

Retten til fullgod mat for sykehjemsbeboere

En menneskerettighetsbasert tilnærming til beboeres muligheter og utfordringer knyttet til mat og måltider på sykehjem



Masteroppgave av:

Kristine Stray Aurdal

Avd. for
ernæringsvitenskap,
Det medisinske fakultet,

Universitetet i Oslo

2012

Retten til fullgod mat for sykehjemsbeboere

En menneskerettighetsbasert tilnærming til beboeres muligheter og utfordringer knyttet til mat og måltider på sykehjem

Av: Kristine Stray Aurdal



Veiledere:

Per Ole Iversen (Universitetet i Oslo)
Wenche Barth Eide (Universitetet i Oslo)
Laura Terragni (Høgskolen i Oslo- og Akershus)

Avd. for ernæringsvitenskap, Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

2012

© Kristine Stray Aurdal

År: 2012

Tittel: Retten til fullgod mat for sykehjemsbeboere - En menneskerettighetsbasert tilnærming til beboeres muligheter og utfordringer knyttet til mat og måltider på sykehjem.

Forfatter: Kristine Stray Aurdal

Veiledere: Per Ole Iversen, Wenche Barth Eide og Laura Terragni

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Copy Cat, Forskningsparken

Forord

Først og fremst vil jeg takke sykehjemmene og deltagerne i studien. En spesiell takk går til sykehjemsbeboerne som åpent delte sine tanker, meninger og erfaringer og lot meg få være en del av deres hverdag på sykehjemmet. Takk til ledelsen ved begge sykehjemmene for at dere gav meg muligheten til å utføre denne studien og for at dere la alt så godt til rette slik at studien kunne utføres på best mulig måte. Jeg vil også takke alle pleierne jeg møtte i løpet av observasjonsstudien. Takk for erfaringene dere delte med meg og for at jeg ble så godt mottatt på avdelingene. Dere gjør en viktig og beundringsverdig jobb.

En stor takk går til mine eminente veiledere. Deres engasjement for studien har vært til stor inspirasjon helt fra oppgaveprosessens begynnelse. Takk til min hovedveileder Per Ole Iversen for raske og konkrete tilbakemeldinger. Jeg vil også takke min biveileder Wenche Barth Eide for smittende entusiasme for både oppgaven og fagfeltet mat og menneskerettigheter. En stor takk går også til min biveileder Laura Terragni. En spesiell takk til for all den gode veiledningen du har gitt meg knyttet til oppgavens metode. Takk for at du introduserte meg til matsosiologiens/-antropologiens verden.

Jeg vil også takke Elisabeth Karlsen for at du banet vei med din studie og hjalp meg med å komme i kontakt med sykehjemmene. Jeg er takknemlig for at du villig har delt dine erfaringer fra egen studie over hyggelige kaffestunder på Blindern.

En takk går til alle dere jeg har fått gleden av å dele studieårene på ernæring med, ikke minst for alle faglige og praktiske innspill knyttet til oppgaveskriving. Takk til mine kjære venner og familie for gode stunder og oppmuntring i oppgaveprosessen. En spesiell takk til Elisabeth, mamma og pappa for at dere alltid har stor tro på meg. Til sist vil jeg takke min kjære mann, Jon Rasmus for at du er så tålmodig og omsorgsfull. Din støtte har vært uvurderlig! Det at du er så iherdige i ditt arbeid er en stor inspirasjon for meg. Ikke minst er jeg takknemlig for all din hjelp med å lese korrektur på oppgaven.

Oslo, desember 2011

Kristine Stray Aurdal

Sammendrag

Bakgrunn og hensikt: Det blir stadig flere eldre (>80år). Helsen svikter med økende alder, og mange eldre er pleietrengende. Forekomsten av underernæring blant eldre på institusjon er høy. Dette gjør de eldre til en sårbar gruppe i dagens samfunn i forhold til å få realisert sin rett til fullgod mat. Retten til fullgod mat gjelder for alle mennesker. Målsetningen med oppgaven var å undersøke mat og måltidspraksis i norske sykehjem, ut i fra et menneskerettighetsperspektiv. Denne studien benyttet en menneskerettighetsbasert tilnæringsmetode, der prosessen mot resultatet blir sett på som like viktig som resultatet i seg selv. En ”god prosess” er grunnet på et sett av prinsipper som blant annet inkluderer verdighet, ikke-diskriminering, deltagelse, empowerment og åpenhet. Denne studien tok utgangspunkt i beboernes mat og måltidssituasjon ved to sykehjem med ulik ideologi og organisatorisk løsning av kjøkken. Hensikten med studien var å undersøke hvordan retten til fullgod mat ble ivarettatt for beboerne gjennom en ”god prosess” på disse to sykehjemmene.

Metode: En komparativ case-studie ble valgt. To kommunale sykehjem med ulik ideologi og organisatorisk kjøkkenløsning ble sammenliknet for å undersøke hvilke følger det fikk for sykehjemsbeboernes mattilbud og måltidssituasjon. Deltagende observasjon ble valgt som kvalitativ forskningsmetode og bidro til å operasjonalisere menneskerettighetsprinsippene i mat- og måltidssituasjonen på sykehjem. Det ble utført 9 observasjonsøkter på hvert sykehjem. Ustruktureerte intervjuer med beboerne og pleierne ble gjennomført for å få innblikk i beboernes syn på mat- og måltidssituasjon.

Resultat: Sykehjemmets mattilbud kunne i stor grad karakteriseres som tradisjonelt norsk, der rutiner preget måltidsserveringene. Pleierne hadde en avgjørende rolle i mat- og måltidsserveringen. Sykehjemstilværelsen bød på en rekke endringer i beboernes mat- og måltidssituasjon. Den enkeltes helsetilstand kunne by på ytterligere utfordringer i disse situasjonene. Beboernes verdighet ble ivarettatt gjennom et mattilbud og måltidsservering som ivaretok både deres ernæringsbehov og deres matvaner/matkultur. Ulikheter i mattilbudet mellom sykehjemmene, men også ulikheter knyttet til beboernes helsetilstand, tydet på en form for diskriminering. Beboernes deltagelse knyttet til mattilbud, måltidsservering og matlaging var generelt lav. Lav deltagelse svekket beboernes empowerment, der de i liten grad opplevde å kunne påvirke egen mat- og måltidssituasjon. Pleierne hadde en viktig rolle i å fremme beboernes deltagelse. Mye tydet på manglende informasjon ved mat- og måltidssituasjonen og om muligheter der beboerne kunne påvirke denne situasjonen. Dette førte til lav deltagelse og svekket deres empowerment. Spesielt var beboerne med redusert helsetilstand utsatt. Et mer variert og fleksibelt mattilbud og måltidsmønstre ved et av sykehjemmene bidro til at menneskerettighetsprinsippene i større grad ble ivarettatt for beboerne.

Konklusjon: Mye tyder på at en beboersentrert ideologi og det å ha kjøkken på sykehjemmet i større grad gir sykehjemsbeboere et mattilbud og en måltidsservering der retten til fullgod mat ivaretas gjennom en ”god” prosess.

Innholdsfortegnelse

1	Bakgrunn og fokus for studien	1
1.1	Innledning: Fokus for studien.....	1
1.2	Aldring.....	2
1.3	Underernæring hos eldre	3
1.3.1	Forekomst av underernæring hos eldre	4
1.3.2	Årsaker til underernæring og relaterte problemer blant eldre	4
1.3.3	Konsekvenser av underernæring blant eldre	7
1.4	Forebygging av underernæring hos eldre: Et spørsmål om verdighet, menneskerettigheter og muligheter	8
1.4.1	Internasjonale føringer	8
1.4.2	Menneskerettigheter og verdighet som angår sykehjemsbeboere og andre eldre i Norge	12
1.5	Sykehjem i Norge	14
1.5.1	Sykehjemssituasjonen i Norge	14
1.5.2	Beboere ved norske sykehjem.....	15
1.5.3	Retningslinjer for mat og måltider ved norske sykehjem og norske sykehjemsbeboere som rettighetshavere	15
1.5.4	Lovverk og handlingsplaner som kan bidra til å styrke sykehjemsbeboernes rettigheter	16
2	Teoretiske rammeverk, mål og forskningsspørsmål	21
2.1	Rammeverk for en menneskerettslig tilnærming til studien.....	21
2.1.1	Grunnleggende begreper innen menneskerettighetstankegangen	21
2.1.2	Teoretiske rammeverk av relevans for en menneskerettighetsbasert tilnærming	22
2.1.3	Ansvarlige aktører i en sykehjemssituasjon	24
2.1.4	En menneskerettighetsbasert tilnærming	26
2.2	Problemstilling og forskningsspørsmål	29
3	Metode.....	31
3.1	Forskningsdesign	31
3.2	Observasjon som metode for datainnsamling.....	31
3.3	Deltagere og utvalg.....	32
3.3.1	Utvalg av sykehjem.....	33

3.3.2	Utvalg av beboere.....	34
3.4	Møte med sykehjemmene.....	35
3.4.1	Møte med ansatte	35
3.4.2	Møte med beboerne.....	36
3.5	Min forskerrolle.....	37
3.6	Datainnsamling.....	38
3.6.1	Deltagende observasjon og samtaler med beboere og pleiere.....	38
3.6.2	Feltnotater.....	39
3.7	Dataanalyse.....	39
3.8	Etiske betraktninger.....	40
3.8.1	Etiske dilemmaer ved deltagende observasjon.....	41
4	Resultater.....	43
4.1	Beskrivelse av de to sykehjemmene.....	43
4.2	Mattilbud og måltidsservering på sykehjemmene.....	44
4.2.1	Mattilbud og organisering av matservering	44
4.2.2	Pleiernes rolle i mattilbud og måltidsserveringen.....	55
4.2.3	Spisestuenes funksjon	59
4.3	Sykehjemsbeboernes tanker, meninger, erfaringer og handlinger	60
4.3.1	Beboernes matvaner før sykehjemmet.....	60
4.3.2	Beboernes syn på sykehjemmets mattilbud og måltidsserveringer.....	62
5	Diskusjon.....	79
5.1	Oppsummering av resultatene	79
5.2	Styrker og svakheter ved studien.....	80
5.2.1	Bruk av en menneskerettighetsbasert tilnærming	80
5.2.2	Styrker og svakheter ved kvalitativ metode	81
5.3	Ivaretagelse av menneskerettighetsprinsippene på sykehjemmene.....	87
5.3.1	Verdighet.....	87
5.3.2	Ikke-diskriminering.....	99
5.3.3	Deltagelse, empowerment og åpenhet.....	103
5.4	Menneskerettighetsprinsippene operasjonalisert i forhold til sykehjemsbeboeres situasjon.....	113
5.4.1	De to sykehjemmenes likheter og forskjeller.....	113

5.4.2	Oversiktstabell: Menneskerettighetsprinsippene operasjonalisert i konteksten sykehjem.....	115
5.5	Konklusjon og veien videre.....	117
	Litteraturliste.....	121
	Vedlegg.....	129

Oversikt over figurer og tabeller

Figur 1: Modifisert rammeverk etter UNICEF sitt konseptuelle rammeverk for årsaker til feil- og underernæring	23
Figur 2: Normativt rammeverk for optimal ernæring hos sykehjemsbeboere	24
Figur 3. Modell over ”lagvise ringer av ansvar”, modifisert etter Kents modell	25
Figur 4: Todimensjonalt diagram over nivå av resultat og kvalitet ved prosessen, modifisert etter U. Jonssons modell	28
Tabell 1: Oversiktstabell over menneskerettighetsprinsippene operasjonalisert i forhold til sykehjemsbeboeres situasjon.....	116

Vedlegg

For vedlegg, se s. 129

Vedlegg 1:

Informasjonsbrev til beboere og pårørende på sykehjemmene

Vedlegg 2:

Oversiktstabell over matvarer som tilbys beboerne til frokost

Vedlegg 3:

Oversiktstabell over middagsretter servert under observasjonsøktene

Vedlegg 4:

Oversiktstabell over mattilbud ved kaffemåltidene

Vedlegg 5:

Godkjennelse fra Regional etisk komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk

Forkortelser

FAO: Food and Agriculture Organization, FNs organisasjon for ernæring og landbruk

FN: De Forente Nasjoner

FR: Frivillige retningslinjer

GK: Generell kommentar

KS: Kommunenes Sentralforbund

NKS: Norske Kvinners Sanitetsforening

OHCHR: United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights

REK: Regional etisk komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk

SCN: United Nation System Standing Committee on Nutrition

SIFO: Statens institutt for forbruksforskning

SMR: Norsk senter for Menneskerettigheter

SP: Konvensjonen om sivile og politiske rettigheter

SSB: Statistisk sentralbyrå

UN: United Nations

UNFPA: United Nations Population Fund, FNs befolkningsråd

UNICEF: United Nations Children's Fund, FNs barnefond

WHO: World health organization, Verdens helseorganisasjon

ØSK: Konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter

1 Bakgrunn og fokus for studien

1.1 Innledning: Fokus for studien

Eldre utgjør en stadig større andel av Norges befolkning. Dette gjelder også andelen av de eldste eldre, de over 80 år. Sviktende helse øker i forekomst med økende alder, der mange av dagens eldre over 80 år er pleietrengende (SSB, 1999). Forekomsten av underernæring blant eldre på institusjon har vist seg å være høy (Abbasi & Rudman, 1994; Bates et al., 2002; Council of Europe, 2002; Gaskill et al., 2008; Guigoz, Vellas, & Garry, 1996; Morley & Silver, 1995; Mowe, 2002; SSB, 1999; Stratton, Elia, & Green, 2003). Dette gjør de eldste eldre til en sårbar gruppe i dagens samfunn. I Norge ligger ansvaret for omsorg og pleie av eldre i stor grad hos det offentlige. Det skyldes hovedsakelig fremveksten av velferdsstaten (S. O. Daatland & Herolfsen, 2004). Kosthold og måltidssituasjonen ved sykehjem er et av velferdsstatens tilbud som har vist seg å være mangelfullt (H. Aagaard, 2008; H. Aagaard, 2010).

Målsetningen med oppgaven er å undersøke mat og måltidspraksis på norske sykehjem, ut i fra et menneskerettighetsperspektiv. Oppgaven beskriver en rekke forhold som kan påvirke mat og måltidssituasjonen for sykehjemsbeboere, samtidig diskuterer den forhold som tyder på at dagens situasjon ikke er tilfredsstillende. Ut i fra de internasjonale menneskerettighetene gjelder retten til fullgod mat for alle mennesker. Studien har gjennom en menneskerettighetsbasert tilnærming undersøkt i hvilken grad denne retten er oppfylt for sykehjemsbeboere. Dette innebærer en vurdering av sykehjemsbeboernes rolle som rettighetshavere i forbindelse med mat og måltidsservering. Prinsippene for en menneskerettighetsbasert tilnærming inkluderer verdighet, ikke-diskriminering, deltagelse, empowerment¹ og åpenhet (heretter kalt ”menneskerettighetsprinsippene”). Disse prinsippene danner her grunnlaget for nærmere undersøkelse av mat- og måltidssituasjonen for beboere på sykehjem. Gjennom observasjon og samtaler med beboere har det vært mulig å få innblikk i hvordan sykehjemsbeboeres behov knyttet til mat og måltider ivaretas.

¹ Empowerment er ikke et norsk ord. Da det ikke finnes en god oversettelse på norsk som gir sammen meningsinnhold, vil empowerment bli benyttet i denne oppgaven.

Enhvers rett til fullgod mat er først og fremst etablert i den internasjonale Konvensjonen om økonomiske-, sosiale- og kulturelle rettigheter (ØSK) (UN, 1966b). Retten til mat ble utformet på bakgrunn av artikkel 25 i Verdenserklæringen om menneskerettighetene av 1948 der ”alle har rett til en levestandard som er tilstrekkelig for sin egen og sin families helse og velvære, inkludert mat...” (UN, 1948). Gjennom Menneskerettsloven er ØSK gjort til norsk rett og innebærer juridisk forpliktelse for staten til å realisere retten til fullgod mat for alle (Menneskerettsloven, 1999). Dette legger grunnlaget for studiens utgangspunkt med å undersøke mat- og måltidssituasjonen ved norske sykehjem ut i fra et menneskerettighetsperspektiv. Ut i fra en menneskerettighetsbasert tilnærming, anses prosessen mot et ønsket resultat på som like viktig som resultatet i seg selv. En ”god prosess” er grunnet på menneskerettighetsprinsippene. Denne studien belyser derfor hvordan disse prinsippene ivaretas for sykehjemsbeboerne gjennom sykehjemmets mat- og måltidspraksis. ”Rettighetshavere” og ”plikthavere” er grunnleggende begreper, og forholdet mellom disse er vesentlig innen menneskerettighetstankegangen. Dette innebærer at der noen har en rettighet, er det også en korresponderende plikt for noen til å oppfylle denne rettigheten (FAO, 2007). Rettighetshavere er i hovedsak individer som har krav på å få sine rettigheter realisert. I sykehjemssituasjonen kan personalet ses på som plikthavere, og beboerne som rettighetshavere. Personalets muligheter og utfordringer i forhold til å realisere denne rettigheten er undersøkt i en tidligere masteroppgavestudie (Karlsen, 2011), mens denne studien har fokusert på beboernes rolle som rettighetshavere. Med utgangspunkt i beboernes syn på mat og måltidssituasjonen på sykehjemmet, har studien undersøkt sykehjemsbeboeres muligheter og utfordringer knyttet til realisering av retten til fullgod mat gjennom en ”god prosess”.

Studien er ment å være et bidrag til å utvide kunnskap og bevissthet om retten til full god mat i en norsk sykehjemssituasjon. Ønsket er at dette kan bidra til å bedre beboernes mat- og måltidssituasjon samtidig som den ernæringsmessige kvaliteten på maten som serveres på sykehjem øker.

1.2 Aldring

Antall eldre i verden øker i et raskt tempo. WHO har estimert at antallet mennesker i verden over 60 år vil øke fra 600 millioner til 2 milliarder fra år 2000 til 2050 (WHO, 2011). Den samme trenden forventes også i Norge i årene som kommer. Fra 2010 forventes det at Norge

vil oppleve en økning på 13.000 personer, i gjennomsnitt per år, i den andelen av befolkningen som er over 67 år. Behovet for hjelp øker med alderen, og for de over 80 år er 50 % hjelpetrengende. Dette vil gi utfordringer for pleie- og omsorgstjenesten, da også antallet over 80 år forventes å øke betydelig frem mot 2020. Andelen eldre over 90 år forventes å øke med 50 % i samme periode (SSB, 1999).

God helse er essensielt for en aktiv og selvstendig livsstil i alderdommen (WHO, 2011). Det er likevel velkjent at økende alder medfører økende helsesvikt (Sellebold & Skulberg, 2005). Sammen med optimal medisinsk behandling, er et tilstrekkelig næringsrikt kosthold viktig for å oppnå et best mulig sykdomsutfall (Amarantos, Martinez, & Dwyer, 2001). Fullgod mat er derfor essensielt for de Eldres helse og velvære, spesielt i forhold til deres evne til å komme seg etter sykdom (Gariballa & Sinclair, 2005). De fleste eldre spiser og drikker bra så lenge de er friske. Når fysisk og psykisk helse svikter, får dette imidlertid ofte negative følger for kostholdet (Den norske legeforening, 2001). Mange eldre på sykehjem er avhengige av hjelp fra andre for å få dekket mange av sine grunnleggende behov for mat, personlig pleie og medisiner. Dette kan fremme en følelse hos den enkelte sykehjemsbeboer av å ha lite eller ingen kontroll over det som skjer med en selv (The Joint Committee on Human Rights, 2007).

1.3 Underernæring hos eldre

Feil- og underernæring er et utbredt problem blant eldre, også i den vestlige verden (Margetts et al., 2003). Det er de svakeste eldre som har størst ernæringsmessig risiko (Guigoz, Lauque, & Vellas, 2002).

Underernæring oppstår når behovet for energi er større enn næringsinntaket (Mowe, 2002), og er forårsaket av et mangelfullt inntak av energi, protein og andre essensielle næringsstoffer (Stratton et al., 2003). Dette kan skyldes både et økt behov for næringsstoffer, men også ved at næringsinntaket reduseres (Mowe, 2002). For å identifisere underernæring eller måle en endring i ernæringsstatus, benyttes vanligvis vektendring over tid, kroppsmasseindeks eller en kombinasjon av disse. Et ufrivillig vekttap på over 10 % de siste seks måneder regnes som et alvorlig vekttap (Helsedirektoratet, 2009). For eldre over 65 år har det vært foreslått å flytte grenseverdiene for underernæring (Mowe, 2002), der en kroppsmasseindeks mellom 24-29 kg/m² har vist seg å være mer optimal for denne aldersgruppen (Beck & Ovesen, 1998). Lave blodverdier av en rekke vitaminer, mineraler, sporstoffer og protein har også vært benyttet

som indikatorer på feil- og underernæring hos eldre. Eksempler på dette er lave nivåer av vitaminene B1, B2, B12, C og D, mineraler som kalsium, sporstoffer som sink og selen, albumin som indikator på proteinstatus og lave nivåer av kolesterol (Morley & Silver, 1995; Mowe, Bohmer, & Haug, 1996). Det finnes i dag ingen gullstandard for hvordan ernæringsstatus måles. Dette kan være en av årsakene til at problemet i lang tid har vært underdiagnostisert til tross for en sannsynlig reell høy forekomst (Mowe, 2002).

1.3.1 Forekomst av underernæring hos eldre

Utilstrekkelig næringsinntak er hovedårsaken til feil- og underernæring blant eldre. Dette er også en tilstand som forekommer hyppig hos sykehjemsbeboere (Nijs et al., 2009). Eldre som bor på sykehjem eller er innlagt på sykehus er i langt større grad rammet av underernæring enn eldre som bor hjemme (Guigoz et al., 1996). Både skandinaviske og andre internasjonale studier viser at mellom 20-50 % av eldre på institusjon rammes av underernæring (Abbasi & Rudman, 1994; Bates et al., 2002; Council of Europe, 2002; Gaskill et al., 2008; Guigoz et al., 1996; Morley & Silver, 1995; Mowe, 2002; Stratton et al., 2003). Forekomsten varierer avhengig av hvilken gruppe som er undersøkt, hvilke metoder som er brukt og hvilke grenseverdier som er satt for å stille diagnosen (Council of Europe, 2002; Stratton et al., 2003). En nøyaktig oversikt over problemet finnes ikke i Norge (H. Aagaard, 2010). To nylig utførte studier på sykehjemsbeboeres ernæringsstatus i Oslo kommune viste at underernæring er et utbredt problem (Aukner, 2011; H. D. Eide, 2011). En studie utført ved Aker sykehus i Oslo viste at 57 % av pasientene over 70 år som var innlagt for akutt sykdom var underernærte ved innleggelse (Mowe, Bohmer, & Kindt, 1994).

1.3.2 Årsaker til underernæring og relaterte problemer blant eldre

Sykdom er hovedårsaken til underernæring blant eldre i den vestlige verden (Stratton et al., 2003). Ernæringsstatus påvirkes av sykdom, og omvendt (Mowe, 2002). En rekke medikamenter kan også påvirke matinntaket og opptaket av næringsstoffer (Morley & Silver, 1995). Det er vanligere at eldre mister matlysten i forbindelse med sykdom, sammenliknet med yngre mennesker. Dette medfører redusert næringsinntak og forverret ernæringsstatus (Morley, 1997). Foruten sykdom er underernæring hos eldre knyttet til funksjonssvikt og mistrivsel, der det hevdes at eldre på sykehjem er en spesielt utsatt gruppe (Sellevold & Skulberg, 2005). Matinntaket hos sykehjemsbeboere påvirkes av både fysiologiske,

psykologiske og sosiale faktorer. Mange av disse faktorene er knyttet til generelle endringer i alderdommen (H. Aagaard, 2010; Copeman, 2000; Guigoz et al., 1996; Morley & Silver, 1995; Nieuwenhuizen et al., 2010).

Fysiologiske endringer i alderdommen som påvirker matinntaket er mange (Copeman, 2000; Morley & Silver, 1995; Mowe, 2002; Nieuwenhuizen et al., 2010; Sellevold & Skulberg, 2005). Kroppssammensetningen endres når vi blir eldre, blant annet reduseres muskelmassen med økende alder. Samtidig inntreer en økning i kroppsfett (Mowe, 2002) noe som igjen fører til redusert energibehov. Dette har også en sammenheng med at fysisk aktivitetsnivå ofte går ned (Morley, 1997).

Når energibehovet reduseres, fører det også til at appetitten minsker (Pedersen & Beck, 2007; Sellevold & Skulberg, 2005). Eldre opplever generelt dårligere appetittregulering enn yngre. De opplever raskere metthetsfølelse under et måltid og i mindre grad følelse av sult, sammenliknet med yngre mennesker. Over tid kan dette føre til et redusert energiinntak hos eldre mennesker. Endringer i appetitt med økt alder har mange årsaker. Aldersrelaterte endringer i neuroendokrine signalmolekyler som neuropeptid Y, GABA, CCK, leptin og insulin har blitt assosiert med økt forekomst av vekttap hos eldre (McDonald & Ruhe, 2010). Kroppens behov for de ulike næringsstoffene er imidlertid det samme. Dette øker behovet for et godt sammensatt kosthold, slik at kroppen får de næringsstoffene den trenger (Departementene, 2007).

Andre funksjonelle endringer som påvirker matinntaket er redusert smaks- og luktesans, dårlig spyttsekresjon, svelge- og tyggeproblemer og tap av andre kroppsfunksjoner som påvirker evnen til å sitte oppreist eller spise selv (Abbasi & Rudman, 1994; Copeman, 2000; Morley & Silver, 1995). Ivaretagelsen av sykehjemsbeboeres tannhelse har vist seg å være utilstrekkelig og dårlig tannhelse har høy forekomst hos denne gruppen (H. Aagaard, 2010; Abbasi & Rudman, 1994; Morley & Silver, 1995). Gaskill og medarbeidere viste i sin studie at en av fire sykehjemsbeboere hadde problemer med tannkjøtt og gummer. Det var også tre av fire som brukte tannproteser (Gaskill et al., 2008).

Nyrene, immunforsvaret, mage-tarmkanalen og skjelettet er andre kroppsvev som svekkes med alderen. Dette øker risikoen for underernæring ytterligere (Clay, 2001; Eberhardie, 2002; Nieuwenhuizen et al., 2010; Sellevold & Skulberg, 2005). Kroppens immunforsvar blir mindre motstandsdyktig i alderdommen. Dette påvirkes igjen av dårlig ernæringsstatus og økt

forekomst av infeksjoner (Abbasi & Rudman, 1994; Clay, 2001; Gaskill et al., 2008; Mowe et al., 1994; Sellevold & Skulberg, 2005). Tarmens peristaltiske aktivitet reduseres og eldre kan oppleve økt forekomst av obstipasjon. Dette vil igjen kunne påvirke appetitten (Clay, 2001). Beintettheten reduseres også med alderen, postmenopausale kvinner er mest utsatt. Nedgangen i beintetthet påvirkes av maksimal beintetthet som er oppnådd i 20-30 årene, fysisk aktivitet og inntaket av kalsium, vitamin D, energi og protein. Nedsatt appetitt som igjen fører til utilstrekkelig inntak av energi og næringsstoffer, kan føre til en reduksjon i skjelettets beintetthet. Dette kan videre føre til økt risiko for fraktur og osteoporose (Clay, 2001; Gariballa & Sinclair, 2005). Redusert beintetthet i kombinasjon med aldersrelatert tap av muskelmasse kan føre til redusert mobilitet. Dette kan øke risikoen for fall og bruddskader ytterligere (Genaro & Martini, 2010).

Når det spises lite, blir det også ofte drukket lite (Sellevold & Skulberg, 2005). Faren for dehydrering øker hos eldre (Copeman, 2000; Eberhardie, 2002; Jequier & Constant, 2010). Redusert væskeinntak og økt væsketap er hovedårsaken knyttet til dehydrering. Mange opplever en redusert tørstfølelse, og mange har vanskeligheter knyttet til det å få i seg nok vann. I alderdommen vil også nyrene kunne ha en redusert evne til å konsentrere urin. I følge NNR (Nordic Nutrition Recommendation) anbefales eldre et inntak på 1,5 liter per dag (NNR, 2004).

De psykologiske og sosiale endringene er mange, for eldre som bor på sykehjem. De fleste sykehjemsbeboere har opplevd sorg gjennom tap av ektefelle, venner og familie. Helsetilstanden er også ofte redusert (Sellevold & Skulberg, 2005). Dette kan øke faren for depresjon og nedstemthet som igjen kan påvirke appetitt og matinntak (Nieuwenhuizen et al., 2010). Depresjon hos sykehjemsbeboere har også vist seg å være assosiert med ufrivillig vekttap (Blaum, Fries, & Fiatarone, 1995). Det antas at tre av fire beboere på sykehjem har en demenssykdom. Mange sykehjemsbeboere er derfor rammet av en form for kognitiv svikt eller demenssykdom (Langballe, 2009) som er assosiert med uønsket vekttap (Aziz et al., 2008). Sosial isolasjon og tap av autonomi har også vist seg å være underliggende årsaker til underernæring (Arvanitakis et al., 2009).

Mange sykehjemsbeboere får dårlige kommunikasjonsevner gjennom nedsatt taleevne og hørsel. Dette gir vanskeligheter med å uttrykke sine behov, også i forbindelse med mat og drikke (Copeman, 2000). Mange sykehjemsbeboere med funksjons- og kognitiv svikt er avhengige av assistanse for å få i seg tilstrekkelig mat (Arvanitakis et al., 2009; Sellevold &

Skulberg, 2005). En australsk studie viste at alvorlig underernæring i større grad rammer pasienter med alvorlig funksjonssvikt som i stor grad er avhengige av hjelp, sammenliknet med beboere som i større grad klarer seg selv. Beboernes evne til å spise selv var assosiert med en positiv ernæringsstatus (Gaskill et al., 2008). En rekke studier viser også at mangel på kvalifiserte ansatte og nok tid til å mate beboerne i stor grad påvirker de eldres ernæringsstatus (Abbasi & Rudman, 1994; Morley & Silver, 1995). Manglende kunnskap, interesse og oppmerksomhet blant helsepersonell om ernæringsstatus og – behov, er ytterligere med på å forringe de eldres ernæringsstatus (Sellevold & Skulberg, 2005). Miljøfaktorer som spisemiljø og atmosfæren rundt måltidet er også med på å påvirke matinntaket (Nieuwenhuizen et al., 2010).

1.3.3 Konsekvenser av underernæring blant eldre

Underernæring fører til alvorlige endringer i kroppens vev og funksjoner, samt kroppssammensetning og klinisk utfall (Stratton et al., 2003). Dette innebærer svekkelse og avhengighet av andre, infeksjoner, liggesår, mental forvirring, lengre liggetid på sykehus, fall og bruddskader, økt morbiditet og økt mortalitet (Sellevold & Skulberg, 2005). Mange studier viser en sterk sammenheng mellom underernæring og helsesvikt (Hestetun & Mølsted, 2004; Lindseth, 1994; Lipschitz, 1991), der sykdomssituasjonen kan forverres av underernæring (Mowe, 2002). Det er også vanskeligere å korrigere underernæring hos eldre enn hos yngre personer (Hebuterne, Bermon, & Schneider, 2001; Roberts et al., 1994). For sykehjemsbeboere vil underernæring få store negative konsekvenser når det gjelder egen opplevelse av helse og livskvalitet (H. Aagaard, 2010; Sellevold & Skulberg, 2005).

Underernæring får store ressursmessige konsekvenser for sykehjemmet. Behandling av liggesår, infeksjoner og fallskader er bare noen av de konsekvensene som underernæring vil kunne medføre. Ekstra sykdomsbehandling, behov for lenger tid på sykehus medfører stor belastning for både det enkelte sykehjem og samfunnet for øvrig. Rent samfunnsøkonomisk kan en derfor anta at underernæring har store negative konsekvenser (Elia et al., 2005; Mowe, 2002; Sellevold & Skulberg, 2005). Ved underernæring mislykkes sykehjemmet også med å ivareta helsetjenestens formål, når beboernes behov for mat og drikke ikke tilfredsstilles. Kravet om faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp, i følge Helsepersonell-lovens § 4, ivaretas heller ikke (Sellevold & Skulberg, 2005)

1.4 Forebygging av underernæring hos eldre: Et spørsmål om verdighet, menneskerettigheter og muligheter

Forebygging og behandling av underernæring er både mulig og viktig for å bedre de eldres helsetilstand og livskvalitet (Departementene, 2007). Dette vil også være med på å gi økonomiske gevinster (Helsedirektoratet, 2005). Fristende måltider i hyggelige omgivelser er av stor betydning for god appetitt og tilstrekkelig næringsinntak hos eldre (Departementene, 2007). Måltidene har en viktig sosial funksjon for sykehjemsbeboere og det er viktig at personalet har fokus på fellesskap under måltidet ved selv å delta (H. Aagaard, 2010). Det er viktig at pasientenes ønsker kartlegges regelmessig. For mange pasienter er det også viktig hvem de sitter sammen med og at måltidene er preget av god tid og en behagelig atmosfære (Sellevold & Skulberg, 2005).

Eldre mennesker er langt fra en homogen gruppe, og aldri har ulikt forløp hos den enkelte. Grunnet den enorme veksten i andelen eldre i verden er de eldres rolle i samfunnet viktigere enn noen gang. Dette gjelder også behovet for et økt fokus på deres rettigheter (English, 2003). Fra Verdenserklæringen om Menneskerettighetene i 1948 uttales det i artikkel 1 at ”alle mennesker er født frie og med samme menneskeverd og menneskerettigheter” (UN, 1948). Senere ble disse rettighetene utviklet til ulike menneskerettighetskonvensjoner og inkluderer blant annet retten til fullgod mat og den høyeste oppnåelige helse. Disse rettighetene er begge høyaktuelle for eldre som bor på sykehjem.

Flere tidligere studier har undersøkt ulike sider av forholdene på sykehjem i Norge hva angår mat, måltider og ernæringsforhold (H. Aagaard, 2008; H. Aagaard, 2010; Aukner, 2011; H. D. Eide, 2011; Karlsen, 2011; Sellevold & Skulberg, 2005). Denne studien tar utgangspunkt i et menneskerettighetsperspektiv med fokus på eldres rettigheter til fullgod mat og mulighetene for å sikre denne i ulike sykehjemssituasjoner. En slik vinkling understøttes av både internasjonale og nasjonale føringer angående eldre og deres rettigheter i de senere år.

1.4.1 Internasjonale føringer

De internasjonale menneskerettighetene har sin opprinnelse i de Forente Nasjoners (FN) pakt som ble vedtatt ved opprettelsen av FN, kort tid etter andre verdenskrig. Ved siden av fred og

sosial og økonomisk utvikling ble menneskerettighetene satt i sentrum for FN sin virksomhet. Alle FNs medlemsland må etterfølge de internasjonale menneskerettighetene (FAO, 2007).

Flere tiltak for realisering av retten til fullgod mat er beskrevet i artikkel 11 i den internasjonale konvensjonen om økonomiske, sosiale og politiske rettigheter (ØSK) (UN, 1966b). Mange steg er tatt fra formuleringen av idealene i internasjonale og nasjonale menneskerettighetsinstrumenter, til å fremme anerkjennelse og implementere retten til fullgod mat på et nasjonalt nivå. Mye viktig arbeid ble utført på 1980- og 90-tallet for å fremme og realisere retten til fullgod mat.

Et mangeårig arbeid mellom forskere, blant annet i Norge, frivillige organisasjoner og FN-organer har ført til en klargjøring av meningsinnholdet i retten til fullgod mat (A. Eide, 1987, 1999; FAO, 2005, 2007; Oshaug, Eide, & Eide, 1994; UN, 1999). Det har også ført blant annet flere masterstudier og to doktorgrader ved Universitet i Oslo der en menneskerettighetsbasert tilnærming har blitt benyttet for å analysere forskjellige sider ved feil- og underernæringsproblematikk for ulike sårbare grupper (Andresen, 2009; Damman, 2008; Engesveen, 2005; Engh, 2007; Karlsen, 2011; Stupar, 2007).

På Verdenstoppmøtet om mat i 1996 ble behovet for å klargjøre rettighetene relatert til mat satt på dagsorden. Det ble erkjent at denne rettigheten var vagt utformet i internasjonale dokumenter. Oppmerksomheten ble samtidig rettet mot hvilke tiltak som må iverksettes for å realisere retten til fullgod mat. Basert på tidligere arbeid som nevnt ovenfor, kom Generell kommentar 12 (GK 12) om retten til mat i 1999. Arbeidet ble utført av komiteen for økonomiske, sosiale og politiske rettigheter (UN, 1999). GK 12 fortolker og utdyper det normative innholdet av artikkel 11 i ØSK, der ”retten til fullgod mat er realisert når alle mennesker til alle tider har fysisk og økonomisk tilgang på tilstrekkelig mat” (UN, 1999). GK 12 tar også for seg viktigheten av å definere hvem som er rettighetshavere, samt hvem som er ansvarlige plikthavere. En konkretisering av hvordan retten til fullgod mat kan oppnås er også beskrevet. Kjerneinnholdet i retten til fullgod mat bygger på definisjonen om matsikkerhet, omtalt i handlingsplanen fra Verdenstoppmøtet om mat i 1996 (FAO, 1996). Dette innebærer tilstrekkelig *tilgjengelighet* av mat for et variert kosthold, både i form av kvalitet og kvantitet, mattrygghet og matkulturelle hensyn som er bærekraftig produsert. Det innebærer en stabil økonomisk og fysisk *tilgang* på mat som vil kunne gi et ernæringsmessig fullgodt kosthold (UN, 1999). I sykehjemssituasjonen innebærer dette å undersøke den maten beboerne får tilbud om, ut i fra kvalitet, kvantitet og mattrygghet. Det innebærer også å se på matkulturelle

aspekter ved mattilbud og måltidsservering på sykehjemmet. I følge definisjonen om matsikkerhet er et kosthold som både dekker de ernæringsmessige behovene og matvarepreferansene grunnleggende for et aktivt liv og en god helse (FAO, 1996). På bakgrunn av dette er både de ernæringsmessige og matkulturelle aspektene ved mattilbudet og måltidsserveringen på sykehjemmet, viktig for at beboerne skal oppnå optimal ernæringsmessig helse. Tilgangen på mat er i denne sammenhengen i stor grad definert ut i fra den maten beboerne får servert, hovedsakelig gjennom sykehjemmets måltidsservering. I hvilken grad denne retten oppfylles kan påvirkes av både økonomiske og fysiske faktorer. Den fysiske tilgangen innebærer tilgang på mat til alle og retter fokuset mot fysisk sårbare individer. Dette gjelder sykehjemsbeboerne som i stor grad er avhengige av andre for å få fysisk hjelp til tilgang på mat. Det gjør dem utsatt for ikke å få realisert sin rett til fullgod mat av en eller annen årsak. Omsorgsaspektet ved maten blir derfor også svært viktig.

Oppfølgingsmøtet ”Verdenstoppmøtet om mat; fem år senere” i 2002 var banebrytende for retten til mat på mange måter. For første gang ble nasjoner enige om betydningen av å understreke retten til fullgod mat. Dette førte til utarbeidelsen av de Frivillige retningslinjene (FR) om retten til mat som i 2004 ble vedtatt av FAO (FNs mat og landbruksorganisasjon) (FAO, 2005). Dette var et resultat av en to år lang politisk opphetet mellomstatlig forhandlingsprosess mellom interesserte medlemsland (FAO, 2007). Retningslinjene er ment som en veiledning for å implementere retten til fullgod mat på et nasjonalt nivå gjennom strategier, retningslinjer, programmer og aktiviteter som påvirker retten til mat. FR nummer 13 handler om de gruppene i samfunnet som er spesielt sårbare for å få realisert sin rett til mat og hvilke tiltak staten kan iverksette for å løse denne problematikken (FAO, 2005). Sykehjemsbeboere kan betegnes som en sårbar gruppe i Norge, grunnet høy forekomst av feil- og underernæring (Aukner, 2011; H. D. Eide, 2011; Mowe et al., 1994).

