt for hva som vanligvis gjelder på sykehjemmene, kan nattfaste estimeres (figur

4). Denne undersøkelsen viser at kun 2 % av beboerne har en nattfaste på ≤ 11 timer, mens i underkant av $\frac{2}{3}$ av beboerne har en antatt nattfaste mellom 14 og 15 timer.

Figur 4. Estimert nattfaste*, basert på registrert inntak av første og siste måltid



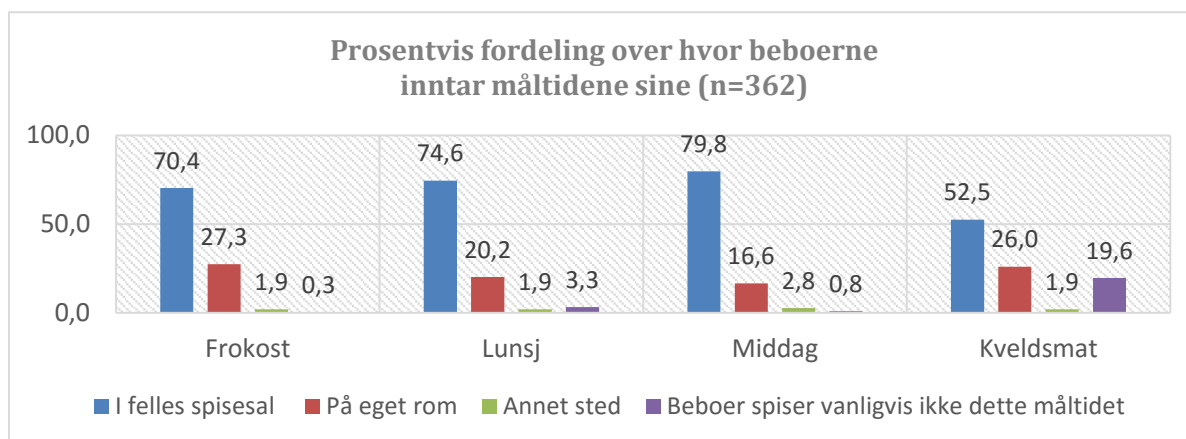
*Forutsetter at registreringen av første og siste måltid, gjort på samme dag, er representativt for når første og siste måltid vanligvis serveres ved sykehjemmene.

En undersøkelse fra Oslo i 2013 viste at nesten alle de 342 beboerne som var med i undersøkelsen gikk mer enn 11 timer, som er den anbefalte øvre grensen fra Helsedirektoratet, mellom det siste måltidet på kvelden og det første på morgenen. For mange av dem var nattfasten på mer enn 15 timer, for noen helt opp i 19 timer (Eide H.D., Iversen P.O. & C. Aukner, 2013). En svensk undersøkelse med tilsvarende lang nattfaste (inntil 14.5 timer) viser til at de som hadde kortere nattfaste, hadde større samlet energiinntak enn de med lang nattfaste (Ebrahimi Z. & H. Wijk, 2009). Det å redusere lengden på nattfasten kan dermed være et grep for å øke matinntaket hos beboerne og redusere antall som utvikler underernæring.

4.1.3 Hvor spiser beboerne vanligvis de ulike måltidene

Undersøkelsen viser at de fleste beboerne (70-80 %) spiser både frokost, lunsj og middag sammen i et felles spiserom, samtidig som kun et fåtall (0,3-3,3 %) vanligvis ikke spiser disse tre hovedmåltidene (figur 5). Tilsvarende tall rapporteres for hvert enkelt sykehjem, med unntak av ett sykehjem, hvor det jevnt over er færre som spiser disse tre måltidene i felles spisesal (56-69 %). En større andel rapporterte til gjengjeld å spise på eget rom.

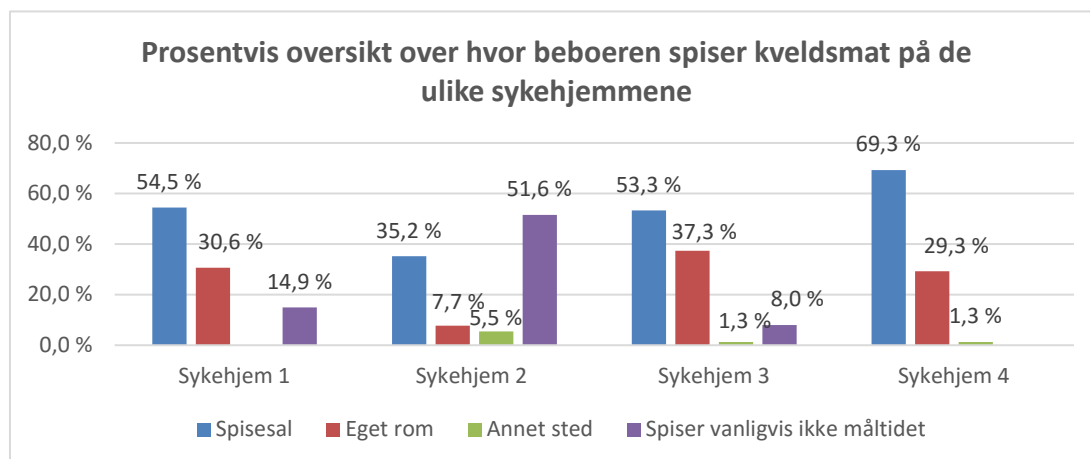
Figur 5. Oversikt over hvor beboeren inntar hovedmåltidene



Middagsmåltidet er det måltidet flest beboere samles til felles bespisning, og utgjør trolig dermed det viktigste sosiale samlingspunktet for beboerne i løpet av dagen. Dette er i tråd med en studie av Bugge (2005), som viser at middag er det måltidet som flest nordmenn spiser. Middagen er også det måltidet gjennom dagen som forbindes mest med tradisjon, fellesskap og sosialt samvær.