Internasjonalt er rettighetene som angår eldre, som for alle andre, nedfelt i sentrale menneskerettighetsdokumenter som Verdenserklæringen om Menneskerettighetene og de to konvensjonene om henholdsvis sivile og politiske rettigheter (SP) (UN, 1966a) og økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK) (UN, 1966b). Det er ingen juridisk bindende dokumenter innenfor internasjonal menneskerettighetslovgivning der eldre mennesker nevnes spesifikt.

Arbeid for Eldres rettigheter ble imidlertid spesielt tatt opp i ”the Vienna International Plan of Action on Ageing” utarbeidet under ”the World Assembly on Ageing” i Wien i 1982. Denne

ble godkjent under FNs generalforsamling samme år og var FNs første internasjonale dokument som handlet om aldring (UN, 1983). ”The Madrid International Plan of Action on Ageing” er en oppfølger til dette arbeidet. Handlingsplanen er fra ”the Second World Assembly on Ageing” som ble holdt i 2002. Den er ikke-juridisk bindende, og fungerer derfor i større grad som et moralsk forpliktende for de landene som velger å implementere denne handlingsplanen (UN, 2002). En rekke andre ikke-juridisk bindende dokumenter som angår eldres rettigheter, er også utviklet. I tilleggsprotokollen til den Europeiske sosialpakten (Council of Europe, 1998) fremheves det blant annet at alle institusjonaliserte eldre bør garanteres nødvendig støtte og hjelp, ha mulighet til privatliv og til å delta i avgjørelser som tas i den institusjonen der de bor.

Eldres rettigheter har i senere tid også blitt satt på agendaen til den Rådgivende komité for FNs Menneskerettighetsråd (The Human Rights Advisory Committee, 2010). Vold og overgrep mot eldre samt fravær av helsehjelp på bakgrunn av at eldre mennesker i liten grad bidrar til verdiskapning i samfunnet, har blitt diskutert. Komiteen har fremmet forslag om å utvikle en FN konvensjon om rettigheter for eldre mennesker for å sikre realisering av deres rettigheter.

I rapporten ”Menneskerettigheter hos eldre innenfor helsevesenet” utarbeidet av Britiske myndigheter, nevnes en rekke eksempler på dårlig behandling og brudd på menneskerettighetene overfor eldre innenfor helsevesenet. Dette omfatter overgrep, forsømmelse og omsorgssvikt, dehydrering og feilernæring, feilmedisinering, diskriminering, mangel på privatliv, verdighet og konfidensialitet. Mange eldre kan også oppleve redsel for å klage på den behandlingen de får. Det at mange eldre er avhengige av hjelp fra andre for å dekke sine grunnleggende behov, gjør dem spesielt sårbare overfor dårlig behandling. Det er også de mest sårbare eldre som er mest utsatte for dårlig behandling. Rapporten fremhever behovet for en fullstendig omlegging av hvordan helsetilbudet for eldre drives. Dagens helsetilbud preges av negative holdninger samt maktubalanse mellom de som utøver og mottar helsetjenestene. Ut i fra en menneskerettighetsbasert tilnærming fokuseres det på å sette i sentrum behovet hos den eldre som et individ (The Joint Committee on Human Rights, 2007).

1.4.2 Menneskerettigheter og verdighet som angår sykehjemsbeboere og andre eldre i Norge

Retten til fullgod mat og retten til helse angår alle samfunnsmedlemmer. Dette retter et fokus på å beskytte sårbare grupper i samfunnet og er blant annet basert på prinsippet om verdighet. Norge er et av landene som har ratifisert ØSK. Dette pålegger staten en juridisk forpliktelse til å realisere retten til fullgod mat og helse for alle (FAO, 2007). Dette alene bør være tilstrekkelig grunn til at retten til fullgod mat prioriteres av aktørene med ansvar for å realisere denne rettigheten for sykehjemsbeboere. Gjennom Menneskerettsloven fra 1999 er ØSK gjort til norsk rett, og skal ved uoverensstemmelse gå foran norsk lovgivning (Menneskerettsloven, 1999). Gjennom ratifisering av ØSK er Norge også forpliktet til å fremlegge periodiske rapporter til FN om landets progresjon og status i forhold til oppfyllelse av de aktuelle rettighetene.

Norge leverte sin hittil siste periodiske rapport 28. juni i 2010 til komiteen for økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter. En av de aktuelle sakene som fremheves i rapporten er utfordringene knyttet til en økt aldrende befolkning. Til tross for at Norge har et mål om lik og rettferdig fordeling av helse- og omsorgsvesenets tjenester, finnes det en rekke ulikheter. Dette har dannet grunnlaget for utarbeidelsen av Samhandlingsreformen som gradvis vil innføres fra 1. januar 2012. Ernæringsmessige utfordringer hos eldre på institusjon nevnes verken i den periodiske rapporten fra 2010 (Economic and Social Council, 2010) eller 2004. I rapporten fra 2004 nevnes det at feilernæring forekommer i enkelte tilfeller, og at årsaken ofte er koblet til sykdom. Det finnes ingen samlede data over disse tilfellene i følge rapporten (Economic and Social Council, 2004).

Norges status på ivaretagelse av menneskerettighetene rapporteres også gjennom andre instanser. Norsk senter for menneskerettigheter (SMR) er med på å bidra til større bevissthet om og bedre oppfyllelsen av de internasjonalt vedtatte menneskerettighetene i Norge. Gjennom forskningsrapporter og utredninger er senteret med på å overvåke menneskerettighetssituasjonen i Norge. Senteret har også en rådgivende funksjon overfor myndigheter og organisasjoner.

Siden 2004 har SMR gitt ut en årbok om menneskerettighetenes status i Norge. Både årboken fra 2009 og 2010 nevner forslag til lovendring som kan ha betydning for pleie- og omsorgstilbudet sykehjemsbeboere mottar. Årboken fra 2009 nevner blant annet et forslag om

endring av kommunehelsetjenesteloven. Helse- og omsorgsdepartementet sendte 29. juni 2009 på høring et forslag om endring av kommunehelsetjenesteloven § 2-1 om rett til helsehjelp. Det var ønskelig å presisere innholdet av nødvendig helsehjelp og fremheve verdighet som et grunnleggende element. Her omtales forslaget til en ny forskrift på bakgrunn av at ”enhver har rett på et verdig tjenestetilbud når han eller hun har behov for det” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Dette innebærer en presisering av hvordan kommunene skal innrette innholdet i tjenestene for å oppnå en verdig eldreomsorg (Norsk senter for menneskerettigheter, 2009).

Helse- og omsorgsdepartementet presiserte allerede i 2005 nødvendigheten av en lov- og forskriftsendring for å kunne tilfredsstille forpliktelsene i avtalen om konkretisering av Omsorgsplan 2015 (St. meld. nr. 25 (2005-2006), 2006). Forskriften om en verdig eldreomsorg, Verdighetsgarantien, trådte i kraft fra 1. januar 2011. ”Et variert og tilstrekkelig kosthold og tilpasset hjelp ved måltider” er blant de hensyn som tjenestetilbudet skal ivareta. Dette er det mest relevante forholdet knyttet til ivaretagelse av retten til mat. Forskriften fremhever et tjenestetilbud som skal ivareta verdighet og deltagelse hos den enkelte (Verdighetsgarantiforskriften, 2010). Dersom forskriften implementeres, kan den være et viktig bidrag i arbeidet for å realisere retten til fullgod mat for sykehjemsbeboere, ut i fra et menneskerettighetsperspektiv. Dessverre har verdighetsgarantien høstet kritikk. Mangel på økonomisk bevilgning fra politisk hold har vært fremhevet som en av årsakene (Seniorsaken, 2011). Det kan tyde på at mye arbeid gjenstår for å oppnå en verdig eldreomsorg i Norge. I årboken fra 2010 presenteres forslaget om ny kommunal helse- og omsorgslov. Formålet er at kommunene skal få større muligheter til å tilpasse sine tilbud etter lokale behov. Dette skal bidra til at den enkelte pasient gis et verdig, helhetlig og integrert helse- og omsorgstjenestetilbud (Norsk senter for menneskerettigheter, 2010).

En rekke interesseorganisasjoner arbeider for å fremme Eldres rettigheter i Norge. ”Aksjon bedre eldreomsorg 2009” jobber aktivt for å sikre eldre hjelpetrengende et lovverk som gir rett til å få dekket grunnleggende behov, uavhengig av bosted (NKS, 2010). Bak aksjonen står Eldreaksjonen, Landsforeningen for hjerte- og lungesyke, Norsk Pensjonistforbund, Norske Kvinners Sanitetsforening og Kirkens Bymisjon. Siden 2007 har interesseorganisasjonene jobbet sammen for å styrke Eldres rettigheter. En av aksjonens saker har vært å komme med forslag til en ny kvalitetsforskrift. Interesseorganisasjonene ønsker å sikre ivaretagelse av grunnleggende behov, blant annet hos sykehjemsbeboere, gjennom klare og tydelige

retningslinjer for eldreomsorgen. Dette innebærer en rekke relevante tiltak i forhold til ernæring. Aksjonens verdisyn tar utgangspunkt i Verdenserklæringen om menneskerettighetene, som stadfester at alle mennesker har samme menneskeverd. Frihet og autonomi fremheves som viktige aspekter ved menneskelivet som ofte utfordres i alderdommen. Gjennom kvalitetsforskriften vil disse aspektene i større grad ivaretas (Eldreaksjonen, 2009).

1.5 Sykehjem i Norge

1.5.1 Sykehjemssituasjonen i Norge

Norsk eldreomsorg er godt utbygget og Norge bruker mer penger på tjenester til eldre sammenliknet med andre sammenliknbare europeiske land. Norge det høyeste samlede tilbudet av omsorgsboliger og sykehjem i Norden. Likevel er nordmenn mer bekymret for å bli gamle og pleietrengende, sammenliknet med våre naboland, basert på undersøkelser i syv andre europeiske land. Nordmenn ønsker generelt å leve så selvstendig som mulig i alderdommen, men forventer samtidig hjelp fra det offentlige. God kontakt med familien oppfattes som viktig, men de fleste vil unngå å være en byrde for familien. Dette viser en rapport utført av SINTEF Helsetjenesteforskning utarbeidet på oppdrag fra KS, Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon (Paulsen & Huseby, 2009).

De siste 10-15 årene har pleie- og omsorgstjenestene gått over til å omfatte også yngre brukergrupper. Eldre (> 67 år) utgjør 71 % av brukerne og står for 63 % av ressursforbruket. Andelen av kommunens ressurser som går til eldreomsorg varierer fra kommune til kommune. I perioden 2004-2010 ble det opprettet 10.000 nye årsverk i pleie- og omsorgssektoren. En betydelig del av de nye årsverkene er fagutdannet helsepersonell og en stor del av veksten har gått til eldreomsorg (Paulsen & Huseby, 2009). Tall fra 2008 til 2009 viste for første gang en reduksjon i antallet sykehjemsplasser i Norge. Nedgangen forklares delvis av nedleggelse av sykehjemsplasser i enkelte kommuner og en tilsvarende økning i antall beboere som bor i omsorgsboliger. Tallet på sykehjemsplasser viser en liten økning fra 2009 til 2010 (SSB, 2011).

Sykehjemsbeboere og deres pårørende i Norge opplever i stor grad å få god hjelp innenfor de fleste områder av eldreomsorgen, viser den nevnte rapporten fra SINTEF. De fleste mener at

de ansatte behandler beboerne med respekt og høflighet. På områder som er viktige for velvære og trivsel som mat og måltidsservering, trivsel på rommet, hjelp med personlig hygiene og trivelig stemning mellom personalet og beboerne, opplyser beboerne og de pårørende om en alminnelig tilfredshet. Områder det etterlyses forbedringer på er mulighet til selvbestemmelse, aktivitetstilbud, trivsel med andre beboere og mulighet til å skaffe seg informasjon om egen helse (Paulsen & Huseby, 2009).

1.5.2 Beboere ved norske sykehjem

Det var anslått at 14,7 % av Norges befolkning var over 65 år i 2010 (SSB, 2009) der rundt 40.000 bor på alders- eller sykehjem (Den norske legeforening, 2001)). Omlag 90 % av sykehjemsbeboerne var over 66 år (Paulsen & Huseby, 2009). Sykehjemmene blir i stor grad benyttet til permanent opphold med pleie og omsorg for eldre som trenger omfattende tjenestebehov (Helsedirektoratet, 2005). Sykehjemsbeboere er i dag sykere og mer pleietrengende enn hva de var tidligere. En studie som beskriver forandringen av sykehjemsbeboere i Bergen fra 1985 til 1997 fant en økning i andelen mentalt svekkede beboere og andelen beboere med stort pleiebehov (H.A. Nygaard, Naik, & Ruths, 2001). Behovet for hjelp øker med alderen (SSB, 1999). I følge en undersøkelse utført i Oslo kommune, hadde 59 % av sykehjemsbeboerne behov for hjelp til å spise og drikke (Sellevoid & Skulberg, 2005).

1.5.3 Retningslinjer for mat og måltider ved norske sykehjem og norske sykehjemsbeboere som rettighetshavere

I følge Nasjonalt råd for ernærings ”Retningslinjer for kosthold i helseinstitusjoner” anbefales det å gi tilbud om fire faste måltider ved institusjoner daglig; frokost, lunsj, middag og kvelds (Statens ernæringsråd, 1995). Det bør samtidig gis tilbud om minst ett mellommåltid. I størst mulig grad bør beboerne få mat etter behov, også utenom faste måltider eller mellommåltider. Det bør legges vekt på å oppfylle nye gruppers behov og ønsker gjennom jevnlig vurderinger av mattilbudet. Institusjonen bør gjøre en vurdering av mulighetene for å la beboerne få større innflytelse på menyen og den praktiske tilretteleggingen av mat og måltider. Ved valg av matvarer og utforming av meny bør det også legges vekt på variasjon og lokale mattradisjoner. Det bør tas hensyn til forhold som er vanlig hos eldre sykehjemsbeboere som

dårlig tannhelse, svekket allmenntilstand, forstoppelse og dårlig appetitt (Statens ernæringsråd, 1995).

I en studie fra Østfold kom det frem at 91 % av beboerne var fornøyde med maten på sykehjemmet. Likevel var det 26 % som i liten grad så frem til måltidene og mange syntes nattfasten var for lang (H. Aagaard, 2010). Mye tyder på at beboernes mulighet til å påvirke mattilbudet og måltidsserveringen der de bodde var begrenset. I følge Aagaards studie var det ingen beboere som deltok i planlegging av måltidsmenyer. To tredjedeler svarte at de ikke kunne bestemme måltidstidspunktet selv, der de manglet informasjon om hvilke områder de selv kunne være med på å bestemme over (H. Aagaard, 2010). Andre studier utført blant de ansatte på sykehjem, har også vist at beboerne i liten grad var involvert i aktivitet knyttet til mat og måltider på sykehjemmet (H. Aagaard, 2008; Karlsen, 2011). Dette kan tyde på at mange eldre på sykehjem ikke er klar over sine rettigheter. Den samme studien viste også at beboerne generelt var mindre fornøyd med mattilbudet enn lederne ved sykehjemmene og lederne på kjøkkenet som lagde maten. Samtidig ønsket ikke beboerne å klage på mattilbudet. Manglende lyst og evne til å komme med endringsforslag til de områder der beboerne opplever å være mindre fornøyd, er derfor en utfordring (H. Aagaard, 2010).

Gjennom et fagutviklingsprosjekt på et sykehjem i Oslo ble samtaler med beboerne fremhevet som en god framgangsmetode for å evaluere om sykehjemmet ivaretok beboernes behov for mat og drikke. Den høye andelen demente beboere var en utfordring for å undersøke dette (Sellevoid & Skulberg, 2005). Gjennom offentlige dokumenter som blant annet "Oppskrift for et sunnere kosthold" (Departementene, 2007) og "Omsorgsplan 2015" (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006) er kosthold og ernæringsarbeidet i pleie- og omsorgstjenesten satt på agendaen og skal bidra til å bedre sykehjemsbeboernes mat- og måltidssituasjon.

1.5.4 Lovverk og handlingsplaner som kan bidra til å styrke sykehjemsbeboernes rettigheter

Det finnes en rekke lover og retningslinjer om hvilken helsehjelp individet har krav på i Norge. Dette omfatter også hva sykehjemmene skal tilby sine beboere. I følge kommunehelsetjenesteloven skal kommunens helsetjenester til enhver tid ha oversikt over helsetilstanden i kommunen og de faktorer som kan virke inn på denne. Helsetjenesten skal foreslå helsefremmende og forebyggende tiltak i kommunen (Kommunehelsetjenesteloven, 1982). Sykehjem og boform med heldøgns omsorg og pleie er oppgaver som skal omfattes av

helsetjenesten. Oppgavene som sykehjemmet eller boformen skal utføre er en eller flere av følgende: ”a) medisinsk attføring med sikte på tilbakeføring til hjemmet, b) avlastning, c) permanent opphold, d) spesielt tilrettelagt opphold for funksjonshemmede, e) skjermet enhet for senil demente, f) selvstendig boenhet for barn/ungdom, g) dagopphold, h) nattopphold og i) terminalpleie (Sykehjemsloven, 1988) (§ 2-1). I forbindelse med kosthold står det også at ”grupper av sengerom bør ha egne spise- og oppholdsarealer samt kokemuligheter som kan benyttes av beboerne” (Sykehjemsloven, 1988) (§ 4-1). Gjennom kommunehelsetjenesteloven og pasientrettighetsloven har alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen rett til nødvendig helsehjelp. Dette inkluderer dermed sykehjemsbeboere (Kommunehelsetjenesteloven, 1982; Pasientrettighetsloven, 1999).

Pasientrettighetslovens formål er ”å fremme tillitsforholdet mellom pasient og helsetjenesten og ivareta respekten for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd” (Pasientrettighetsloven, 1999) (§ 1-1). Alle som bor på sykehjem eller i annen boform for heldøgns omsorg og pleie, ”skal på forhånd orienteres om forslag til endring av betydning for deres liv og trivsel i boform, og gis anledning til å uttale seg” (Sykehjemsloven, 1988) (§ 4-9). Forskriften om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene skal sikre at personer som mottar pleie og omsorgstjenester, etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverdi og livsførsel (Forskr. kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, 2003). Dette innebærer også arbeidet om mat og måltider.

For å sikre at sykehjemsbeboeres grunnleggende behov blir tilfredsstilt skal kommunen utarbeide skriftlige prosedyrer. Dette gjelder blant annet for tilstrekkelig mat og drikke, et variert og helsefremmende kosthold, rimelig valgfrihet i forhold til mat, tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise (Sellevold & Skulberg, 2005). I følge veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven er brukermidvirkning en rettighet som omfatter både pårørende og brukere. Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med brukeren og det skal legges stor vekt på hva brukeren ønsker. Det må derfor utvikles metoder for å involvere brukere i beslutninger, gjennomføre brukerundersøkelser og sikre respekt og medvirkning i sårbare livssituasjoner. Dette er også gjeldende for mat og måltidssituasjonen på sykehjem (Helsedirektoratet, 2010).

I Omsorgsplan 2015 oppsummeres Regjeringens strategi, over en ti års periode, for å møte dagens og morgendagens omsorgsutfordringer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006). Det fokuseres på å sette enkeltmennesket i sentrum og å legge større vekt på frihet, mangfold, brukerinnflytelse og uavhengighet. Omsorgsplan 2015 baserer seg på fem langsiktige strategier for fremtidens omsorgstjenester. Under punktet ”aktiv omsorg” blir måltidene sett på som en av de største svakhetene ved dagens tilbud. Her foreslås det flere tiltak som skal føre til forbedringer. Kostholdets og måltidenes sosiale, kulturelle og ernæringsmessige betydning fremheves. Et godt kosthold ses på som avgjørende for fysisk og psykisk helse og trivsel. De eldste eldre, de med dårlig fysisk funksjon, eldre som nylig har blitt alene, kvinner mer enn menn og ensomme mennesker blir omtalt som de mest utsatte for å utvikle ernæringsproblemer. Valgmuligheter fremheves som et viktig premiss for fremtidens omsorgstjenester. Dette innebærer at brukerne selv skal kunne velge mat og drikke fra en meny eller få mulighet til å være med å bestemme hva som skal lages. Det skal utføres kartlegging av kosthold og ernæringsstatus hos omsorgstjenestens brukere. Dette skal blant annet gjøres for å kunne evaluere erfaringer med ulike produksjonsmåter og løsninger for tilberedning, ombringing og servering av mat i omsorgstjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006). Faglige retningslinjer for ernæringsbehandling og veiledningsdokumenter for arbeid i omsorgstjenesten skal utarbeides av Helsedirektoratet (St. meld. nr. 25 (2005-2006), 2006).

”Handlingsplanen for et bedre kosthold i befolkningen (2007-2011) – Oppskrift for et sunnere kosthold” skal bidra til å tilrettelegge for gode måltider blant eldre (Departementene, 2007). En av utfordringene i forhold til pasienter som bor på institusjon er å gi et tilfredsstillende mattilbud. Beboere på sykehjem er en del av den gruppen brukere innen pleie- og omsorgstjenesten som kan være utsatte for store ernæringsproblemer som underernæring og feilernæring. Et av tiltakene er derfor å bidra til å styrke ernæringsarbeidet innen dette feltet. Rent konkret skal dette skje gjennom utarbeidelse av faglige retningslinjer for å forebygge og behandle underernæring, revidere og utgi retningslinjer for kosthold i helseinstitusjoner og utarbeidelse av et veiledende dokument for ernæringsarbeid i pleie- og omsorgstjenesten. På denne måten er det ønskelig å sikre et ernæringsmessig tilfredsstillende og individuelt tilpasset kosthold for beboere på sykehjem (Departementene, 2007). I 2009 kom de Nasjonale faglige retningslinjene for forebygging og behandling av underernæring. Retningslinjene er utviklet blant annet på bakgrunn av Handlingsplanen for et bedre kosthold i befolkningen. Målet med retningslinjene er å identifisere underernærte og personer med høy

ernæringsmessig risiko og bidra til at disse personene får en målrettet handling. Underernærte og beboere med høy ernæringsmessig risiko på sykehjem er i målgruppen for anbefalingene som gis (Helsedirektoratet, 2009).

2 Teoretiske rammeverk, mål og forskningsspørsmål

2.1 Rammeverk for en menneskerettslig tilnærming til studien

2.1.1 Grunnleggende begreper innen menneskerettighetstankegangen

På Verdenskonferansen om menneskerettigheter i Wien i 1993 ble det gjennom Wien-deklarasjonen om menneskerettigheter (UN, 1993), fastslått at sivile, politiske, økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter har lik status. Menneskerettighetene blir betegnet som *universelle*, og anses som iboende i hvert enkelt menneske. Dette innebærer at alle mennesker har de samme rettighetene uavhengig av hvor de bor, kjønn, rase eller religiøs, kulturell eller etnisk bakgrunn. Samtidig er menneskerettighetene *gjensidig avhengige* og *gjensidig forsterkende*. Oppfyllelsen av en rettighet er ofte helt eller delvis avhengig av oppfyllelse av andre rettigheter. En rettighet kan ikke forhandles på bekostning av en annen rettighet. (FAO, 2007; UNFPA, 2005). Siden menneskerettighetene henger sammen, kan realisering av retten til fullgod mat avhenge av realisering av andre rettigheter. Dette kan for eksempel innebære tilstrekkelig helsehjelp eller kunnskap om hvordan den enkelte kan realisere sin rett til fullgod mat. Rettighetshaverne må ha mulighet til å kreve sine juridiske menneskerettigheter, fra relevante plikthavere.

Nasjonal lovgivning som spesifiserer konkrete rettigheter, bør bidra til å realisere retten til fullgod mat (FAO, 2007). Definisjonen om matsikkerhet fra Verdenstoppmøtet om mat i 1996 ligger til grunn for matloven i Norge og for omtalen om matsikkerhet i den nye landbruks- og matmeldingen som ble presentert 2. desember 2011 (Meld. St. 9 (2011-2012), 2011). FAOs arbeid om matsikkerhet var allerede omtalt i Stortingsmelding nummer 19 om mat og landbruk. Matsikkerhet fremheves som viktig å ivareta for å sikre retten til fullgod mat for befolkningen (St. meld. nr. 19 (1999-2000), 1999). Verdighetsgarantien som ovenfor omtalt, er også et eksempel på en forskrift som skal bidra til å realisere retten til fullgod mat for sykehjemsbeboere, gjennom et tjenestetilbud som sikrer et tilstrekkelig kosthold (Verdighetsgarantiforskriften, 2010). Sykehjemsbeboere blir betegnet som rettighetshavere i

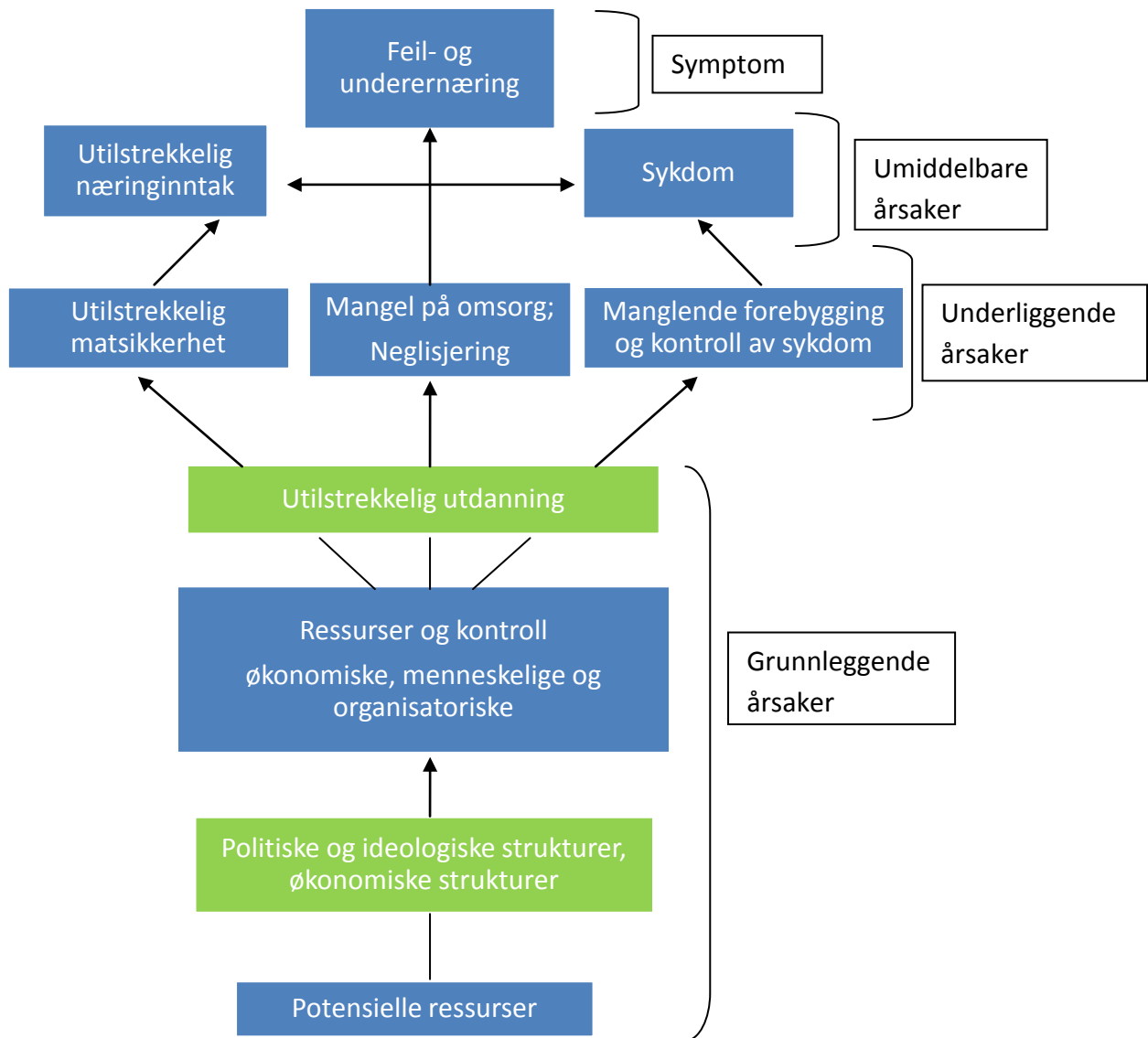
sykehjemssituasjonen. Pleierne, sykehjemmets ledelse, kommunen, helsemyndighetene og staten kan betegnes som plikthavere.

Hovedansvaret for å realisere rettigheter ligger hos staten. Ved ratifisering forplikter et land seg til å realisere de menneskerettighetene omtalt i den aktuelle konvensjonen. Forpliktelsene til staten kan fordeles på tre nivåer, å respektere, beskytte og oppfylle folks rettigheter. Ut i fra fokuset på sykehjemsbeboere er forpliktelsen til å *oppfylle* individets rettigheter spesielt relevant. Dette innebærer både å *tilrettelegge*, men også å *direkte forsørge*. Realisering av retten til mat bør oppfylles på en effektiv måte ved å skape et muliggjørende miljø. Dette innebærer å delta i aktiviteter som styrker individets evne og muliggjør dette på en effektiv måte i den konteksten det gjelder. Et eksempel på dette er implementering og forbedring av ernæringstiltak innenfor eldreomsorgen. Tilretteleggelse gjelder også å informere rettighetshaverne om deres rettigheter og å styrke deres evne til å delta i avgjørelsesprosesser som angår dem. Staten og dens institusjoner har en forpliktelse til å direkte forsørge mat og drikke samt annen hjelp til dem som ikke kan sørge for seg selv. Dette retter et spesielt fokus mot matusikre segmenter i befolkningen som sykehjemsbeboere. Disse gruppene er mer sårbare overfor feilernæring og kan derfor ha behov for mer spesifikk assistanse. (FAO, 2007).

2.1.2 Teoretiske rammeverk av relevans for en menneskerettighetsbasert tilnærming

Et konseptuelt rammeverk om årsakene til feilernæring utviklet av UNICEF i 1990-årene bidrar til en helhetlig forståelse av hvordan prosesser på ulike organisasjonsnivåer og innenfor ulike sektorer kan påvirke individets ernæringssituasjon (Figur 1). Rammeverket har siden 1990-årene blitt benyttet av mange som analytisk verktøy for å organisere data og informasjon og belyse problemstillinger knyttet til feil- og underernæring. Det viser hvordan vurdering, analyse og handling kan organiseres på en mer systematisk måte. Dette gjør det også aktuelt å benytte rammeverket innenfor en norsk sykehjemssituasjon, der underernæring er et utbredt problem. Årsaker til feilernæring deles i umiddelbare, underliggende og grunnleggende årsaker. De umiddelbare årsakene er utilstrekkelig næringsinntak og sykdom. De underliggende årsakene er utilstrekkelig matsikkerhet, manglende omsorg og manglende forebygging og kontroll av sykdom. De grunnleggende årsakene er knyttet til utnyttelse og

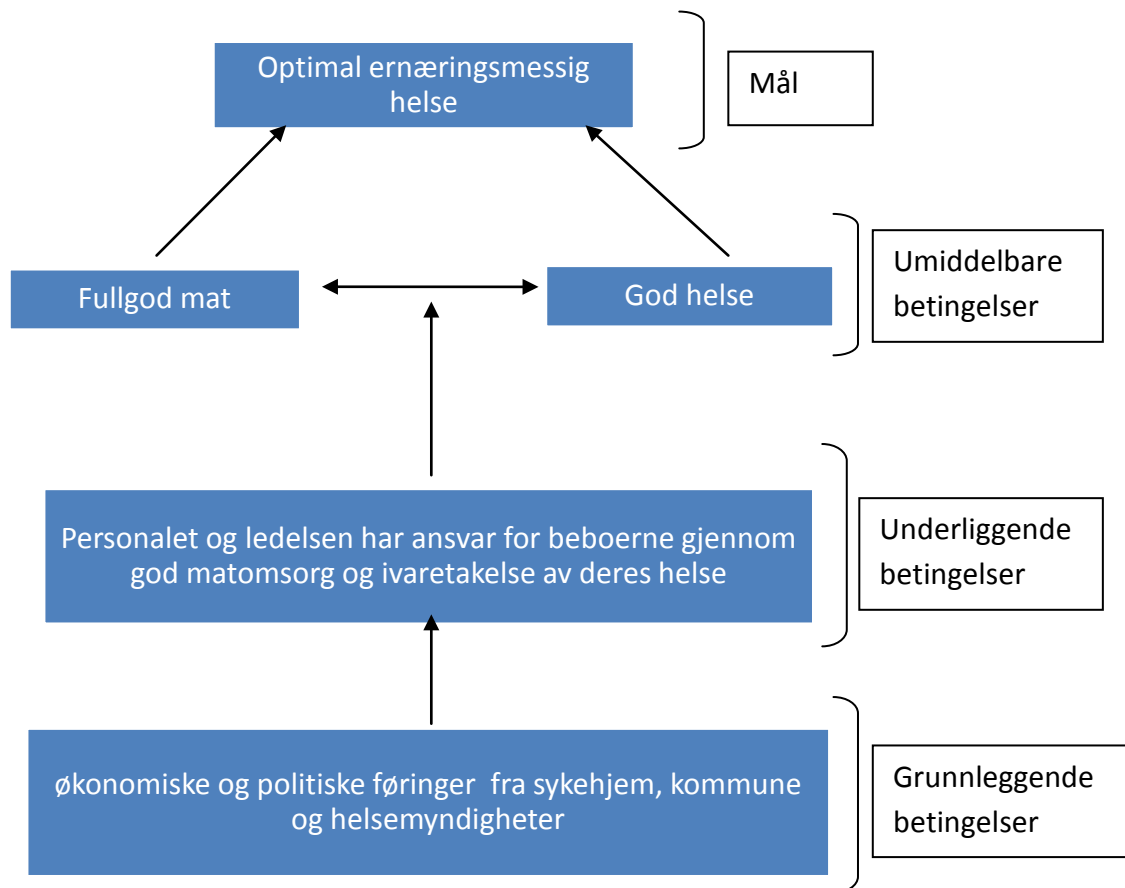
kontroll av ressurser, både menneskelige, økonomiske og organisatoriske. Ideologiske og politiske faktorer som påvirker ressursbruk går også inn under dette punktet (UNICEF, 1990).



Figur 1: Modifisert rammeverk etter UNICEF sitt konseptuelle rammeverk for årsaker til feil- og underernæring (UNICEF, 1990).

Det konseptuelle årsaksrammeverket beskrevet over kan ”snus rundt”. I motsetning til rammeverket beskrevet over, danner dette et normativt rammeverk som viser de betingelser som må være tilstede for å oppnå ønsket resultat. I denne studien er disse betingelsene optimal ernæringsmessig helse for sykehjemsbeboerne. De underliggende årsakene blir til delmål eller betingelser som må være tilstede for å oppnå ønsket resultat. Dette har igjen relevans for tiltak som er nødvendige for realiseringen av menneskerettigheter. Delmålene eller betingelsene bidrar til å oppnå ønskelig resultat, og disse blir derfor sett på som ”normative”. Dette viser hvordan en rekke faktorer knyttet til umiddelbare, underliggende og grunnleggende

betingelser kan påvirke sykehjemsbeboernes mulighet til å oppnå optimal ernæringsmessig helse (Oshaug et al., 1994). Det normative rammeverket gir en oversikt over de ulike faktorene som kan påvirke sykehjemsbeboernes muligheter og begrensninger for å oppnå en prosess som er i tråd med menneskerettighetene (Figur 2). Dette viser blant annet hvordan pleierne spiller en sentral rolle for å oppnå ønsket resultat for sykehjemsbeboerne. Et ønskelig utfall kan oppnås når menneskerettighetene er i sentrum av avgjørelsesprosessene (Andresen, 2009).

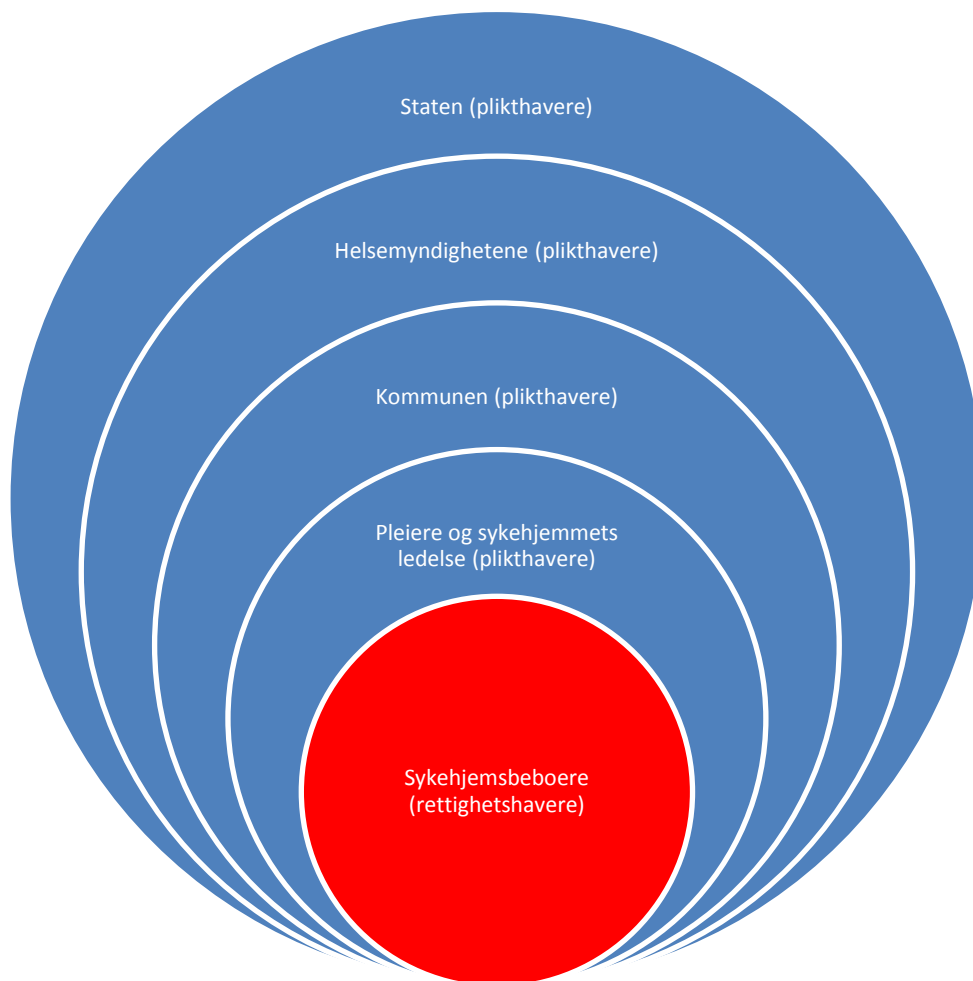


Figur 2: Normativt rammeverk for optimal ernæring hos sykehjemsbeboere, modifisert etter modell fra SCN (Karlsen, 2011).