Mens mellom 70-80 % av beboerne spiser frokost, lunsj og middag i fellesrom, oppgis det at kun halvparten av beboerne spiser siste hovedmåltid i fellesrom. Dette er i tråd med den nasjonale undersøkelsen fra 2014, hvor respondentene oppgir at mellom 35-56 % av beboerne spiser siste måltid på rommet (Aagaard og Grøndahl, 2015). Respondentene oppgir at så mange som 20 % ikke spiser kveldsmat i det hele tatt. Det er imidlertid store forskjeller mellom sykehjemmene (figur 6). Et av sykehjemmene oppgir at i overkant av halvparten av beboerne vanligvis ikke spiser kveldsmat, mens på et annet sykehjem spiser normalt alle beboerne kveldsmat, enten i felles spiserom eller på eget rom. Studier viser at pasienter sover bedre og blir mindre urolige når de får et kveldsmåltid som gjør at de blir mette (Embrahimi & Wijk, 2009).

Figur 6. Oversikt over fordeling mellom andelen som spiser kveldsmat på de ulike sykehjemmene



Å forbedre måltidsrutinene i en retning som sikrer at flest mulig beboere spiser et kveldsmåltid er viktig, ikke minst med tanke på forebygging av lang nattfaste og videre underernæring.

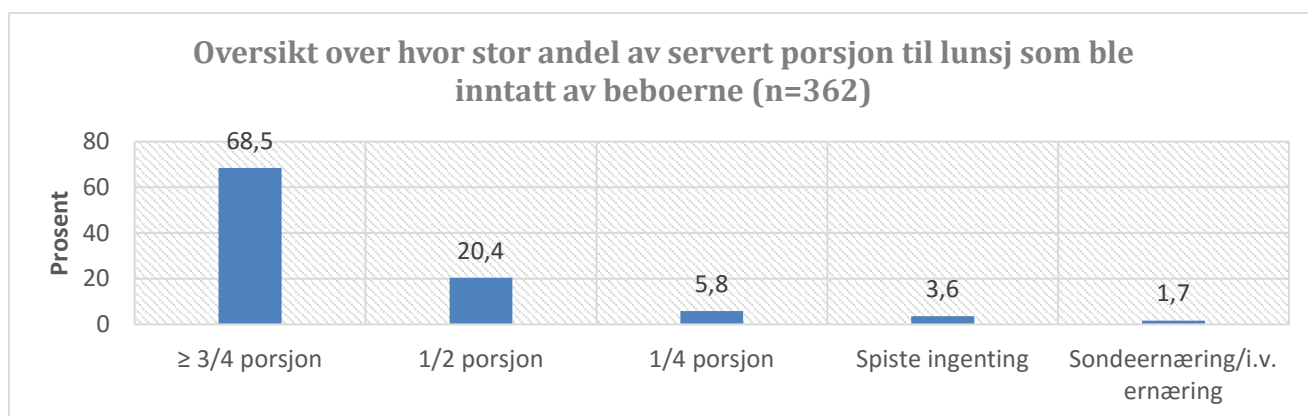
At enkelte beboere spiser flest måltider på eget rom kan ha flere forklaringer. En rekke studier viser imidlertid at pasienter spiser mer sammen med andre (McKenzie 2008, Walton K., Williams P., Tapsell L.C., Hoyle M., Shen Z.W., Gladman L & L. Nurka 2013, Leirvik et al 2016); blant annet målt ved å registrere mengden mat som er igjen etter måltidet. Resultatene viste her en klar sammenheng mellom matinntak og sosial interaksjon. McKenzie oppdaget også at faren for underernæring er størst hos pasienter som spiser alene på rommet. Det bør derfor motiveres for at beboernes sitter sammen og spiser, og så langt det er mulig tilrettelegge for individuelle tilpasninger (Harnett & Jönson, 2017).

4.1.4 Beboernes matinntak

I overkant av $\frac{2}{3}$ av beboerne spiste $\frac{3}{4}$ porsjon eller mer av servert porsjon til lunsj, hvilket er med på å underbygge viktigheten av dette måltidet (figur 7). Årsaken til at så mange spiser godt til dette måltidet kan være sammensatt. Blant annet tilberedes det ofte varm mat ved avdelingene på sykehjemmene til dette måltidet. Å lage mat på avdelingen gir gjerne matlukt som kan stimulere appetitten hos beboerne. Lunsjmåltidet kan for mange være assosiert med et sosialt og hyggelig samlingspunkt med kollegaer midt på dagen, fra deres yrkesaktive liv. Samtidig kan flere av beboerne ha pleid å spise tidlig middag rundt tidspunktet for når lunsj serveres og derfor være vant med et felles varmt måltid midt på dagen.

Måltidet serveres også til et tidspunkt hvor man kan anta at de fleste beboerne er våkne og oppe. Det å sitte sammen og spise med kjente i en hyggelig setting, har i tidligere studier vist å bidra til økt matinntak (Aasgard og Grøndahl, 2015, McKenzie 2008, Leirvik et al 2016). Resultatene for registrering av tidspunkt for første måltid kan tyde på at lunsjen for et mindretall av beboerne var første måltid som ble inntatt. Det er nærliggende å anta at disse beboerne kan være ekstra sultne og av den grunn spiser en større andel av porsjonen sin.

Figur 7. Oversikt over hvor stor andel av porsjonen beboerne har spist til lunsj



4.2 Måltidsmiljø

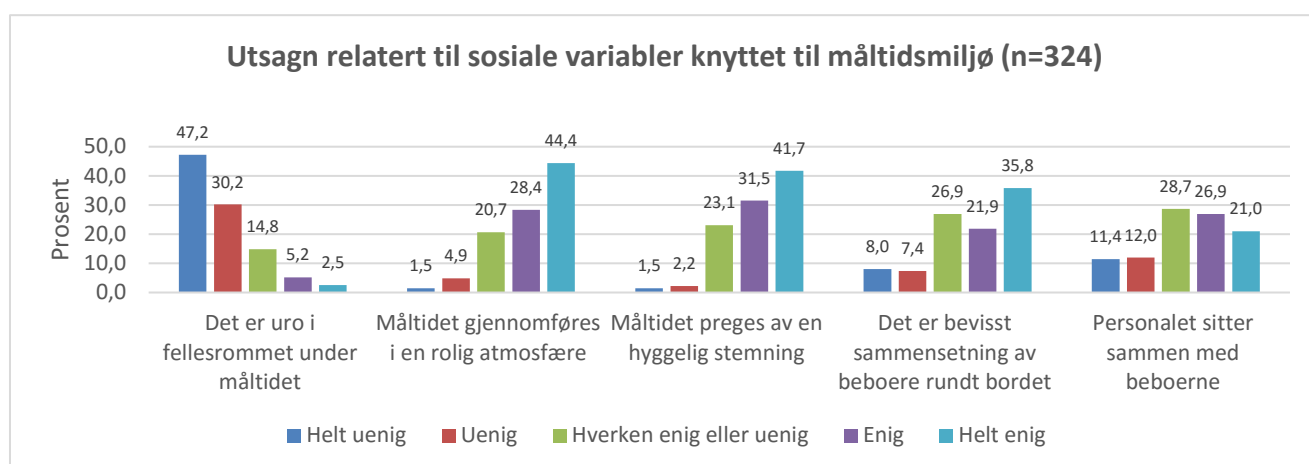
"Å spise sammen er en øvelse i å ta vare på medmennesket og å være personlig til stede for hverandre"
Guttorm Floistad