2.1.3 Ansvarlige aktører i en sykehjemssituasjon

Denne studien undersøker ikke de ansvarlige plikthaverne direkte. Det vil likevel være viktig å kartlegge hvem disse aktørene er i sykehjemssituasjonen og i det større bildet av nasjonal eldreomsorg. En slik oversikt danner et viktig "bakteppe" for å forstå de eldres situasjon, fordi sykehjemsbeboerne er avhengige av andre for å få sine rettigheter realisert. For å kartlegge de ulike nivåene knyttet til plikthaverne har begrepet "nested rings of responsibilities" eller

”lagvise ringer av ansvar” blitt benyttet (Kent, 2005). Dette viser de ulike aktørene som på vegne av staten kan ha et ansvar for å bidra til realisering av retten til mat. For sykehjemsbeboere er pleierne de nærmeste plikthaverne. Deretter følger ledelsen, kommunen, helsemyndighetene og staten. Staten skal støtte de nærmeste plikthaverne, her illustrert ved ringen nærmest sykehjemsbeboere, og på den måten gjøre det mulig for dem å møte sine forpliktelser (Figur 3) (Kent, 2005). Dette viser de ulike aktørene som kan ha betydning for ivaretagelse av retten til fullgod mat hos sykehjemsbeboere. Modellen kan bidra til bedre å beskrive hvordan helsemyndighetenes handlingsplaner og retningslinjer bør påvirke sykehjemsbeboeres mat og måltidssituasjon. Samtidig er føringer knyttet til sykehjemsdriften og hva pleierne gjør i praksis det mest avgjørende for om disse handlingsplanene og retningslinjene bidrar til å realisere sykehjemsbeboeres rettigheter.



Figur 3. Modell over ”lagvise ringer av ansvar”, modifisert etter Kents modell (Kent, 2005)

De ovennevnte rammeverkene og modellene danner en oversikt over de ulike faktorene og aktørene som påvirker sykehjemsbeboeres mat- og måltidssituasjon. Målet er at disse kan bidra til å bedre forstå de faktorene som påvirker prosessen for oppnå optimal ernæringsmessig helse hos sykehjemsbeboerne.

2.1.4 En menneskerettighetsbasert tilnærming

En menneskerettighetsbasert tilnærming tar utgangspunkt i et sett av grunnleggende prinsipper for de prosesser som kan føre til realisering av bestemte rettigheter. De siste tiårene har denne tilnæringsmetoden møtt økt anerkjennelse og vært anbefalt for å analysere og løse feil- og underernæringsproblematikk i utviklingsland, der realisering av retten til fullgod mat har vært målet. En slik tilnærming kan også brukes for å belyse feil- og underernæringsproblematikk på norske sykehjem.

En menneskerettighetsbasert tilnæringsmetode setter individet i sentrum. De prinsippene som er direkte anvendbare for sykehjemsbeboerne er verdighet, ikke-diskriminering, deltagelse, empowerment og åpenhet. Prinsippene om ansvarlighet og respekt for loven er også grunnleggende for en ”god” prosess. Ansvarlighet er en av de viktigste påminnelsene for å utvise ansvar og respekt for loven er et av de viktigste verktøyene for å holde plikthaverne ansvarlige.

Prinsippet om *verdighet* skal frembringe ideen om den absolutte og iboende verdighet hos hvert enkelt menneske. Handlinger mot et individ bør ikke utføres på en ydmykende måte, og bygger på respekt for det enkelte individ. Følelsen av verdi og det å bli satt pris på ivaretas gjennom verdighet. Med utgangspunkt i individets iboende verdighet, har alle mennesker krav på å få sine menneskerettigheter realisert (FAO, 2007). Dette er kanskje det viktigste prinsippet som må gjelde på sykehjem.

Ikke-diskriminering innebærer at ingen bør oppleve diskriminering på bakgrunn av rase, farge, kjønn, alder, språk, seksuell legning, funksjonshemning, religion, politisk mening, nasjonalitet, sosial eller geografisk opprinnelse. Dette retter fokuset mot sårbare individer og grupper i samfunnet som er utsatt for ikke å få sine rettigheter realisert. Dette prinsippet sikrer at alle samfunnets individer har samme mulighet til å nyte godt av sine rettigheter. Eldre er en av samfunnsgruppene som i større grad er utsatt for diskriminering, på bakgrunn av fysiologiske, sosiopolitiske og sosioøkonomiske årsaker (FAO, 2007). Mange beboere er

avhengig av hjelp til å få i seg mat (Sellevoid & Skulberg, 2005). Beboere som i stor grad har behov for hjelp til å få i seg mat, har også vist seg å være mer utsatt for alvorlig underernæring, sammenliknet med de beboerne som klarer å spise selv (Gaskill et al., 2008). Dette kan tyde på at de svakeste beboerne på sykehjem er mer utsatt for ikke å få realisert sin rett til mat på sykehjemmet.

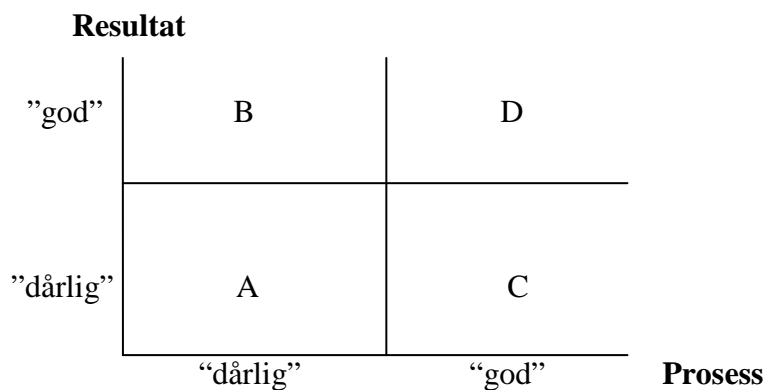
Deltagelse innebærer at alle mennesker bør ha mulighet til å delta i de avgjørelser som påvirker deres liv og velvære. Dette innebærer å sikre at politiske og demokratiske prosesser blir institusjonalisert både lokalt og nasjonalt. Tiltak som fremmer kapasitet for å delta i relevante avgjørelsesprosesser kan være spesielt relevant hos sykehjemsbeboere (FAO, 2007). En menneskerettighetsbasert tilnærming oppmuntrer til deltagelse av sykehjemsbeboere ved planlegging og levering av sykehjemstilbudene. Dette kan fremme deres autonomi, selvrespekt og bidra til å skape bedre relasjoner (Yates-Bolton, 2010).

Prinsippet om *empowerment* innebærer at alle mennesker bør ha makt, kapasitet og mulighet til å gjøre endringer i eget liv. Det innebærer også å søke statens korrigerende tiltak ved opplevelse av brudd på menneskerettighetene. Empowerment bidrar til at den enkelte oppnår sitt fulle potensial og friheten til å gjøre det beste ut av sine muligheter, og er et ønskelig resultat ut i fra en menneskerettighetsbasert tilnærming (FAO, 2007). Beboernes muligheter til å delta i aktiviteter knyttet til måltidene, blant annet gjennom planlegging av meny har vist seg å være begrenset på sykehjemmet (H. Aagaard, 2010). Dette bidrar til å svekke sykehjemsbeboernes mulighet til empowerment.

Åpenhet innebærer at rettighetshaverne bør få tilstrekkelig informasjon om avgjørelsesprosessene som angår dem. De bør samtidig vite hvem som kan holdes som ansvarlige plikthavere. Politiske avgjørelser, lovgivning og budsjetter bør formuleres på en tydelig måte og rettes mot en konkret rettighet. Kapasitet til å realisere rettigheten bør samtidig sikres. Åpenhet vil også bidra til deltagelse i de avgjørelsesprosesser som angår den enkelte eller en gruppe (FAO, 2007). Dette kan være en utfordring på sykehjem, da mange beboere kan ha vanskeligheter med å få med seg den relevante informasjonen. En av årsakene til dette er blant annet den høye forekomsten av mentalt svekkede pasienter på norske sykehjem (H.A. Nygaard et al., 2001).

Ut i fra en menneskerettighetsbasert tilnærming blir prosessen som tidligere nevnt, sett på som like viktig som resultatet. Menneskerettighetsprinsippene er førende for prosessen, men

utgjør også verktøyet for å oppnå realisering av disse rettighetene. For å oppnå ønsket resultat må det etableres en prosess som er tilstrekkelig for å oppnå og opprettholde et slikt ønskelig resultat. Menneskerettighetsprinsippene bør også inngå i alle steg i prosessen, fra situasjonsanalyse til evaluering. Prinsippene bør også fungere veiledende i samarbeidet mellom de ulike sektorene som er med i prosessen. Dette kan gjelde utarbeidelse av menneskerettighetsbaserte strategier, retningslinjer, programmer og aktiviteter som påvirker retten til mat (SCN, 2001). Sammenhengen mellom et godt og dårlig resultat og en god og dårlig prosess kan illustreres ved Urban Jonssons todimensjonale diagram (Figur 4) (Jonsson, 2011). En menneskerettighetsbasert tilnærming har som mål å oppnå godt resultat gjennom en god prosess. I modellen under er dette beskrevet ved bokstav D.



Figur 4: Todimensjonalt diagram over nivå av resultat og kvalitet ved prosessen, modifisert etter U. Jonssons modell (Jonsson, 2011). Utfall A refererer til et tilfelle der verken resultat eller prosess er i tråd med menneskerettighetene. Ved utfall B oppnås et godt resultat, men gjennom en dårlig prosess. Ved utfall C er prosessen god, mens resultatet er dårlig. Ved utfall D oppnås en god prosess og et godt resultat, og er det ønskelige utfallet ved en menneskerettighetsbasert tilnærming.

Proessen for å oppnå realisering av retten til fullgod mat for sykehjemsbeboere, bør ut i fra et menneskerettighetsperspektiv være i tråd med og ivareta disse prinsippene. Dette danner igjen grunnlaget for denne studiens mål om å undersøke hvordan menneskerettighetsprinsippene ivaretas i beboernes mat- og måltidssituasjoner på sykehjemmet, for å vurdere om dette er en "god" prosess i forhold til å realisere retten til fullgod mat for sykehjemsbeboere. En menneskerettighetsbasert tilnærming kan bidra til å fremme empowerment og deltagelse hos de respektive rettighetshaverne, altså sykehjemsbeboere.

2.2 Problemstilling og forskningsspørsmål

På bakgrunn av det foregående er følgende problemstilling utformet:

”Hvordan ivaretas retten til fullgod mat for sykehjemsbeboere gjennom prosessene knyttet til mattilbud og måltidsservering, ut i fra menneskerettighetsprinsippene om verdighet, ikke-diskriminering, deltagelse, empowerment og åpenhet?”

Ut i fra problemstillingen ønsket jeg å finne svar på følgende spørsmål:

- 1) Hvordan er mattilbudet og måltidsservering på sykehjem?
- 2) Hvordan opplever sykehjemsbeboere ivaretagelse av retten til fullgod mat ut i fra sine tanker, meninger, erfaringer og handlinger?
- 3) Hvilke konsekvenser har ulik ideologi på sykehjemmene for prosessene knyttet til mattilbud og måltidsservering i lys av menneskerettighetsprinsippene?

Med oppgaven ønsker jeg å bidra til økt kunnskap om beboernes opplevelser og situasjonen omkring mat- og måltidssituasjoner på sykehjem. Målet er at dette arbeidet vil bidra til debatt om retten til fullgod mat på sykehjem og belyse ansvarsfordelingen på området slik at sykehjemsbeboeres helse og velvære styrkes og ivaretas.

3 Metode

Studien ble gjennomført under veiledning fra Avdeling for ernæringsvitenskap, institutt for medisinske basalfag, Universitet i Oslo og Avdeling for helse, ernæring og ledelse, Høgskolen i Oslo og Akershus. Datainnsamlingen ble utført i november-desember 2010 ved to sykehjem i sykehjemsetaten, Oslo kommune.

3.1 Forskningsdesign

En komparativ case-studie ble valgt som metodologisk tilnærming i denne masteroppgaven. Dette er en undersøkelsestilnærming som retter seg mot å studere mye informasjon om få enheter eller caser og å sammenligne casene i forhold til relevante dimensjoner (Ragin, 1987). I denne studien var det ønskelig å sammenlikne to kommunale sykehjem med ulik ideologi og organisatorisk kjøkkenløsning, for å undersøke hvilke følger dette fikk for sykehjemsbeboernes mattilbud og måltidssituasjon, ut i fra en menneskerettighetsbasert tilnærming.

Hovedmålet med den valgte tilnærmingen var å oppnå rikholdig informasjon om de enhetene eller casene som studien fokuserte på og å finne teoretisk interessante sammenligninger (Thagaard, 2009). Deltagende observasjon ble valgt som kvalitativ forskningsmetode i denne studien. Dette var en velegnet tilnærming for å innhente informasjon om hvordan sykehjemsbeboerne opplevde sin situasjon omkring mat og måltider.

3.2 Observasjon som metode for datainnsamling

I denne studien ble deltakende observasjon brukt. Data ble innhentet ved å delta i det daglige livet til de menneskene det var ønskelig å studere. Som deltakende observatør var det nødvendig å involvere og engasjere seg med dem jeg studerte, samtidig som jeg observerte det beboerne og pleierne foretok seg (Fangen, 2010). Det var derfor naturlig å delta og være tilstede på avdelingene på de to sykehjemmene, både under og i tiden mellom måltidene. Siden en som deltakende observatør er sitt eget forskningsinstrument, var det viktig å være bevisst på min førforståelse av feltet og hvordan jeg som forsker samhandlet med og påvirket feltet. Denne forskningsmetoden gav mulighet til å komme nært inn på virkeligheten til sykehjemsbeboerne, og dermed gi et mer helhetlig og sammensatt bilde av situasjonen.

Metoden kan øke følsomheten for mindre åpenbare sider ved feltet og kan gi tilgang på informasjon som ikke naturlig kommer frem under en intervjusituasjon eller i en fokusgruppe (Fangen, 2010).

Målet var å observere situasjoner tilknyttet mat og måltider ved de utvalgte sykehjemmene. Deltagende observasjon som forskningsmetode gav et helhetlig bilde av sykehjemsbeboernes tanker, meninger, erfaringer og handlinger omkring ivaretagelse av retten til fullgod mat. Den valgte metoden er godt egnet for studier på sykehjem, da mange av beboerne hadde redusert fysisk og kognitiv helse, og lengre intervjusituasjoner eller fokusgrupper var vanskelig å gjennomføre. Samtaler med avdelingens klare beboere gav mulighet til å få et mer utdypet innblikk i beboernes meninger om mat- og måltidssituasjonen der de bodde. Det gav også mulighet til å snakke med beboerne om aktuelle problemstillinger som reiste seg under observasjonene (Fangen, 2010). Samtaler med pleierne var også en del av mitt feltarbeid. Feltnotater dannet grunnlaget for analysene av datamaterialet. Tiden som ble brukt på observasjonsstudien og informasjon om hvor typiske hendelsene som ble observert var, ble dokumentert (Engesveen, 2005).

Deltagende observasjon bidrar til å gi et helhetlig perspektiv på den situasjonen som studeres. Dette gjør at metoden kan sies å være i tråd med en menneskerettighetsbasert tilnærming. For å få tilgang på data er det viktig å bygge tillit med beboerne. Det å møte beboerne med respekt og verdighet er viktige elementer for å opprette denne tilliten. Det å involvere seg med informantene og la beboerne komme med sine meninger kan bidra til deltakelse og styrke deres empowerment. Dette kan bidra til en følelse av å bli verdsatt, da informantenes mening om situasjonen de er i blir sett på som viktig. Deltagende observasjon som metode vil dermed kunne sies å være i tråd med en ”god” prosess for å undersøke om menneskerettighetsprinsippene ivaretas.

3.3 Deltagere og utvalg

Denne studien har benyttet strategisk utvalg ved valg av aktuelle informanter. Kvalitative studier baserer seg ofte på denne utvalgsmetoden. Informantene velges med bakgrunn i deres egenskaper eller kvalifikasjoner som igjen er passende i forhold til problemstilling og undersøkelsens teoretiske perspektiver (Thagaard, 2009). I denne studien ble

sykehjemsbeboere som kunne uttrykke sine tanker, meninger, erfaringer og handlinger knyttet til mat og måltidssituasjonen på sykehjemmet, valgt ut.

Studien er dels ment å komplementere Elisabeth Karlsens studie av personalet ved alders- og sykehjem og hvordan disse ivaretar retten til fullgod mat hos sykehjemsbeboerne (Karlsen, 2011). For å kunne sammenlikne resultatene mellom Karlsens studie og denne studien, ble de samme to sykehjemmene benyttet.

3.3.1 Utvalg av sykehjem

Ved sykehjemsetaten i Oslo var det ved studiens start 29 kommunale og 21 private sykehjem (Riis, 2011). Denne studien fokuserte på offentlige sykehjem i Oslo. De to kommunale sykehjemmene i denne studien hadde ulik organisatorisk løsning og ideologi. De to sykehjemmene ble benyttet for å undersøke hvordan ulik organisering kunne påvirke mat og måltidsservering på sykehjemmene, og hvordan dette påvirket beboernes tanker, meninger, erfaringer og handlinger omkring temaet. En av de største forskjellene mellom disse sykehjemmene var organisering av middagene. Det ene sykehjemmet, heretter omtalt som sykehjem A, fikk middag fra en ekstern leverandør. Det andre sykehjemmet, heretter omtalt som sykehjem B, hadde eget kjøkken som selv laget maten. Ideologisk var også sykehjemmene ulike. Det ene sykehjemmet var et Lotte-sykehjem. Denne måten å drive sykehjem på oppstod i Danmark, og ble innført etter at bestyreren ved Lotte pleiehjem stilte seg spørsmålet, ”Ville jeg plassert mine foreldre på dette sykehjemmet?” Det å utforme et sykehjem hvor de ansatte selv kunne tenke seg å bo, førte til en rekke endringer. Lotte-modellen innebærer et fokus på sykehjemmet som beboernes hjem. Det er beboernes ønsker og behov som skal stå i sentrum for behandlingen og verdighet og respekt er nøkkelord.

Studien ble utført ved somatiske avdelinger der beboerne hadde langtidsplass. Beboere med langtidsopphold er dem som ikke får dekket sitt daglige behov for pleie og omsorg i hjemmet eller i omsorgsbolig. Det vil si at de har et døgnkontinuerlig behov for bistand (Den norske legeforening, 2001). Beboere på slike avdelinger bor stort sett på sykehjem resten av livet. Somatiske avdelinger har i større grad klare beboere og egnet seg derfor best for denne studien. En avdeling på hvert sykehjem ble valgt ut for å utføre observasjonsstudien. Disse enhetene hadde sin egen spisestue for servering av måltidene. En kjøkkenavdeling var tilknyttet spisestuen og ble benyttet til enkel tilberedning av mat som påsmøring av

brødskiver, trakte kaffe, lage havregrøt og enkelte ganger baking. Bestikk og servise ble også vasket opp der.

3.3.2 Utvalg av beboere

Informantene i studien måtte være en beboer over 65 år med langtidsplass, på en av de to utvalgte sykehjemmene. Det ble ikke stilt noen minimumskrav i forhold til hvor lenge beboerne hadde bodd på sykehjemmet. Avdelingen på sykehjem B hadde 20 beboere, mens det var 8 beboere på avdelingen på sykehjem A. Det bodde det både klare beboere og beboere med demens eller kognitiv svikt på begge avdelingene. Beboernes fysiske funksjonsnivå varierte også. Noen beboere hadde behov for rullator, mens andre satt i rullestol. For å få innblikk i beboernes tanker, meninger og erfaringer om mat og måltider på sykehjemmet ut over observasjonene, ble avdelingens klare beboere valgt ut. Dette ble gjort med hjelp av pleierne på avdelingen. Samtidig har studier vist at det er en underdiagnostisering av demssykdom på sykehjem (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007; H. A. Nygaard & Ruths, 2003). Pleiernes beskrivelse av hvem de karakteriserte som klare beboere var derfor sannsynligvis i hovedsak basert på deres subjektive vurdering. Ved at pleierne var med i denne utvelgelsesprosessen kunne det tenkes at kun de mest positive beboerne ble valgt ut. Samme vurderingsgrunnlag for å velge ut mentalt klare beboere har tidligere vært anvendt i en norsk studie, der sykehjemsbeboerne var studiens informanter. I likhet med Berglands studie var det ikke nødvendig at beboerne var på et bestemt mentalt nivå, så lenge de ble klinisk vurdert som klare av pleierne (Bergland & Kirkevold, 2006). I denne studien har jeg valgt å definere de klare beboerne som de som gjennom sine tanker, meninger, erfaringer og handlinger kunne uttale seg og gi en meningsfylt forståelse av sykehjemmets mattilbud og måltidssituasjoner. Data ble hentet inn gjennom deltakende observasjon og ustrukturerte intervjuer med de klare beboerne. På sykehjem B gjaldt dette 5 beboere, mens det på sykehjem A i utgangspunktet gjaldt 2 beboere. I løpet av observasjonsperioden, var det en beboer som flyttet til en annen avdeling. Den nye beboeren var klar, og det ble da 3 klare beboere på avdelingen på sykehjem A. Jeg fikk beskjed av pleierne om at muligheten til å ha en samtale med disse beboerne kunne variere avhengig av deres dagsform.

3.4 Møte med sykehjemmene

Det ble avtalt møter med sykehjemmets ledelse og Elisabeth Karlsen for å orientere om min studie. Disse møtene ble holdt i god tid, før den planlagte oppstarten av observasjonsperioden. Det var en klar fordel for meg at Karlsen allerede hadde utført sin studie på disse sykehjemmene. Ledelsen på begge sykehjemmene var positive til at jeg skulle få utføre min studie på en av deres avdelinger, og ønsket å legge til rette slik at dette ble gjennomført på en god måte. Vi ble enige om at jeg skulle ta kontakt når aktuelle godkjenninger for studien var i orden. Etter at godkjenning fra REK (Regional etisk komité) var mottatt ble sykehjemmene kontaktet. Sykehjemmets ledere valgte ut en aktuell avdeling på hvert sykehjem og satte meg i kontakt med en pleier på hver avdeling. Dette ble min kontaktperson på den respektive avdelingen gjennom hele observasjonsperioden. Det å ha en kontaktperson var nyttig for å komme i kontakt med deltagerne og få tilgang på feltet (Fangen, 2010).

3.4.1 Møte med ansatte

Jeg opplevde å bli godt mottatt av pleierne på begge avdelingene. På forhånd hadde jeg presisert for både ledelsen og min kontaktperson, at det var viktig for meg, at min tilstedeværelse som deltagende observatør skulle være minst mulig belastende for pleierne og beboerne. Til tross for at kontaktpersonen på det ene sykehjemmet var syk første dagen jeg kom, og pleierne på jobb ikke var klar over at jeg skulle være der, skapte dette ingen problemer. De ansatte pleierne var positive til at jeg kunne få være tilstede under måltidene og prate med beboerne. Dager og tidspunkter for når jeg ønsket å observere på de ulike sykehjemmene ble avtalt på forhånd med avdelingenes kontaktperson. På sykehjem B var pleierne informert om at jeg skulle komme, og jeg opplevde at de var positive både til meg og min observasjonsstudie. Gjennom hele observasjonsperioden opplevde jeg ingen problemer med å komme i kontakt med pleierne, eller at min tilstedeværelse var til bry. Flere ganger ble jeg oppfordret til å gå inn på rommene og prate med beboerne, eller sette meg ned ved bordet under måltidene. Disse oppfordringene ble gitt, til tross for at dette ikke var noe pleierne nødvendigvis gjorde selv. Dette gav meg et inntrykk av at mange av beboerne gjerne ønsket å prate med andre, men at pleierne ikke alltid hadde mulighet til å dekke dette behovet hos beboerne.

Jeg opplevde at flere av pleierne var nysgjerrige på studien, og ønsket å være til hjelp. Enkelte pleiere sa at jeg gjerne måtte stille dem spørsmål, dersom det var noe jeg lurte på. Jeg oppfattet ikke noen pleiere som negative til meg og min studie, men enkelte var mer tilbakeholdne i forhold til meg. Det er viktig å bygge tillit, for å få tilstrekkelig innpass og for å få gode observasjonsdata (Fangen, 2010). Jeg prøvde derfor å være var på pleiernes relasjon til meg, slik at dette ikke skulle skape noen problemer for innpass i feltet. Til tross for at studien ikke fokuserte på pleierne, var deres rolle avgjørende for beboernes mat- og måltidssituasjon på sykehjemmet. Hvordan pleierne forholder seg i forhold til disse situasjonene kunne derfor ikke utelukkes.

På avdelingen på sykehjem B var det 5 pleiere på jobb på dagtid og 2-3 pleiere på kveldstid. På dagtid i helgene var det færre på jobb. På avdelingen på sykehjem A var det 2-3 pleiere på jobb på dagtid, og 1-2 pleiere på jobb på kveldstid. Enkelte dager var avdelingen rammet av sykdom blant pleierne, noe som resulterte i lavere bemanning. I helgen var bemanningen lavere også på denne avdelingen. Da pleierne har en avgjørende rolle i mange av beboernes daglige gjøremål, kan hvilke pleiere og antallet som er på jobb ha mye å si for den enkelte beboer. Dette vil også påvirke servering av mat og måltider på avdelingen.

3.4.2 Møte med beboerne

Mitt første møte med beboerne var ved et av måltidene på avdelingen. Dette gav meg en god mulighet til å presentere meg og studien for beboerne. Når jeg møtte en ny beboer som jeg ikke hadde fått hilst på i forbindelse med det enkelte måltidet, presenterte jeg meg og hvorfor jeg var på avdelingen. Møtet med beboerne gav meg innblikk i hvem som var mer og mindre klare. Det ble naturlig å fokusere på å opprette en kontakt med de klare beboerne for eventuelle samtaler. Dette var spesielt viktig med tanke på at det var viktig for meg å få et innblikk i beboernes tanker, meninger og erfaringer omkring mat- og måltidssituasjonen på sykehjemmet. Enkelte av beboerne hadde redusert syn og hørsel og jeg informerte derfor om studien på tomannshånd. Flere av disse beboerne ble sentrale informanter for samtaler om mat og måltider senere. Jeg opplevde i stor grad å bli møtt med åpenhet av beboerne, og at det var uproblematisk at jeg var tilstede for å få et innblikk i mat- og måltidssituasjonen på sykehjemmet. Det at de fleste mennesker liker å prate om seg selv og sjelden har nok mulighet til å gjøre det, er i følge Powdermaker to av de grunnleggende årsakene til suksess i

en observasjonsstudie (Powdermaker, 1966). Jeg opplevde dette som gjeldende for mange av de beboerne som gjerne delte av sine tanker, meninger og erfaringer.

3.5 Min forskerrolle

Jeg valgte å være åpen om min rolle som forsker. Informantene fikk vite min identitet og hva min hensikt var med å være til stede på sykehjemmet. Jeg opplevde at det å ta på seg rollen som forsker eller student gav meg en stor frihet til å konsentrere meg om situasjoner knyttet til mat- og måltidsservering. Dette gav meg også mer tid til å prate med beboerne når muligheten bød seg. I følge Album gir det å være åpen om sin rolle som forsker overfor informantene, en grunn for å ta kontakt og stille dem spørsmål (Album, 1996).

Deltagende observasjon innebærer at forskeren har en aktiv rolle i forhold til informantene, og til en viss grad deltar sammen med dem (Thagaard, 2009). Siden min rolle som forsker ikke var en etablert rolle på sykehjemmet, var det noen ganger litt vanskelig å vite hvilken rolle beboerne gav meg. For beboerne var det nok ofte mest naturlig å plassere meg i rollen som pleier. Under måltidene var det sjelden at beboerne begynte å prate på eget initiativ, men dersom en pleier satt ved bordet ble det som regel en samtale. På samme måte opplevde jeg det blant annet som naturlig å prate med beboerne når jeg satt ved bordet. Dersom jeg ikke hadde vært der, er det sannsynlig at det ikke ville blitt noen samtale. Det er derfor mulig at min tilstedeværelse påvirket mer enn jeg ønsket. Jeg vurderte det som viktigere å bli oppfattet som interessert av beboerne, fremfor å være taus og uinteressert når jeg var tilstede under måltidene. Hovedsakelig var dette fordi jeg ønsket å opprette en kontakt med beboerne, for å få mulighet til å prate mer med dem på et senere tidspunkt. Det at det var andre studenter på sykehjem A i perioden jeg observerte, gjorde det muligens lettere for beboerne på denne avdelingen å gi meg rollen som student. På sykehjemmet B hadde de ikke studenter og jeg opplevde derfor at min rolle overfor beboerne derfor var mer uavklart. Påvirkningen av forskerens tilstedeværelse er en kjent problemstilling ved deltagende observasjon. I følge Thagaard er det viktig at forskeren reflekterer over hvordan de som studeres oppfatter han eller henne, og hvilken betydning det kan ha for observasjonene. Hvordan forskeren oppfatter selv å virke inn på informantene, inngår som en del av studiens resultater (Thagaard, 2009).

Min rolle som deltagende observatør innebar å være tilstede i situasjoner knyttet til mat og måltidsservering på sykehjemmene. Det var viktig å være sensitiv overfor feltet og samtidig

oppretholde et kritisk blikk på min rolle og tolkninger (Fangen, 2010). Siden denne studien foregikk i Oslo og jeg tidligere har jobbet på sykehjem, kan dette karakteriseres som en studie i egen kultur. En fordel ved dette var at det var lettere å oppnå en forståelse av informantenes situasjon. Samtidig kunne det være et problem å stille spørsmål ved forhold jeg oppfattet som selvsagte (Thagaard, 2009).

3.6 Datainnsamling

Observasjonsstudien foregikk fra 14. november til 22. desember 2010. Dette innebar ni observasjonsdager på hver av de to sykehjemmene, der feltøktene varte gjennomsnittlig fem timer per gang. Jeg var også til stede under to måltider de dagene jeg observerte på sykehjemmene, og i tidsrommet mellom måltidene var jeg stort sett på avdelingene. I løpet av studien var jeg til stede på sykehjemmene i tidsrommet fra kl 08.30-19.45. Dette gav muligheten til å være til stede under alle faste måltider som serveres i løpet av dagen, og innebar alle dager i uken. Dette var en deltids deltagende observasjonsstudie, der forskeren er til stede i et miljø i sitt eget samfunn (Fangen, 2010). Jeg kunne derfor komme og gå slik det var mest hensiktsmessig for studien og fortsette mitt vanlige dagligliv utenom feltøktene. Dette har tidligere vært benyttet i studier med et avgrenset fokus når det gjelder sted og tema. Siden denne studien avgrenset seg til to sykehjem og temaet var mat- og måltidssituasjoner, virket deltids observasjon som en godt egnet metode. Denne formen for tidsbruk på observasjonsstudien kan gjøre det lettere å skrive feltnotater. Metoden gir gode muligheter til å trekke seg tilbake og tenke igjennom erfaringene med et analytisk blikk, samt tid til å bearbeide feltnotatene (Fangen, 2010). Jeg opplevde at feltøktene der jeg hadde lengre samtaler med beboerne, og samtidig var deltagende observatør under måltidene kunne være krevende. Det var utfordrende å være opptatt av og legge merke til hva som ble sagt og gjort, og samtidig å være naturlig tilstede i de samhandlingene jeg deltok i.

3.6.1 Deltagende observasjon og samtaler med beboere og pleiere

Graden av deltagelse i det som studeres i en observasjonsstudie kan variere (Fangen, 2010). Jeg valgte en mer observerende rolle i starten. Dette var hovedsaklig i forbindelse med måltidene, der jeg valgt å fokusere på det som skjedde, samt samhandlingen beboere og pleiere i mellom. Denne tilnærming gjorde det også mulig å få bedre innblikk i hvordan disse situasjonene var på avdelingene, uten vesentlig påvirkning av min tilstedeværelse. En av

hovedreglene ved deltagende observasjon er å delta på en naturlig måte i den sosiale samhandlingen, men unngå å delta på en måte som endrer denne situasjonen (Fangen, 2010). Utover i studien tok jeg en mer deltagende rolle overfor beboerne, også i forbindelse med måltidene. Det er vanlig å kombinere deltagende observasjon med andre metoder som intervju (Fangen, 2010). Jeg valgte å benytte meg av en ustrukturert intervjustil, og det meste forgikk som uformelle samtaler. Dette opplevdes som nødvendig for å få innblikk i beboernes tanker, meninger og erfaringer om mat- og måltidssituasjonen. Dette gav meg også en mulighet til å stille spørsmål om det jeg hadde observert. En kombinasjon av samtaler og observasjon gir et bedre grunnlag for de tolkningene forskeren gjør (Fangen, 2010). Det at jeg var til stede på avdelingene store deler av dagen, gav meg et godt innblikk i det som skjedde på sykehjemmet utenom måltidene. Dette gav meg muligheten til å snakke med beboerne og pleierne om mat og måltider på sykehjemmet, samt undersøke hva beboerne spiste og drakk utenom måltidene.

3.6.2 Feltnotater

I studien utgjorde feltnotater mitt datamateriale. Notater ble skrevet på PC etter hver feltøkt. For å huske viktige hendelser eller samtaler skrev jeg også notater underveis i løpet av feltøkten. Det å skrive gode, beskrivende feltnotater om det som skjedde, og hva informantene foretok seg under feltøkten er en av de viktigste ferdighetene som deltagende observatør. Det var viktig å være selektiv, både i forhold til observasjonene og det som ble skrevet i feltnotatene (Fangen, 2010). Jeg så det derfor som en fordel at mitt feltarbeid var knyttet opp mot et definert tema. Relevant informasjon som kom frem under de uformelle samtalene med beboere og pleiere, ble også skrevet ned i feltnotatene. Mine oppfatninger og følelser fra feltøktene ble også notert i feltnotatene.

3.7 Dataanalyse

I kvalitativ forskning er det ikke et klart skille mellom innhenting av data i observasjonsperioden og når analysen av datamateriale starter i en deltagende observasjonsstudie. Analysen foregikk allerede fra observasjonsstudiens start, og startet ved å stille sentrale spørsmål. Hva som var sentrale temaer i materialet og hvordan disse enhetene forholdt seg til hverandre var et nøkkelspørsmål. Videre analyse bidro til å utvikle en helhetsforståelse av dataenes meningsinnhold, og fokuserte på sammenhengen mellom enhetene i materialet (Thagaard, 2009).

Analyse av mine data har hatt en temasentrert analytisk tilnærming, ved å se på meningsinnholdet i det innhentede datamaterialet. Materialet ble inndelt i analytiske enheter og inndelt i kategorier. Det teoretiske perspektivet som studien baserer seg på dannet grunnlaget for analysen. De kategoriene som ble utviklet var i sammenheng med målsetningen. Dette var hovedsakelig en case-studie, der få enheter studeres og settes i fokus ved analyse og presentasjon av dataene. Den temasentrerte tilnærmingen ble benyttet for å sammenlikne informasjon om ulike temaer knyttet til mat- og måltidssituasjonen på sykehjemmene. Analysen kan betegnes som en runddans mellom teori, metode og data (Thagaard, 2009). I analyseprosessen var det en veksling mellom systematisering av dataene og fokuset på teori. Datamaterialet ble gjennomgått flere ganger for å finne analytiske enheter, dele materialet inn i kategorier for så å presentere relevante tolkninger.

For å sortere enhetene i datamaterialet ble dataprogrammet Atlas.ti benyttet. Dette forenkler jobben med å søke gjennom dataene fra alle enhetene om det samme temaet. Analysen av dataene foregikk også ved å lese igjennom datamaterialet og kategorisere dataene manuelt. Denne fremgangsmåten gjorde det lettere å få en oversikt og se sammenheng i analysen av datamaterialet.

3.8 Etiske betraktninger

Det ble søkt om godkjenning for gjennomføring av studien til Regional etisk komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Sør-Øst (REK). Prosjektet fremsto ikke som et medisinsk eller helsefaglig forskningsprosjekt, og falt derfor utenfor komiteens mandat (Vedlegg 5)

På sykehjem A ble det holdt et møte med sykehjemmets leder, kontaktpersonen og meg for å informere om studiens formål, samt gi rom for at de kunne stille meg spørsmål. På sykehjem B ble dette gjort over telefon med kontaktpersonen. Dette gav kontaktpersonene mulighet til å informere både de ansatte og beboerne om studien, før observasjonsstudien oppstart.

Beboerne ble presentert for meg og hensikten med studien på min første observasjonsdag på begge sykehjemmene. Jeg stilte meg åpen for spørsmål fra beboerne og pleierne, fra dem som hadde det. Et informasjonsskriv til beboere og pårørende om studiens hensikt og omfang ble skrevet, for å henge opp på avdelingens informasjonstavle (Vedlegg 1).

3.8.1 Etske dilemmaer ved deltagende observasjon

En må ta hensyn til en rekke etiske aspekter ved en deltagende observasjonsstudie.

Konfidensialitet og informert samtykke er de to prinsippene som ofte diskuteres.

Informert samtykke innebærer å informere de som skal studeres om prosjektets formål. I tillegg bør også fordeler og ulemper ved å delta i studien diskuteres. I en deltagende observasjonsstudie vet du ikke på forhånd hvordan dataene vil tolkes. Et fullstendig innblikk i hva studien vil innebære for informantene, kan derfor være vanskelig å informere om på forhånd (Fangen, 2010). Nødvendigheten av informert samtykke i deltagende observasjonsstudier har de senere årene vært debattert. Punch hevder at informert samtykke ikke er hensiktsmessig i denne formen for forskning, fordi mange situasjoner oppstår spontant (Punch, 1998). En forsker som benytter deltagende observasjon må hele tiden jobbe for å få informantens tillit. Forskeren blir derfor hele tiden tvunget til å tenke igjennom etiske aspekter ved sin forskning. Mange sosiologer ser derfor på samtykke som en kontinuerlig forhandlingsprosess mellom forsker og informant (Oeye, Bjelland, & Skorpen, 2007). Det er likevel viktig at forskerens kontakt med informantene utformes på en etisk forsvarlig måte (Thagaard, 2009).

Informantene ble muntlig informert om studiens hensikt. I de tilfellene der jeg eksplisitt tok kontakt med de klare beboerne for å prate om mat og måltider på sykehjemmet, ble beboerne spurt om dette var noe de kunne tenke seg å være med på før samtalen. Det var viktig for meg å gi beboerne et valg om dette var spørsmål de ønsket å svare på eller ikke. På den måten var det mindre sannsynlig at informantene skulle oppfatte disse uformelle intervjuene som ubehagelige i etterkant. Samtalene foregikk på beboernes rom, siden det var der de oppholdt seg i stor grad mellom måltidene. Flere av beboerne uttrykte at de satte pris på mitt besøk, og ønsket at jeg skulle komme igjen for å prate med dem. Dette forsterket mitt inntrykk av at beboerne frivillig deltok i samtalene. Det var også viktig at min tilstedeværelse på sykehjemmet ikke skulle oppleves som belastende for beboerne. Dette gjaldt også de individuelle samtalene. I følge Fangen må et hvert prosjekt vurdere graden av informert samtykke (Fangen, 2010). Denne måten å håndtere denne problemstillingen på virket mest formålstjenlig i denne studien.

Konfidensialitet er et viktig etisk aspekt å ivareta (Thagaard, 2009). I denne studien innebar det å ikke offentliggjøre data som kunne avsløre informantenes identitet. Det var også viktig

at sensitivt materiale ble behandlet på en forsvarlig måte, både under datainnsamlingen og analysen av dataene. Disse vil bli slettet når oppgaven er ferdig stilt. På begge sykehjemmene undertegnet jeg en taushetserklæring som innebar at all informasjon skulle bli behandlet konfidensielt. Det som ble sagt til meg i løpet av observasjonsstudien skal ikke kunne spores tilbake til dem som sa det, i den ferdige oppgaven. For å ivareta tilstrekkelig grad av anonymisering er sykehjemmenes navn ikke oppgitt.

4 Resultater

I dette kapittelet presenteres studiens funn. Først gis det en kort beskrivelse av de to sykehjemmene i kapittel 4.1. I kapittel 4.2 presenteres funn knyttet til forskningsspørsmål 1, om hvordan mattilbudet og måltidsserveringen var på sykehjemmene. I kapittel 4.3 presenteres funn knyttet til forskningsspørsmål 2, om hvordan sykehjemsbeboernes opplevde ivaretagelse av retten til fullgod mat ut i fra deres tanker, meninger, erfaringer og handlinger. Avsnittene i kursiv er hentet fra feltnotater som ble skrevet under observasjonsperiode, og gjengir beboernes og pleiernes utsagn.

4.1 Beskrivelse av de to sykehjemmene

Sykehjem A lå i utkanten av byen, i et rolig boligområde. Sykehjemmet var relativt nytt. Beboerne hadde stort sett enkeltrom, men noen bodde på dobbeltrom. Alle rommene hadde egne badrom med dusj og toalett. Spisestuen hadde et spisebord der de åtte beboerne som bodde på avdelingen ble servert hovedmåltidene. Spisestuen inneholdt også en kjøkkenkrok med koke- og stekemuligheter, oppvaskmaskin og kjøleskap. I rommet var det også en TV og en sofagruppe. Til tross for landlig utsikt var spisestuen preget av å være i en institusjon.

Sykehjem B lå i sentrum av byen i en rolig gate. Gamle møbler og hjemmekoselige omgivelser møtte meg når jeg kom inn døren. Avdelingen strakk seg over en hel etasje hvor de 20 beboerne bodde. Etasjen inkluderte også en spisestue hvor måltidene ble servert. Et lite kjøkken med koke- og stekemuligheter, oppvaskmaskin og kjøleskap lå i rommet ved siden av. Spisestuen hadde fire bord og et piano. Innredningen i spisestuen var hjemmekoselig med mange planter i vinduskarmene. Utsikten inkluderte et leilighetsbygg i murstein og et stort tre. Alle beboerne bodde på enkeltrom, men toaletter og dusj var på egne rom i gangen. Deler av sykehjemmet var under oppussing og nye badrom var under bygging.

Da det nærmet seg jul ble begge spisestuenes julepyntet. På sykehjem B hadde beboerne bidratt med pepperkakehjerter og julekurver.

4.2 Mattilbud og måltidsservering på sykehjemmene

4.2.1 Mattilbud og organisering av matsservering

I Norge er det vanlig med tre til fire hovedmåltider om dagen (A. Bugge & Døving, 2000). I følge Nasjonalt råd for ernæring sine retningslinjer anbefales det servering av fire hovedmåltider om dagen, og gjerne et mellommåltid for dem som bor på sykehjem (Statens ernæringsråd, 1995). På begge sykehjemmene ble det servert frokost, middag og kveldsmat som hovedmåltider. I tillegg ble det tilbudt et eller to kaffemåltider i tidsrommet mellom frokost og kveldsmaten.

Generell organisering og tilpasning av måltidene

Hovedmåltidene hadde faste tidspunkter for servering på begge sykehjem. De fleste beboerne spiste sine måltider i spisestuen. Kaffemåltidene ble i større grad servert der beboerne oppholdt seg, ofte var dette deres egne rom. I gangen utenfor spisestuen var ukens middagsmeny hengt opp. På sykehjem B var også de ulike tidspunktene for måltidene skrevet opp. Dagens måltidsservering startet med frokost kl. 09.00 på begge sykehjemmene. I helgen hendte det at frokosten ble servert noe senere, men ikke med en forsinkelse på mer enn 15-20 minutter. På sykehjem B serverte de formiddagskaffe i 11-tiden. Tidspunktet for middagserveringen var kl. 13.00 på sykehjem A, og ca. kl. 13.30 på sykehjem B. Ofte ble middagen servert tidligere enn det oppsatte tidspunktet på sykehjem B fordi varmevognene fra kjøkkenet ble kjørt opp på avdelingen nærmere kl. 13.00. Pleierne forklarte dette med at middagen ville bli kald dersom de skulle vente med å servere den. På begge sykehjemmene serverte de ettermiddagskaffe. På sykehjem A ble kaffen servert kl. 16.00, mens tidspunktet var noe mer varierende på sykehjem B. På tavlen i gangen sto det at ettermiddagskaffen skulle serveres kl. 15.30, men i praksis ble den servert fra kl. 14.45 og utover ettermiddagen.

Kveldsmaten ble servert kl. 18.00 på sykehjem A og ca. kl. 18.30 på sykehjem B.

På sykehjem A var det mellom fire og sju beboere som var til stede under måltidene i spisestuen av totalt åtte beboere på avdelingen. På sykehjem B bodde det 20 beboere, der mellom 11 og 15 beboere var til stede under hovedmåltidene i spisestuen. Beboerne som ikke spiste i spisestuen fikk stort sett servert mat på rommet til de oppsatte måltidstidspunktene. Hvor den enkelte beboer ble servert de ulike måltidene varierte noe fra dag til dag. På dette området var det også noe ulik praksis mellom de to sykehjemmene. Pleierne og beboerne gav inntrykk av en større grad av fleksibilitet om når og hvor beboerne kunne spise på sykehjem B

sammenliknet med sykehjem A. På begge sykehjemmene var det beboere som spise frokosten sin på et senere tidspunkt i spisestuen. Dette var ofte beboere som hadde behov for mye hjelp under morgenstellet, og som satt i rullestol. Det var ikke vanlig at beboerne kom senere til måltidene i spisestuen til de andre måltidene.

Måltidene bar preg av å være organiserte og ha faste rutiner. På sykehjem B var det en liste på avdelingskjøkkenets kjøleskap over alle beboerne. Listen inneholdt oversikt over hvilke beboere som smurte på brødsnivene selv. Dersom de ikke gjorde det, stod det hvilke pålegg de likte, om de skulle ha egg eller ikke og om de spiste brød med eller uten skorpe. Det stod også hvilken drikke de likte og om de drakk kaffe, med eller uten fløte. Det var en liste for frokost og en for kveldsmat. Det var ingen liste over beboernes matpreferanser eller spesielle behov knyttet til matservering på sykehjem A. Det hang imidlertid lister over MNA screening av underernæring, tiltak for å redusere nattfaste, tips til tidlig frokost og senkvelds og oppskriftshefte på smoothies på veggen i spisestuen.

Oppsummering: Måltidsserveringen bar preg av faste rutiner. Det var noe større variasjon knyttet til tidspunkt for når de ulike måltidene ble servert på sykehjem B sammenliknet med sykehjem A. På sykehjem B hadde de lister over beboernes ønsker og spesielle behov knyttet til mat. Dette var det ikke på sykehjem A. Den største andelen av beboerne på avdelingene spiste hovedmåltidene sine til de oppsatte tidspunktene i spisestuen. Både pleierne og beboerne på sykehjem B gav inntrykk av at det var større fleksibilitet om når og hvor beboerne kunne spise sine måltider, sammenliknet med sykehjem A.

Frokost

Frokosten som ble servert bestod i hovedsak av brødmat og ulike pålegg på begge sykehjemmene. Det var pleierne som lagde i stand frokosten. Kjøttpålegg og ost i skiver ble lagt på fat, av og til pyntet pleierne opp med oppskåret paprika, tomat eller agurk. Syltetøy og andre pålegg som sild eller reker ble lagt i små skåler før de ble satt på bordet. Andre pålegg som Blue Castello, tubeoster, prim og bordpakninger med margarin ble satt rett på bordet. Brød og knekkebrød ble lagt i kurver og satt på bordet. Kaffe og te vann lagde de på avdelingskjøkkenet. Kald drikke ble satt ut på bordet eller en tralle. Det var i hovedsak pleierne som skjenket drikke.

Pleierne på begge sykehjemmene gav uttrykk for at det ble servert havregrøt daglig og egg på onsdager og søndager. Dette ble laget på sykehjemmets kjøkken på sykehjem B og kjørt opp

på avdelingen om morgenen. Det ble servert egg og havregrøt som planlagt i hele observasjonsperioden på dette sykehjemmet. På sykehjem A var det pleierne som lagde havregrøt og egg på avdelingskjøkkenet. Dette gav pleierne rom for å variere hvordan egget skulle tilberedes, men det gjorde det også mer sårbart dersom pleierne ikke hadde tid til å tilberede maten. En av søndagene jeg var på sykehjem A ble det laget omelett. Det var ellers ikke tilbud om egg de andre onsdags- og søndagsmorgenene jeg var på sykehjem A.

Utvalget i pålegg, drikke og type brød som ble tilbudt varierte noe mellom sykehjemmene. Det var også noe variasjon i forhold til hva den enkelte beboer på avdelingen fikk servert. På sykehjem B var det enkelte beboere som fikk ferdig påsmurt mat, enten fordi de ikke klarte å smøre selv eller fordi frokosten ble servert på rommet. Tallerkenene med påsmurt ble gjort i stand på forhånd og satt i kjøleskapet med plastfolie over. Den påsmurte maten bestod av ulike pålegg og ulike størrelser på brødbitene. Det virket som om hver tallerken var tilpasset den enkelte beboeres preferanser og tyggefunksjon. Dette gjaldt også de beboerne som fikk servert frokosten sin på rommet. Ved to av de fire bordene i spisestuen smurte beboerne på maten selv. På det ene bordet satt det vanligvis tre beboere, to menn og en dame. Det var vanskelig å kommunisere med dem, da en hadde afasi og en annen hadde nedsatt syn og hørsel og den siste pratet veldig lite. Ved plassen til en av beboerne sin plass stod det hver morgen Blue Castello og Bremykt, mens det ved den andre beboeren stod syltetøy og Bremykt. Den siste beboeren fikk ferdig påsmurt brødmat. På det andre bordet, hvor beboerne smurte selv var det et bredt utvalg av ulike pålegg hver morgen. Ved dette bordet satt det vanligvis fire damer. I følge en av pleierne hadde de ved dette bordet forsøkt å sette sammen de mest klare beboerne. Vanlig påleggsutvalg på dette bordet var sild, gulost, salami, jordbærsyltetøy, rekeost, skinkeost, prim, majones, snøfriskost, tomat og agurk i skiver. Det var pleierne som serverer beboerne drikke til frokosten. Det virket som om det var en fast rutine hva den enkelte skulle ha å drikke. På plassen til flere av beboerne var kald drikke skjenket opp før beboerne satte seg til frokosten. Flere beboere fikk to glass med drikke til måltidene, for eksempel eplejuice og surmelk.

”Vi vet hva de (beboerne) skal ha, eller så spør vi. Kaffe skjenker vi når beboerne kommer til frokosten”

Pleier, sykehjem B.

På sykehjem A var det ingen beboere som fikk ferdig påsmurt på forhånd. Dersom en beboer skulle ha frokost på rommet ble dette laget i stand av pleierne i løpet av frokostserveringen.

Det var kun åtte beboere på avdelingen og spesielle behov som å lage til frokost til dem som spiste på rommet kunne lettere tilpasses i løpet av måltidet. I observasjonsperioden gjaldt dette kun en til to beboere per måltid. Pålegg, brød og margarin ble satt på spisebordet slik at beboerne kunne forsyne seg med det de ønsket. Ved tallerkenen til en av beboerne ble det hver dag plassert en yoghurt og en kaviartube. Beboerne ble skjenket drikke av pleierne. Det virket som det også på dette sykehjemmet var en fast rutine på hva beboerne skulle ha å drikke, da det hendte at pleierne skjenket juice uten å spørre beboerne. De dagene det ikke var eplejuice på avdelingen, hendte det at alle ble servert appelsinjuice. En oversikt over matvarene som ble tilbudt til frokostene i observasjonsperioden er vedlagt (Vedlegg 2)

Oppsummering: Til frokost var det tilbud om brødmat og ulike pålegg som oster, kjøttpålegg, fiskepålegg og syltetøy. Alternativt kunne beboerne få havregrøt. På onsdager og søndager var det vanligvis tilbud om egg. I praksis ble tilbudet om egg fulgt bedre opp på sykehjem B. Drikkeutvalget bestod av kaffe, te, juice og melk. Det var noen forskjeller mellom de to sykehjemmene i forhold til hvilke mat- og drikkevarer som ble servert til frokostmåltidet. Det var større variasjon i mattilbudet på sykehjem B sammenliknet med sykehjem A. Dette hadde en sammenheng med om beboerne smurte maten selv eller ikke. På sykehjem B satt beboerne spredt på flere bord og det var flere beboere som hver dag fikk ferdig påsmurt. På sykehjem A satt alle beboerne rundt samme bord og det var i større grad lagt opp til at beboerne skulle smøre på maten selv.

Middag

På begge sykehjem ble det servert middag tidlig på ettermiddagen. Hver dag ble det servert hovedrett samt forrett eller dessert. Ved servering av forrett bestod denne alltid av suppe. Vanligvis var det kun et alternativ på menyen slik at alle fikk servert den samme middagen. Unntaket var de dagene det var risengrynsgrøt eller fisk til middag. På sykehjem A var middagen laget på et sentralkjøkken. Middagen ble varmet opp på kjøkkenet i underetasjen på sykehjemmet og kjørt opp i et varmeskap til avdelingen. I helgene måtte pleierne hente opp varmeskapet til avdelingen selv. På sykehjem B ble maten laget på sykehjemmets eget kjøkken. Middagen ble kjørt opp til avdelingen i en varmevogn rett før middagserveringen.

Det var pleierne som serverte middagen. På sykehjem A la pleierne opp maten på tallerkenen til beboerne. Størrelsen på porsjonene de serverte varierte noe fra beboer til beboer. De dagene det var dessert ble den ofte servert fortløpende når den enkelte beboer var ferdig med å spise hovedretten. På sykehjem B ble beboerne vanligvis servert fra serveringsfat i stål som

pleierne gikk rundt med i spisestuen. De som klarte det forsynte seg selv. Enkelte dager ble beboerne servert ferdig porsjonerte middager av pleierne. Drikke til middagen var vann, og noen ganger ble det servert saft i tillegg. På søndagene fikk de som ønsket det tilbud om vin til maten på sykehjem B. Ofte, men ikke alltid fikk beboerne tilbud av pleierne om påfyll av middagen. Dette tilbudet takket beboerne sjeldent ja til.

Middagsrettene var i stor grad i tråd med et tradisjonelt norsk kosthold (Amilien & Krogh, 2007; A. Bugge & Døving, 2000; Notaker, 2009) der kokte poteter, kokte grønnsaker og saus med kjøtt eller fisk var vanlige ingredienser. Ved et tilfelle hadde sykehjem B vannlekkasje. Dette førte til servering av kald middag, noe som var unntak fra normen. Basert på ukemenyene i observasjonsperioden inneholdt middagsrettene på sykehjem A nesten daglig kokt potet. Pannekaker var et eksempel på andre typer middager som ble servert. På sykehjem B ble det servert potetmiddager 3-4 ganger i uken. Eksempler på andre typer middagsretter var lapskaus, trøndersodd, pannekaker, pai, stekte kjøttboller med pasta og pytt i panne med speilegg. Her var det også noe større variasjon i grønnsakstilbehøret til middagsrettene som salater og stuinger. Begge sykehjemmene hadde fiskemiddager to ganger i uken. Stort sett bestod disse måltidene av dampede fiskestykker eller farseprodukter av fisk. På sykehjem B ble det også tilbudt stekt fisk. På begge sykehjem bestod kjøttrettene ofte av farseprodukter. Til søndagsmiddagene var det stek eller gryterett av okse eller svinekjøtt. Risengrynsgrot var fast middagsrett på lørdagene, da ble det imidlertid også tilbudt en alternativ rett. På sykehjem A bestod alternativet alltid av betasuppe. Suppene som ble servert til forretter var stort sett ulike buljongbaserte eller kremede grønnsakssupper som spinatsuppe, purresupper, ertesupper og tomatsuppe. Vanlige desserter var fruktsupper eller -kompotter, fromage, mousse eller ulike puddinger. Frisk frukt ble servert etter lørdagsgrøten. På sykehjem B ble det også servert yoghurt, bær og krem og iskrem til dessert.

På begge avdelingene var det beboere som hadde behov for moset middag på grunn av dårlig tyggefunksjon. Sykehjem B moste middagsrettene selv med stavmikser, basert på den middagen de andre beboerne fikk. På sykehjem A benyttet de seg av en ekstern leverandør som har spesialisert seg på å lage mat med tilpasset konsistens. De moste middagsrettene kom til sykehjem A i porsjonspakninger der kjøtt, grønnsaker og poteter var fordelt i hver sin lille porsjon. Saus kom i tillegg. Denne leverandøren markedsfører seg med at den mosede maten skal gi et syns- og smaksinntrykk tilnærmet lik en vanlig middagsrett. Likevel blandet pleierne på sykehjem A alt sammen i en skål. En frisk grønn brokkolipuré, moset laks i skive

og potetmos med saus endte opp i en brun masse. Det gav et lite appetittvekkende inntrykk og gjorde det sannsynligvis vanskelig for beboeren å skille de ulike smakene fra hverandre.

På sykehjem B ble jeg tilbudt middag de dagene jeg var på avdelingen. Dette gav meg muligheten til å spise sammen med beboerne og smake på maten. Det varierte hvor fristende middagene så ut, men stort sett smakte maten godt. Et eksempel var en søndagsmiddag da det stod sosekjøtt på menyen. Middagsretten besto av godt kokte, vasne grønnsaker, poteter og kjøtt kokt i tykk saus. Til dessert var det sjokoladepudding, liknende den som kjøpes i butikken. Vaniljesausen virket hjemmelaget og hadde sorte prikker. Det smakte godt, selv om kjøttet lett satt seg mellom tennene. Maten gav assosiasjoner til typisk norsk mat. På sykehjem A satt jeg ofte sammen med beboerne under middagsmåltidene, men spiste ikke middag. Det hendte beboeren ved siden av spurte om jeg også ville ha mat. Siden pleierne gav inntrykk av at det var lite mat, takket jeg høflig nei. I bakgrunnen hendte det at jeg hørte pleierne kommentere halvhøyt at det egentlig ikke var beregnet mat til dem. Det hendte likevel at pleierne tok seg litt å spise, mens de ble stående ved kjøkkenbenken. En oversikt over middagsrettene som ble servert i løpet av under observasjonøktene er vedlagt (Vedlegg 3).

Oppsummering: Det ble servert varm mat til middag. Hver dag ble det servert suppe eller dessert i tillegg til hovedretten. Buljongbaserte eller kremede grønnsakssupper ble ofte servert til forret. Hovedretter med kokte poteter, kokte grønnsaker, saus og farseprodukter av fisk og kjøtt var vanlige ingredienser i hverdagsmiddagene. I helgene var det lørdagsgrøt og på søndagene var det gjerne litt flottere kjøttretter som stek eller gryterett. Desserten hadde ofte en konsistens det var lett å tygge som pudding, fruktgrøter eller yoghurt. På sykehjem A ble det oftere servert potetmiddager. Ut i fra middagsmenyen var det større variasjon i middagene på sykehjem B. Saft eller vann ble servert som drikke og på sykehjem B fikk beboerne tilbud om vin på søndagene. Moset middag ble tilbudt til beboerne med tyggevaner. Sykehjem A benyttet en ekstern leverandør av moset mat, mens sykehjem B moste den middagen de andre beboerne fikk.

Kveldsmat

Kveldsmaten bestod av brødmat. På begge sykehjem begynte en pleier å gjøre i stand til kveldsmaten en til to timer før servering. På sykehjem B serverte de ferdig påsmurte halve brødsiver. En av kveldene var det blåmuggost, brunost, gulost med paprika, skinke med en tomatbåt, mandarinbåt og sur agurk. En annen kveld var påleggsutvalget røkelaks, kokt egg i

skiver og sennepssaus, brunost og ridderost med paprika. Det var det samme utvalget og servering av drikke som til frokosten, i tillegg var det tilbud om kakao. På samme måte som til frokosten var det enkelte beboere som fikk ferdig påsmurt mat på egen tallerken. De ble stående på benken frem til servering med plastfolie over og romnummeret skrevet på. En av kveldene var påleggsutvalget på disse påsmurte brødsnivene skinke med en tomatbåt, mandarinbåt og sur agurk, gulost, reker og rekeost, syltetøy, prim, brunost og gulost med syltetøy. Selv om ferdig påsmurte brødsniv var det som ble tilbudt til kveldsmaten, var det en beboer som smurte selv. Han fikk margarin og syltetøy på bordet. En annen beboer fikk middagsmat også til kveldsmaten, mens en tredje beboer fikk et glass Biola og et glass vann på rommet. Sistnevnte beboer gikk aldri ned til spisestuen når det var kveldsmat. Det var også beboere som fikk servert brødmat både før og etter tidspunktet for kveldsmaten. Noen av disse beboerne satt i stuen og spiste mat mens andre fikk servert mat på rommet. Dette gav inntrykk av at måltidet på sykehjem B var tilpasset beboernes ønsker og behov, men til en viss grad begrenset ut i fra de ressursene som var tilgjengelige i form av mattilbudet og hvor mye tid pleierne hadde tilgjengelig.

På sykehjem A valgte beboerne pålegg selv, ut i fra hva pleieren plasserte på bordet. Pleieren smurte på halve brødsniv med margarin på forhånd. Disse ble lagt på fat med plastfolie over, og satt i kjøleskapet frem til kveldsmaten. I tillegg ble det satt frem fine knekkebrød på bordet. Servering og utvalg av mat og drikke var mye det samme som til frokosten. En kveld bestod påleggsutvalget av gulost og brunost i skiver, rekeost og kaviar, samt syltetøy med redusert sukkerinnhold for avdelingens diabetikere. En annen kveld bestod utvalget av sursild, jordbærsyltetøy, marmelade, gulost, brunost, blåmuggost, servelat, tomat i skiver, paprika i biter og et syltetøyglass med dia syltetøy. Drikketilbudet var juice, melk, kaffe eller te. Beboeren som fikk yoghurt til frokosten fikk et yoghurtbeger plassert ved tallerkenen sin også til kveldsmaten. Det hendte at beboerne fikk servert kveldsmat på rommet sitt.

I løpet av observasjonsperioden var jeg en av fredagskveldene på sykehjem A. Ut i fra mattilbudet under kveldsmaten gav det inntrykk av å være en vanlig hverdag. Litt ut i kveldsmatserveringen kom en pleier fra en annen avdeling og spurte meg om jeg ville ha et varmt ostesmørbrød. Jeg takket ja, siden jeg var ganske sulten. Da pleieren kom tilbake spurte han også to av beboerne rundt bordet om de ville ha. Begge beboerne takket nei, da de nesten var ferdig med å spise kveldsmaten sin. De andre beboerne rundt bordet ble ikke spurt. I etterkant fikk jeg dårlig samvittighet over å spise noe annet enn beboerne. Jeg fikk en

opplevelse at noe så enkelt som et varmt ostesmørbrød var en sjelden vare i sykehjemmets mattilbud. Sykehjemmets fredagsmat var i hovedsak lik maten på ukedagene, mens det for befolkningen ellers vil være mer likhet mellom fredagsmaten og helgematen (Døving, 2003).

På begge sykehjemmene sa pleierne at de serverte ”noe litt ekstra” til kveldsmaten på lørdager. Karbonader ble trukket frem som eksempel på en vanlig lørdagsrett. I løpet av observasjonsperioden var jeg på sykehjem B en lørdagskveld. Det ble da servert pizza Grandiosa. Det var pleierne som stekte pizzaene på avdelingen. Fra storkjøkkenet hadde de også fått et stort fat med halve brødsiver med smør og brunost eller gulost. Det var tilbud om kakao, kefir, appelsinjuice, eplejuice, melk og kaffe som drikke til maten. Siden det ofte ble servert noe ekstra til kveldsmaten på lørdager, kunne det gi pleierne litt ekstra arbeid knyttet til måltidsserveringen. I følge en av pleierne på sykehjem A kunne det være litt stress å lage i stand kveldsmaten på lørdagen, spesielt hvis det ikke var mange på jobb.

”På lørdagskvelden får de ”lørdagskos”. Likevel smører vi brødsiver. Mange av beboerne vil ha brød med syltetøy uansett. Du vet de mister smaken. Det er bare to her som spiser pizza, salat liker de ikke, det er de jo ikke vant med. Karbonader og løk går greit.”

Pleier, sykehjem A.

Oppsummering: Mattilbudet ved kveldsmaten bestod i stor grad av det samme som ble servert til frokost. På sykehjem B fikk stort sett alle beboerne tilbud om ferdig påsmurt brødmat, mens på sykehjem A smurte beboerne selv. Mattilbudet ved kveldsmaten på lørdagene skilte seg ut. Da ble det i følge pleierne servert ”lørdagskos”, noe litt ekstra til måltidet som for eksempel karbonader, en pastarett eller pizza.

Kaffemåltid

På begge sykehjem ble det servert kaffemåltider hver dag, men det var noen ulikheter mellom de to sykehjemmene. På begge sykehjemmene oppholdt de fleste beboerne seg på rommene sine i tiden mellom måltidene. De fleste fikk derfor servert kaffemåltidene der. Kaffemåltidet kunne også bli servert i gangen eller i spisestuen. På begge sykehjem ble det servert kaffe med eller uten fløte eller saft, mens kaketilbudet varierte. På sykehjem B ble det til formiddagskaffen servert kjeks som vaffelkjeks, Mariekjeks eller sjokoladekjeks i ukedagene. I helgene bestod måltidet ofte av kake eller vafler som pleierne lagde. I ukedagene kunne kaffemåltidet ofte bli servert i sammenheng med en aktivitet i spisestuen. Til ettermiddagskaffen varierte utvalget blant annet mellom boller med glasur, fyrstekake og

krydderkake som sykehjemmets kjøkken hadde bakt. Det ble også benyttet industribakte kaker. Det var mulighet til å få mer enn et kakestykke for de beboerne som ønsket det. På sykehjem A var det kun ettermiddagskaffe. Det var ofte ulike formkaker som krydderkake eller frukt og nøttekake. Disse var bakt på storkjøkkenet. Ofte var det et alternativt tilbud til beboerne med diabetes som rullekake, lys kake med hermetiske mandariner eller kokosmakroner. Dette var ferdig oppskårne kakestykker, der det var beregnet et kakestykke per beboer. En oversikt over mattilbudet ved kaffemåltidene i observasjonsperioden er vedlagt (Vedlegg nr 4).

Oppsummering: På sykehjem B var det to kaffemåltider om dagen, mens det på sykehjem A var ett. Det var noe større variasjon i kakene som ble servert på sykehjem B, sammenliknet med sykehjem A. På sykehjem B var det også mulighet til å få så mye kake en ønsket. Kaffemåltidet ble i stor grad servert der beboerne oppholdt seg, ofte var dette på beboernes rom. På sykehjem B var det beboere som fikk servert kaffemåltidet i spisestuen, det var ikke tilfelle på sykehjem A.

Mat og drikke utenom måltidene

Det ble på begge sykehjemmene tilbudt lite mat og drikke mellom måltidene. På sykehjem B, hvor de gav inntrykk av mer fleksibilitet omkring måltidsserveringene, var det noen beboere som spiste sine hovedmåltider på andre tider enn de oppsatte tidspunktene. Det hendte også oftere at beboere spiste eller drakk noe utenom måltidene på dette sykehjemmet. På sykehjem A var det kun en beboer som ble servert hovedmåltidene på andre tider enn de oppsatte måltidstidspunktene. Mat og drikke som ble tilbudt utover måltidsserveringen var mer tilfeldig og ofte på initiativ av pleierne. Dette gjaldt begge sykehjemmene. Et slikt tilbud kunne eksempelvis være saft, kaffe, frukt, fruktsalat, kakao og sjokolade. Alle måltidene ble servert i tidsrommet mellom frokosten kl. 09.00 og kveldsmat ca. kl. 18.30. For de beboerne som spiste tilstrekkelig til måltidene, var det ikke nødvendigvis et behov for servering av mat i tiden mellom frokost og kveldsmat. For beboerne kunne det imidlertid bli et langt opphold uten matservering i tiden mellom kveldsmaten og frokosten. Både pleierne og beboerne gav inntrykk av at det var lite faste rutiner for matservering i dette tidsrommet. Dette var også noe beboerne i liten grad etterspurte.

Mat og drikke ble tilbudt i forbindelse med aktiviteter som sykehjemmet arrangerte. Mattilbudet i denne sammenheng var gjerne kaffemat eller lignende. Hvilke aktiviteter og hvor ofte slike aktiviteter ble arrangert varierte mellom de to sykehjemmene. Det kunne være

en gang per uke, en gang per måned eller sjeldnere. Eksempler på aktiviteter var dans, ballkasting, konsert, utflukter og lørdagskafé. Ballkasting i gangen på sykehjem A ble arrangert under en av observasjonsøktene. Beboerne som deltok fikk en sjokolade som premie. På sykehjem B ble det arrangert dans i stuen i første etasje annen hver uke. Den dagen jeg var til stede ble det servert Mozell da beboerne kom. Kaffe og vafler ble servert da de var ferdige ca. kl. 12.00. På begge sykehjemmene deltok under halvparten av avdelingens beboere på disse aktivitetene.

Beboernes tilgang på mat og drikke var begrenset utover det sykehjemmet tilbød. Dette hadde en sammenheng med at beboerne sjelden eller aldri var utenfor sykehjemmet. Begge sykehjemmene hadde kiosk eller kafeteria i første etasje. Ved kun en anledning opplevde jeg at en beboer var alene i kafeteriaen. Dette var på sykehjem A. Beboeren kjøpte da sjokolade og kaffe. Han sa at sjokoladene i hovedsak var ment for å gis bort til de pleierne som fortjente en ekstra påskjønnelse. Det hendte også at andre beboere var i kafeteriaen, men da var det som regel i følge med pårørende eller en pleier. På sykehjem B var det kun en beboer som gikk utenfor sykehjemmet alene. Ingen av de andre beboerne var utenfor avdelingen på egenhånd. Det å gå ned i kiosken i første etasje ble ikke omtalt som vanlig av verken pleiere eller beboere.

Hovedkilden til mat og drikke utover sykehjemmets mattilbud var gjennom beboernes pårørende. Hvor ofte beboerne fikk besøk, eventuelt ble tatt med ut fra sykehjemmet, varierte. En beboer var ofte på utflukt med sine pårørende både på besøk hjemme hos dem, ute på restaurant eller på andre aktiviteter. Det hendte også at andre beboere ble tatt med ut fra sykehjemmet som på middagsbesøk til familien sin. På sykehjemmet var det vanligvis mat- og drikkevarer som brus, vin, potetgull og sjokolade beboerne fikk av sine pårørende. Det hendte også at pårørende tok med enkelte matvarer som beboeren var spesielt glad i. En beboer fikk ukentlig frisk frukt, mens en annen fikk kald ribbe og småkaker i førjulstiden. En annen fikk sjokolade og Solo, mens en tredje fikk vin som hun drakk et glass av hver kveld. Mat og drikke som beboerne fikk, ble ofte oppbevart på beboernes rom. Noen beboere hadde vansker med å bevege seg alene eller huske at de hadde egen mat og drikke på rommet. Mange var derfor avhengige av at pleierne gjorde dette tilgjengelig for dem. Dette kunne gjøres ved at pleierne husket på å tilby dem dette, eller ved at det ble lagt frem til beboeren slik at de fikk tilgang til matvarene mens de satt på rommet sitt.

Oppsummering: Beboerne var sjelden utenfor sykehjemmet. Deres kosthold bestod derfor i hovedsak av det de fikk tilbud om på sykehjemmet. Det beboerne spiste var stort sett i forbindelse med sykehjemmets måltider og det var mer tilfeldig om eller hva de spiste utenom måltidene. Dersom beboerne spiste noe utenom måltidene var det stort sett ut i fra hva pleierne tilbød dem. På sykehjem B hendte det oftere at beboerne fikk tilbud om mat eller drikke i tiden utenom måltidene, sammenliknet med sykehjem A. Verken sykehjem A eller B hadde faste rutiner for mattilbudet mellom kveldsmat og frokost. Mat og drikke som beboerne fikk ut over sykehjemmets mattilbud var derfor stort sett fra pårørende.

Mat og måltidsservering i førjulstiden

Deler av observasjonsperioden foregikk i desember. Det var derfor naturlig for meg å se på hvilke følger høytiden fikk for mat- og måltidsserveringen på sykehjemmene. Dette preget også mattilbudet og ulike aktiviteter som ble arrangert på sykehjemmene i førjulstiden. For beboerne på sykehjem B ble det blant annet arrangert en busstur for å se på Oslos julepyntede gater. Det ble servert pepperkaker og julekaker, kakao, kaffe og gløgg i løpet av turen. En annen dag ble det arrangert pepperkakebaking for beboerne på avdelingen. På sykehjem A hadde de arrangert baking tidligere år, men ikke i denne julen.

Det ble arrangert julefest for beboerne på begge sykehjemmene. Det var sykehjemmets ledelse som stod bak arrangementet. Festen ble holdt på dagtid. Under middagen var det ulike underholdningsinnslag med julesang, pianospill og tale fra sykehjemmets ledelse. På sykehjem B var beboernes pårørende også invitert. På sykehjem B ble festen holdt i en stor stue i første etasje. Den var hjemmekoselig med pyntede border, gamle møbler, flygel, juletre og et fuglebur. I en varmevogn fra kjøkkenet var det ribbe, medisterkaker, julepølse, kokte poteter, brun saus og surkål. Drikketilbudet var rødvin, Mozell og vann. Til dessert ble det servert porsjoner med riskrem og rød saus med kaffe til. Både pleiere og pårørende hjalp til å servere. Noen beboere fikk hjelp til å kutte opp maten og noen spiste med skje. Noen beboere fikk også utdelt medisiner til måltidet. Både beboere, pårørende og pleiere spiste sammen. Det var 14 beboere fra avdelingen, 12 pårørende og tre pleiere. Julefesten ble arrangert felles for to avdelinger denne dagen. Pleierne gav inntrykk av at de ønsket å gjøre det til en festopplevelse for beboerne. Flere av beboerne hadde pyntet seg. Maten var laget på sykehjemmets kjøkken og gav inntrykk av å være masseprodusert. Ribbestykkene var litt tørre og både medisterkakene, surkålen og den røde sausen virket industrilaget. Det smakte

godt, men gav ikke inntrykk av å være det flotteste festmåltidet. Salmen ”Deilig er jorden” ble sunget som en avslutning på måltidet, da de fleste var ferdige å spise.

På sykehjem A ble julefesten arrangert i den julepyntede kafeteriaen for alle beboerne på sykehjemmet. Det var to beboere fra avdelingen som ikke deltok. Ansatte i sykehjemmets ledelse serverte porsjonerte tallerkener med pinnekjøtt, potet og kålrabistappe. Beboerne fikk velge mellom øl med og uten alkohol, brus, Farris og vann som drikke til. ”Glade jul” ble sunget som allsang, mens middagen ble servert. Noen beboere var med og sang. Maten gav et inntrykk av å være hjemmelaget. Kjøttet smakte godt og salt. Det var god smak på både potetene og kålrabistappen. Til dessert serverte de fruktsalat og krem. Mot slutten av måltidet var det flere beboere som ble urolige. Måltidet fikk ingen ordentlig avslutning fordi noen begynte å gå fra bordet, mens andre fremdeles spiste.

Mange av de tradisjonelle norske julerettene ble servert i førjulstiden på sykehjemmet (A. Bugge, 2006). Lutefisk med bacon, skinkestek med surkål og medisterkaker sto blant annet på middagsmenyen. Andre påleggsvarianter som sylte og røykelaks ble servert til brødmåltidene. Selv var jeg ikke til stede på sykehjemmene i juledagene, men basert på samtaler med beboerne og pleierne fikk jeg likevel noe innblikk i mat- og måltidsserveringen denne perioden. På sykehjem B skulle det være tilbud om kaffe og kaker på julaften hele dagen for besøkende og beboere. På begge sykehjem var det ribbe med tilbehør og riskrem til dessert på julaften. Finere middagsretter som kveite og oksestek stod på menyen første og andre juledag på sykehjem A. På sykehjem B stod røkt svinekam på menyen første juledag. For mange nordmenn er risengrynsgrøt med mandel en måte å innlede julen på (A. Bugge, 2006). På sykehjem B ble det lille julaften servert rømmegrøt.

Oppsummering: Mange av de tradisjonelle norske julerettene ble servert i førjulstiden og i julen på sykehjemmene. Blant annet stod ribbe, pinnekjøtt, lutefisk og skinkestek på menyen. Julekaker, gløgg, røykelaks og sylte ble også servert. Aktiviteter knyttet til julen ble arrangert på begge sykehjem, der julemat var en viktig del. Det var noen flere slike julerelaterte aktiviteter på sykehjem B sammenliknet med sykehjem A.

4.2.2 Pleiernes rolle i mattilbud og måltidsserveringen

Det var pleierne som sto for tilberedning, serveringen og bestilling av mat til måltidene. Middagen kom opp på avdelingen ferdig tilberedt, samtidig med kakene til

ettermiddagskaffen. Til de andre måltidene var det pleierne som sørget for å bestille matvarer og å lage i stand til måltidene. På sykehjem A bestilte pleierne mat fra kjøkkenet tre dager i uken; mandag, onsdag og fredag. Et utvalg matvarer var oppført på en liste, der pleierne krysset av det de trengte på avdelingen. På sykehjem A ble matvarene plassert på en hylle som tilhørte avdelingen på et kjølerom i underetasjen. Hvis pleierne manglet noe før et måltid som pålegg, juice, melk eller grønnsaker gikk pleierne ned der for å hente det. Dersom ikke matvaren var på deres hylle, hendte det at pleierne tok fra en av de andre avdelingenes hylle. I helgen åpnet ikke kjølerommet før kl. 11.00. Da måtte pleierne eventuelt gå til et av de andre avdelingskjøkkenene. På sykehjem B bestilte pleierne mat hver dag ved å fylle ut et skjema de leverte til kjøkkenet. En tralle med de bestilte frokostvarene kom opp på avdelingen hver morgen ca. kl. 08.00. De kunne også tilføre andre matvarer som de ønsket på denne listen. Pleierne på sykehjem B gav inntrykk av at mattilbudet var relativt fleksibelt og variert. Fordelen ved å ha eget kjøkken på sykehjemmet ble fremhevet og pleierne gav inntrykk av at dette bidro til et bedre mattilbud.

”Det er jo folk på kjøkkenet her hver dag, så det er bare å gå ned. Sammen med en kollega bestilte vi både laks og reker en gang for å se om det kom, og det gjorde det. Vi kan bestille hva vi vil, så kommer det jo an på om kjøkkenet gir det til oss.”

Pleier, sykehjem B

Pleierne hadde en sentral og viktig rolle under måltidene ved å sørge for at beboerne fikk mat, men også ved å bidra til fellesskap under måltidene. Ulik ideologi på de to sykehjemmene gav pleierne litt ulike roller under måltidsserveringen. Dette fikk følger for pleiernes handlinger og dermed beboernes måltidssituasjon. På sykehjem A gav pleierne i større grad inntrykk av at dette var deres arbeidsplass fremfor beboernes hjem. Beboerne som sølte når de spise ble omtalt som ”unger som griser med maten”. Mange pleiere på sykehjem B gav i større grad inntrykk av at her skulle ting skje på beboernes premisser. Det var et fokus på å trives sammen. Samtidig fikk beboerne i større grad mulighet til å bestemme egen døgnrytme og å spise måltidene hvor og når de ønsket det. Dette bidro i følge pleierne til å skape et godt miljø mellom de eldre og de ansatte.

”De bor jo på en arbeidsplass. Tenk om vi liksom skulle bodd på et bakeri”.