4.2.1 Ro og atmosfære under måltid

Måltidene bør være en hyggelig del av dagen som beboerne kan se fram til med glede.

Gjennomgående for alle de fire sykehjemmene var en opplevelse av ro og en hyggelig stemning og atmosfære under måltidene. Syttisv prosent av respondentene oppga at de var helt uenig/uenig i at måltidet var preget av uro, mens 73 % oppga å være enig/helt enig i at måltidet gjennomføres i en rolig atmosfære (figur 8).

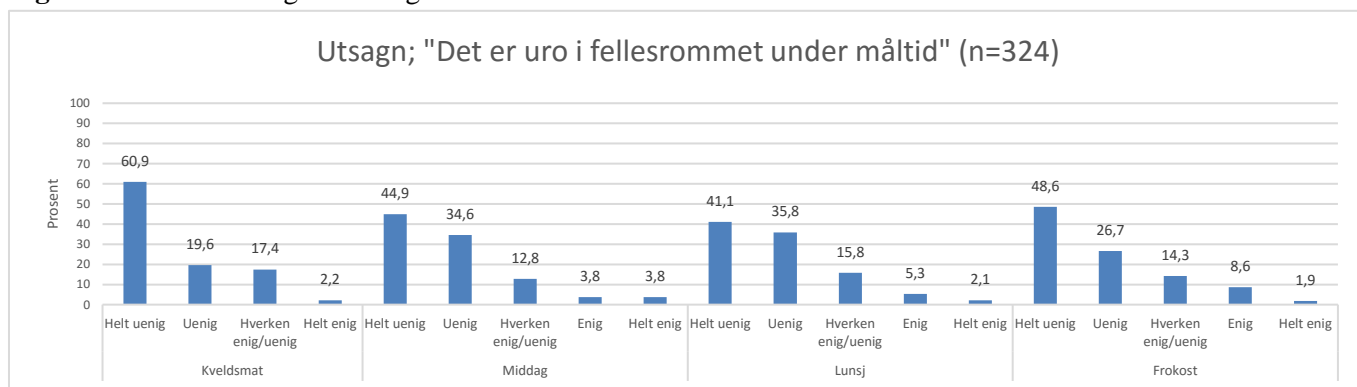
Figur 8. Oversikt over grad av enighet ved utsagn relatert til sosiale variabler knyttet til måltidsmiljø



Dersom man ser nærmere på hvordan svarene for utsagnet «Det er uro i fellesrommet under måltidet» fordeler seg ved de ulike måltidene gjennom dagen, ser man at det er svært små forskjeller og at det generelt registreres svært liten grad av uro i avdelingene (figur 9).

For å skape ro er en er i dag opptatt av beskytte måltidet mest mulig fra andre aktiviteter, inklusive medikamentutdeling, ikke minst fordi mange av beboerne har en demenssykdom som kan gjøre at de blir distraheret fra måltidet (Helsedirektoratet, 2015). Til tross for dette fremkommer det at 71 % av respondentene i denne undersøkelsen sa seg enig/helt enig i påstanden om at medisiner deles ut under måltidet. Det tyder på at medikamentutdeling ikke skaper nevneverdig uro under måltidet i denne undersøkelsen.

Figur 9. Oversikt over grad av angitt uro under de ulike måltidene

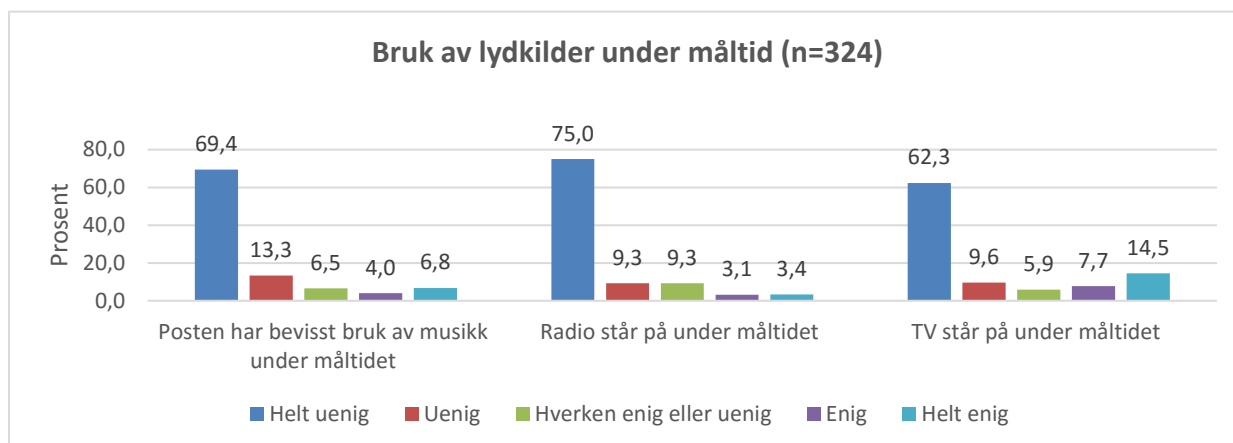


At det er lite uro i fellesrommet under måltider er en klar forbedring fra tidligere studier (Aasgaard 2010). Det kan derfor være verd å studere hva årsaken til den positive utviklingen kan være. På bakgrunn av en nylig publisert undersøkelse som viser stort overforbruk av psykofarmaka blant eldre på sykehjem, kan en stille spørsmål ved om den rolige stemningen blant beboerne skyldes for mye og/eller feil bruk av beroligende midler (Hellvik et al 2017). På den annen side rapporterer 73 % av respondentene i denne studien at måltidet preges av en hyggelig stemning. Dette er positivt siden studier viser at pasienter spiser mer når de sosiale samhandlingene og møtepunktene er vennlige og livlige (McKenzie 2008).

4.2.2 Bruk av lydtkilder under måltidet

For å redusere støy og skape ro, oppga fagutviklingssykepleierne at de hadde jobbet mye med å få personalet til å slå av TV og radio under måltidene og var opptatt av at en måtte kartlegge bruk av TV og radio under måltidet. Undersøkelsen bekreftet i stor grad dette arbeidet; 84 % og 72 % av respondentene var helt uenig/uenig at henholdsvis radio og TV stod på under måltidet (figur 10). Dette samsvarer med funn fra den landsomfattende studien av Aagaard og Grøndahl (2015). Samtidig viser studier at for beboere som sitter alene kan TV gi en opplevelse av fellesskap, og dermed ha en beroligende effekt (Stroebele-Benschop et al 2016).

Figur 10. Oversikt over bruk av lydtkilder under måltid



Musikk og stemmer stimulerer sansene. Det kan skape minner og det fremmer kommunikasjon. Studier viser at bruk av individualisert/kjent musikk kan skape mer ro i samhandlingssituasjoner som stell og spisesituasjoner enn medisiner (Myskja 2012, Stroebele-Benschop et al 2016). Det fremkom imidlertid at det er svært lite bevisst bruk av musikk under måltidet i denne undersøkelsen, kun henholdsvis 4 % og 7 % var enig eller helt enig i denne påstanden. Forskning viser at en gjennomtenkt bruk av musikk kan dempe uro hos personer med demens (Myskja 2012, Bragstad L. & M. Kirkevold 2010), virke beroligende samt føre til en positiv atmosfære som fremmer matinntaket (Stroebele-Benschop m.fl 2016, Douglas og Lawrence 2015, Whear R., Abbott R., Thompson-Coon J., Bethel A., Rogers M., Hemsley A., Stahl-Timmins W. & K. Stein 2014). En studie der en sammenlignet fire måltidsintervensjoner; musikk, lys og visuell stimulering, økte valgmuligheter samt tilretteleggelse for samtaler, var det bruk av musikk som ga størst positiv effekt på måltidsmiljøet (Whear et al, 2014).

I likhet med musikk kan også samtale og stemmebruk virke beroligende eller forstyrrende. I denne undersøkelsen ble respondentene bedt om å observere og svare på i hvilken grad personalet snakker med hverandre under fellesmåltidet. Resultatene viste at i underkant av 40 % av respondentene var enig/helt enig i at personalet snakket sammen under måltidet. Undersøkelsen sier imidlertid ikke noe om lydnivået, hva de snakket om og/eller om de inkluderte beboerne i samtalen. En kan dermed ikke konkludere om samtalene har vært et forstyrrende element eller ei. Studier av Watkins et al (2017) viser imidlertid at personalet ofte snakker seg imellom i stedet for å engasjere beboerne, noe som bidro til å skape uro i spiserommet. Det er derfor viktig at en har bevissthet rundt hele lydbildet i måltidsmiljøet.

4.2.3 Hjelp og tilrettelegging i spisesituasjonen

Ved kartlegging av hjelpebehov hos beboerne fremkom det at 86 % av beboerne spiste selv uten hjelp, mens det ble rapportert at 24 % hadde behov for hjelpemidler under måltid. Derimot viste det seg at hele 69 % av beboerne hadde behov for hjelp til god sittestilling under måltid. Dette understreker viktigheten av god tilrettelegging og oppfølging av den enkelte beboer, både i forkant av – og under måltider, for å tilstrebe best mulige forutsetninger for et optimalt næringsinntak hos den enkelte. På spørsmål om hvorvidt dekketøy/evt. hjelpemidler er tilpasset måltidet, sa over 80 % av respondentene seg i enig/helt enig at dette var tilfellet. På lik linje med annen tilrettelegging, er også tilstrekkelig og god belysning et viktig tiltak for å sikre best mulige forutsetninger for et optimalt matinntak. I denne undersøkelsen viste det seg at 86 % av respondentene var enig/helt enig i at det var god belysning i fellesrommet under måltid.

Andelen med hjelpebehov var sammenlignbare for alle de fire sykehjemmene, men ett sykehjem skilte seg ut ved at hele 84 % av beboerne hadde behov for hjelp til god sittestilling under måltidet. Hvorvidt dette betyr at dette sykehjemmet faktisk hadde en tyngre brukergruppe eller bare var flinkere til å kartlegge hjelpebehovet hos sine beboere, fremkommer ikke av denne undersøkelsen.

Blant de beboerne som ikke spiste selv (n=59), ble det avdekket at nesten halvparten (47,5 %) av disse hadde behov for hjelp til å føre mat/drikke til munnen ("mating") – og dermed hadde behov for én-til-én oppfølging. I tillegg oppgis motivasjon under måltid (11,9 %) og enkel tilrettelegging/veiledning (10,2 %) som vanligste hjelpebehov ved alle de fire sykehjemmene. Å gi spisehjelp til en person tar tid; både for å sikre tilfredsstillende næringsinntak og for å kunne hjelpe beboerne på en respektfull måte. Med tanke på at over 80 % av beboere på sykehjem har kognitiv svikt eller en kjent demensdiagnose (tall fra SYE, Oslo kommune) (Helsedirektoratet, 2015) kan dette være en utfordring i hverdagen, og føre til at flere kan bli gitt spisehjelp samtidig. I denne undersøkelsen oppgir imidlertid respondentene at personalet i svært liten grad mater flere beboere samtidig. Åttitre prosent var uenig/helt uenig at dette var tilfellet i denne undersøkelsen, mens i en undersøkelse av Aagaard og Grøndahl (2015) oppgir respondentene at mellom 10-20 % av beboerne mates samtidig av en pleier.