Pleier, sykehjem A

På sykehjem B var det lagt opp til at pleierne skulle sitte sammen med beboerne under måltidene. Pleierne hadde ikke egne matpauser i løpet av arbeidsvaktene. De fikk mat fra sykehjemmet dersom de satt seg ved bordene og spiste sammen med beboerne. Dette førte til at det vanligvis var en eller flere pleiere som deltok under måltidene. På sykehjem A var det mindre vanlig at pleierne satt sammen med beboerne og spiste under måltidene. Dette gjaldt spesielt under middagsmåltidet. På sykehjem A hadde pleierne egne matpauser og det var ikke beregnet mat til pleierne slik at de kunne spise middag sammen med beboerne. Pleierne fungerte i større grad som serverings- og ryddepersonale på sykehjem A. I følge pleierne var det også et større fokus på at beboerne i stor grad skulle klare seg selv under måltidene. Det hendte at beboerne ble sittende alene i spisestuen uten at noen pleiere var til stede. På dette sykehjemmet gav pleierne inntrykk av at måltidene skulle vare en viss tid. De kunne si at måltidet var over eller gi uttrykk for å være sent ute med måltidsserveringen. Dette gav et større inntrykk av at måltidene bare var en del av de rutinene pleierne skulle gjennom i løpet av vaktene. En beboer kommenterte at han ikke hadde dårlig tid, da han gikk fra bordet en av dagene. Det kunne virke som om disse effektive måltidene i større grad ble gjennomført på pleiernes, fremfor beboernes premisser.

”De må klare seg så mye som mulig selv. Det er viktig. Det gjelder å smøre mat selv, pusse tennene og vaske seg i ansiktet. De skal ikke få hjelp til alt, selv om noen av beboerne ønsker det. Av og til kan de ringe på, bare for at vi skal gi dem glasset med vann på rommet. Da sier jeg at det må de klare selv.”

Pleier, sykehjem A

Pleierens tilstedeværelse under måltidene hadde en sammenheng med hvor god tid de hadde. Dette kunne være en utfordring på begge sykehjemmene. Likevel var det vanlig at en eller flere pleiere satt seg ned mot slutten av frokosten, og av og til kveldsmaten, for å ta noe å spise eller drikke på begge sykehjemmene. Hvor lenge de ble sittende og hvor mye de pratet med beboerne varierte fra dag til dag, men også fra pleier til pleier. Generelt sett satt pleierne oftere og spiste sammen med beboerne på sykehjem B sammenliknet med sykehjem A. Det kunne virke som om pleierne på begge sykehjemmene, hadde mer tid rundt slutten av frokosten og kveldsmaten sammenliknet med middagen.

De fleste beboerne spiste og drakk selv under måltidene. Flere av beboerne trengte hjelp eller en form for tilrettelegging av pleierne når de skulle spise. Noen beboere fikk hjelp til servering av mat og drikke. Andre fikk hjelp til å kutte opp maten i passelige biter og noen

fikk hjelp til å spise. I løpet av de måltidene jeg var til stede så det ut som om flere beboere glemte å spise den maten de hadde på tallerkenen, eller drikke det de hadde i glasset. Dette var hovedsakelig de beboerne som hadde en form for kognitiv svikt. Det var flest slike beboere på sykehjem B. Ulike tiltak ble iverksatt av pleierne for å få beboerne med kognitiv svikt til å spise, eksempelvis vekke dem som sov eller røre på skjeen og å si at beboeren burde spise. Dette var likevel ofte ikke tilstrekkelig påvirkning for at beboerne spiste eller drakk opp. Disse beboerne spiste imidlertid ofte mer de gangene da pleierne satt seg ned hos beboeren for å hjelpe eller oppmuntre beboeren til å spise.

Måltidene kunne være både rolige og mer kaotiske. Pleiernes tilstedeværelse under måltidene påvirket stemningen. Middagene var det minst rolige måltidet og innebar mest servering fra pleiernes side. Middagsserveringen opplevdes noe mer kaotisk på sykehjem B sammenliknet med sykehjem A. På sykehjem B var det flere beboere som skulle servers på samme tid og flere pleiere var med og serverte. Det var likevel en hyggelig tone mellom personalet og beboerne. Det ble mer matro da pleierne satt seg ned for å spise med beboerne, selv om de ikke satt lenge ved bordene. Pleierne spilte en sosial rolle gjennom å få i gang samtaler med beboerne, og skape liv i spisestuen under måltidene. Det ble ofte svært stille rundt bordet når pleierne ikke var til stede. Beboerne satt ofte helt tause og spiste. Det kunne virke som en utfordring for mange beboere å føre og følge en samtale rundt bordet. Få beboere tok initiativ til å prate under måltidene. Dersom andre tok initiativ til samtale under måltidene, var det noen beboere som kunne prate mye og følge godt med i samtalen. Andre beboere deltok svært sjelden eller aldri i samtaler under måltidene.

Oppsummering: Det var pleierne som sto for tilberedning, serveringen og bestilling av mat på avdelingen. Måltidene ble påvirket av pleiernes tilstedeværelse, både gjennom den hjelpen de gav under måltidsserveringene og ved å skape et sosialt fellesskap under måltidene. Ulik ideologi og kjøkkenløsning på de to sykehjemmene påvirket pleiernes rolle knyttet til mattilbud og måltidsservering. Pleierne på sykehjem B gav uttrykk for større fleksibilitet og variasjon i mattilbudet enn pleierne på sykehjem A. Pleierne på sykehjem B var også mer deltagende i beboernes måltidssituasjon. Mye tydet på at sykehjemets ideologi fikk følger for pleiernes holdninger overfor beboerne. På sykehjem B ble sykehjemmet omtalt som beboernes hjem, mens pleierne på sykehjem A omtalte sykehjemmet som deres arbeidsplass.

4.2.3 Spisestuenes funksjon

På begge sykehjemmene var hovedbruken av spisestuen servering av frokost, middag og kveldsmat. De fleste beboerne forlot spisestuen etter måltidene og oppholdt seg der i tiden mellom måltidene. Spisestuen hadde likevel noe ulik funksjon på de to sykehjemmene. På sykehjem B var det alltid noen beboere som oppholdt seg i spisestuen, også utenom måltidene. Det var beboere som spiste, duppet av, leste avisen, så på TV, pratet med pleierne eller brukte spisestuen som oppholdsrom. Både formiddagskaffe og ettermiddagskaffe ble servert der, til de beboerne som ønsket det. På sykehjem B ble det arrangert ulike aktiviteter i spisestuen på dagtid som sangstund og høytlesning med sykehjemets aktivitører. Noen aktiviteter skjedde mer spontant som at en pleier kastet en stor ballong med beboerne, spilte kinasjakk eller spilte gitar og sang for dem. Det var ofte stille og lite som skjedde i spisestuen i tiden mellom måltidene, selv om beboere satt der. Pleierne kom innimellom innom spisestuen og pratet med beboerne i denne tiden.

På sykehjem A hadde måltidene en mer tydelig avslutning. Etter måltidet gikk alle beboerne fra bordet og spisestuen. Stort sett ble beboerne fulgt inn på rommene sine. Det var sjelden beboere i spisestuen i tiden mellom måltidene og ingen aktiviteter for beboerne ble arrangert der. Noen ganger satt det beboere i gangen utenfor spisestuen. Gangen var laget til som et slags oppholdsrom med blant annet TV. I tiden mellom måltidene ble spisestuen ved flere anledninger benyttet som oppholdsrom for pleierne. Her spiste pleierne lunsj og en av fredagene hadde pleierne egen vaffelservering der. I følge en pleier var det vanlig at pleierne spiste kake eller vaffel på fredager. Beboerne ble tilbudt vaffel på rommene sine, alternativt i gangen for dem som satt der. En liten gjeng med pleiere samlet seg ofte i spisestuen uten at det var noen beboere der. Dette gav meg et inntrykk av at det å bruke tid med beboerne utenom de mer faste rutinene var mindre vanlig på sykehjem A.

Oppsummering: Spisestuens hovedfunksjon var servering av dagens tre hovedmåltider. På sykehjem B fungerte imidlertid også spisestuen som et oppholdsrom for beboerne mellom måltidene, hvor ulike aktiviteter ble arrangert. På sykehjem A ble spisestuen i større grad benyttet av pleierne i tiden mellom måltidene. Det var sjelden beboerne oppholdt seg her utenom måltidsserveringene. Ut i fra aktivitetene i spisestuen var pleierne mer involvert med beboerne i tiden mellom måltidene på sykehjem B sammenliknet med sykehjem A.

4.3 Sykehjemsbeboernes tanker, meninger, erfaringer og handlinger

4.3.1 Beboernes matvaner før sykehjemmet

Matvaner eller matkultur kan knyttes til de ulike måtene vi mennesker bruker mat på og hvilke betydninger mat og måltider har for den enkelte. Matvaner og matkultur kan derfor knyttes til identitet. Kultur kan defineres som de verdier, vaner, holdninger og handlinger som en gruppe mennesker deler i større eller mindre grad. Matkultur omfatter derfor en rekke sider ved menneskelivet (Kittler & Sucher, 2008). Dette gir mat og måltider en større betydning enn det å kun dekke behovet for energi- og næringsstoffer. Samtidig har en rekke faktorer ved mat og måltider vist seg å kunne påvirke appetitt og matinntak (H. Aagaard, 2010; Sellevold & Skulberg, 2005), og dermed kunne påvirke sykehjemsbeboeres ernæringsstatus. Beboernes tanker, meninger, erfaringer og handlinger gav et innblikk i deres matvaner og matkultur og hvordan det i større og mindre grad ble i varetatt gjennom sykehjemmets mattilbud og måltidsservering.

Beboernes matvaner

Det var mange likhetstrekk ved beboerne ved de to sykehjemmene. Majoriteten var kvinner av norsk opprinnelse, født i tidsrommet mellom 1910-1930. Selv om de var født ulike steder i Norge, hadde de i sitt voksne liv hovedsakelig bodd i Oslo. Beboernes matvaner og preferanser hadde derfor en rekke likhetstrekk, der norsk matkultur og norske mattradisjoner i stor grad preget deres kosthold. Samtidig var det en rekke ulikheter mellom beboerne. På sykehjemsavdelingene var det også mange ulike personligheter. Et langt liv kan gi mange ulike erfaringer og opplevelser. Beboerne hadde derfor ulike synspunkter på sykehjemmets mattilbud og måltidssituasjon.

Mye av maten beboerne omtalte som noe de tidligere var vant til å spise eller likte godt, kan karakteriseres som et tradisjonelt norsk kosthold (Amilien & Krogh, 2007; Notaker, 2009). Brødmåltider med ulike pålegg hadde vært en del av kostholdet for mange, helt siden barneårene. Frokosten hadde gjerne bestått av brødmat. Tykkelsen på brødiskiven også ble omtalt. I følge en beboer skulle det være tynne skiver med masse pålegg. Hun hadde barneminner fra besøk hos en venninne som hun selv beskrev som "litt fattig". Der fikk hun tykke brødiskiver med sirup. Selv hadde hun alltid skåret tynne brødiskiver da hun bodde

hjemme, selv om hun likte godt skorpen på brødet. På sykehjem B, hvor hun bodde, fikk de tykke brødsiver med varmt brød til frokost. Sild, brunost, syltetøy, marmelade og blåmuggost ble nevnt som vanlige påleggssorter for beboerne. I en samtale rundt bordet om matvaner var også pultost, gammelost, sirup og Sunda noe de tidligere hadde spist.

Beboerne omtalte også middagsmat de tidligere hadde pleid å spise eller som de likte godt. Mat som ble nevnt var pølser, kjøttkaker, blodpølse, medisterkaker, fisk, kylling, lungemos, fersk suppe med grønnsaker og kjøtt, fiskesuppe, lapskaus, fårrikål, pannekaker og raspeball med flesk av potet og byggmel. Middager bestående av kokt potet hadde vært vanlig. Andre matvarer beboerne hadde pleid å spise da de bodde hjemme var yoghurt, frukt og grønnsaker. Kake til kaffen ble også nevnt. "Kosemat" (A. Bugge & Døving, 2000) som sjokolade og chips var mindre vanlig for beboerne, spesielt i beboernes oppvekst.

Interesse for mat og matlaging

Mange beboere hadde tidligere drevet mye med matlaging. Det varierte i hvilken grad beboerne hadde bevart denne interessen på sykehjemmet. Den store andelen av beboere som tidligere hadde drevet med matlagingsaktivitet skyltes sannsynligvis at kvinner var overrepresentert på begge sykehjemmene. Til tross for en interesse for mat hos de mannlige beboerne, gav de inntrykk av å ha laget lite mat selv. De gav et inntrykk av at det i stor grad var moren eller kona som hadde stått for matlagingen og de gode matopplevelsene. En av de mannlige beboerne sa at biff var noe av det beste han kunne tenke seg å lage, da han hadde laget mat.

Matlagingskunnskaper hadde beboerne i hovedsak fått gjennom husmorsskole eller lært fra sin egen mor. Mye var også selvlært. Noen beboere hadde laget mye mat tidligere, både til hverdags, selskaper og høytider. Kakebakst var en spesialitet hos flere. Smak og kvalitet på de hjemmebakte kakene ble fremhevet. Kakebaking var også en sosial aktivitet og noe som en gjorde for å glede andre. En av beboerne på sykehjem B fortalte hun hadde bakt mye tidligere i livet fordi mannen hennes var veldig glad i kake. Derfor hadde de hatt kake til kaffen hver dag. Hun var flink til å bake boller, sjokoladekake og julekake. Hun hadde vært spesielt glad i gjærbakst. Både hennes datter og barnebarn snakket om de gode bollene hennes.

Endringer i det norske kostholdet

Det norske kostholdet og mattilbudet har gått gjennom en rekke endringer de siste hundre årene (Amilien & Krogh, 2007). Dette ble også påpekt av beboerne. De beskrev et kosthold

som tidligere var mindre variert. Tilgjengeligheten av ulike matvarer hadde også økt betraktelig. En beboer sa hun ikke likte sjokolade. Hun hadde ikke vokst opp med slik ”kosemat”. Da hun var barn hadde de spist mye grøt. De var over ti søsken, men hun hadde likevel mange gode minner fra måltidene hjemme. Beboerne hadde også en oppfatning av at maten var mer ekte før. Det å lage mat fra bunnen av, fra ordentlige råvarer, ble beskrevet som et ideal. En av beboerne syntes blant annet at kylling smakte mye bedre før. Hun omtalte sjokoladekaken hun tidligere hadde pleid å lage som ordentlig sjokoladekake fordi den hadde sjokolade i deigen.

Oppsummering: Det var mange likhetstrekk mellom beboernes beskrivelser av egne matvaner og egen matkultur. Et tradisjonelt norsk kosthold kan i stor grad sies å være beskrivende for deres matvaner. Matlaging hadde vært en sentral del av livet for mange av de kvinnelige beboerne. Beboerne hadde i stor grad vokst opp med et mindre tilgjengelig og variert, men mer ekte mattilbud enn det beboerne oppfattet som vanlig i dag.

4.3.2 Beboernes syn på sykehjemmets mattilbud og måltidsserveringer

Det å flytte på sykehjem innebar en rekke endringer i tilværelsen for mange av beboerne. Maten var en av de største endringene. Det ble gitt tydelig uttrykk for at både det å bli servert mat til bestemte tider og det at menyen var bestemt på forhånd var en overgang. Mye av maten var også annerledes enn den beboerne tidligere hadde vært vant til å spise. For mange beboere var det å flytte på sykehjem ikke et fritt valg, men en konsekvens av at de ikke lenger kunne bo hjemme. Mange beboere så på det å bo på sykehjem som det eneste alternativet i deres situasjon. Beboerne virket godtaende overfor de endringene det medførte å flytte på sykehjemmet. Generelt gav beboerne på sykehjem B inntrykk av å være mer fornøyd med sykehjemmets mattilbud, sammenliknet med beboerne på sykehjem A.

Beboernes syn på sykehjemmets mattilbud

Et tradisjonelt norsk kosthold kan sies å betegne den maten som ble tilbudt på begge de to sykehjemmene. Tradisjonelt norsk kosthold beskrev i stor grad også det kostholdet beboerne hadde vært vant til fra før. Likevel gav beboerne uttrykk for at mattilbudet hadde en del ulikheter med deres tidligere matvaner og matkultur. Dette gjaldt særlig middagsrettene og sammensetningen av middagsmåltidet eller tilberedningsmetoden som ble benyttet på sykehjemmet. Sykehjemsbeboerne hadde ulike matpreferanser og sykehjemmene tilbød i

hovedsak kun et middagsalternativ. Det hendte at dette alternative i mindre grad falt i smak hos den enkelte beboer. En konsekvens var at beboerne spiste mindre til måltidet de dagene de var mindre fornøyd med mattilbudet. På sykehjem A var middagene mindre varierte enn på sykehjem B. Beboerne på sykehjem A gav generelt uttrykk for å være mindre fornøyd med maten, spesielt middagene, sammenliknet med sykehjem B. Mattilbudet på sykehjem A ble omtalt som grei, litt under middels og mindre raffinert enn da beboerne bodde hjemmet. Til tross for at mattilbudet ikke alltid tilfredstilte beboernes preferanser, ønsket de i liten grad å være kravstore. Det hendte at beboerne påpekte sider ved mattilbudet på sykehjemmet som de gav inntrykk av å være mindre fornøyd med. Samtidig var de da raskt ute med å si at de ”likte all mat” og at ”de vente seg til det (sykehjemmets mattilbud)”. Dette kom særlig tydelig frem da beboerne omtalte sykehjemmets frukt og grønnsakstilbud. Etter beboernes oppfatning ved sykehjem A bestod tilbudet stort sett av kokte gulrøtter. Det gav et inntrykk av lite variasjon. På spørsmålet om andre grønnsaker de gjerne skulle hatt til middagen, svarte beboerne at de spiste det de fikk. En av de mannlige beboerne kommenterte at dersom han ikke spiste det som ble servert, ble det jo ikke så mye mat på han. Det var ingen av disse beboerne som gav uttrykk for å være direkte misfornøyd med mattilbudet på sykehjemmet generelt.

Det var også sider ved mattilbudet og måltidsserveringen beboerne omtalte positivt, særlig på sykehjem B. Beboerne på sykehjem B opplevde at mattilbudet var variert og at maten stort sett smakte godt. Det at sykehjemmet hadde sitt eget kjøkken ble fremhevet som en fordel. Enkelte middagsretter som sykehjemmet serverte ble spesielt satt pris på. Suppe og pannekaker, spekesild med poteter og løk, risengrynsgrøt, lutefisk med bacon, medisterkaker og lasagne med salat var noen eksempler. Her var det også individuelle preferanser. Risengrynsgrøten var både en av de mest og minst likte rettene av beboerne. Maten som ble servert kunne gi en rekke assosiasjoner og gode minner. Spekesild til middag var et eksempel på dette. En av beboerne fortalte at spekesild var vanlig selskapsmat tidligere. Før hadde de spist sild i alle mulige former. På sykehjemmet fikk de tilbehør som smør, løk, kokte poteter og rødbeter. Hun husket fra barndommen at foreldrene drakk øl til maten mens barna drakk vørterøl. Beboeren fikk øl og løk til maten denne dagen og det syns hun hørte med.

På sykehjem B ble det oftere servert moderne norske middagsretter som spagetti og kjøttboller, lasagne eller pai med salat og pizza Grandiosa som lørdagskos. Det var varierende i hvilken grad dette falt i smak hos den enkelte beboer. En av beboerne på sykehjem B hadde tidligere reist mye og var vant til spennende matopplevelser. Hun likte godt mer morderne

mat som taco, pizza og indiske retter. Selv hadde hun laget pizza for første gang for 50 år siden. Hun syntes sykehjemmet kunne ha vært mer spennende i matveien. I følge henne, hadde de fleste beboerne reist og opplevd mye. Da tålte de litt ulike typer mat. De trengte jo ikke bare servere mat som foreldrene deres hadde spist. Denne beboeren satte derfor pris på at sykehjemmet serverte moderne mat som lasagne. Selv beskrev hun pizza til kveldsmaten som greit, men at hennes aldersgruppe ikke var vant til det. En annen beboer uttrykte liten begeistring for pizza. Denne beboeren påpekte at det nok var godt dersom man var veldig sulten, men at da var jo alt godt. En tredje beboer klarte ikke spise pizzaen fordi skorpen var for hard. Moderne norske middagsretter var derfor ikke like populære hos alle beboerne.

Oppsummering: Det var mange likheter mellom beboernes matvaner og sykehjemmets mattilbud. Beboernes opplevelse av et variert mattilbud på sykehjemmet påvirket hvor fornøyde de var med matilbudet. Større variasjon resulterte ofte i at flere beboere fikk mat og drikke tilpasset sine preferanser. I tilfeller der sykehjemmets mattilbud i mindre grad var i tråd med deres matvaner, ville beboerne i liten grad gi inntrykk av å være kravstore. Beboerne gav i større grad uttrykk for å være fornøyde med matilbudet på sykehjem B, sammenliknet med sykehjem A.

Beboernes syn på måltidsserveringens tidspunkter

Faste tidspunkter for måltidene ble beskrevet som uvant. Dette gjaldt også tidspunktene de ulike måltidene ble servert. De fleste beboerne var ikke vant til å spise tidlig middag. I sine yngre dager hadde beboerne spist middag på ettermiddagen, etter arbeidstid. Tidlig middag førte derfor til endringer i beboernes måltidsrytme. Blant annet ble kveldsmaten servert nærmere det tidspunktet da beboerne vanligvis var vant til å spise middag. En beboer sa blant annet at han ikke pleide å være så sulten til tidspunktet for middagsserveringen. Endring i måltidstidspunktet kunne derfor påvirke beboernes matinntak. En annen beboer sa hun ikke var vant til å spise kveldsmat hjemme. Hun hadde spist middag i 18-tiden, og hatt kaffe og kaker etter det. På sykehjem B gav enkelte beboere inntrykk av at innholdet serveringen av mat og drikke kunne tilpasses deres ønsker og behov, men at tidspunktene for måltidsserveringene var noe de i liten grad kunne endre.

Oppsummering: Sykehjemmets måltidsrytme var annerledes enn det mange beboere var vant til. Det gjaldt spesielt tidspunktet for middagsserveringen. For mange beboere var det også uvant med faste måltidstidspunkter. Beboerne følte de i liten grad kunne påvirke

sykehjemmets oppsatte måltidstidspunkter. På sykehjem B var det likevel flere beboere som hadde en opplevelse av at de kunne få servert mat og drikke når de ønsket, sammenliknet med sykehjem A.

Måltidenes ulike funksjoner

”Måltidet er en institusjonalisert aktivitet. Det kjennetegnes ved at det har en struktur som gjør gjenkjennelse mulig i tid, sted og de næringsmidlene som serveres og hvordan de er bearbejdet” (A. Bugge & Døving, 2000). Måltidet har ulike funksjoner utover det å dekke kroppens behov for energi og næringsstoffer. Maten som tilbys til de ulike måltidene og måltidenes tidspunkter kan gi en struktur på dagen og uken (Kittler & Sucher, 2008).

Mattilbudet og måltidsserveringene på sykehjemmene var preget av rutiner. Dette gav forutsigbarhet. Det å vite hva som ble servert til middag og det å ha faste tidspunkter for måltidene å forholde seg til, var viktig for noen beboerne. Faste plasser ble sett på som en fordel. Dersom de faste rutinene ikke ble etterfulgt kunne det skape stor misnøye. En beboer på sykehjem B var oppgitt den dagen medisinerne ikke kom før etter frokosten. Dette hendte en søndag da mange av de faste ansatte var borte. I forhold til det å gå på do virket ikke kroppen hennes slik den skulle denne dagen. Vanligvis likte hun å lese, men siden hun hadde fått medisinerne halv ti klarte hun ikke tenke på noe annet. Hele dagen var ødelagt. Hun hadde prøvd å si fra under frokosten, men pleieren hørte ikke på henne.

Ofte karakteriseres en hverdagsmiddag annerledes enn søndagsmiddagen. Dette gjelder både i forhold til den maten som serveres, men også hvordan måltidet skal være (A. Bugge, 2007). Mattilbudet på sykehjemmet kunne på den måten bidra til å skille mandag fra søndag, og hverdag fra høytidsdag. På sykehjem B der beboerne fikk rødvin til middag hver søndag, opplevde beboerne at det ble litt forskjell på dagene. Når beboerne fikk vite det var grøt dagen etterpå, visste de at dagen i morgen var lørdag. Likevel var det generelt lite forskjeller i hverdagens og helgens mattilbud og måltider. En av beboerne på sykehjem A beskrev alle dager som like. Det var lite som skilte opplevelsen av søndagsmiddagen fra en hverdagsmiddag.

For sykehjemsbeboerne hadde måltidene også en funksjon som aktiviserende element i løpet av dagen. Måltidet ble sett på som en oppgave, en grunn for å komme seg ut fra rommet og en mulighet til å se andre beboere. Enkelte opplevde denne aktiviteten som en utfordring. Gåturen til spisestuen kunne oppleves lang og slitsom. Det å bli sittende lenge ved måltidene

og vente på at en pleier kunne følge dem fra spisestuen kunne være en utholdenhetsprøve for enkelte. En oppfatning av at pleierne bare fokuserte på andre beboere, gjorde at en beboer følte hun i liten grad ble tatt på alvor av pleierne. Hva sykehjemmet serverte til middag gav beboerne noe å følge med på. Hver uke ble det hengt opp en meny over ukens middagsretter. Det var tydelig at dette var noe av interesse for beboerne å følge med på. En dag tok det tid før ukemenyen ble hengt opp på sykehjemsavdelingen. En matinteressert beboer var da ute i gangen flere ganger den formiddagen for å se om menyen var hengt opp.

Måltidet kan betegnes som en sosial handling (Kittler & Sucher, 2008). Hyggelige måltidsopplevelser med familie og venner ble omtalt som gode minner hos beboerne, og det sosiale rundt måltidene på sykehjemmet var viktig for mange. De fleste beboere var mye alene på rommene sine i tiden mellom måltidene. Noen beboere gav uttrykk for at de likte godt å være der i tiden mellom måltidene, mens andre trivdes dårligere i denne situasjonen. De som likte det minst var de som i liten grad kunne drive med egne aktiviteter på rommet sitt. Det å få muligheten til å prate med andre, både pleiere og beboere under måltidene var kjærkomment. Beboernes kommunikasjonsevner varierte. Redusert syn og hørsel kunne by på forvirring, irritasjon og misforståelser hos den enkelte. Problemer med å følge en samtale rundt bordet kunne gi frustrasjon. En av beboerne hadde en oppfatning av at sidemannen stirret på henne under måltidene. Dette syntes hun ikke noe særlig om. Selv både så og hørte hun dårlig, mens sidemannen hadde afasi. Bordplassering kunne derfor lett påvirke beboernes sosiale opplevelse av måltidene. På sykehjem B var beboerne plassert på fire ulike bord. En klar beboer satt på bord med andre som i liten grad kommuniserte under måltidene. Hun savnet noen å skåle med under måltidet når de fikk servert vin til middagen. På bordet ved siden av pratet beboerne sammen. De gav inntrykk av å ha et hyggelig bordfelleskap og skålte med hverandre. På dette bordet hadde en av beboerne besøk av søsteren sin denne dagen. Søsteren spiste sammen med beboerne og bidro til et hyggelig bordfelleskap.

Oppsummering: Måltidene hadde ulike funksjoner. De bidro til struktur, aktivitet og sosiale møtepunkter for beboerne. Like rutiner for måltidsserveringene bidro imidlertid til at måltidene gjennom uken i liten grad skilte seg fra hverandre. Dette gav et inntrykk av at sykehjemmene i liten grad ivaretok de assosiasjonene og forventningene som er knyttet til ukens ulike måltider. På sykehjem B serverte de vin til middagen på søndager. Dette bidro til å skape en viss forskjell mellom hverdag og helg.

Beboernes matkultur - oppførsel under måltidene og holdninger til mat

Måltidene var ikke alltid i tråd med beboernes oppfatning av hvordan et måltid skulle være. De fleste måltidene har en rekke direkte og indirekte regler. En kultur har sine mer eller mindre kjente regler for hvordan man skal spise og oppføre seg under måltidene (Kittler & Sucher, 2008). Pleiernes organisering av måltidsserveringene, kunne få følger for beboernes oppfatning av måltidet i forhold til hva de var vant med. På sykehjem A ble middagen ofte servert fortløpende. Når den enkelte beboer var ferdig å spise forretten eller hovedretten, ble hovedretten eller desserten servert. Det var ikke vanlig å vente til alle var ferdige å spise rundt bordet, før neste rett ble servert. En beboer gav uttrykk for at dette var uvant. I følge en beboer var det naturlig å vente til alle rundt bordet var ferdig å spise før noen fikk servert neste rett. Når desserten ble servert fortløpende gav det et inntrykk av hastverk.

”Jeg trodde vi ventet på at alle skulle spise sammen jeg, men vi gjør visst ikke det” sa hun, før hun begynte å spise.

Beboer, sykehjem A

Enkelte beboeres oppførsel under måltidene kunne være noe annerledes enn det de andre beboere oppfattet som ”riktig”. Lite forventet oppførsel hadde ofte en sammenheng med redusert helsetilstand, eksempelvis kognitiv svikt. Noen beboere var litt mer ”i sin egen verden”. Det gjorde at de i større grad oppførte seg slik de selv synes det var naturlig. Disse beboerne kunne sovne ved bordet, rope og søle mens de spise. Dette kunne skape frustrasjon hos andre beboere. Redusert helse som funksjonssvikt førte også til at beboerne ikke klarte å oppføre seg slik de selv oppfattet som ”riktig” under måltidene. Det kunne oppleves som ubehagelig for den enkelte ved at de påpekte og unnskyldte seg for måten de spiste på. En beboer på sykehjem B spiste middagen med skje. Dette gjorde det lettere for han å spise middagsmaten, men mente han på at middagen var en situasjon han ikke behersket like godt som tidligere.

Ulike sider ved beboernes matkultur kom også til uttrykk på andre måter i forbindelse med måltidene. Det å tilby mat viste seg å være en vane for mange. Dette hendte både når jeg satt rundt bordet med beboerne, men også når jeg var på rommene hos beboerne. Etter en lengre samtale med en beboer på hennes rom, ble hun mot slutten nesten litt lei seg da hun kom på at hun hadde sjokolade hun kunne ha tilbudt meg. På sykehjem B pleide de å tilby kaffe til pårørende når de kom på besøk. Det var ikke alltid de nye vikarene husket på det, i følge en beboer. Denne beboeren fortalte at hun hadde vært vant til å servere noe når hun fikk besøk da

hun bodde hjemme. Det at de eldre pleierne husket på å tilby kaffe var derfor noe beboeren tydelig satte pris på.

Alle beboerne hadde opplevd andre verdenskrig. De gav et generelt inntrykk av å være mer nøysomme og mindre kravstore enn hva som er vanlig hos yngre generasjoner. Denne nøysomheten preget deres matkultur og mening om sykehjemmets mattilbud. Det å spise all mat virket som et ideal, til tross for at det var ulike sider ved sykehjemmets mattilbud beboerne var mindre fornøyde med. Gjennom oppveksten hadde de blitt vant til å spise det de fikk. Maten hadde i større grad vært et middel for å få i seg næring fremfor å spise det de hadde lyst på. Opplevelsene av krigen hadde tydelig satt sine spor i forhold til å være lite kravstore i matveien. Beboerne mintes dager med matmangel. Dette gjorde at de ikke kunne klage på maten, mente en av beboerne på sykehjem A. Dette var tilfellet, til tross for at hun oppfattet mattilbudet på sykehjemmet som litt under middels. En annen beboer sammenliknet tilværelsen på sykehjem B med krigsårene (Theien, 2011) og følte hun nesten ble bortskjemt av maten hun nå fikk. Beboerne gav inntrykk av å ha en nøysom holdning til mat generelt. Det å ikke kaste mat og spise opp maten var et ideal. Pålegg som lå på fat under brødmåltidene ble kastet etter måltidet. Dette ble gjort med tanke på mathygiene. Sykehjemmets matavfall gikk til grisemat, i følge beboerne. De opplevde det som formildende, når de selv ikke klarte å spise opp alt som ble satt frem på bordet. Viktigheten av å spise opp kom også til uttrykk på andre måter. Enkelte var nøye med å spise opp alt på tallerkenen, også sausen. Skorper eller middagsrester som ikke ble spist på grunn av tyggevaner ble skjult under servietter. En beboer ba også pleierne om å ta vare på middagsrestene hennes da hun ikke orket å spise opp alt.

Oppsummering: Organisering av måltidene var ikke alltid i tråd med den enkelte beboers matkultur. Beboernes helsetilstand kunne blant annet endre deres oppførsel. Dette kunne skape frustrasjon når beboerne selv eller andre beboere, ikke oppførte seg i tråd med det som ble ansett som forventet oppførsel. Beboernes matkultur bar preg av holdninger som viktigheten av å spise opp, ikke kaste mat, spise alle typer mat og spise det som ble servert. Det å tilby mat eller drikke til gjester var i tråd med beboernes matkultur.

Behovet for tilpasninger - ut i fra beboernes helsetilstand

Redusert helsetilstand som redusert fysisk og kognitiv funksjon var tilfelle hos mange beboere. Det varierte i hvilken grad den enkelte var rammet. Ulike ergonomiske hjelpemidler

ble benyttet for å forenkle måltidssituasjonen for beboerne på sykehjem A. På grunn av ustødige håndfunksjon hadde en beboer plastkopper med to hanker. En annen beboer hadde en plastkant på tallerkenen. Hun brukte kun en hånd og kunne da smøre på brødkiven og spise middag på egen hånd. Flere beboere brukte store plastsmekker og det var derfor ikke så farlig om de sølte.

Allergier, intoleranser og diabetes kunne føre til at beboerne hadde behov for tilpasninger i kostholdet. En av beboerne med laktoseintoleranse fikk ofte en alternativ rett til middag. Det å få servert noe annet enn de andre, spesielt hvis dagens middagsrett var noe beboeren tidligere hadde vært vant til å spise, ble av beboeren med laktoseintoleranse oppfattet som litt uforståelig. Ofte var det ikke erstatningsmatvarer til disse beboerne, noe som kunne bidra til begrensinger i disse beboernes kosthold. Den nevnte beboeren fikk blant annet sviskegrøten servert uten melk. Dette falt ikke i smak hos beboeren. Han gav uttrykk for at dette ikke var det samme når han alltid hadde vært vant til å spise sviskegrøt med melk før.

Mange beboere hadde vansker med å spise den maten som sykehjemmet tilbød på grunn av nedsatt tyggefunksjon. Noen manglet tenner og andre hadde tannproteser. Ofte var ikke disse optimalt tilpasset. Konsistensen på enkelte matvarer kunne være vanskelig å tygge. Dette gjaldt både middagsretter hvor kjøtt, fisk, for lite kokte grønnsaker og poteter, samt salat kunne være vanskelig å tygge. Pizza som lørdagskos og kake med nøtter var andre matvarer med upassende konsistens for mange. Ofte fantes det ingen alternativer for disse beboerne. Disse upassende matvarene ble derfor unngått eller spist lite av. Det å si fra til pleierne hjalp ikke nødvendigvis. Under middagsserveringen på sykehjem A spurte en beboer om det ikke var noe annet enn røkt skinke til middag. For henne var dette en vanskelig matvare å tygge. I følge pleieren var det ingen alternativer, men beboeren kunne få mer grønnsaker og potet om hun ønsket det. Mye av maten ble liggende igjen på beboerens tallerken. Det at mattilbudet ikke var tilpasset beboernes behov, var ikke noe beboerne sa fra om. En beboer roste sykehjemmets mattilbud fordi de fikk kaffe og kake på ettermiddagen. Samtidig sa hun at hun ikke kunne spise kaken sykehjemmet serverte denne dagen, fordi hun ikke klarte å tygge nøttebitene.

Andre endringer beboerne nevnte som kunne påvirke matinntaket var endret smak og redusert appetitt. Sykdom generelt og dårlig allmenntilstand kunne også påvirke inntrykket. En beboer hadde tidligere bodd på mange ulike korttidsavdelinger, på flere ulike sykehjem. Mange steder hadde etter hennes erfaring ikke bra mat. Selv hadde hun vært ganske syk

tidligere og hadde derfor ikke brydd seg om maten. Dette gav et inntrykk av at beboere som er syke eller har en redusert helse, i mindre grad orker å si i fra dersom sykehjemmets mattilbud ikke er tilfredsstillende.

Sykehjemmets mulighet til å møte beboernes behov og å gi et tilfredsstillende mattilbud varierte. Det at sykehjemmet bare hadde et middagsalternativ var for mange en utfordring. Kokte grønnsaker med tyggemotstand ble godt likt av noen beboere, men kunne være umulig å tygge for andre. Moset middag kunne bedre beboernes matinntak, der konsistensen på maten var mer tilpasset deres tygge funksjon. En av beboerne på sykehjem B fikk dette og uttrykte at den stort sett smakte godt. Beboeren uttrykte imidlertid at moset middag på julaften var mindre stas. For enkelte var moset middag et lite ønskelig alternativ. En beboer som i en periode måtte spise moset mat gav uttrykk for at dette var noe hun ikke likte. Samtidig sa hun det ikke var så farlig at hun i en periode måtte spise moset mat, fordi hun uansett ikke var så sulten.

Oppsummering: Beboernes helsetilstand som fysisk og kognitiv funksjon, kunne få følger for matvalg og matinntak. Sykehjemmets muligheter til å tilpasse mattilbudet til den enkelte varierte. Det at sykehjemmet bare hadde et middagsalternativ gjorde det vanskelig å tilpasse mattilbudet til disse beboerne. Mange beboere gav ikke nødvendigvis uttrykk for sine behov slik at de kunne få et tilpasset mattilbud. Ergonomiske hjelpemidler kunne forenkle beboernes måltidssituasjon. Et tilbud om alternative retter og moset middag var tiltak som bidro til et mer tilpasset mattilbud for de beboerne som hadde behov for ernæringsmessige tilpasninger ved kosten.

Mattilbudet og måltidsserveringene som omsorgselement

Mattilbudet og måltidsserveringen på sykehjemmet kan oppleves som en måte å bli tatt vare på. En beboer på sykehjem B opplevde at den maten de fikk på sykehjemmet var så bra at hun ikke trengte å spørre om noe mer. En annen beboer på dette sykehjemmet gav inntrykk av at de kunne spørre om den maten de ønsket. Det at sidemannen på bordet i spisestuen hadde spurt om kakao til frokosten en dag gav hun som eksempel.

”Vi pleier jo ikke å ha kakao til frokosten, men til kveldsmaten. Beboer NN fikk likevel kakao til frokosten”.

Beboer, sykehjem B

Det at beboerne i stor grad fikk ferdig servert mat til måltidene ble sett på som et gode. Det å slippe å planlegge middagene og lage mat var for mange en lettelse i hverdagsrutinene. På grunn av redusert helsetilstand eller redusert fysisk funksjon ville det være en utfordring å skulle lage mat selv, til tross for at matlaging hadde vært en stor del av livet for mange. En beboer på sykehjem B beskrev det som en fin posisjon å bli så godt tatt vare på som de ble her på sykehjemmet. Samtidig opplevde hun at det var lett å bli institusjonalisert, eller litt sløv som hun selv forklarte det. Det kan virke som om enkelte av beboere i liten grad hadde behov for å kunne påvirke hva som skulle serveres på sykehjemmet.

Oppsummering: Mattilbudet og måltidsserveringene på sykehjemmet kunne gi beboerne en oppfatning av å bli godt tatt vare på. Det å få maten ferdig servert og det å slippe å tenke på hva en skal ha til middag ble i stor grad beskrevet som en fordel. På sykehjem B var det en beboer som uttrykte at livet på sykehjemmet gjorde det lett å bli institusjonalisert. Dette skyldes blant annet sykehjemmets organisering av måltidsserveringen, der beboeren i liten grad var involvert.