4.2.4 Antall beboere og tilgjengelig ansatte

Det er nærliggende å anta at både antall beboere og antall ansatte tilstede under måltidene i fellesrommet vil være av betydning for både måltidsmiljø og mulighet for individuell oppfølging og tilrettelegging under måltidet (Watkins et al 2017, Leirvik et al 2016, Whear et

al 2015, McKenzie 2008). Både antall bord på hvert spiserom og antall beboere per bord varierte i denne undersøkelsen. De fleste avdelingene oppga å ha fra ett til tre bord per spiserom, hvor median antall personer ved bordene var henholdsvis fire, tre og tre og underbygger bruken av småbord under måltid. Inntil 10 beboere per bord var riktignok registrert ved enkelte avdelinger. Nye sykehjem er organisert i mindre boenheter, med 6-10 beboere i hver enhet. Denne studien inkluderte også eldre sykehjem med felles spiserom for inntil 18 beboere. Median antall beboere per ansatt under måltid var 3:1 i denne undersøkelsen. Det var imidlertid store forskjeller, hvor det ble registrert fra i alt én til 17 beboere og fra én til seks ansatte i spiserommet (tabell 2). De store forskjellene gjenspeiler stor variasjon i type avdeling, hvor noen er forsterket og derfor har et høyere antall ansatte tilgjengelig. Tilsvarende funn ble gjort for totalt antall ansatte tilgjengelig i avdeling.

Tabell 2. Oversikt over antall beboere og tilgjengelige ansatte i spiserommet og i avdelingen under måltid - alle fire sykehjemmene sett under ett

	Median (IQR)*	Færrest registrerte antall	Flest registrerte antall
Antall beboere i spiserommet (n=324)	6,0 (5.0,8.8)	1	17
Antall ansatte i spiserommet (n=324)	2,0 (1.0,3.0)	1	6
Totalt antall ansatte på vakt i avd. (n=324)	4,0 (2.0,5.0)	1	9

*IQR, *Interquartile range* (1. kvartil, 3. kvartil)

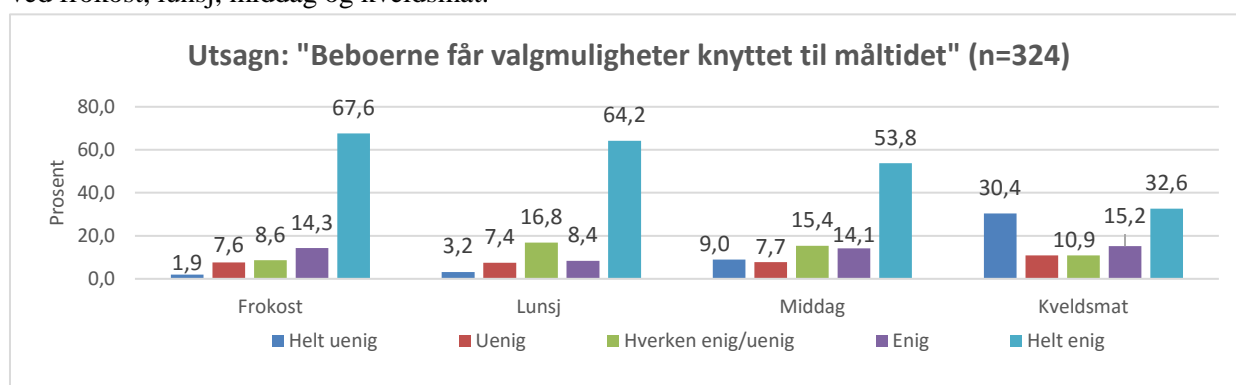
Færre beboere rundt samme bord, og ikke minst flere små boenheter, kan gi utfordringer med nok personell innenfor nåværende rammer, til å hjelpe og/eller sitte ned sammen med beboerne. I denne undersøkelsen fremkommer det at under halvparten av respondentene var enig/helt enig i at de ansatte sitter ned sammen med beboerne under måltidene (figur 8). Ved at personalet sitter ned sammen med beboerne kan de stimulere til samtale, samtidig som de kan hjelpe til med selve spisingen. Studien fra Aasgaard og Grøndahl (2015) viser at beboerne selv ønsker at personalet skal sitte sammen med dem under måltidene. Det viser seg at det i noe større grad er bevissthet rundt sammensetning av beboerne rundt bordet. I underkant av 60 % av respondentene er enig/helt enig i utsagnet om at det er en bevisst sammensetning av beboere rundt bordet, noe som synes å være viktig for trivsel og det sosiale miljøet under måltidet (Leirvik et al 2016). Klarer en å skape et fellesskap rundt et matbord, kan det mange ganger oppleves viktigere enn det som serveres (Bennet et al 2014)

4.2.5 Opplevd medbestemmelse og grad av valgmuligheter under måltid

I forskrift om en verdig eldreomsorg, vektlegges et tjenestetilbud som innrettes i respekt den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel (Verdighetsgarantien 2010). Dette omfatter blant annet at det tilrettelegges for et variert og tilstrekkelig kosthold og at det gis tilpasset hjelp ved måltider. Mattilbudet skal også ta hensyn til pasientens livssyn, kultur og smakspreferanser. Det bør derfor legges til rette for at den enkelte beboer gis valgmuligheter når det kommer til mat og drikke (Kosthåndboken, s. 99-100). I denne undersøkelsen var i underkant av 60 % av respondentene enig/helt enig i påstanden om at beboerne får valgmuligheter knyttet til måltidet, mens 18 % sa seg helt uenig/uenig. Det viste seg i midlertid at over 80 % av respondentene var enig/helt enig i at beboerne fikk tilbud om påfyll av mat.

Dersom man ser nærmere på hvordan svarene for utsagnet "Beboerne får valgmuligheter knyttet til måltidet", fordeler seg ved de ulike måltidene gjennom dagen (figur 11), ser man at det er størst grad av enighet ved frokost og lunsj, mens kun henholdsvis 53 % og 33 % er helt enig i at beboerne får valgmuligheter under middag og kveldsmat. Det skal samtidig påpekes at for beboere med demens kan *for* mange valgmuligheter bidra til økt uro og stress og bør dermed begrenses. For disse beboerne handler det i større grad om å gi få valgmuligheter til hvert måltid, og heller sikre variasjon i matinntaket over tid ved å variere maten det gis valgmuligheter innenfor.

Figur 11. Oversikt over i hvilken grad det oppleves at beboerne har valgmulighet knyttet til måltidet ved frokost, lunsj, middag og kveldsmat.