Beboernes mulighet til å påvirke mattilbudet og måltidsserveringen

Beboerne var i liten grad involvert i avgjørelsene omkring mattilbudet og måltidene. Dette var også tilfelle for servering og tilberedning av måltidene. Middagen kom serveringsklar til avdelingen og det var pleierne som bestilte mat og drikke til avdelingen. Beboere på begge sykehjemmene gav inntrykk av at det var lite muligheter for å påvirke måltidstidspunktene eller hvilken mat sykehjemmet skulle tilby. På sykehjem A sa en av beboerne at det var vanskelig å komme med ønsker når han ikke så det som en mulighet, siden de som beboere ikke ble rådført om hva som skulle serveres til middag. I følge beboerne var det sykehjemmet eller kjøkkenet som bestemte hva som skulle serveres til middag og tidspunktet for servering av dette måltidet. En av beboerne på sykehjem B fortalte at de spiste kl 13.30 fordi det passet for kjøkkenet på sykehjemmet. Selv hadde hun spist middag kl 17.00 da hun bodde hjemme. Det å ønske seg måltidene til andre tidspunkter kunne hun ikke se for seg. For henne var det også vanskelig å tenke seg en situasjon hun ikke opplevde som mulig.

Beboernes mulighet til å tilpasse mattilbudet etter egne ønsker og behov var påvirket av pleiernes serveringsrutiner. Det var også påvirket av hvilken mat og drikke som var tilgjengelig og ble servert på avdelingene.

Til middagen da det vanligvis var et alternativ, ble alle i stor grad servert det samme. På sykehjem A fikk beboerne ferdig porsjonerte tallerkener med middagsmat. Det at pleierne serverte fra serveringsfat på sykehjem B førte til at beboerne til en viss grad kunne påvirke hva de ville spise til dette måltidet. Likevel var det mange beboere som ikke forsynte seg selv.

Til brødmåltidene kunne de beboerne som smurte selv velge mellom ulike påleggssorter. Hva den enkelte beboer valgte av pålegg var ut i fra hvilke pålegg pleierne hadde plassert på bordet. Mange valgte også det pålegget de klarte å nå fra der de satt. Matinntaket var derfor i stor grad påvirket av hva pleierne tilbød den enkelte. Ofte hadde pleierne faste serveringsrutiner knyttet til brødmåltidene. Dette kunne resultere i den samme drikken både til frokost og kvelds og mye av det samme pålegget til alle brødmåltidene. Noen beboere hadde et eller to påleggstyper som ble plassert ved tallerkenen der de satt. De spiste da dette pålegget hver dag. Pleierne gav inntrykk av å ha kjennskap til hva den enkelte beboer skulle ha, basert på det de hadde en oppfatning av var beboerens preferanser. Pleierens serveringsrutiner var preget av disse oppfatningene. Hvordan disse rutinene hadde oppstått virket litt tilfeldig på sykehjem A. En svaksynt og lavmælt beboer på dette sykehjemmet fortalte at hun fikk yoghurt og kaviar til brødmåltidene hver dag. Dette var ikke matvarer som hun vanligvis hadde spist før hun kom på sykehjemmet. Denne beboeren hadde også en oppfatning av at pleierne var lei av å kjøre henne til måltidene.

Beboernes oppfatning av å kunne tilpasse mattilbudet etter egne ønsker og behov varierte mellom sykehjemmene, men også i forhold til helsetilstand. En av de mest oppegående beboerne på sykehjem B beskrev mattilbudet som eksklusivt og at de kunne få det de ville ha. Samtidig satt denne beboeren ved det bordet på avdelingen med det bredeste påleggsutvalget. Hun beskrev også sykehjemmets mattilbud som variert og smurte på sine egne brødsiver.

”Her bestemmer vi. Detter er jo sånn Lotte-modell”.

Beboer, sykehjem B

En av beboerne som hadde behov for mye hjelp på sykehjem B gav i mindre grad uttrykk for denne valgfriheten. Hun ble hver dag servert ferdig påsmurt brødmat. Mye tydet på at beboerne som i mindre grad klarte seg selv under måltidene hadde en oppfatning av at det var mindre mulig å påvirke det de spiste og drakk. På sykehjem A gav beboerne generelt inntrykk av at de i liten grad kunne påvirke mattilbudet. Samtidig var matvareutvalget mindre variert, sammenliknet med sykehjem B.

Oppsummering: Beboerne var lite involvert i avgjørelsene omkring mattilbudet og måltidstidspunktene. De var lite involvert i servering og tilberedning av måltidene. Deres mulighet til å påvirke egne matvalg var påvirket av pleiernes rutiner knyttet til måltidsserveringen, i forhold til hvilken mat og drikke som ble tilbudt den enkelte. Beboerne hadde en oppfatning av at de i liten grad kunne påvirke måltidstidspunktene og middagsmenyen. Muligheten til å påvirke egne matvalg hadde en sammenheng med den enkelte beboers funksjonsnivå og hvilket sykehjem de bodde på. Beboerne på sykehjem A opplevde å ha færre valgmuligheter innenfor mattilbudet og dermed mindre muligheter til å påvirke egne matvalg, sammenliknet med beboerne ved sykehjem B. Mye tydet på at de mest funksjonsfriske beboerne på sykehjem B opplevde størst valgfrihet.

Beboernes mulighet til å delta i matlagingsaktivitet

Det var få muligheter for beboerne til å delta på matlagingsaktivitet på sykehjemmene. På sykehjem B var det to hendelser i løpet av observasjonsperioden hvor beboerne deltok i matlagingsaktiviteter. Den ene hendelsen var pepperkakebaking før jul. Den andre hendelsen var da en pleier skulle bake kake en søndag og en beboer ble spurt om å være med. På sykehjem A var det ingen matlagingsaktiviteter som ble arrangert for beboerne i løpet av observasjonsperioden. Til tross for at matlaging tidligere hadde vært en sentral del av livet for mange av beboerne, var det flere som gav inntrykk av at dette var noe de i liten grad savnet å holde på med. Det er uvisst om dette hadde en sammenheng med at det var lite mat som ble laget på avdelingen, og at beboerne derfor i liten grad så det som en mulighet å bli med på slike aktiviteter. En beboer på sykehjem A uttrykte at det kunne ha vært gøy å ha en aktivitet som baking på sykehjemmet. Likevel fortalte hun at det nok ville bli mye arbeid for pleierne å finne ingredienser og organisere slike aktiviteter. Dette ble brukt som forklaring på hvorfor sykehjemmet ikke hadde slike aktiviteter der i dag. Det kunne virke som om beboerne hadde en oppfatning av at pleierne var en begrenset ressurs, der slike aktiviteter var utenfor det beboerne kunne forvente at sykehjemmet skulle tilby. Denne typen utsagn ble i større grad uttrykt av beboere på sykehjem A, hvor det ble arrangert færre aktiviteter sammenliknet med sykehjem B.

Oppsummering: Beboerne var generelt lite involvert i matlagingsaktivitet på begge sykehjemmene. På sykehjem B var det i løpet av observasjonsperioden to tilfeller hvor beboerne var med i matlagingsaktivitet, mens det ikke var noen slike tilfeller på sykehjem A.

Beboernes mattinntak

Det varierte hvor mye beboerne spiste til måltidene. Mange spiste og drakk lite og enkelte kunne helt glemme å spise eller drikke. Sistnevnte gjaldt gjerne for beboere med kognitiv svikt. Maten kunne stå foran dem ved måltidene og likevel forbli uspist. Beboerne gav inntrykk av at de tidligere hadde spist mer og at de var mindre sultne nå enn det de hadde vært før. De forklarte dette med at de nå var i lite aktivitet. Flere tynne kvinnelige beboere gav et inntrykk av at det var et ideal å være slank. De kunne komme med kommentarer under måltidene om at de hadde spist for mye og måtte passe litt på når de var i så lite aktivitet. En beboer som selv sa hun hadde gått ned i vekt på sykehjemmet, sa en dag at hun skulle slutte å slanke seg. Samtidig takket hun ja til en runde til med dessert da dette ble tilbudt henne.

De fleste beboerne spiste en eller to brødsiver eller knekkebrød til frokosten. Syltetøy og ulike oster var vanlige påleggvalg av beboerne som smurte selv. Mange beboere valgte et pålegg de kunne rekke fra der de satt ved bordet. Noen beboere kunne spørre om å få tilsendt noe de manglet, andre spurte aldri. Det samme var tilfellet ved servering av de andre måltidene. De fleste spiste små porsjoner til middagen. Det var ingen som spurte etter påfyll. En sjelden gang var det enkelte som takket ja til mer dersom de ble tilbudt dette.

Det å spørre etter mat eller drikke i tiden mellom måltidsserveringene var noe beboerne i liten grad gav uttrykk for at de gjorde. Det var varierende i hvilken grad beboerne oppfattet dette som en mulighet. Enkelte sa også at dette var noe de i liten grad hadde behov for. De beboerne som hadde matvarer på rommet kunne av og til benytte dette som mellommåltid. En beboer var glad i frukt og spiste derfor ofte det på formiddagen. En annen var glad i sjokolade og det hendte derfor at hun småspiste på det. Kun en beboer nevnte at han spiste mat om natten. Da hendte det han spiste sjokolade han hadde i nattbordet. Han hadde en oppfatning om at dette var noe han ikke burde gjøre.

Servering av måltidene var ikke alltid samkjørt med når beboerne hadde spist sist. På sykehjem B stod en av beboerne ofte opp sent, og spiste derfor frokost senere enn de andre. Hun fikk likevel servert middag samtidig med de andre beboere. Hun spiste da ofte svært lite. Denne beboeren sa generelt lite og det var sannsynlig at hun i liten grad opplevde å kunne gi uttrykk for at hun ønsket måltidet på et senere tidspunkt. Til tross for at det var større åpenhet for å tilpasse måltidstidspunktene etter beboernes ønske på sykehjem B, var dette ikke nødvendigvis noe pleierne spurte beboerne om. Det virket som om det kunne være en utfordring dersom beboerne selv ikke klarte å uttrykke sine behov. På sykehjemmene var

matsserveringen i stor grad fordelt over en ni timers periode. Av og til kunne det bli mye mat på kort tid for beboerne. Et eksempel var frokost kl 09.00, så vafler kl 11.00 og middag kl 13.00.

Oppsummering: De fleste beboerne spiste og drakk lite. Dette ble forklart av redusert sultfølelse i alderdommen og et lavere aktivitetsnivå enn tidligere. Noen kvinnelige beboere gav også inntrykk av at det å ikke spise for mye mat og å være slank var vanlig for dem. For enkelte kunne kostholdet bli lite variert fordi de stort sett spiste det samme hver dag. Beboerne spiste sjeldent mat utenom måltidene. Unntaket var dem som hadde snacks og lignende på rommene sine, eller hvis pleierne tilbød noe i tiden mellom måltidene. Matsserveringen foregikk stort sett over en 9 timers periode på dagtid. Det kunne derfor bli servert mye mat over en kort tidsperiode. Dette kunne påvirke matinntaket ved neste måltid.

Beboernes syn på førjulstid og julefeiring på sykehjemmet

Observasjonsperioden foregikk i førjulstiden. Dette gav et innblikk i beboernes syn på mat og måltider knyttet til førjulstiden og julen. Ut i fra beboernes beskrivelser hadde mat og måltider hatt en sentral plass i deres førjulstid og julefeiring. Førjulstiden hadde vært preget av matlaging. Baking av mange julekaker hadde vært vanlig, gjerne sju slag. Det var krumkaker, hjortetakk, smultringer, sandkaker, sandnøtter og pepperkaker. Hjemmelaget marsipan kunne de huske helt fra de var barn. En av beboerne hadde fra hun var liten hatt en stor julelunsj 1. juledag. Der hadde de servert ribbe og andre retter som sildesalater, andre salater, oster og sylte laget fra et grisehode. På julaften hadde de hatt torsk med kokte gulrøtter og poteter på julaften. Førjulstidens matforberedelser ble beskrevet som litt jobb. En av beboerne som tidligere hadde bakt mange julekaker før, syntes det var greit at hun ikke fikk bakt så mye nå. På sykehjem A gav to av beboere som tidligere hadde bakt mye, inntrykk av at det kunne ha vært gøy om sykehjemmet hadde arrangerte slike aktiviteter. Det var kun på sykehjem B det var mulighet for å delta i matlagingsaktivitet i førjulstiden, i form av å stanse ut pepperkaker.

Det var en rekke ulikheter mellom julens matopplevelser på sykehjemmet og deres egne juletradisjoner, etter beboernes syn. Mange beboere kom opprinnelig fra ulike kanter av landet. Det var blant annet flere som ikke var vant til ribbe på julaften. Det å ikke få pinnekjøtt med morrpølse eller svinestek med surkål, slik de var vant til, ble beskrevet som en nedtur av enkelte. Opplevelsen av måltidet ble beskrevet som annerledes, til tross for at beboernes tradisjonelle julemiddag ble servert. Julemiddagen på sykehjemmet gav et inntrykk

av å være mindre høytidelig og feststemt. En av beboerne på sykehjem A beskrev at ribbestykket ble ”slenget på en tallerken”. Han var vant til ribbe hjemmefra, med julepølse og medisterkaker, men der hadde det blitt servert på fat. På sykehjem B beskrev en beboer at julemiddagen var ganske lik hverdagsmiddagen. Det kunne hende beboerne pyntet seg litt, ellers gikk måltidet ganske raskt unna på samme måte som ved hverdagsmiddagen.

Pleienes rolle i julefeiringen kunne virke litt tilfeldig. En beboer på sykehjem B beskrev pleierne som nonsjaluante når de delte ut julegaver på julaften. Hun opplevde julefeiringen som upersonlig og synes like godt hun kunne se på TV eller hoppe over hele julen. Pleierne selv sa også at det ikke var stor forskjell på julaften og andre dager. På sykehjem A hadde en pleier lest juleevangeliet for beboerne året før, men gav inntrykk av at dette var noe han hadde gjort på eget initiativ. Hvordan julefeiringen var på sykehjemmet, ble derfor i stor grad preget av hvem som var på jobb den kvelden. På sykehjem B fikk de vanligvis en plan for julen fra sykehjemmets ledelse som de pleide å helge opp på avdelingen. Dette var imidlertid ikke tilfelle få dager før jul under observasjonsperioden. Pleierne gav inntrykk av at det i julen pleide å bli servert ekstra gode julemiddager samt ekstra godt pålegg til frokostene og julekaker på avdelingen. En beboer mente de nok fikk det fint her i julen da det i hvert fall ble mye mat. Selv skulle hun hjem på julaften, men ellers være på sykehjemmet. Det var varierende hva pleierne visste om det som skjedde på sykehjemmet i juledagene, da de ikke nødvendigvis skulle på jobb. Dette kunne påvirke beboernes forventninger knyttet til julen. En beboer på sykehjem A spurte pleieren om hun trodde de fikk vin til maten på julaften. Pleieren gav uttrykk for at hun ikke visste, men at hun selv skulle drikke vin hjemme.

Julen er en familiehøytid, der det å samles rundt måltidene har en sentral plass. Mange av beboerne var på sykehjemmet hele julen. Det å ikke kunne feire julen sammen med egen familie var et savn for mange. Dette bidro til at mange i liten grad så frem til julen på sykehjemmet. Beboere som skulle feire julen sammen med familien sin eller fikk hyppig besøk i julen, så mer positivt på en jul på sykehjemmet.

Julefestene som ble arrangert på sykehjemmene ble av flere beboere omtalt som en fin opplevelse. De beboerne som gav tydeligst uttrykk for å sette pris på arrangementet var de som var mest oppegående. På grunn av sykdomssituasjon eller redusert fysisk funksjon var en slik begivenhet også en utfordring for enkelte beboere. For noen var ulempene ved å delta på julefesten så mange at de ikke ønsket å delta. En av beboerne på sykehjem B ble eksempelvis igjen på avdelingen fordi hun bare kunne spise med skje og ikke ønsket at de andre pårørende

skulle se henne slik. Det ble servert ribbe på sykehjem B og pinnekjøtt på sykehjem A. Kjøttet var vanskelig å tygge og middagsporsjonene var mye større enn det mange beboere vanligvis spiste. Nedsatt syn og hørsel var tilfelle hos mange. Dette gjorde det vanskelig å følge med på underholdningen og å delta i bordfellesskapet. Noen beboere ble raskt slitne og utålmodige. De gikk derfor før måltidet var ferdig.

Oppsummering: Julen er nært knyttet til mat og måltidstradisjoner. Dette gjaldt også for sykehjemsbeboerne. Mange beboere beskrev julefeiringen på sykehjemmet som annerledes. Det å feire jul uten familien var et savn for mange. Til tross for at tradisjonell norsk julemat ble servert, hadde beboerne en oppfatning av at maten og måltidene i julen ikke kom til å bli slik de var vant til. Ut i fra egne beskrivelser gav de et inntrykk av at julen på sykehjemmet var mindre høytidelig enn det de selv hadde vært vant til. Samtidig var det mange av beboerne som på grunn av sin reduserte helse ikke klarte å delta i måltidssituasjonen på samme måte som de tidligere hadde vært vant til.

5 Diskusjon

5.1 Oppsummering av resultatene

Mattilbudet og måltidsserveringene på sykehjemmet bar preg av rutiner. I løpet av dagen ble det servert tre hovedmåltider, og en til to kaffemåltider. Dagen startet med frokost kl 09.00, middag ca kl 13.00 og kveldsmat ca kl 18.00. Mattilbudet kunne i stor grad karakteriseres som et tradisjonelt norsk kosthold. Til frokost og kveldsmat var det brødmatt og middagsrettene bestod ofte av poteter, kjøtt eller fisk og kokte grønnsaker. Det var noe større variasjon i mattilbudet på sykehjem B, sammenliknet med sykehjem A. Det var også en større grad av fleksibilitet omkring måltidsserveringen på sykehjem B. Spisestuenes hovedfunksjon var servering av hovedmåltidene, der de fleste beboerne spiste sine måltider. Bruken av disse spisestuenes i tiden utenom måltidene var noe ulik mellom de to sykehjemmene. På sykehjem B var spisestuen benyttet som et oppholdsrom for beboerne i tiden mellom måltidene. Dette førte til at pleierne var mer involverte med beboerne i tiden mellom måltidene, sammenliknet med sykehjem A. Pleierne hadde en viktig rolle i sykehjemmenes matservering. De bestilte mat og drikke til avdelingen, serverte og hjalp de beboerne som hadde behov for ytterligere assistanse for å få i seg mat. Deres rolle påvirket også den sosiale samhandlingen under måltidene. Beboerne oppholdt seg stort sett på sykehjemmet og den maten og drikken de fikk i seg bestod dermed hovedsakelig av sykehjemmets mattilbud. Det var ingen faste rutiner for servering av mat eller drikke utenom måltidene. Kontakten med pårørende kunne gi noe variasjon i kosten.

Beboerne jeg var i kontakt med hadde i stor grad hatt et tradisjonelt norsk kosthold da de bodde hjemme. De beskrev dagens mattilbud som mer tilgjengelig og variert. Samtidig ble matvarene som selges i dag beskrevet som mindre ekte sammenliknet med det de fikk tak i før i tiden. Interesse for mat og matlaging hadde vært en stor del av livet for mange av de kvinnelige beboerne. Å spise opp, ikke kaste mat, spise alle typer mat og spise det som ble servert, preget beboernes holdninger til mat. Det å flytte på sykehjem innebar mange endringer i følge beboerne, også i forhold til sykehjemmets mattilbud og måltidsservering. På grunn av sviktende helse opplevde mange det som umulig å bo hjemme og sykehjemmet som eneste mulige bosted. Dette hadde nær tilknytning til hva beboerne hadde vært vant til tidligere. Beboerne var i liten grad delaktige i sykehjemmets mattilbud og måltidsservering.

Dette ble sett på som både en fordel og ulempe. Hvor fornøyde beboerne var med mattilbudet varierte mellom de to sykehjemmene, men var også svært påvirket av den enkelte beboers funksjonsnivå. Beboernes opplevelse av muligheten til å få mattilbudet tilpasset egne ønsker og behov var varierende. Til tross for at det var sider ved sykehjemmets mattilbud og måltidsservering beboerne var mindre fornøyd med, ønsket de i enda mindre grad å gi et inntrykk av å være kravstore. Beboerne på sykehjem B gav inntrykk av å være mer fornøyd med mattilbudet og et inntrykk av at det i større grad var mulig å tilpasse mattilbud og måltidsservering etter eget behov, sammenliknet med sykehjem A. I hvilken grad mattilbudet var tilpasset den enkelte beboers behov, påvirket hva beboerne faktisk spiste. I tilfeller der maten var dårlig tilpasset unnlot en del beboere å spise maten. Det er en mulighet for at dette på sikt vil kunne få ernæringsmessige konsekvenser i form av underernæring. Pleierne spilte en sentral rolle i å tilby beboerne et ernæringsmessig og matkulturelt tilpasset mattilbud. Organisering av sykehjemmets mattilbud gjennom kjøkken på sykehjemmet eller sentralkjøkken, var en faktor som påvirket beboernes tilfredshet med maten. Det å ha kjøkken på sykehjemmet ble i denne sammenhengen omtalt som noe positivt.

Førjulstiden og julen på sykehjemmet preget sykehjemmets mattilbud. Tradisjonsmat assosiert med julen som ribbe, pinnekjøtt, lutefisk, skinkestek, julekaker, røkelaks og sylte ble servert på sykehjemmene. Beboerne gav uttrykk for at mye ved julefeiringen på sykehjemmet var ulikt det de var vant med fra tidligere. Dette gjaldt også maten, både i forhold til menyvalg, kvalitet og måltidstradisjoner.

5.2 Styrker og svakheter ved studien

5.2.1 Bruk av en menneskerettighetsbasert tilnærming

Bruk av en menneskerettighetsbasert tilnærming legger føringer for hele forskningsprosessen. Menneskerettighetsprinsippene dannet grunnlaget fra ide til diskusjonen av oppgavens funn. Prinsippene; verdighet, ikke-diskriminering, deltagelse, empowerment og åpenhet dannet grunnlaget for datainnsamlingen. Prinsippene dannet utgangspunktet for diskusjon av studiens resultater og ble på den måten bruket som måleparametere på i hvilken grad retten til fullgod mat var realisert for sykehjemsbeboerne.

Det var avdelingens mentalt klare beboere som ble valgt ut til de ustrukturerte intervjuene. Norske sykehjem har høy forekomst av beboere med demenssykdom og kognitiv svikt som ikke er diagnostiserte (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007; H. A. Nygaard & Ruths, 2003). Dette gav utfordringer i forhold til å tydeligere kunne definere hvem som var sykehjemets klare beboere. I denne studien ble disse beboerne valgt ut ved hjelp av pleierne på avdelingen. Utvalget var derfor i stor grad basert på pleiernes subjektive oppfatning og kan ha påvirket utvelgelsesprosessen. De beboerne jeg så på som aktuelle kandidater for de ustrukturerte intervjuene var dem jeg definerte som mentalt klare beboere, ut i fra at de gjennom sine tanker, meninger, erfaringer og handlinger kunne uttale seg å gi en meningsfylt bestemmelse av sykehjemets mattilbud og måltidssituasjoner.

Det er flere fordeler ved bruk av en menneskerettighetsbasert tilnærming, der behovet hos sykehjemsbeboeren settes i sentrum. Menneskerettighetsprinsippene var med på å belyse mat og måltidssituasjonen på sykehjemmet fra flere sider. Ved å ta utgangspunkt i beboernes meninger, tanker, erfaringer og handlinger knyttet til mat og måltider, ville jeg undersøke hovedfaktorer og forhold som påvirker realisering av retten til fullgod mat for sykehjemsbeboere som ellers kan være tilslørt. En slik vurdering undersøker også den kapasiteten sykehjemsbeboere har, som rettighetshavere, til å kreve sin rett gjennom de muligheter og utfordringer beboerne på sykehjem møter.

Norge og verden står overfor en eldrebølge. Det å sette eldres rettigheter på dagsorden og det å rette fokuset på deres rolle i samfunnet, er derfor viktigere enn noen gang. Ved siden av Elisabeth Karlsens studie er dette trolig en av de første studiene som tar for seg retten til fullgod mat for sykehjemsbeboere ut i fra et menneskerettighetsperspektiv.

5.2.2 Styrker og svakheter ved kvalitativ metode

Validitet

Validitet handler om gyldighet, om studien sier noe om det den er ment å skulle si noe om. Det kan skilles mellom intern og ekstern validitet. Intern validitet innebærer i hvilken grad metoden og referanserammene gir gyldige svar på problemstillingen (Malterud, 2011). For denne oppgaven innebærer det i hvilken grad innhentet data, ved deltagende observasjon og ustrukturerte intervjuer, gir et innblikk i hvordan beboerne opplever mat- og måltidssituasjonene på sykehjem. Ekstern validitet handler om overførbarhet (Malterud, 2011), og hvordan denne oppgavens resultater kan overføres til andre sykehjem.

Valg av komparativ case-studie og deltagende observasjon som metode

Valg av komparativ case-studie var førende for observasjonsperioden, der observasjonene på de to sykehjemmene ble gjennomført parallelt og forgikk i samme tidsrom. Med utgangspunkt i menneskerettighetsprinsippene, var det ønskelig å sammenlikne mattilbud og måltidsservering mellom de to sykehjemmene. Operasjonalisering av disse prinsippene i et sykehjems mat- og måltidssituasjon kan bidra til at denne studiens funn kan overføres til liknende sykehjemssituasjoner.

Observasjonsøktene ble utført vekselvis mellom sykehjem A og B. Denne vekslingen bidro til en mulighet til å oppdage og stille spørsmål omkring de ulikhetene jeg opplevde knyttet til mattilbud og måltidsservering på sykehjemmene. Dette gav en god mulighet til videre undersøkelse av de spørsmål som reiste seg ved at jeg gjentatte ganger vendte tilbake til de to sykehjemmene. Det var en fordel å kunne være tilstede i begge situasjonene samtidig. Det at jeg på forhånd visste at de to sykehjemmene hadde ulike ideologier, kan imidlertid ha bidratt til at jeg i mine observasjoner var mer observant på sider hvor sykehjemmene var forskjellige.

Bruk av deltagende observasjon som forskningsmetode gav muligheten til å gi et helhetlig og sammensatt bilde av hvordan beboerne opplevde mat og måltidssituasjonen på sykehjem. Det gav også et innblikk i hvordan deres handlinger og omgivelsene kunne påvirke denne situasjonen. Gjennom ustrukturerte intervjuer med beboerne fikk jeg god mulighet til å delta i deres hverdag og få et innblikk i deres tanker og meninger om mat og måltider. Det å være tilstede på avdelingen, både under og i tiden mellom måltidene gav gode muligheter til å oppdage nye og mindre åpenbare faktorer som kan påvirke retten til fullgod mat for sykehjemsbeboere. Siden jeg som deltakende observatør ikke var til stede hele døgnet, fikk jeg lite innblikk i hva som faktisk foregikk på avdelingen i tiden mellom kveldsmaten og frokosten. Antallet observasjonsøkter opplevdes likevel som tilstrekkelig for å få et godt innblikk i sykehjemmets mat- og måltidspraksis. På grunn av tidsbegrensninger knyttet til oppgavens omfang er det mulig at flere observasjonsøkter kunne ha beriket datamaterialet ytterligere. Det var flere observasjonsøkter i ukedagene, enn i helgedagene. Jeg var heller ikke til stede på sykehjemmene i juledagene. Data om mat- og måltidsserveringene i julen er hentet fra samtaler med beboerne og pleierne. Dette gjelder også data om sykehjemmets mat- og måltidstilbud i tiden mellom kveldsmaten og frokosten. Beboerne som var aktuelle for de

ustrukturerte intervjuene ble valgt ut i fra dem jeg anså som aktuelle kandidater fra min deltagelse under måltidene samt, veiledning fra pleierne. Dette kan ha påvirket utvelgelsen og samtalen noe. Enkelte beboere hadde en bedre formidlingsevne enn andre, og hadde derfor bedre evne til å dele sine meninger. Evnen til å føre lengre samtaler, til tross for at pleierne karakteriserte dem som klare, var varierende. Det å være åpen for det usagte, knyttet til beboernes handlinger og observasjonene relatert til mat og måltider på sykehjemmet, ble noe jeg opplevde som viktig å fokusere på.

Utvalg av sykehjem og informanter

En somatisk avdeling ble valgt ut på hvert sykehjem, av sykehjemmets leder. Målsetningen var å være på en avdeling med flest mulig mentalt klare beboere. Det hadde vært ønskelig at det var flere mentalt klare beboere på de utvalgte avdelingene og at andelen kvinner og menn hadde vært mer jevn. For å kunne sammenlikne med resultatene fra Elisabeth Karlsens studie, var det de samme to sykehjemmene som ble valgt ut til denne studien. Det var også interessant å undersøke hvilke konsekvenser ulik ideologi og organisatorisk løsning ved de to sykehjemmene fikk for beboernes mat- og måltidssituasjon i denne studien. Disse forskjellene var årsaken til valget av disse to sykehjemmene også i Karlsens studie.

Enkelte beboere var mer kontaktsøkende og opplevdes lettere å prate med enn andre. De delte derfor mer av sine opplevelser og synspunkter. Dette resulterte i at enkelte av de klare beboerne bidro med mer data enn andre. Jeg tok derfor kontakt med flere av beboerne i tiden mellom måltidene for å få frem flest mulig synspunkter. I analyseprosessen har jeg derfor forsøkt å få frem beboernes ulikheter, gjennom deres ulike synspunkter. Det at antallet klare beboere på de to avdelingene var lite og at det spesielt var få menn, kan ha påvirket resultatene. Hadde det vært flere aktuelle beboere for de ustrukturerte intervjuene kunne det ha beriket datamaterialet ytterligere.

Reliabilitet

Reliabilitet er knyttet til forskningens pålitelighet. Dette innebærer om forskningen er utført på en tillitsvekkende og troverdig måte (Thagaard, 2009). Gjennom beskrivelse av forskningsprosessen har jeg forsøkt å styrke denne påliteligheten. Dette innebar også beskrivelser av de refleksjoner som oppstod underveis i oppgaveprosessen. Det å ha et bevisst forhold til min førforståelse og min rolle som forskningsinstrument var også viktig.

Min førforståelse og rolle som eget forskningsinstrument

I følge Malterud er førforståelse de erfaringer, hypoteser, faglige perspektiver og teoretiske referanserammer som vi bringer med oss inn i forskningsprosjektet og som påvirker måten dataene samles og innhentes på (Malterud, 2011). Jeg skrev derfor ned det jeg visste om feltet og de antagelser jeg hadde om feltet før jeg begynte observasjonsstudien. Det er viktig å være bevisst sin egen førforståelse, da dette gjør det lettere å skille innledende antagelser fra definerte funn. Det er viktig å kunne gå inn i feltet med et åpent sinn, men samtidig ha nok kunnskap til å tilnærme seg feltet på en hensiktsmessig måte (Fangen, 2010). Jeg har tidligere jobbet deltid som pleieassistent i flere år på sykehjem og min førforståelse knyttet til mat- og måltidssituasjonen på sykehjem var preget av mine erfaringer derfra. Ut i fra dette har jeg et inntrykk av at maten som serveres på sykehjemmene bærer preg av å være lite variert. Dette gjelder særlig middagene. Frokost, middag, kvelds og ettermiddagskaffe serveres til faste tider. Mat eller drikke som serveres utover de faste måltidene er i stor grad avhengig av hvilke pleiere som er på jobb, tid tilgjengelig i forhold til andre arbeidsoppgaver og hva som er tilgjengelig på avdelingen. For å få mer kunnskaper om feltet før observasjonsstudien oppstart, leste jeg relevant litteratur. Dette innebar tidligere forskning om underernæring, mat- og måltidssituasjoner på sykehjem og aldring, informasjon om menneskerettighetene og relaterte handlingsplaner og lover og retningslinjer i Norge. Dette gav forhåpentligvis et best mulig grunnlag for å kunne forstå det jeg observerte som deltagende observatør og stille relevante spørsmål i forbindelse med observasjonsstudien på sykehjemmene.

En deltagende observatør er sitt eget forskningsinstrument, og det er derfor viktig å vite hva slags instrument en er som forsker (Fangen, 2010). Det er viktig å avklare hvilke hemninger og lidenskaper forskeren har i forhold til forskningstemaet og den gruppen mennesker som skal utforskes (Fog, 1994). Jeg skrev derfor ned mine fordommer, forhåndsantagelser og følelser knyttet til feltet og rollen som deltagende observatør, før jeg begynte på observasjonsstudien. På forhånd var jeg klar over at situasjoner der jeg føler jeg trenger meg på eller er til bry, er situasjoner jeg føler meg ubekvem i. Dette ville kunne påvirke innhenting av data, da slike situasjoner sannsynligvis ville oppstå. Ved å reflektere over disse temaene før jeg gikk inn i feltet, var målet og best mulig kunne forstå mat- og måltidssituasjonen på samme måte som sykehjemsbeboerne subjektivt oppfatter det.

Mine arbeidserfaringer fra sykehjem opplevdes som en fordel ved at jeg raskt følte meg hjemme på sykehjemmene. Dette gav meg større trygghet i rollen som deltagende observatør

og det var lettere å komme i kontakt med beboerne og pleierne på en tillitsfull og naturlig måte. Mine tidligere erfaringer fra sykehjem var grunnleggende for valget av oppgave. Gjennom mine tidligere erfaringer fra sykehjem og ernæringsstudiet var min oppfatning at mat- og måltidssituasjonen på sykehjem ikke alltid er tilfredsstillende, og at beboerne i liten grad selv påvirker og deltar i denne situasjonen. Det å gi beboerne en mulighet til å bli hørt i denne saken, ser jeg på som viktig. Dette gav meg motivasjon og inspirasjon til å gjennomføre en studie der målsetningen var å fokusere på beboernes opplevelser knyttet til sykehjemmets mat og måltidssituasjon.

Det var utfordrende å bruke seg selv som forskningsinstrument ved å innta en rolle minst mulig farget av min førforståelse og personlighet. Samtidig opplevde jeg det som nødvendig å være meg selv for å være mest mulig naturlig og troverdig overfor beboerne. Til tross for at jeg prøvde å være bevisst på min egen førforståelse og tilstedeværelse, var det vanskelig å unngå at dette i noen grad påvirket datainnsamlingen og analyseprosessen. Det å gå inn i feltet med et åpent sinn og se etter det mindre åpenbare var noe jeg prøvde å ha et fokus på gjennom hele observasjonsperioden. Det var viktig for meg at min tilstedeværelse ikke skulle oppfattes som belastende, hverken for beboere eller pleiere. Jeg opplevde det som lett å komme i kontakt med både beboere og pleiere, og jeg følte jeg lyktes med å opprette et godt tillitsforhold til dem. Mange beboere var takknemlige for at jeg satt meg ned og pratet med dem. Jeg opplevde derfor i liten grad å trenge meg på. Mine hemninger med å føle at jeg trengte meg på ble derfor i liten grad noe som forhindret meg fra å ta kontakt med beboerne for å undersøke interessante spørsmål som oppsto underveis i observasjonsstudien.

Åpenhet omkring min tilstedeværelse var viktig. Før de ustrukturerte intervjuene var jeg tydelig på å fortelle beboerne hvorfor jeg ønsket å prate med dem, at det var frivillig og at all informasjon i ettertid ville bli behandlet anonymt. Siden jeg tidligere har jobbet på sykehjem, var det få situasjoner som opplevdes sjokkerende. Ved dypere refleksjon, var det likevel flere hendelser knyttet til mat og måltidssituasjonen som ville opplevdes som svært unaturlig dersom det samme hadde hendt i en annen setting. Sykehjemmets ideologi, kjøkkenløsning, pleiernes holdning og involvering med beboerne og de følger dette fikk for mat og måltidssituasjonen var kanskje noe av det som overrasket meg mest. Det var skuffende at den mosedede middagen som i utgangspunktet så appetittlig ut, bare ble rørt sammen til en masse, uten mer omtanke for beboeren som skulle spise den. På grunn av pleiernes viktige rolle i sykehjemmets mattilbud og måltidsservering, var det vanskelig og ikke skulle fokusere på

dem. Mye av informasjonen jeg fikk fra pleierne var interessant med tanke på oppgavens formål. Jeg har prøvd å fokusere minst mulig på pleiernes synspunkter. Noe data fra pleierne er tatt med der det virket relevant for å få frem viktige poenger knyttet til beboernes mat og måltidssituasjon.

Analysen av data

Analyseprosessen er beskrevet i kapittel 3.7. Siden analysen startet allerede ved observasjonsstudien start, preget mine egenskaper og interesser mine observasjoner, samtaler og feltnotater. Det å ha et bevisst forhold til og et kritisk blikk på min forforståelse og min rolle som eget forskningsinstrument var viktig også i analyseprosessen.

Overførbarhet

I kvalitative studier avgjør utvalget den enkelte studien er basert på fortolkningen av dataenes grunnlag for overførbarhet (Thagaard, 2009). Studiens utvalg bestod av sykehjemsbeboere fra to sykehjemsavdelinger i Oslo. Forhåpentligvis vil beskrivelsen av konteksten dataene er hentet fra gi leseren gode muligheter til å vurdere resultatenes relevans i forhold til andre liknende sykehjemssituasjoner. I denne studien ble to sykehjem med ulik ideologi og organisatorisk løsning sammenlignet ved en komparativ case-studie. Ved å benytte seg av deltagende observasjon gav det et helhetlig perspektiv og rikholdig informasjon om mat- og måltidssituasjonene på de to sykehjemmene. Observasjonsøktene ble utført i samme tidsrom. Dette er viktige elementer i komparativ case-studie som kan bidra til å øke studiens overførbarhet (Ragin, 1987). Det er ønskelig at oppgavens resultater kan være overførbare og få følger for mat og måltidssituasjonene også på andre sykehjem. Studiens utvalg var lite siden den hadde et fokus på sykehjemmets klare beboere. Dette kan ha påvirket studiens overførbarhet da de mentalt klare beboerne kun var en liten andel av avdelingens totale antall beboere. På grunn av begrensninger i studiens omfang er det mulig at flere observasjonsøkter kunne ha beriket datamaterialet ytterligere og styrket dataenes grunnlag for overførbarhet. Ved å knytte mine funn opp mot teori, har jeg forsøkt å styrke oppgavens resultater ytterligere i forhold til dette kvalitetskriteriet.

5.3 Ivaretagelse av menneskerettighetsprinsippene på sykehjemmene

For å vurdere om retten til fullgod mat ivaretas for beboerne på sykehjem vil jeg i denne seksjonen knytte oppgavens resultater til menneskerettighetsprinsippene. Disse prinsippene danner grunnlaget, og bør være styrende for en ”god” prosess ut i fra en menneskerettighetsbasert tilnærming. Det å undersøke disse prinsippenes ivaretagelse av sykehjemsbeboernes mat og måltidssituasjon, kan si noe om prosessen er i tråd med menneskerettighetene. Optimal ernæringsmessig helse hos sykehjemsbeboere er det ønskelige resultatet. Med utgangspunkt i at sykehjemsbeboere ses på som rettighetshavere er det menneskerettighetsprinsippene om verdighet, ikke-diskriminering, deltagelse, empowerment og åpenhet som her vil diskuteres.

5.3.1 Verdighet

Alle mennesker er like og har rett til å bli behandlet med samme verdighet. Denne likheten endres ikke med alder, de eldre har rett til å bli behandlet med lik verdighet som dem som er yngre (Global Action on Ageing, 2010). Verdighet kan knyttes til det å føle seg verdsatt som menneske (Karlsen, 2011). Dette inkluderer en rekke sider ved sykehjemmets mat- og måltidspraksis, ut over det å tilby et mattilbud som dekker beboernes ernæringsmessige behov. Matvaner og matkultur er nært knyttet til identitet (Kittler & Sucher, 2008). Hvordan sykehjemmet ivaretar beboernes mat- og måltidsvaner, kan påvirke deres opplevelse av å bli respektert og verdsatt som menneske. Aspekter knyttet til et ernæringsmessig og matkulturelt tilpasset mattilbud og måltidspraksis vil i dette kapitlet diskuteres for å vurdere sykehjemmets ivaretagelse av beboernes verdighet.