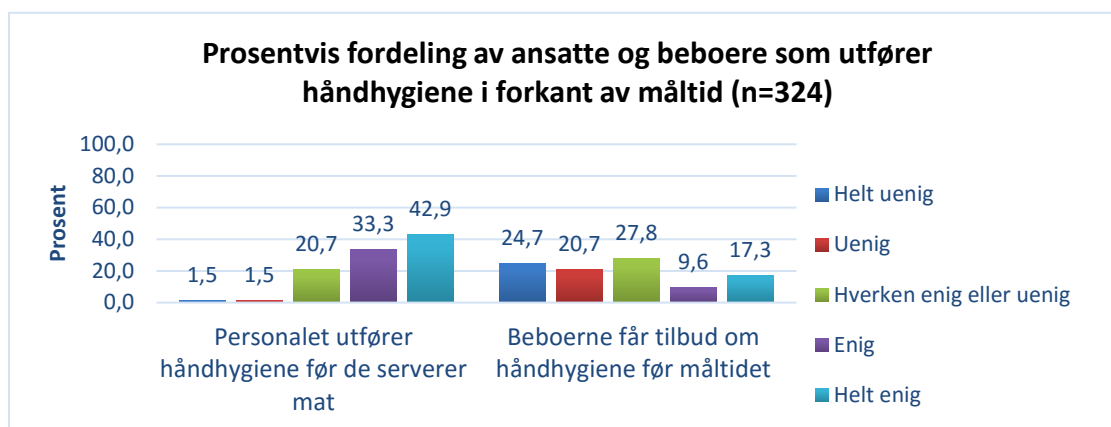


4.2.6 Hygiene blant personalet og beboere

Undersøkelsen viste at det var store forskjeller mellom utførelse av håndhygiene blant de ansatte og beboerne. Over $\frac{3}{4}$ av respondentene var enig/helt enig at de ansatte utførte

håndhygiene før de serverer mat (figur 12). Derimot viste det seg at kun 27 % av respondentene var enig/helt enig i tilsvarende påstand for beboerne. Dette er bekymringsverdig med tanke på både infeksjonsfare og stadig økende antibiotikaresistens i dagens samfunn. Håndhygiene er en grunnleggende smittevernsrutine og det viktigste enkelttiltaket for å hindre smitte (Folkehelseinstituttet). God håndhygiene handler også for de fleste om mer enn bare renslighet. Det handler om tradisjon og vaner; en verdi som knyttes til så vel estetikk som etikk. Å vaske hender før en tilbereder og spiser mat er noe av det første vi lærer. God håndhygiene handler derfor også om å vise respekt for beboerne.

Figur 12. Oversikt over utførelse av håndhygiene blant ansatte og beboere før måltid



I følge Helsedirektoratet bør det være en selvfølge at maten serveres etter en god utluffing av rommet (Kosthåndboken 2012, s.99). I denne undersøkelsen viser det seg at kun 20 % av respondentene var enig/helt enig i at spiserommet luftes før matservering. Det bør bemerkes at lufting byr på utfordringer, siden spiserommet også fungerer som oppholdsrom, og mange eldre er redd for trekk og fryser lett.

4.3 Studiens styrker og begrensninger

En styrke ved denne undersøkelsen var den høye svarprosenten. Hele 82 % av alle beboerne ved de 4 inkluderte sykehjemmene ble kartlagt, hvilket øker dataenes generaliserbarhet. Med kartleggingsskjema B var svarprosenten på 84 %. Det var også svært lite manglende data ("missing data") ved gjennomgang av spørreskjemaene. Samtlige spørsmål ble besvart av alle, med unntak av spørsmålene som kartla første og siste måltid, hvor andel "missing" var på henholdsvis 5 % og 1 %.

Det er videre verdt å merke seg at det i denne undersøkelsen var førsteårs sykepleiestudenter som gjorde samtlige registreringer. Dette kan ha bidratt til en mer objektiv kartlegging sammenlignet med om ansatte ved sykehjemmene selv hadde vært respondentene. På den annen side kan en ikke utelukke at studenter som ikke er like godt kjent med miljø og rutiner som det faste personalet, kan ha oversett viktige momenter.

Tverrsnittsundersøkelser har i egenskap av sitt design sine naturlige begrensninger. Det er derfor ikke mulig å studere noen årsakssammenhenger basert på denne kartleggingen. Resultatene kan derimot danne utgangspunkt for nye forskningsspørsmål og belyse relevante områder for fremtidige undersøkelser.

5.0 Konklusjon

Kartleggingen viser at alle sykehjemmene følger de nasjonale anbefalingene om å servere mellom 4-5 faste måltider om dagen. Resultater viser imidlertid at måltider på ettermiddag og tidlig kveld kommer med få timers mellomrom. I tillegg viser data at så mange som 20 % av beboerne ikke spiser kveldsmat i det hele tatt. Summen av ulike observasjoner av måltidsrytmen kan tyde på en estimert nattfaste på mellom 13-15 timer for de fleste av beboerne, og at kun 2 % av beboerne holder seg innenfor den anbefalte øvre grense på 11 timer. Dette indikerer at det er et behov for en jevnere fordeling av måltidene, samt innføring av helsedirektoratets anbefaling om å servere rutinemessige mellommåltider. En bør også jobbe for, så langt det er mulig, at alle beboere inntar sine måltider i felles spiserom, da det viser seg å øke næringsinntaket. Resultatene viser imidlertid store individuelle forskjeller mellom sykehjemmene om hvor og når beboerne spiser sine måltider, noe som med fordel bør kartlegges videre, slik at man på tvers av institusjonene kan dra nytte av hverandres erfaringer fremover.

Personalet ved sykehjemmene har de siste årene jobbet med å redusere støykilder for å skape ro under måltidet, noe det kan det synes som de i stor grad har lyktes med. Flertallet av respondentene sier seg uenig/helt uenig at TV og/eller radio står på under måltidet, og nærmere 3 av 4 respondentene sier seg enig/helt enig at måltidet preges av ro og en hyggelig stemning. Dempet og kjent musikk samt småprat virker derimot beroligende og har vist seg å øke så vel sosialt nærvær som næringsinntak. Respondentene oppgir imidlertid at musikk i svært liten grad brukes bevisst, noe som med fordel kunne vært utforsket videre med tanke på den økende andel pasienter med demenssykdom.