Et mattilbud som ivaretar beboernes ernæringsbehov

Det å dekke beboernes ernæringsbehov er blant sykehjemmets primære oppgaver. Beboernes kosthold bestod hovedsakelig av det sykehjemmet tilbød dem. Denne oppgaven tar ikke for seg en helhetlig analyse av beboernes ernæringsstatus eller næringsinnholdet i den maten som ble servert. For å vurdere om mattilbudet og måltidssituasjonen dekker beboernes ernæringsbehov var det interessant å se nærmere på de faktorene som påvirker beboernes matinntak. Et appetittlig mattilbud som fremmer matlyst er en viktig faktor for matinntaket,

også for sykehjemsbeboere (H. Aagaard, 2010). Et mattilbud som oppfattes av beboerne som appetittlig vil dermed bidra til å ivareta deres ernæringsbehov og dermed deres verdighet. Ut i fra beboernes beskrivelser og den maten som ble servert på de to sykehjemmene, var dette i større grad ivaretatt på sykehjem B sammenliknet med sykehjem A. Et appetittlig mattilbud kan knyttes til matens utseende, smak, konsistens og sammensetning. Sykehjemsbeboerne hadde ulike matpreferanser og behov. Hva den enkelte oppfattet som appetittlig varierte fra person til person. Ut i fra at beboerne generelt var mer fornøyd med mattilbudet på sykehjem B, kan det tyde på at en større variasjon i mattilbud bidro til at beboerne oftere fikk mat de likte og oppfattet som appetittlig og fristende. Dette er et forhold som vil bidra til å ivareta beboernes ernæringsbehov og dermed deres verdighet.

Det å ivareta beboernes ernæringsbehov var spesielt utfordrende hos dem med redusert helsetilstand. Et mattilbud med få variasjonsmuligheter gav ulike utfordringer i forhold til beboernes verdighet. Dette gjaldt spesielt de beboerne som hadde behov for et ernæringsmessig tilpasset mattilbud. Endringer knyttet til redusert helsetilstand i alderdommen er ofte forbundet med utfordringer knyttet til matinntaket (H. Aagaard, 2010; Copeman, 2000; Guigoz et al., 1996; Morley & Silver, 1995; Nieuwenhuizen et al., 2010). Mange av beboerne hadde redusert tyggefunksjon som er et utbredt problem blant denne aldersgruppen (Abbasi & Rudman, 1994; Copeman, 2000; Morley & Silver, 1995). Ofte ble mat servert som beboerne ikke klarte å tygge. Dette resulterte i at maten ikke ble spist. Matens konsistens var spesielt en utfordring for disse beboerne, der type kjøkken og hvordan maten var tilberedt var årsaksforklarende. For en beboer på sykehjem A var retter bestående av rent kjøtt og fisk vanskelig å tygge. Ofte fantes det ikke en alternativ rett til denne beboeren med tilpasset konsistens på maten. Det å spise mer grønnsaker og potet var den beste løsningen pleieren som serverte middagen kom med, da de en av dagene serverte kjøtt hun ikke klarte å spise. Denne dagen ble mye av maten liggende igjen på beboerens tallerken. I følge retningslinjene for kosthold i helseinstitusjoner bør det tas hensyn til ulike forhold som er vanlige hos sykehjemsbeboere, blant annet dårlig tannhelse, ved valg av matvarer og utforming av meny på sykehjemmet (Statens ernæringsråd, 1995). Det å ikke kunne spise maten som ble servert krenket beboernes verdighet. Det resulterte i et redusert matinntak, og tydet på et utilstrekkelig mattilbud for å dekke ernæringsbehovet hos beboerne med tyggevansker.

Det å tilby moset middag til beboerne med tyggevansker kunne bidra til å dekke deres ernæringsbehov i større grad. Samtidig ble moset mat oppfattet av beboerne som mindre appetittlig og å ha annerledes smak. På sykehjem A der den mosede middagen i utgangspunktet så fristende ut, ble middagen likevel presentert på en lite appetittlig måte. En ekstern leverandør som har spesialisert seg på konsistenstilpasset mat ble benyttet. For å gi et inntrykk av vanlig mat, både syns- og smaksmessig, er kjøtt, grønnsaker og potet fordelt hver for seg med saus over i en porsjonspakning. Likevel rørte pleierne alt sammen til en brun ”røre”. En slags konflikt oppsto i det å tilby konsistenstilpasset mat til beboerne med tyggevansker og det å tilby et mattilbud som ivaretar deres verdighet. Den mosede maten hadde en konsistens som i større grad ivaretok deres behov for et ernæringsmessige tilpasset kosthold. Samtidig vitnet disse tilfellene, der den mosede maten ble servert på en svært lite appetittlig måte, om et mattilbud som i svært liten grad ivaretok beboernes verdighet. Dette er en uakseptabel måte å servere maten på, når forholdene for et verdig mattilbud er så godt lagt til rette ved bruk av ekstern leverandør. Ved at det ble oppfattet som lite appetittlig, kunne det resultere i at beboerne spiste mindre av denne maten. På den måten var disse beboerne i en utsatt posisjon for ikke å få dekket sine ernæringsbehov gjennom sykehjemmets mattilbud.

Med alderen var det flere beboere som hadde fått redusert appetitt og erfart at sykdom kunne påvirke matinntaket. Mange beboere spiste og drakk generelt lite til måltidene. Få beboere spiste eller drakk utenom måltidene, med mindre de ble tilbudt mat eller drikke av pleierne. Det å spise lite ble beskrevet av beboerne som naturlig i deres situasjon, grunnet lavt aktivitetsnivå. Endringer i appetitt hos eldre kan ha mange årsaker og har vist å øke risiko for redusert matinntak og underernæring (McDonald & Ruhe, 2010). Et redusert matinntak vil påvirke oppnåelsen av optimal ernæringsmessig helse for disse beboerne over tid. Studier utført på sykehjem i Oslo har vist en høy forekomst av underernæring blant beboerne (Aukner, 2011; H. D. Eide, 2011; McDonald & Ruhe, 2010). Det kan tyde på at behovet for å tilby et variert og appetittlig mattilbud er større på sykehjem, slik at optimal ernæringsmessig helse oppnås. I Handlingsplanen for bedre kosthold i befolkningen er næringsrike og fristende måltider i hyggelige omgivelser fremhevet å ha stor betydning for å sikre et tilstrekkelig næringsinntak hos eldre (Departementene, 2007). Det å få dekket sitt ernæringsbehov og dermed redusere risiko for underernæring og sykehusinnleggelse vil også kunne gi store samfunnsøkonomiske gevinster.

Oppsummering: Variasjon maten som sykehjemmet tilbyr og et appetittlig mattilbud, ut i fra utseende, smak, konsistens og sammensetning var faktorer som påvirket beboernes matinntak. Et lite variert og lite appetittlig mattilbud kan gi utfordringer, spesielt i forhold til beboere som har behov for et ernæringsmessig tilpasset mattilbud. Redusert appetitt er en konsekvens av alder og sykdom. Dette gjør det ekstra viktig å tilby et variert og appetittlig mattilbud til sykehjemsbeboere slik at deres ernæringsbehov i størst mulig grad dekkes. En slik tilnærming vil i tillegg til de rent individuelle forholdene også kunne gi store samfunnsøkonomiske gevinster.

Et mattilbud som ivaretar beboernes matvaner og matkultur

Sykehjemmets mulighet til å tilby et variert og appetittlig mattilbud påvirket i hvilken grad beboernes matvaner og matkultur ble ivaretatt. Et tradisjonelt norsk kosthold (Amilien & Krogh, 2007; A. Bugge & Døving, 2000; Notaker, 2009) var beskrivende for både beboernes matvaner og sykehjemmets mattilbud. Det å få mat en kjenner er assosiert med at sykehjemsbeboerne blir glade, fornøyde og føler seg ivaretatt og elsket (Kayser-Jones, 1996). Det å få servert matretter en var spesielt glad i, vekket gode assosiasjoner også for beboerne i denne studien. Faktorene knyttet til et appetittlig mattilbud, der maten hadde samme smak, konsistens, utseende, sammensetning og tilberedningsmetode som beboerne var vant til bidro til å vekke disse gode assosiasjonene. Det å få servert spekesild med ”riktig” tilbehør som potet, løk og øl gav et inntrykk av at måltidsopplevelsen ble slik den ”skulle være”. På sykehjem B, der de hadde kjøkken på sykehjemmet, hadde beboerne en oppfatning av at maten i større grad ble tilberedt slik den ”burde”. De beskrev mat laget fra bunnen av som mer ekte. Dette har vært assosiert med det å få frem ekte smak og dermed øke matrettens verdi (Fossgard E, 2007). I en studie av middagsvaner i Norge ble mat laget fra bunnen av assosiert med ordentlig middag. Før i tiden var det mer vanlig å lage mat fra bunnen av, sammenliknet med hva som er praksis blant de yngre generasjonene i dagens Norge (A. Bugge, 2007). Matlaging hadde vært viktig for mange av beboerne og mange var sannsynligvis påvirket av husmoridealet som preget kvinnenens rolle på 1950- og 60-tallet (Haavet, Botten, & Elvbakken, 1996). Sannsynligvis blir et inntrykk av hjemmelaget mat satt enda større pris på blant sykehjemsbeboere, sammenliknet med dagens unge, hvor fokuset i større grad virker å være på at matlagingen skal gå raskt (A. Bugge, 2007).

På sykehjem A ble middagen laget på et sentralkjøkken, der middagsrettene i liten grad ga inntrykk av å være ”fersk og frisk”. Det brøt med oppfatningen av hvordan maten burde være

(A. Bugge & Døving, 2000). Det å få servert maten en liker på den måten som forventes, kan gi en følelse av å bli verdsatt. Mye tydet på at dette ikke alltid var forhold som ble tilfredsstillende ivare tatt gjennom sykehjemmets mattilbud. Mange beboere oppfattet mattilbudet på sykehjemmet som annerledes og av noe dårligere standard enn hva de hadde vært vant til hjemme. Enkelte matvarer og matretter kunne også være ukjente for den enkelte. Det hendte at beboerne nevnte retter eller matvarer de var spesielt glad i, men som de hadde en opplevelse av at de aldri fikk på sykehjemmet. Omtanke for tradisjon og kultur har blitt fremhevet som en viktig faktor for opplevelsen av gode måltider på sykehjem. Fordi matens betydning har mange dimensjoner, i form av minner, vaner, kultur, trøst og mestring, er dette faktorer det er viktig å ha i mente for å gi et tilpasset mattilbud (Sellevoid & Skulberg, 2005). Valg av organisatorisk kjøkkenløsning er derfor en faktor som kan sies å påvirke i hvilken grad sykehjemsbeboere oppfatter å få et mattilbud som ivaretar deres verdighet. Dette påvirket variasjonen og hvor appetittlig mattilbudet på det enkelte sykehjemmet ble oppfattet.

Det norske kostholdet har de siste tiårene gjennomgått en ”globalisering” (Amilien & Krogh, 2007; Helsedirektoratet, 2011). Disse endringene hadde i liten grad preget sykehjemmets mattilbud, der potetmiddager, lørdagsgrøt og brødmåltider var vanlig. Endringer i det norske kostholdet ble også beskrevet av beboerne. I hvilken grad beboernes matvaner var preget av disse endringene virket varierende. På sykehjem B ble det servert noe mer av det beboerne omtalte som moderne mat som spaghetti og kjøttboller, pai, salat, lasagne og pizza. I løpet av observasjonsperioden ble ingen av disse rettene servert på sykehjem A. Pleierne på dette sykehjemmet gav uttrykk for at mer moderne norske retter som salat og pasta var noe verken beboerne var vant til eller likte. På sykehjem B ble de moderne middagsrettene godt likt av enkelte. En av beboerne ønsket seg et mattilbud med flere slike retter og mente at dette også kunne gjelde andre beboere. Selv likte hun godt mat som indisk mat og taco. Ved servering av pizza Grandiosa åpenbarte det seg at beboerne hadde ulike matvaner. En av beboerne hadde laget pizza for første gang for 50 år siden. På 1960-tallet var pizza en ny trend i den norske middelklassens festkultur (Døving, 2003). Det å få pizza på lørdagskvelden var noe hun likte. En av beboerne som ikke var vant til pizza var mindre begeistret. I likhet med andre deler av befolkningen kan det finnes ulike matkulturer blant eldre mennesker som er påvirket av tidligere erfaringer og sosiale klasse (A. Bugge, 2010). Et variert mattilbud kan dermed være nødvendig for å ta hensyn til beboernes ulike matvaner og preferanser. I 1999 vedtok bystyret en rekke kvalitetskrav som skulle være gjeldende for pleie- og omsorgstjenesten i Oslo kommune. Et tilbud om alternative middagsmenyer var et av disse kravene (Bystyret i Oslo,

1999). I ”Omsorgsplan 2015” fremheves valgmuligheter som et viktig premiss for fremtidens omsorgstjenester. Det å kunne velge mat og drikke fra en meny gis som eksempel (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006). Mye kan tyde på at det er behov for en mer variert middagsmeny der både moderne og tradisjonelle norske middagsretter tilbys. Dette kan bidra til at beboerne i større grad får tilbud om mat tilpasset sine ønsker og behov og dermed at den enkelte beboer i større grad opplever å bli behandlet med verdighet.

Oppsummering: Det å få kjent mat tilberedt og servert på ”riktig” måte ga beboerne gode assosiasjoner. En kjøkkenløsning som fremmer et slikt mattilbud, bidrar derfor til å ivareta beboernes verdighet. Ulikheter innen beboernes matvaner og matkultur viste seg gjennom sykehjemmets servering av moderne norske matretter. Et mer variert mattilbud kan bidra til at den enkelte i større grad opplever å bli behandlet med verdighet.

Matvaner og matkultur knyttet til måltidsmønster

Måltidsmønster sier noe om de ulike måltidene som spises i løpet av dagen, men også tidspunktene de vanligvis spise på (Kittler & Sucher, 2008). Mye tydet på at det var en del ulikheter mellom det måltidsmønsteret beboerne hadde vært vant med, og det som var vanlig på sykehjemmene. Det var spesielt den tidlige middagsserveringen som skapte denne store ulikheten. På begge sykehjem ble middagen servert i 13-tiden. I en kartleggingsstudie over måltider på sykehjem i Oslo, viste dette seg også å være det vanligste tidspunktet for middagsserveringen. Kun et sykehjem serverte middag kl 17. Både tidspunkt og type måltider som ble servert på sykehjemmene i denne kartleggingsstudien (Helsevernetaten, 2001), samsvarte med tidspunktene for servering av måltidene på sykehjemmene i denne studien. Mye tyder derfor på at måltidsmønsteret på sykehjem A og B er vanlig praksis på dagens sykehjem.

Servering av middag i 13-tiden var lite vanlig i forhold til beboernes tidligere måltidsmønster, og hva som har vist seg å være vanlig tidspunkt for middagsmåltidet i Norge de siste tiårene (Amilien & Krogh, 2007; A. Bugge, 2007; A. Bugge & Døving, 2000). De fleste beboerne hadde tidligere vært yrkesaktive og dermed spist middag mellom kl 16.00 og 18.00. Sykehjemmets tidlige middagsservering skapte store endringer i beboernes måltidsrytme. På sykehjemmet ble lunsjmåltidet byttet ut med tidlig middag og kaffemåltidet ble servert i middagstiden. For enkelte ble kveldsmaten innført som et nytt måltid. Middagen har en sentral plass i nordmenns hverdagsliv (A. Bugge, 2005) og det å få dette måltidet servert til uvant tid bidro til et måltidsmønster som i liten grad ivaretok beboernes matvaner. Det å flytte

på sykehjem ble av mange beboere beskrevet som en situasjon som innbar mange endringer, der måltidene og tidspunktene de ble servert på ble beskrevet som uvant. Disse endringene kunne føre til at beboerne følte seg mindre verdsett, da deres matvaner i mindre grad ble ivarett gjennom sykehjemmets måltidsmønster.

Beboerne gav uttrykk for at de synes det var for tidlig med middag i 13-tiden fordi de ikke var så sultne da. På bakgrunn av at matlyst er en viktig faktor for å regulere matinntaket (H. Aagaard, 2010), kan tidspunktet måltidene serveres på også ha betydning for beboernes matinntak. På den måten kan tidspunktet for måltidene påvirke beboernes oppnåelse av optimal ernæringsmessig helse. Innføring av lunsj, og servering av middag senere på dagen har vært innført i mange helseinstitusjoner som et tiltak i arbeidet med å forbygge og behandle underernæring (Nasjonalt råd for ernæring, 2006). Det bør derfor også være mulig å innføre liknende måltidsrutiner på norske sykehjem. Dette kan bidra til et måltidsmønster som i større grad ivarett beboernes matvaner og dermed deres verdighet. Muligheten til å få tilpasset servering av mat og drikke til de tidspunktene beboerne ønsket var en mulighet på sykehjem B, men i liten grad på sykehjem A. Sykehjem B sitt måltidsmønster vil dermed i større grad kunne sies å bidra til å gi beboerne en følelse av å bli behandlet med verdighet, sammenliknet med sykehjem A.

Måltidene som spises i løpet av dagen skiller seg fra hverandre i form og innhold. De samme forholdene skiller også måltidene i hverdagen fra måltid i helg og høytid. På denne måten handler måltidene også om mer enn bare maten i seg selv (A. Bugge & Døving, 2000). På begge sykehjem ble det servert "lørdagskos". Dette gav inntrykk av at det ble servert noe "ekstra" på lørdagskvelden. Det å få servert pizza Grandiosa fikk blandet mottagelse av beboerne, til tross for at pizza tidligere har blitt omtalt som en vanlig lørdagsrett i Norge (A. Bugge & Døving, 2000; Døving, 2003). I følge en beboer var pizza en type mat denne aldersgruppen i liten grad var vant til å spise, likevel satte enkelte pris på pizzaserveringen. Bunn på pizzaen var hard og sprø. Det gjorde den vanskelig å tygge for enkelte beboere. På den måten gav pizza assosiasjon til noe "ekstra" for enkelte beboere, mens den gav lite "lørdagskos" for andre. Det at pizza Grandiosa er blitt assosiert med forfallet av norsk matkultur (Døving, 2003) vitnet om at "lørdagskosen" ikke nødvendigvis hadde som funksjon å tilby beboerne litt ekstra fin helgemat.

Til søndagsmiddagene ble det på begge sykehjem servert en litt finere kjøtt- eller fiskerett, der det på sykehjem B var et tilbud om vin til maten. Beboerne satt pris på denne forskjellen

mellom hverdag og helg. Helgen er forbundet med fritid, noe som har skapt et skille mellom maten i ukedagene og helgen. Dette har ført til et endret måltidsmønster i helgen sammenliknet med ukedagene (Amilien & Krogh, 2007). På sykehjemmet var måltidene servert til de samme tidspunktene hver dag. Den store distinksjonen mellom måltidene i helg og ukedag som ellers beskriver nordmenns kosthold (Døving, 2003) opplevdes derfor lite tydelig gjennom sykehjemmets mat- og måltidspraksis. Det kan virke som om mattilbudet på sykehjem har gjennomgått en slags institusjonalisering, det at noe har faste former, der det samme blir servert uke etter uke (Karlsen, 2011). Risengrynsgrøten var et eksempel på dette. Det omtales som en vanlig lørdagsrett i Norge (A. Bugge & Døving, 2000; Døving, 2003), og ble servert hver lørdag på disse sykehjemmene. Likevel var dette en uvant matvane for mange av beboerne. Til tross for at denne retten kan være en vane for mange nordmenn, er ikke dette nødvendigvis vanlig for alle sykehjemsbeboere. Beboernes verdighet vil i større grad ivaretas gjennom et mattilbud og en måltidsservering som i større grad tar utgangspunkt i beboernes matvaner og matkultur. Det å få en annen form for mat i helgen, tilpasset den enkelte beboers matkultur, vil sannsynligvis bidra til at beboerne får en følelse av endring fra hverdagen. En tidligere studie har vist at det i liten grad ble lagt vekt på å gjøre forskjell på hverdag og helg gjennom måltidssituasjonen på sykehjem i Oslo (Sellevoid & Skulberg, 2005). Mat og måltider som bidrar til å skape disse forskjellene mellom hverdag og helg vil kunne gi en følelse av å være mer ”normal”, da en gjør noe som er likt normen; samfunnet. Dette vil kunne være med på å gi sykehjemsbeboere en følelse av verdighet. På den andre side vil nok servering av matvarer som den enkelte ikke kan spise gi den motsatte effekten på den enkeltes følelse av å bli verdsatt. Et mattilbud som i større grad ivaretar forskjellene mellom hverdag og helg tilpasset beboerne, kan bidra til å skape trivsel og dermed beboernes matinntak (H. Aagaard, 2010; Sellevoid & Skulberg, 2005). På den måten bidrar et mattilbud og måltidsservering tilpasset beboernes matvaner og matkultur til å oppnå optimal ernæringsmessig helse hos sykehjemsbeboere.

Oppsummering: Sykehjemmets måltidsmønster var ulikt det beboerne hadde vært vant til fra før. Servering av middag i 13-tiden var mest uvant. Dette bidro til et måltidsmønster som i liten grad ivaretok beboernes matvaner og dermed deres verdighet. Større fleksibilitet omkring måltidsserveringen på sykehjem B gjorde det mulig å i større grad tilpasse til beboerne. Det var generelt liten forskjell mellom hverdagens og helgens mattilbud og måltider. Ulik matkultur hos beboerne og behovet for et ernæringsmessig tilpasset mattilbud kunne gi ytterligere utfordringer i forhold til å tilby et verdig mattilbud. En måltidsservering

og et mattilbud som i større grad skaper forskjell mellom hverdag og helg kan bidra til at beboerne føler seg mer verdsatt. Samtidig kan det øke trivsel og dermed matinntaket.

En måltidsservering som gir struktur og en følelse av omsorg

Faste måltidstidspunkter og en rutinepreget matservering var i utgangspunktet uvant, men var likevel noe mange beboere satte pris på. Dette gav beboerne en slags struktur i hverdagen. I Karlsens studie ble måltidene omtalt som faste og trygge holdepunkter gjennom dagen (Karlsen, 2011). Faste plasser ble sett på som et gode da enkelte beboere beskrev seg selv som litt glemske. Når de faste rutinene knyttet til måltidene ble endret, kunne det skape misnøye. Det at mange eldre på sykehjem er avhengige av hjelp fra andre for å få dekket sine grunnleggende behov knyttet til blant annet mat og drikke, kan fremme en følelse av å ha lite kontroll over det som skjer med en selv (The Joint Committee on Human Rights, 2007). Mye tyder på at dagens sykehjemsbeboere er sykere og mer pleietrengende enn hva de var tidligere (H.A. Nygaard et al., 2001). Mange av beboerne på begge sykehjemmene var i stor grad avhengige av pleierne for å gjennomføre sine daglige aktiviteter. Endringer i frokost og medisinerutinene var nok til å endre dagens toalettvaner og gi en opplevelse av en ”ødelagt dag”. Dagligdagse aktiviteter som for friske og oppegående kan virke trivielle, kan bli et stort problem for de eldre. Ofte hadde dette en sammenheng med beboernes behov for hjelp av andre for å gjennomføre disse aktivitetene. Med alderen skjer det ofte endringer i retning av å oppleve mindre kontroll (S. O. Daatland & Solem, 2011). Et rutinepreget måltidsmønster gav dem en mer forutsigbar hverdag. Det kunne virke som at dette igjen gav beboerne en opplevelse en slags kontroll og dermed større frihet over sin egen hverdag. Når dette ivaretas kan det gi en følelse av å bli respektert og verdsatt

Generelt ble det å slippe å planlegge hvor en skal spise og det å få maten servert sett på som et gode av beboerne. Det å ha ansvaret for familiens mat kan føles tung og som en plikt, samtidig som det å lage mat til familien kan oppfattes som en måte å uttrykke omsorg og kjærighet på (Døving, 2003). Når de kvinnelige beboerne opplevde å slippe dette ansvaret og selv bli servert, kunne det virke som om de fikk en opplevelse av den omsorgen de selv hadde utøvd til sin egen familie tidligere i livet. Beboerne virket i stor grad tradisjonelle i sitt kjønnsrollemønster i forhold mat (A. Bugge, 2007). Mennene beskrev at kona eller moren hadde stått for matlaging, mens mange av kvinnene selv hadde hatt på seg rollen som ”mathusmor”. De mannlige beboerne var takknemlige for å få maten ferdig servert og begrunnet det blant annet i en manglende evne til å lage mat. Det å få mat servert gav

beboerne en opplevelse av omsorg, og bidrar dermed til at de føler seg verdsatt på sykehjemmet. Etter et langt yrkesliv eller som hjemmевærende vil dette av mange ses på som en viktig faktor for en verdig alderdom.

Det å tilby mat og servere noe når en får gjester, er også en måte å gi av seg selv og uttrykke omsorg på (Døving, 2003). Dette virket vanlig i beboernes matkultur. Både når jeg deltok i beboernes måltidsfellesskap eller hadde en lengre samtale med dem på rommet deres, opplevde jeg at beboerne ønsket å tilby meg noe spiselig. Det at de eldre pleierne på sykehjem B husket på å servere kaffe når beboerne fikk besøk av sine pårørende, ble satt stor pris på. Det å ikke være i stand til "å gjøre i stand" kan oppleves som et stort tap av verdighet og kvinnelighet (A. Bugge & Døving, 2000). Det at beboerne i liten grad var deltagende i sykehjemmets matservering gav utfordringer i forhold til deres vaner knyttet til å tilby mat. Dersom det å tilby mat til gjester var noe beboeren hadde vært vant til, kan det gi en følelse av tapt autonomi og identitet dersom dette ikke lenger er en mulighet på sykehjemmet. Denne følelsen vil dermed kunne påvirke beboerens opplevelse av verdighet. Sykehjemmets evne til å ta på seg rollen som "vertinne" vil sannsynligvis kunne motvirke denne følelsen av tapt verdighet.

Oppsummering: Faste rutiner rundt måltidene bidro til struktur i beboernes hverdag og en følelse av kontroll og forutsigbarhet. For beboerne som i stor grad var avhengige av hjelp fra andre i dagens gjøremål kan denne funksjonen ved måltidene ha ekstra stor betydning. Det å få maten ferdig servert kunne gi beboerne en følelse av omsorg. Når disse faktorene ble ivare tatt kunne det bidra til en følelse av å bli verdsatt gjennom sykehjemmets måltidsservering. På den andre side vil det faktum at beboerne var lite involvert i tilberedning og servering av måltidene kunne gi utfordringer knyttet til beboernes mulighet til å tilby mat eller drikke til andre og dermed deres verdighet.

Et mattilbud og en måltidsservering som ivaretar julens tradisjoner

Julen beskrives som en matminnefest, der vi tar med oss minner, vaner, tradisjoner og ritualer fra oppveksten. Den blir også sett på som en sosial tid, der mat og måltider er en sentral del av samværet hvor storfamilien samles (A. Bugge, 2006). Gjennom observasjoner i førjulstiden og ut i fra beboernes beskrivelser om julen på sykehjemmet, var det en rekke forhold knyttet til det å ivareta beboernes juletradisjoner som kunne oppfattes utfordrende for beboerne.

Mange av de tradisjonelle norske julerettene ble servert i førjulstiden som ribbe, pinnekjøtt, lutefisk, medisterkaker og skinkestek. Det ble satt pris på at sykehjemmet serverte juleretter som den enkelte beboer var spesielt glad. Likevel beskrev beboerne at julen på sykehjemmet var annerledes enn det de hadde vært vant til, dette gjaldt også mattilbudet og måltidene. Mange beboere fortalte at de i liten grad så frem til sykehjemsjulen.

Mange av beboerne beskrev at de i tidligere hadde brukt mye tid på matlaging og forberedelser til julens måltider. Baking av julekaker, gjerne alle de syv slagene, hadde vært et fast ritual for flere av de kvinnelige beboerne. Aktiviteter som ble arrangert i førjulstiden kunne bidra til å ivareta beboernes juletradisjoner. Det ble arrangert flere førjulsaktiviteter på sykehjem B, og det var kun på dette sykehjemmet at beboerne hadde mulighet å bli med på å bake pepperkaker. Dette bidro til å ivareta beboernes juletradisjoner, og dermed deres verdighet.

En institusjonalisering av sykehjemmets mat og måltider, på en måte som gir liten forskjell mellom helgens og hverdagens måltider, var ut i fra beboernes beskrivelser også med på å prege julens måltider. Middagen på julaften ble omtalt som mindre høytidelig og feststemt enn det beboerne var vant til. Julemiddagen er kanskje det middagsmåltidet det er knyttet størst forventninger til, der tradisjon ofte styrer hva som spises. Ofte legges det betydelig arbeid i tilberedningen av julematen (A. Bugge, 2006). Det at ribbestykket ble ”slengt på en tallerken”, gav et inntrykk av mindre arbeid og omtanke omkring den maten som ble servert på julaften enn det beboerne var vant med fra da de bodde hjemme. På begge sykehjem ble svineribbe med pølser og medisterkaker servert på julaften. Dette er den dominerende juleretten på Østlandet og den retten som spises av flest nordmenn på julaften (A. Bugge, 2006). Ribbe var likevel ikke vanlig for alle beboerne. Det å ikke få servert sin tradisjonelle julemiddag kunne derfor være et savn for enkelte. For beboerne som hadde behov for et ernæringsmessig tilpasset kosthold kunne julemiddagen by på ekstra utfordringer. Den tradisjonelle julematen kunne være vanskelig å tygge og moset julemat ga ikke nødvendigvis den samme smaksopplevelsen. Det var dermed sider ved sykehjemmets mattilbud og måltidssituasjon i julen som kunne bidra til at beboerne i liten grad følte seg verdsatt.

Beboerne og pleierne gav inntrykk av at de på forhånd visste lite om hvordan julen kom til å bli og hva som skulle serveres. Når beboerne i liten grad visste hva sykehjemmets juletradisjoner var, kunne det være vanskelig å vite hvilke forventninger en kunne ha til juledagene. På sykehjem B gav både pleiere og beboere et inntrykk av at de i større grad

visste hvordan julen på sykehjemmet kom til å bli. Det å vite at de på sykehjemmet kom til å få mye god julemat, bidro til at en av beboerne i større grad så frem til julen på dette sykehjemmet. Dette var et forhold som tydelig bidro til at denne beboeren følte seg verdsatt.

En julefeiring uten familien var et savn, og mange beboere så derfor i liten grad frem til julen på sykehjemmet. Enkelte beboere var hjemme hos sine pårørende på julaften eller fikk hyppige besøk. Andre visste at de ikke kom til å få besøk i julen. Det å være sammen med familien anses som det viktigste med julen (A. Bugge, 2006). Fraværet av familien kunne bidra til at julefeiringen på sykehjemmet var en spesielt sårbar tid for mange av beboerne. Depresjon og nedstemthet er faktorer som har vist seg å påvirke appetitt og matinntak (Nieuwenhuizen et al., 2010). Julen kan da være en ekstra utsatt situasjon for mange. I hvilken grad en har kontakt med egen familie vil for mange være den viktigste faktoren for om en føler seg verdsatt eller ikke. Dette er imidlertid ikke et forhold som sykehjemmet i særlig grad kan påvirke. I de tilfellene der beboere ikke har familie eller har liten kontakt med familien blir derfor sykehjemmets evne til å vise verdighet ekstra viktig.

På begge sykehjemmene ble det arrangert julefest for beboerne. Festlige anledninger, feiringer og høytidsdager blir ofte markert ved flotte måltider (Kittler & Sucher, 2008). En slik julefest kan bidra til at beboerne føler de blir gjort stas på og kan dermed øke deres følelse av å bli verdsatt. Det var kun på sykehjem B det ble gitt anledning til at beboernes pårørende kunne delta. Det å ha familie som kommer på besøk ved slike anledninger kan for mange være ekstra stas. God kontakt med familien blir sett på som en viktig faktor i alderdommen (Paulsen & Huseby, 2009). Det å gi mulighet for beboernes pårørende å kunne delta under måltidene på sykehjemmet også ellers i året, kan være et tiltak som fremmer beboernes følelse av å bli verdsatt. For de som ikke får besøk av familie vil imidlertid en slik julefest kunne øke ensomhetsfølelsen og redusere følelsen av å bli verdsatt.

Oppsummering: Mange av julens tradisjonelle matretter ble servert i førjulstiden og i julen. Dette vil kunne bidra til at den enkelte beboer føler seg verdsatt. Likevel var det mange beboere som i liten grad så frem til julen på sykehjemmet. Julens mat og måltider ble oppfattet som annerledes. Julemiddagen var spesielt utsatt da beboernes juletradisjoner ikke nødvendigvis ble ivaretatt. Behovet for et ernæringsmessig tilpasset mattilbud kunne gi ytterligere utfordringer for beboernes opplevelse av en verdig julefeiring. Mangel på informasjon om julefeiringen på sykehjemmet bidro til å skape usikkerhet omkring hvilke forventninger beboerne kunne ha til julen. Fraværet av familie bidro også til at julefeiringen

ble en sårbar tid for mange. Førjultiden og julen kunne dermed virke som en spesielt sårbar tid for mange beboere med tanke på å føle seg verdsatt. Sykehjemmets mat og måltidspraksis virket generelt utilstrekkelig på mange områder i forhold å gi beboerne en verdig julefeiring.

5.3.2 Ikke-diskriminering

Prinsippet om ikke-diskriminering innebærer at ingen bør oppleve diskriminering på bakgrunn av blant annet alder og funksjonshemming. Sosiale og geografiske forhold vil kunne gi diskriminerende effekter for sykehjemsbeboere grunnet den enkelte kommunes politiske og økonomiske prioriteringer. Dårlig økonomi har blitt fremhevet av sykehjems- og kjøkkenpersonalet som den største hindringen for å kunne tilby et bedre tilpasset mattilbud til sykehjemsbeboere (H. Aagaard, 2008).

Økonomi for mat på sykehjem

Analyse av de politiske og økonomiske rammene for mattilbudet på de to sykehjemmene ligger utenfor rekkevidden av denne oppgaven. Dette er likevel svært avgjørende faktorer for sykehjemmets mat- og måltidstilbud. Ulik organisatorisk løsning av kjøkkenet på de to sykehjemmene gjorde det vanskelig å sammenlikne de to sykehjemmenes matbudsjett. Ut i fra samtaler per telefon med ansatte i sykehjemsetaten skal matbudsjettet som er beregnet per beboer være det samme for alle som bor på sykehjem i Oslo kommune. Det er opp til hver enkelt kommune å avgjøre hvor mye penger som skal bevilges til dette området. Da det er mange sykehjem som benytter seg av sentralkjøkken, skilles det ofte mellom budsjettposten til varm- og tørrmat. Dette var ikke tilfelle på sykehjem B som hadde kjøkken på huset. På sykehjem B gikk alle matkostnadene inn under samme matbudsjett. Dette gav mulighet til å gjøre individuelle prioriteringer noe som igjen bidrar til å skape ulikheter i mattilbudet på de to sykehjemmene. Ut i fra Karlsens studie ble økonomiske prioriteringer innenfor mattilbudet sett på som en begrensning for sykehjem A. Pleierne hadde en oppfatning av at dette resulterte i et lite variert tilbud. På sykehjem B der sykehjemmet selv hadde ansvar for innkjøp av all mat, hadde de aldri hatt ”røde tall”. Dette til tross for at mattilbudet her ofte ble beskrevet som mer variert (Karlsen, 2011). Et tjenestetilbud som tilbyr et ”variert og tilstrekkelig kosthold” er satt på dagsorden gjennom verdighetsgarantien (Verdighetsgarantiforskriften, 2010). ”Mat og ernæring er en viktig del av omsorgstjenestens virksomhet. Gode mattilbud og kostholdsveiledning er viktig både av forebyggings- og behandlingshensyn” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

Mye tyder på at det er uklare rammer og betingelser for hvordan mattilbudet bør være i den enkelte kommune. Bevilgning av økonomiske midler og konkrete handlingsplaner kan bidra til at verdighetsgarantiens innhold i større grad blir satt ut i praksis. Mye tydet på at sykehjem B som hadde en beboersentrert ideologi i større grad tilbød et variert og appetittlig mattilbud tilpasset beboernes ønsker og behov. Det kan også tyde på at det å ha kjøkken på sykehjemmet, som har ansvar for innkjøp av all mat, bidrar til et mer helhetlig og variert mattilbud. I tillegg beskrev både pleierne og beboerne det som en fordel å ha kjøkken på sykehjemmet. Det bidro til en følelse av nærhet til dem som produserte maten og dermed større muligheter til å ta hensyn til ulike behov. Beboerne på sykehjem B gav inntrykk av at sykehjemmet hadde et mattilbud de var mer fornøyde med sammenliknet med sykehjem A. Dette til tross for at de økonomiske rammene i følge sykehjemsetaten i Oslo skal være de samme, noe som gir det samme utgangspunktet for å kunne ha et likt mattilbud. Tidligere studier (H. Aagaard, 2008; H. Aagaard, 2010; Sellevold & Skulberg, 2005), medieomtaler (Aalborg & Tessem, 2011; S. O. Daatland, 2010; Svendsby & Assev, 2011; Westerveld & Ruud, 2011) og politiske dokumenter (Departementene, 2007; St. meld. nr. 25 (2005-2006), 2006) tyder på at dagens situasjon er lite tilfredsstillende, og at sykehjemsbeboere kan være utsatt for dårligere behandling sammenliknet med andre samfunnsgrupper. Ulik behandling av sykehjemsbeboere kan forekomme på grunn av ulik praksis kommunene i mellom, men også innad i samme kommune. Ulikheter mellom sykehjem A og B førte til en form for diskriminering av beboerne, ved at de i praksis hadde et ulikt mat- og måltidstilbud. Med utgangspunkt i at retten til fullgod mat gjelder alle, bør beboere på alle sykehjem få et likt mat- og måltidstilbud. En mer inngående analyse på dette området er av interesse for senere studier. Klarere rammer og betingelser på dette området kan være et viktig bidrag i forhold til å hindre diskriminering av eldre i fremtiden. Et behov for klarere rammer og betingelser har vært etterlyst av en rekke interesseorganisasjoner som jobber for eldres rettigheter i Norge, der en ny kvalitetsforskrift er et av deres løsningsforslag for å bedre de eldres situasjon (Eldreaksjonen, 2009). Innefor sykehjemstjenestens mattilbud er dette et viktig område i forhold til å tilby et mat- og måltidstilbud tilpasset sykehjemsbeboerne, og dermed oppnå optimal ernæringsmessig helse.

Oppsummering: Matbudsjettet for den enkelte beboer skal være det samme for alle beboere i Oslo kommune. Likevel var det ulikheter knyttet til beboernes syn på mattilbudet der de bodde. Dersom de økonomiske rammene var de samme, kunne det tyde på at en beboersentrert ideologi med kjøkken på huset i større grad ivaretok et mattilbud tilpasset

beboernes ønsker og behov. Klarere offentlige rammer og føringer på økonomiske og politiske prioriteringer kan dermed sies å bidra til og hindre diskriminering av eldre.

Beboernes helsetilstand

Beboernes funksjonsnivå kunne påvirke deres mat og måltidssituasjon. Omfattende funksjonshemninger, dårlig helsetilstand og redusert kommunikasjonsevne var tilfelle hos mange. Beboere med svekket helse hadde ofte større behov for hjelp og tilrettelegging enn de mer funksjonsfriske beboerne. Dette gav da beboerne med svekket helse et dårligere utgangspunkt for å kunne uttrykke sine behov knyttet til mat og måltider.