Denne studien viser at selv om de $\frac{3}{4}$ av beboerne spiser selv, har en stor andel av beboerne behov for støtte til god sittestilling og/eller spisehjelp. Det er ikke spurt etter respondentenes vurdering av om beboerne fikk tilstrekkelig tid og/eller hjelp under måltidet slik kvalitetsforskriften poengterer. Kun halvparten av respondentene sier seg imidlertid enig/helt enig at personalet sitter sammen med beboerne under måltidet. Med tanke på at mange trenger en-til-en hjelp under måltidet, kan det en spørre seg om det er nok personalet til å hjelpe beboerne med å få i seg tilstrekkelig med mat/drikke slik kvalitetsforskriften stiller krav om.

Helsedirektoratet understreker at det bør være en selvfølge at maten serveres etter god utlufting, og at det utøves god hygiene. Kartleggingen i denne studien viser imidlertid at utlufting av rommet skjer i liten grad, og at kun 27 % av beboerne mot 76 % av personalet utfører/får tilbud om håndhygiene før måltidet.

Denne studien gir et «øyeblikksbilde» av måltider og måltidsmiljø ved fire langtidshjem i Oslo i løpet av 2 uker våren 2017. De fleste spørsmålene er tidligere blitt stilt i andre undersøkelser, og en kan dermed gjøre enkelte sammenligninger. Denne studien viser små endringer fra tidligere studier, noe som kan tyde på at en framover bør prioritere intervensjonsstudier eksempelvis knyttet til det fysiske og sosiale måltidsmiljøet, heller en rene kartlegginger.

6.0 Referanser

Alhaug J., Bjørnstad E., Ore S., Rai R. & Lind J. (2015): *Forprosjekt innen kvalitetsindikatorer for ernæring og legemiddelgjennomgang*. Oslo: Helsedirektoratet. Rapport IS-2336

<https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/forprosjekt-innen-kvalitetsindikatorer-for-ertering-og-legemiddelomgang>

Aagaard H. & V. Grøndahl (2015): *Mat og måltid i sykehjem 2*, Høgskolen i Østfold. Rapport 2015:1

<https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/278769>

Aagaard H. (2010): Mat og måltider i sykehjem. En nasjonal kartleggingsundersøkelse. *Sykepleien Forskning*, 4(1), 36-43. Lastet ned fra <https://sykepleien.no/forskning/2010/03/mat-og-maltider-i-sykehjem-en-nasjonalkartleggingsundersokelse>

Bennett M.K., Ward E., Scarinci N. & M. Waite (2014): Perspectives on mealtime management in residential aged care: insights from a cross-disciplinary investigation. *J Nutr Gerontol Geriatr*. 2014; 33(4); 325-339

Bragstad L. og M. Kirkevold (2010): Individualisert musikk for personer med demens. *Sykepleien forskning nr.2, 2010. s. 110-118*

<https://sykepleien.no/forskning/2010/06/individualisert-musikk-personer-med-demens>

Douglas J.W & J.C Lawrence (2015): Environmental Considerations for Improving Nutritional Status in Older Adults with Dementia: A Narrative Review. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics p. 1815-1831*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jand.2015.06.376>

Ebrahimi, Z. & H. Wijk (2009): En hypotesegenererende studie av nattfastans lengde, underernæring og helse-relaterad livskvalitet hos äldre. *Vård i Norden*, 29(1), 45-48.

Eide H.D, Halvorsen K. & K. Almendingen (2015): Barriers to nutritional care for the undernourished hospitalised older people. *Journal of Clinical Nursing*. 2015;24(5-6): 696-706

Eide, H. D., Iversen, P. O., & Aukner, C. (2013): *Gamle spiser for lite og har for lang nattfaste*. Oslo: Forskningsmagasin for Høgskolen i Oslo og Akershus(1/2013). Lastet fra:

<http://forskning.no/helsetjeneste-helseadministrasjon-mat/2013/07/eldre-pasykehjem-i-oslo-spiser-lite>

Guttormsen A.B., Hensrud A., Irtun Ø., Mowé M., Sørbye L.W., Thoresen L., Øien H, Alhaug J, & G.B. Smedshaug (2009): *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*. Oslo: Helsedirektoratet, 2009 <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-underertering>

Harnett T. & H. Jönson (2017): Shaping nursing home mealtimes. *Ageing & Society* 37, 2017, p.823-844. Cambridge University Press <https://www.cambridge.org/core/journals/ageing-and-society/article/shaping-nursing-home-mealtimes/885633B1D8B2F5F0AD62C42AA0007B6D>

Helse- og omsorgsdepartementet (2010). Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien). <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-11-12-1426>

- Helsedirektoratet (2016): *Kosthåndboken - veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo, Helsedirektoratet
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/51/Kosthaandboken-IS-1972.pdf>
- Helvik, A.S., Benth J.S., Wu B., Engedal & G. Selbæl (2017): Persistent use of psychotropic drugs in nursing home residents in Norway. *BMC Geriatrics series – open, inclusive and trusted* 2017, 17:52
<https://doi.org/10.1186/s12877-017-0440-5>
- Jonvik K.L., Sørland, R. & T.Wibe (2011): Spiste flere måltider. *J Sykepleien* 8/2011 s. 72-73
<https://sykepleien.no/forskning/2011/06/spiste-flere-maltider>
- Leirvik Å.S., Høye., S & K. Kvigne (2016): Mat, måltider og ernæring på sykehjem – erfaringer fra et aksjonsforskningsprosjekt. *J Nordisk Sygeplejeforskning* 02/2016 Side: 179-197
 DOI: [10.18261/issn.1892-2686-2016-02-07](https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2016-02-07)
- McKenzie D St-Arnaud (2009): Mealtime Interaction Encourages Hospitalized Seniors To Eat More." *Science Daily*. www.sciencedaily.com/releases/2009/05/090505124850.htm
- Nieuwenhuizena W.F., Weenen H., Rigby P. & M.M. Hetherington (2010): Older adults and patients in need of nutritional support: Review of current treatment options and factors influencing nutritional intake. *Clin Nutr* 2010;29:160–169.
- Ragneskog H. (1996): Influence of music on food intake and symptoms common in dementia. *Scand J Caring Sci* 1996; 11: 176 – 82.
- Stroebele-Benschop N., Depa J. & J.M Castro (2016): Environmental Strategies to Promote Food Intake in Older Adults: A narrative Review. *Journal of Nutrition in Gerontology and Geriatrics* Vol.35 NO.2, 95-112. <http://dx.doi.org/10.1080/21551197.2016.1173614>
- Ullrich S., McCutcheon H. & B. Parker (2011): Reclaiming time for nursing practice in nutritional care: outcomes of implementing Protected Mealtimes in a residential aged care setting. *Journal of Clinical Nursing*, 20 p.11339-1348 doi:[10.1111/j.1365-2702.2010.03598.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03598.x)
- Watkins R., Goodwin V.A., Abbott R.A., Backhouse A., Moore D. & M. Tarrant (2017): Attitudes, perceptions and experience of mealtimes among residents and staff in care homes for older adults: A systematic review of the qualitative literature. *J Geriatric Nursing* 2017 Jul - Aug;38 (4):325-333.
[http://www.gnjournal.com/article/S0197-4572\(16\)30292-0/fulltext](http://www.gnjournal.com/article/S0197-4572(16)30292-0/fulltext)
- Walton K., Williams P., Bracks J., Zhang Q., Pond L. & R. Smoothy (2008): Volunteers feeding assistance program can improve dietary intakes of elderly patients – a pilot study. *Appetite*. 2008; 51:244-248.
- Walton K., Williams P., Tapsell L.C., Hoyle M., Shen Z.W., Gladman L & L. Nurka (2013): Observations of mealtimes in hospital aged care rehabilitation wards. *Appetite* 201; 67:16-21.
 DOI:[10.1016/j.appet.2013.03.006](https://doi.org/10.1016/j.appet.2013.03.006) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23523667>
- Whear R., Abbott R., Thompson-Coon J., Bethel A., Rogers M., Hemsley A., Stahl-Timmins W. & K. Stein. (2014): Effectiveness of Mealtime Interventions on Behavior Symptoms of People With Dementia Living in Care Home: A Systematic Review. *JAMDA* 15 (2014) 185-193
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2013.10.016>

7.0 Vedlegg

Spørreskjema A: Kartlegging av den enkelte beboer

Skjema A: Kartlegging av den enkelte beboer – Vis - Nettskjema

Page 1 of 1

Skjema A: Kartlegging av den enkelte beboer

Side 1

Dette skjemaet skal fylles ut én gang for hver beboer

Hvilket sykehjem er du på? *

Velg ...

Hvilken avdeling er du på? *

Velg ...

Velg hvilken gruppe/team du er på *

Velg ...

Skjema A: Kartlegging av den enkelte beboer

	I spisesal sammen med de andre	På eget rom	Annet sted	Beboer spiser vanligvis ikke dette måltidet
Hvor spiser beboer frokost *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor spiser beboer lunsj *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor spiser beboer middag *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor spiser beboer kveldsmat *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nei
Spiser beboer selv? *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trenger beboer hjelpemidler (f.eks. spesielt bestikk/ kopp eller annet)? *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Får beboer hjelp til god sittestilling? *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dersom beboer ikke spiser selv, hva trenger han/hun hjelp til?

	3/4 av porsjonen eller alt	1/2	1/4	Ingenting	Ingenting pga sondeernæring/intravenøs ernæring
Hvor mye spiste beboeren til lunsj i dag? *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Når spiste beboer for første gang i dag? *

hh:mm

Når spiste beboer siste gang i dag? *

hh:mm

Kommentarer

Dato for registrering *

dd.mm.åååå

Nettskjema v47.3

Vedlegg: spørreskjema B: Spisesituasjon i fellesrom

Skjema B: Spisesituasjonen i fellesrom – Vis - Nettskjema

Page 1 of 2

Skjema B: Spisesituasjonen i fellesrom

Side 1

Skjema B fylles ut tre ganger hver for alle måltidene (frokost, lunsj, middag, kveldsmat) på hver avdeling. Gjøres på minst tre forskjellige dager.

Sykehjem *

Velg det sykehjemmet du er på

Avdeling *

Velg hvilken avdeling du er på

Avdeling *

Velg hvilken gruppe/team du er på

Hvor mange måltider tilbys per døgn? *

- 3
 4
 5

Til hvilket klokkeslett serveres vanligvis måltid 1 *

Til hvilket klokkeslett serveres vanligvis måltid 2

Til hvilket klokkeslett serveres vanligvis måltid 3

Til hvilket klokkeslett serveres vanligvis måltid 4

Til hvilket klokkeslett serveres vanligvis måltid 5

Hvilket måltid gjelder denne registreringen for? *

Hvor mange beboere sitter ved samme bord?

Svar for det antallet bord som er i avdelingen du er på.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Bord 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bord 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bord 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bord 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor mange beboere er det i spiserommet (spiserommene hvis det er flere)? *

Hvor mange ansatte er tilgjengelig i spiserommet (spiserommene hvis det er flere)? *

Inkluderer ikke studenter

Hvor mange ansatte er totalt på vakt i avdelingen (uten studenter) *

Velg ... ▾

Slett kryss i rubrikken for tallet som best beskriver situasjonen/utsagnet, der 1 er helt uenig og 5 er helt enig

	1	2	3	4	5
Personalet sitter sammen med beboerne *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er uro i fellesrommet undermåltidet *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personalet maer flere beboere samtidig *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Posten har bevisst bruk av musikk under måltidet *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spiserommet luftes før matservring *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personalet utfører håndhygiene før de serverer mat *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beboerne får tilbud om håndhygiene før måltidet *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radio står på under måltidet *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dekketøy/evt. hjelpemidler er tilpasset måltidet *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personalet snakker med hverandre under måltidet *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
TV står på under måltidet *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Måltidet gjennomføres i en rolig atmosfære *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medisiner deles ut mens beboerne spiser *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beboerne får tilbud om påfyll av mat *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beboerne får valgmuligheter knyttet til måltidet *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er en bevisst sammensetning av beboere rundt bordet *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er god belysning i fellesrommet under måltidet *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Måltidet preges av en hyggelig stemning *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer

Dato for registrering *

dd.mm.åååå

Nettskjema v47.3