Beboere med funksjonshemning og dårlig helsetilstand hadde i større grad enn andre, behov for tilrettelagte måltider. Noen måtte også ha mat med tilpasset konsistens. Diabetes, allergier og intoleranser er eksempler på andre tilpasninger som enkelte beboere hadde behov for. Dette kunne påvirke variasjonen i disse beboernes kosthold. Beboerne som hadde behov for å få maten ferdig tilberedt, hadde mindre mulighet til å påvirke det de fikk servert. Lister over den enkeltes matønsker kunne imidlertid hjelpe til med at beboerne i større grad fikk de tilpasninger de ønsket. Det var likevel opp til den enkelte pleier hva som faktisk ble servert. På sykehjem A kunne det virke som om det pleierne hadde som oppfatning av at beboeren ønsket seg, ikke nødvendigvis samsvarte med beboerens egne matvaner. En beboer fikk eksempelvis yoghurt og kaviar hver dag, men beboeren hadde ikke vært vant til dette tidligere. På sykehjemmet hadde det "bare blitt sånn". Beboeren dette gjaldt satt i rullestol og pratet svært lavt. Hun hadde en oppfatning av at pleierne var lei av å kjøre henne til måltidene. Det er mulig at denne beboeren oppfattet det å be om annen mat til måltidene som "for mye".

På sykehjem B var forskjeller i påleggsutvalget ved brødmåltidene på det enkelte bord i spisestuen, i stor grad påvirket av funksjonsnivået til beboerne som satt ved bordet. Beboere med dårlig syn, svekket kommunikasjonsevne og redusert helse kunne også ha vansker med å se eller be om å få tilsendt ulike påleggsalternativer som stod på bordene. Pleierne i Karlsens studie hadde et inntrykk av at mange beboere ikke maktet å sende på matfatene under måltidene (Karlsen, 2011). Lite variasjonsmuligheter i sykehjemmets mattilbud kunne gi utfordringer for de beboerne som hadde behov for ernæringsmessige tilpasninger i kosten. Ofte gav dette begrensninger i kostholdet, og det var ikke alltid sykehjemmet hadde mulighet til å tilby et passende alternativ. Kjøttmiddager kunne være vanskelige å tygge og ble derfor ikke spist. En fruktgrøt til dessert uten melk gav ikke den vante smaksopplevelsen. Var det

ikke mer saft uten sukker igjen fikk ofte diabetikerne også den sukrede saften. Dette kunne føre til et lite variert kosthold for enkelte og dermed påvirke oppnåelsen av optimal ernæringsmessig helse. Dette kan tyde på at beboere med behov for tilpasninger blir utsatt for diskriminering i forhold til mer friske beboere, siden de i praksis ikke får et likt mattilbud. Det kan også virke som om deres svekkede helsetilstand bidrar til å redusere evnen til å gi beskjed om denne ulike behandlingen.

Grunnet de svekkede beboernes behov for hjelp fikk pleierne en spesielt viktig rolle i forhold til å gi disse beboerne et tilpasset mattilbud. Mange sykehjemsbeboere er avhengig av assistanse for å få i seg mat og drikke (Arvanitakis et al., 2009; Sellevold & Skulberg, 2005). Pleiernes holdninger påvirket deres syn på beboerne. Pleietrengende pasienter ble sammenliknet med "unger som griser med maten". Sykehjemmets ideologi preget i stor grad pleiernes holdninger. Dette kunne igjen få følger for hvordan beboerne ble møtt. De med funksjonshemninger og redusert helsetilstand var mer utsatte for å bli møtt på en mer nedverdiggende måte og mindre respekt. Dette kunne få følger for behandlingen de fikk på sykehjemmet. I tillegg var ofte pleierens arbeidsdag hektisk. Sykdom blant personalet førte til at det kunne være færre pleiere på jobb enn ønskelig. Mange av beboerne måtte ofte vente, eller det kunne ta tid før de fikk hjelp. De beboerne som satt i rullestol eller hadde behov for hjelp hver gang de skulle forflytte seg, opplevde dette som en belastning for både seg selv og pleierne. Dette kunne forsterke deres inntrykk av at pleierne var en begrenset ressurs. De beboerne som i større grad klarte seg selv gav et inntrykk av større valgfrihet og muligheter på sykehjemmet. En opplevelse av ressurser som ikke strekker til kan føre til en opplevelse av små muligheter for å påvirke sin egen situasjon (S. O. Daatland & Solem, 2011). Mye tydet på at beboerne som hadde større behov for hjelp til sine hverdagslige gjøremål hadde en opplevelse av i mindre grad å kunne påvirke sin situasjon. Dette er nærmere diskutert under kapitlet om empowerment.

Beboerne med redusert helsetilstand, spesielt de med redusert kommunikasjonsevner, var mer utsatt for å hoppe over måltidene, få mat servert til andre tidspunkter eller spise mindre til måltidene. Vansker med å uttrykke sine behov på grunn av redusert kommunikasjonsevner er et kjent problem blant sykehjemsbeboere (Copeman, 2000). På sykehjem A ble en beboer som i liten grad klarte å kommunisere, lagt til sengs kl 17.00. Da hadde han allerede fått kveldsmaten servert, men hadde spyttet ut nesten alt. På sykehjem B var det en av de lavmælte beboerne som vanligvis spiste sen frokost. Likevel fikk hun servert middag samtidig

med de andre, men spiste da ofte lite. Beboerne med redusert helsetilstand var derfor mer sårbare for å få sine ernæringsbehov dekket.

Underernæring har vist å ha større forekomst blant personer med større grad av funksjonssvikt, sammenliknet med beboere med mindre grad av funksjonssvikt (Gaskill et al., 2008). Mye tyder på at dagens sykehjemspraksis ikke er tilstrekkelig for å møte de mest funksjonssvake beboernes behov, knyttet til mat og måltider. Foruten sykdom er underernæring assosiert med funksjonssvikt og mistrivsel, der sykehjemsbeboere er en spesielt utsatt (Sellevold & Skulberg, 2005). Pleierne har en viktig rolle i forhold til å være bevisst på denne problematikken og ta hensyn til den enkelte beboers begrensede ressurser. På sykehjem B var det en av pleierne som sa hun ofte serverte fruktsalat eller kakao på ettermiddagen, spesielt med tanke på de beboerne som spiste lite til måltidene tidligere på dagen. Dette er et tiltak som kan bidra til at de svakeste beboerne får dekket sine ernæringsbehov i større grad. Sykehjemets ideologi fikk også følger for pleiernes holdninger til beboerne. En beboersentrert ideologi fremmer i større grad respekt. Dette kan bidra til å sikre de funksjonssvake beboerne et mattilbud som i større grad ivaretar deres ernæringsbehov. Dette kan bidra til å oppnå optimal ernæringsmessig helse for alle beboere og dermed redusere diskriminering av funksjonssvake beboerne.

Oppsummering: Mange beboere hadde funksjonshemninger, dårlig helsetilstand og/eller redusert kommunikasjonsevne, noe som førte til større behov for hjelp og tilrettelegging av mattilbudet og måltidene. Dette kunne igjen få følger for variasjonen i disse beboernes kosthold. Pleierne hadde en viktig rolle i forhold til å gi et tilpasset mattilbud til disse beboerne. Sykehjemets ideologi bidro også til å påvirke pleiernes holdninger og dermed deres rolle i forhold til beboerne. De mest funksjonssvake beboerne var mer utsatt for å få et mindre tilpasset mattilbud og måltidssituasjon. Dette gjorde dem mer sårbare i forhold til å få sine ernæringsbehov dekket. En beboersentrert ideologi kan i større grad sies å behandle alle beboere med respekt og dermed hindre diskriminering på bakgrunn av beboernes helsetilstand.

5.3.3 Deltagelse, empowerment og åpenhet

Deltagelse innebærer at alle skal ha mulighet til å delta i avgjørelser som påvirker deres liv og egen velvære. For sykehjemsbeboere henger dette tett sammen med empowerment. Dette

innebærer å ha makt, kapasitet og mulighet til å gjøre endringer i eget liv. Åpenhet betyr at alle har krav på tilstrekkelig informasjon om avgjørelsesprosesser som angår dem.

Deltagelse i sykehjemmets mat og måltidsservering

Beboernes deltagelse i avgjørelsene om mattilbudet, måltidsserveringen og matlaging på sykehjemmet var generelt lav. Tidligere studier har vist at sykehjemsbeboere er lite involverte i aktivitet knyttet til mat og måltider på sykehjem (H. Aagaard, 2008; Karlsen, 2011). I Aagaards studie var det ingen beboere som deltok i planlegging av måltidsmenyer, eller opplevde at de kunne bestemme måltidstidspunktene (H. Aagaard, 2010). Dette var også tilfelle for beboerne i denne studien. Beboerne var ikke involvert i planlegging av middagsmenyen og tidspunktene for måltidsserveringen var avgjort av andre enn beboerne selv.

Det at beboerne var lite involvert i avgjørelsene omkring sykehjemmets matilbud påvirket beboernes mulighet til å delta og påvirke egne matvalg. Det å spise måltidene i spisestuen kunne bidra til å fremme beboernes deltagelse og dermed gi dem en mulighet til å påvirke det de spiste og drakk til måltidet. På begge sykehjemmene spiste de fleste beboerne måltidene i avdelingens spisestue. Hvor mange og hvem som deltok varierte noe fra måltid til måltid, og fra dag til dag. På sykehjem A var andelen av avdelingens beboere som deltok på måltidene noe høyere sammenlignet med sykehjem B.

Det å smøre på egne brødsiver var i stor grad beboernes mulighet til å styre egne matvalg. På denne måten kunne beboerne til en viss grad påvirke hva de ønsket å spise. Det å smøre brødsivene selv har i stor grad vist seg å være den muligheten beboerne har til å delta i tilberedning av mat på sykehjemmet (H. Aagaard, 2008). På sykehjem A gav pleierne inntrykk av at beboerne helst skulle spise måltidene sammen i spisestuen. Samtidig la pleierne opp til at beboerne i stor grad måtte be om å få tilsendt pålegg de ikke rakk i stedet for å få det servert, siden beboerne skulle klare mest mulig selv. Mange av beboerne valgte det pålegget de klarte å nå fra der de satt. Til tross for at pleierne hadde et fokus på beboernes deltagelse under måltidene på dette sykehjemmet, kunne det tyde på at beboernes funksjonsnivå også påvirket deres deltagelse under måltidene og dermed muligheten til å påvirke egne matvalg. Beboernes helsetilstand og hvordan det påvirket den enkeltes mat- og måltidssituasjon er nærmere diskutert under prinsippet om ikke-diskriminering.

Gjennom organisering av måltidene på sykehjem B virket det som om viktigheten av beboernes deltagelse under måltidene var et mindre fokus. Det var lagt opp til at beboerne i større grad kunne velge når og hvor en ønsket å spise måltidene. På dette sykehjemmet var det kun de mest funksjonsfriske beboerne som spiste frokostene i spisestuen som smurte på brødsnivene sine selv. Til kveldsmaten var påsmurte brødsnivener vanlig praksis for alle beboerne. Når det gjaldt middagserveringen var beboernes mulighet til å delta i matvalgene større på sykehjem B sammenliknet med sykehjem A. På sykehjem B ble beboerne servert middagen fra serveringsfat, mens de på sykehjem A fikk ferdig porsjonerte middagsporsjoner. Beboernes mulighet til å delta i avgjørelsene omkring hva de ville spise til måltidene var likevel begrenset.

På begge sykehjem var det de mest oppegående beboerne som hadde de største mulighetene til å påvirke egne matvalg under måltidene fordi de klarte seg mest mulig på egenhånd. Pleiernes tilstedeværelse kan derfor være et viktig bidrag for å fremme de mer funksjonssvakes deltagelse under måltidene og mulighet til å påvirke egne matvalg. Mye tyder på at dagens praksis ikke er tilstrekkelig for at alle beboerne skal få samme mulighet til å delta i avgjørelsene i forhold til å få det de ønsker å spise og drikke under måltidene. I følge Nasjonalt råd for ernæring bør mulighetene på sykehjemmet vurderes i forhold til å la beboerne få større innflytelse på menyen og den praktiske tilretteleggingen av mat og måltider (Statens ernæringsråd, 1995). Et fokus på økt deltagelse av brukerne i pleie- og omsorgstjenesten er også satt på agendaen i det nasjonale strategidokumentet "Utvikling gjennom omsorg", der brukermedvirkning skal være et viktig element i dagens tjenestetilbud (Helsedirektoratet, 2010). Dette er forhold som kan bidra til å fremme beboernes deltagelse i mat- og måltidssituasjonen på sykehjemmet.

Pleiernes tilstedeværelse var også en viktig faktor for beboernes sosiale deltagelse under måltidene. Mange beboere gav uttrykk for at de satt pris på pleiernes tilstedeværelse, og måltidene som sosial arena. Måltidenes betydning er nært knyttet til det sosiale aspektet og fellesskap (A. Bugge, 2007; A. Bugge & Døving, 2000). For mange gav sykehjemmets måltider en mulighet til å prate med andre beboere og pleiere. Studier utført blant beboere på norske sykehjem har pekt på pleiernes deltagelse under måltidene som en viktig trivselsfaktor (H. Aagaard, 2010; Sellevold & Skulberg, 2005). Pleiernes tilstedeværelse kan bidra til å holde samtalen i gang fordi det kan være krevende for beboerne å oppnå et sosialt fellesskap (Melheim, 2007). Mye tydet på at dette også var tilfelle på sykehjemmene i denne studien, da

det ofte ble svært stille under måltidene når pleierne var fraværende. Det kan dermed virke som om pleiernes sosialiserende funksjon under måltidene hadde en positiv innvirkning på beboernes deltagelse under måltidet. I Aagaards studie kom det frem at hvem beboerne spiste sammen med, var av betydning for om måltidet ble oppfattet som en positiv opplevelse (H. Aagaard, 2010). Spisemiljø og atmosfære rundt måltidene har vist å kunne påvirke næringsinntaket (Nieuwenhuizen et al., 2010). Hyggelige og trivelige måltider kan dermed bidra til å oppnå optimal ernæringsmessig helse hos sykehjemsbeboerne. Det var ulik praksis rundt pleiernes deltagelse under måltidene på de to sykehjemmene. Pleierne hadde ikke matpauser på sykehjem B, men det var lagt opp til at de skulle spise sammen med beboerne under måltidene. På sykehjem A var det ikke beregnet middag til pleierne, og de satt sjeldnere sammen med beboerne under måltidene sammenliknet med pleierne ved sykehjem B. Basert på studiens funn vil det å legge til rette for at pleierne kan spise sammen med beboerne ved måltidene, bidra til å fremme beboernes deltagelse under måltidene.

På sykehjem A gav pleierne uttrykk for at beboerne skulle spise måltidene i spisestuen, og at de skulle klare seg mest mulig selv under måltidene. Dette bidro til at beboernes i større grad spiste måltidene der. Måltidssituasjonen fikk dermed en funksjon som aktiviserende element. På sykehjem A hadde enkelte beboere ergonomiske hjelpemidler som skulle gjøre måltidssituasjonen lettere å mestre på egenhånd. Et eksempel var et skjærebrett med kant slik at en beboer som kun brukte en hånd, kunne smøre på brødet selv. Ved hjelp av slike hjelpemidler kan måltidet derfor bli en situasjon der beboerne opplever mestring (Karlsen, 2011). Deltagelse under måltidene kan bidra til at beboerne i større grad bevarer sine funksjoner (B. Sidenvall, Nydahl, & Fjellström, 2001). Det å delta på måltidene i spisestuen kunne bidra til aktivitet og det å bevare ferdigheter hos den enkelte. Det å gå til måltidene i spisestuen kunne bli sett på som et daglig gjøremål. Det at beboerne på sykehjem B i større grad kunne velge når og hvor de ønsket å spise sine måltider, resulterte i at enkelte sjeldent spiste måltidene i spisestuen. Denne valgfriheten bidro til at enkelte var mer utsatt for å ikke få den positive effekten det å delta under måltidene kan ha for sykehjemsbeboerne som å bevare egne ferdigheter.

Beboernes helsetilstand som redusert syn, hørsel, taleevne og kognitiv svikt utfordret beboernes kommunikasjonsmuligheter og ferdigheter under måltidene. Dette kunne gi utfordringer for beboernes deltagelse under måltidene. Enkelte beboere opplevde måltidene som frustrerende og mindre trivelige, og det kunne gi en konfrontasjon med egen reduserte

helsetilstand. Fysisk svekkelse og kroppslige plager som er vanlig i alderdommen kan utfordre den enkeltes identitet og selvbilde (S. O. Daatland & Solem, 2011). Det å måtte spise moset julemiddag med skje, var i følge en beboer årsaken til hvorfor hun ikke ønsket å delta på julefesten på sykehjemmet for beboerne og deres pårørende. Det at denne situasjonen i mindre grad ivaretok beboernes verdighet, bidro da til redusert deltagelse. Sammenhengen mellom funksjonsnedsettelse og en følelse av nedverdiggelse hos beboerne ble beskrevet i Karlsens studie (Karlsen, 2011). Det at deltagelse under måltidet kan medføre lav mestringfølelse, gir utfordringer knyttet til beboernes deltagelse. Det å føle at en mislykkes under måltidene kan oppleves som et nederlag og gi en skamfølelse. Samtidig vil måltider som mestres bidra til å bygge opp selvbilde og gi en følelse av verdighet hos den enkelte (B. Sidenvall, Fjellstrom, & Ek, 1994; Thorsen, 1993). Det å legge til rette for måltider beboerne mestrer ved sin deltagelse, vil bidra til å ivareta deres verdighet.

Beboernes mulighet til å delta i matlaging var begrenset. Til tross for at mange av beboerne tidligere hadde drevet mye med matlagingsaktivitet, gav beboerne varierende uttrykk for om dette var noe de savnet på sykehjemmet eller ikke. Det å slippe å delta i matlaging og få maten servert, var noe mange beboere satte pris på. Dette ble også fremhevet i Karlsens studie (Karlsen, 2011). Dette kan knyttes til omsorgsaspektet ved maten og er nærmere omtalt under prinsippet om verdighet. Mye av meningen bak matlagingen kan også falle bort for kvinnene når dem de har laget mat til og servert, ikke lenger er der (Fürst, 1995). Dette i kombinasjon med en svekket helse som gjorde det mer utfordrende å drive med matlaging, kunne bidra til at beboerne var mindre interessert i å drive med slike aktiviteter på sykehjemmet.

Mulighetene for å delta i matlagingsaktivitet var noe enkelte beboere gav uttrykk for at de ønsket å delta i. På sykehjem B ble det arrangert pepperkakebaking i førjulstiden. Flere aktiviteter ble generelt arrangert på dette sykehjemmet, og muligheten for å kunne delta på matlagingsaktiviteter ved dette sykehjemmet virket større sammenliknet med sykehjem A. Det var ingen former for matlagingsaktivitet for beboerne i observasjonsperioden på sykehjem A. På dette sykehjemmet var det enkelte beboere som ga uttrykk for at de kunne tenkt seg og vært med på matlagingsaktivitet som kakebaking i førjulstiden, men beboerne var usikre på om dette var en mulighet. Pleierne på sykehjem A gav i Karlsens studie et inntrykk av at det ville være lite hygienisk om beboerne deltok i sykehjemmets matlaging (Karlsen, 2011). Dette kan være medvirkende årsaker til at slike aktiviteter i liten grad ble arrangert på sykehjemmet.

Det at pleierne generelt var mer involverte med beboerne i løpet av dagen på sykehjem B, var også en faktor som fremmet beboernes deltagelse. På dette sykehjemmet var det vanlig at pleierne stekte vafler eller bakte kake i helgen. En av beboerne ble spurt om å delta i kakebaksten da en av pleierne bakte kake en søndag formiddag. Det kunne virke som om sykehjemmets fokus på å sette beboeren i sentrum fikk følger for pleierens involvering med beboerne. Det kunne virke som om pleierne i større grad så etter muligheter i sin arbeidshverdag der beboerne kunne delta eller bruke sine evner. Det kan dermed virke som om beboerne på sykehjem B i større grad enn beboerne på sykehjem A fikk mulighet til å påvirke eget liv og velvære.

Oppsummering: Det var generelt lav deltagelse av beboerne i avgjørelsene omkring mattilbudet og måltidsserveringen. På sykehjem B var det noe større fleksibilitet rundt når og hvor beboerne kunne spise sine måltider. Det å smøre på brødsnivene selv, bli servert middagen fra fat og bruke ergonomiske hjelpemidler er forhold som kan fremme beboernes deltagelse under måltidene. Beboernes helsetilstand kunne likevel by på en rekke utfordringer for den enkeltes mulighet til å delta og påvirke egne matvalg under måltidene. Pleierne hadde en viktig rolle i å fremme beboernes deltagelse. Deres deltagelse fremmet beboernes aktive deltagelse samt sosial deltagelse under måltidene. Pleiernes mulighet til å delta under måltidene var mer tilrettelagt på sykehjem B. Matlagingsaktiviteter som ble arrangert på sykehjemmet bidrar generelt til å fremme beboernes deltagelse.

Empowerment knyttet til sykehjemmets mat og måltidspraksis

Beboernes holdninger påvirket deres mulighet til å påvirke mat og måltidspraksis.

Generasjonen som bor på sykehjem i dag har blitt betegnet som en "takknemlig generasjon" (Karlsen, 2011). Dette gjenspeilet seg særlig i deres holdninger om mat, der beboerne gav inntrykk av å spise all mat og var oppdratt til å spise det de fikk. Til tross for at enkelte sider ved sykehjemmets mattilbud ble omtalt som mindre tilfredsstillende, var det mye som tydet beboerne ikke ønsket å bli oppfattet som kravstore. Da en beboer fikk servert en middagsrett hun i mindre grad likte, gav hun samtidig inntrykk av at det ikke var så farlig fordi hun uansett ikke skulle ha så mye mat. Liknende holdninger om mat og det å være lite kravstor kom frem i en studie utført blant sykehjemsbeboere i Østfold (H. Aagaard, 2010). Beboernes holdninger, som det å spise all mat, spise opp det en blir servert og ikke kaste mat i kombinasjon med ønsket om å ikke være kravstor, påvirket beboernes mulighet til

empowerment. Mye tydet på at de i liten grad ønsket å si fra når det var noe ved sykehjemmets mattilbud eller måltidsservering de var mindre fornøyd med.

Mange beboere så på sykehjemmet som det eneste aktuelle bostedet på grunn av sin helsesituasjon. Det kunne virke som om mange beboere hadde innfunnet seg med denne livssituasjonen, og det de oppfattet at denne situasjonen innebar. Lav deltagelse av beboerne, ved at beboerne var lite involvert i utforming av mattilbudet og måltidsserveringen kan ha vært en medvirkende faktor til at beboerne i liten grad opplevde å kunne påvirke og endre sin livssituasjon på sykehjemmet. I rapporten fra SINTEF om eldreomsorgen i Norge var muligheten til sykehjemsbeboernes selvbestemmelse et av forbedringsområdene som ble trukket frem (Paulsen & Huseby, 2009). Det å justere ned sine forventinger som sykehjemsbeboer har vist seg å kunne bidra til økt trivsel på sykehjemmet (Bergland & Kirkevold, 2006). Det å da ikke forvente å kunne påvirke situasjonen en er i, når en ser det som lite mulig, kan bidra til å øke den enkeltes trivsel på sykehjemmet. Samtidig kan en opplevelse av omfattende ressursbegrensninger føre til generell passivitet (S. O. Daatland & Solem, 2011). Dette kan være tilfelle for mange sykehjemsbeboere som i stor grad er hjelpetrengende, og dermed ha en redusert kapasitet til å påvirke sin egen situasjon. Beboernes holdninger og opplevde kapasitet begrenset deres mulighet til å påvirke egen mat- og måltidssituasjon. Mye tydet derfor på en svekket empowerment hos beboerne. Dette kan påvirke deres mulighet til å oppnå optimal ernæringsmessig helse da mange beboere ikke orket eller ønsket å si fra, slik at de kunne få et mer tilrettelagt mat- og måltidstilbud.

Beboernes opplevelse av å kunne påvirke sykehjemmets mat og måltidspraksis varierte i forhold til deres helsetilstand. Mye tydet på at redusert helse i form av funksjonshemning eller kommunikasjonsvansker påvirket deres mulighet til deltagelse i sykehjemmets mat- og måltidssituasjon. Dette kunne også få følger for beboernes empowerment. Mange av beboerne hadde behov for hjelp i mange av sine hverdagslige aktiviteter. Flere beboere satt i rullestol, og måtte bli kjørt til måltidene. Andre kunne gå selv, men måtte bli fulgt av en pleier. Mange beboere ble derfor sittende passive i tiden mellom måltidene, fordi de verken kunne lese, se på TV eller holde på med håndarbeid, slik de tidligere hadde gjort. Mye kunne tyde på at beboernes behov for hjelp, påvirket deres opplevelse av å kunne påvirke egen situasjon relatert til mat og måltidspraksis på sykehjemmet. I en studie av Sydner var det de eldre med størst pleiebehov som i minst grad hadde mulighet til å påvirke måltidene (Sydner, 2002). Enkelte beboere opplevde det som en belastning overfor seg selv og pleierne at de hadde

behov for mye hjelp. Et eksempel var beboeren som satt i rullestol og hadde en oppfatning av at pleierne var lei av å kjøre henne til måltidene. I en slik situasjon er det forståelig at en ikke ønsker å skape større merarbeid ved å kreve endringer i mattilbudet. Beboernes opplevelse av egne ressurser kan påvirke deres mulighet til å påvirke situasjonen de er i (S. O. Daatland & Solem, 2011). Beboere som i stor grad opplevde å ha begrensede ressurser som redusert helsetilstand, vil kunne oppleve å ha færre muligheter til å kunne påvirke sin egen situasjon. Beboere med redusert helsetilstand var også ofte utsatt for å ha vansker med å uttrykke sine behov på grunn av svekkede kommunikasjonsevner som redusert syn og hørsel. En opplevelse av å ha begrensede ressurser som ulike former for funksjonssvikt vil dermed kunne bidra til å svekke beboernes empowerment.

Pleierne var på mange måter beboernes ”forlengede arm” i deres daglige gjøremål. Det var pleierne som serverte og tilberedte maten. Enkelte beboere hadde også behov for deres hjelp til å få i seg mat og drikke. Dette er tilfellet på mange sykehjem (Sellevold & Skulberg, 2005). Pleiernes tilstedeværelse kunne bidra til beboernes deltagelse i forbindelse med måltidene og er nærmere diskutert under prinsippet om deltagelse. I praksis fikk sykehjemmets ideologi konsekvenser både for pleiernes organisering av måltidene, men også tiden mellom måltidene. Ideologien til sykehjem B, der beboeren settes i sentrum, førte til at pleierne og beboerne var mer involverte i hverandres hverdag sammenliknet med sykehjem A. Under måltidene kom dette tydelig frem der det i større grad var tilrettelagt for at pleierne kunne spise sammen med beboerne. Bruken av spisestuen på sykehjem B viste at pleierne var mer involverte med beboerne også i tiden mellom måltidene sammenliknet med sykehjem A. Samtidig hadde pleierne på sykehjem B et større fokus på at tjenestetilbudet skulle være tilpasset beboernes ønsker og behov. Av pleierne ble dette sykehjemmet omtalt som beboernes hjem, der trivsel var en viktig faktor både i samværet med de eldre og kollegaene. En bedre kontakt med pleierne kunne gjøre det lettere for beboerne å si fra om sine ulike behov. Dette bidro til å fremme både deltagelse og empowerment hos beboerne. På sykehjem A omtalte pleierne sykehjemmet som sin arbeidsplass. Spisestuen ble oftere benyttet som lunsjrom for pleierne, enn et sted for samvær og aktivitet med beboerne. Dette tydet på et annet fokus hos pleierne i det arbeidet de utførte på sykehjem A. Pleierne var mindre involverte i beboernes hverdag. Dette svekket beboernes mulighet til deltagelse og kunne dermed svekke deres empowerment. Praksis på sykehjem B kunne derfor sies å bidra til å styrke beboernes empowerment.

Sykehjemets ideologi og organisatoriske kjøkkenløsning påvirket pleiernes opplevelse av å kunne påvirke mattilbudet og måltidssituasjonen. Mye tydet på at pleiernes muligheter i forhold til denne situasjonen ble overført til beboerne og fikk følger for om beboerne opplevde det som mulig å påvirke egen mat- og måltidssituasjon. På sykehjem B gav pleierne inntrykk av et mer fleksibelt mat- og måltidstilbud, og at de i større grad hadde mulighet til å påvirke hva som skulle serveres. Pleierne hadde blant annet inntrykk av at de stort sett kunne bestille det pålegget de ønsket, og også få det. Kjøkken på huset ble omtalt som en fordel som kunne gi beboerne et bedre tilpasset mattilbud. Dette bidro i større grad til å kunne etterkomme beboernes ønsker. Beboerne på sykehjem B gav inntrykk av at det var sider ved mat- og måltidstilbudet de kunne påvirke. En av beboerne var klar over at hun bodde på et Lottesykehjem, der det var beboerne som bestemte i følge henne selv. På sykehjem A gav pleierne inntrykk av begrensede muligheter til å påvirke sykehjemets mattilbud. Det gjaldt spesielt middagsmenyen og den maten som ble laget på sentralkjøkkenet. Liknende funn ble gjort i Karlsens studie. Der var det flere av pleierne på sykehjem A som ønsket et mattilbud som var mer fleksibelt og som de i større grad kunne påvirke (Karlsen, 2011). Beboerne på sykehjem A gav inntrykk av at de i svært liten grad kunne påvirke mattilbudet og måltidsserveringen på dette sykehjemmet. Spesielt ble middagsmenyen fremhevet som et område utenfor deres kontroll. En mer brukersentrert ideologi og det å ha kjøkken på sykehjemmet vil dermed kunne sies å styrke beboerens empowerment.

I Karlsens studie påpekte pleierne på sykehjem A at beboere kviet seg for å be om hjelp. Studien knyttet dette som et bevis på hvor avhengige beboerne var av god omsorg (Karlsen, 2011). Svekket tro på egne muligheter for å påvirke egen situasjon, kan motvirkes gjennom tilførsel av ressurser (S. O. Daatland & Solem, 2011). Pleiernes opplevelse av muligheter til å påvirke beboernes mat og måltidssituasjon kan derfor være av betydning. Det å styrke pleiernes bevissthet rundt deres rolle i å kompensere for beboernes tapte ressurser kan sies å fremme empowerment hos beboerne. Det at det i praksis var få faste ordninger på sykehjemmene som bidro til å fremme deltagelse av beboerne i sykehjemets mat- og måltidssituasjon, bidro til å svekke beboernes empowerment ytterligere. Samtaler med beboerne har blitt fremhevet som en god metode for å evaluere om sykehjemmet ivaretar beboernes behov for mat og drikke (Sellevoid & Skulberg, 2005). Det å regelmessig kartlegge sykehjemsbeboernes matønsker kan bidra til å styrke beboernes empowerment ved at de får en større mulighet til å påvirke sin egen mat- og måltidssituasjon.

Oppsummering: Beboernes holdninger og helsetilstand påvirket deres mulighet og kapasitet til å påvirke mat- og måltidssituasjonen. Sykehjemmets ideologi fikk konsekvenser for hvor involverte pleierne og beboerne var med hverandre i løpet av dagen. Dette påvirket blant annet beboernes deltagelse under måltidene og kunne dermed påvirke deres empowerment. Sykehjemmets ideologi og organisatoriske kjøkkenløsning påvirket pleiernes mulighet til å påvirke mat- og måltidssituasjon. Dette påvirket også beboernes opplevelse av å kunne påvirke denne situasjonen. En mer brukersentrert ideologi og det å ha kjøkken på sykehjemmet bidro til å fremme beboernes empowerment.

Åpenhet knyttet til mat og måltidssituasjonen på sykehjem

Avgjørelser knyttet til mat- og måltidspraksis på sykehjemmene ble i stor grad tatt uten at beboerne var involvert. Det å slippe å ta stilling til måltidstidspunkter og hva som skulle serveres, ble sett på som et gode av beboerne. Omsorgsaspektet ved mattilbudet er nærmere omtalt under prinsippet om verdighet. Det var likevel hendelser på begge sykehjem som tydet på utilstrekkelig åpenhet og mangel på informasjon om de områdene som beboerne kunne være med på å bestemme. En av beboerne på sykehjem A var eksempelvis usikker på om hun kunne spørre om en brødiskive utenom måltidene. Mangel på informasjon kom også tydelig frem i forbindelse med julen. Når pleierne i liten grad visste hva som skjedde i julen, var det en utfordring å gi tilstrekkelig informasjon til beboerne. På den måten var det vanskelig for beboerne å vite hva de kunne forvente seg av julens mat og måltider. Mangel på informasjon kan føre til en opplevelse av lite kontroll over egen situasjon. Dette var en situasjon som i liten grad ivaretar beboernes verdighet.

I tilleggsprotokollen til den Europeiske sosialpakten fremheves det at alle institusjonaliserte eldre bør kunne delta i avgjørelser som tas i den institusjonen der de bor. Tilstrekkelig informasjon er et viktig premiss for å kunne delta i slike avgjørelser (Council of Europe, 1998). Mangel på informasjon kunne få følger for beboernes mat- og måltidssituasjon, ved at det kunne føre til lav deltagelse og svekket empowerment. Redusert helsetilstand, både gjennom kognitiv og fysisk svikt kunne ytterligere gi utfordringer i forhold til den enkelte for å få med seg informasjon. Mye kunne tyde på at informasjon til beboerne ikke alltid ble formidlet på en egnet måte slik at beboerne var tilstrekkelig informert om egne muligheter på sykehjemmet. Noen beboere på sykehjem B omtalte muligheten til å kunne påvirke mat- og måltidssituasjonen på sykehjemmet. Mye tydet likevel på at ikke alle beboerne på sykehjem B var klar over muligheten til å kunne påvirke mat- og måltidssituasjonen på sykehjemmet. Det

kunne tyde på at ikke alle beboerne var innført med sykehjemmets ideologi og mulighetene det gav. Manglende informasjon om hvilke områder beboerne selv kan være med å bestemme har vist seg å være tilfelle ved flere sykehjem (H. Aagaard, 2010). Informasjon til beboerne om de områder de kan påvirke selv, kan bidra til at beboerne føler seg tryggere i forhold til hva de kan forvente av situasjonen de er i (H. Aagaard, 2010). Dette vil også kunne bedre deres muligheter til å kunne påvirke egen mat- og måltidssituasjon på sykehjemmet. Tilstrekkelig informasjon vil også kunne bidra til å styrke beboernes empowerment og dermed bli mer aktive deltagere i eget liv. Dette vil igjen kunne bidra til at sykehjemsbeboerne i større grad oppnår sitt fulle potensial (FAO, 2007).

Oppsummering: Avgjørelsene omkring mattilbud og måltidssituasjon ble i stor grad tatt uten beboernes medvirkning. Det å slippe å ta stilling til slike avgjørelser ble av mange beboere sett på som et gode. Det var likevel hendelser knyttet til mat- og måltidssituasjonen som tydet på utilstrekkelig åpenhet og mangel på informasjon. Helsetilstand var blant annet en faktor som kunne påvirke om beboerne hadde fått med seg relevant informasjon. Bedre og mer tilpasset informasjon vil kunne bidra til å ivareta verdighet, fremme deltagelse og styrke empowerment hos sykehjemsbeboere. Dette vil igjen styrke beboerens mulighet til å bedre egen mat- og måltidssituasjon.

5.4 Menneskerettighetsprinsippene operasjonalisert i forhold til sykehjemsbeboeres situasjon

5.4.1 De to sykehjemmenes likheter og forskjeller

De to sykehjemmene hadde mange likheter ved mattilbudet og måltidsserveringen, til tross for ulik ideologi og kjøkkenløsning. Ivaretagelse av menneskerettighetsprinsippene møtte derfor i stor grad de samme utfordringene. Tidspunktene for dagens hovedmåltider og ettermiddagskaffen samsvarte i stor grad. På sykehjem er dagen i stor grad lagt opp etter måltidene, og dermed i stor grad styrende for beboernes døgnrytme (Karlsen, 2011). Dette blir en motsetning til hva som er vanlig i den norske befolkning generelt, der tidspunktene for dagens måltider ofte i større grad er styrt etter aktiviteter som jobb og skole (A. Bugge & Døving, 2000). Type mat og drikke som ble servert til de ulike måltidene var også i stor grad den samme hver dag på sykehjemmene. Mye tyder på at en institusjonalisering av sykehjemmets mat- og måltidstilbud der mye var rutinepreget. Mat og måltider bar preg av

mindre forskjeller mellom hverdag og fest sammenliknet med hverdagen for personer utenfor sykehjem. Beboerne var i liten grad deltagende i avgjørelsene rundt sykehjemmets mattilbud og de oppsatte måltidstidspunktene. De var også i liten grad deltagende i tilberedning og servering av mat på sykehjemmet. Dette var likt for begge sykehjem.

Det var også en rekke ulikheter mellom de to sykehjemmenes mat og måltidspraksis noe som førte til ulik ivaretagelse av menneskerettighetsprinsippene. På sykehjem B var det kjøkken på huset. Dette gav både beboerne og pleierne et inntrykk av en større nærhet til maten som ble servert. I tillegg ble mattilbudet beskrevet som mer ekte og variert. Ut i fra påleggsutvalget, middagsmenyen og typer kaker som ble servert til kaffemåltidene var det også større variasjon på sykehjem B enn på sykehjem A. Både datamateriale fra Karlsens studie (Karlsen, 2011) og datamateriale til denne oppgaven viste at pleierne på sykehjem B hadde større påvirkningsmuligheter. Ved å ha kjøkkenet i fysisk nærhet var det lettere å ta kontakt med kjøkkenpersonalet ved behov, samt å gå og hente ulike ingredienser eller matvarer i løpet av dagen. Ut i fra sykehjem B sin ideologi skulle beboerne i størst mulig grad få bestemme over egen døgnrytme. Til tross for at de fleste beboerne spiste hovedmåltidene til de oppsatte tidspunktene i spisestuen, var det en større åpenhet for at beboerne kunne velge når og hvor de ønsket å spise måltidene sine. Det at mange beboere fikk ferdig påsmurt brødmat til måltidene på sykehjem B bidro til mindre deltakelse. Sykehjem B arrangerte imidlertid en rekke aktiviteter, blant annet kakebaking i førjulstiden. Dette bidro til å fremme deltakelse blant beboerne. Måltidene hadde en mindre tydelig avslutning på sykehjem B og spisestuen fungerte som et oppholdsrom for beboerne i tiden mellom måltidene. Sykehjemmet ble beskrevet som beboernes hjem og mye tydet på at sykehjemmet bidro til et mer helhetlig tilbud som i større grad ivaretok beboernes behov knyttet til mat og måltider.

På sykehjem A var mattilbudet mindre variert. Dette var også noe beboerne gav uttrykk for. Middagene ble spesielt trukket frem som lite tilfredsstillende, både i forhold til variasjon og appetittlighet på den maten som ble servert. Bruk av ekstern kjøkkenleverandør ble gitt som forklaring på hovedårsaken til dette. Både pleiere og beboere uttrykte at de hadde begrensede muligheter til å påvirke mattilbudet på sykehjemmet. Pleierne på sykehjemmet hadde et større fokus på at beboerne skulle delta under måltidene og at beboerne i størst mulig grad skulle smøre brødsnivene sine selv. Dette bidro til å fremme beboernes deltagelse under måltidene. Samtidig begrenset det beboernes mulighet til å velge når og hvor de ønsket å spise sine måltider. På sykehjem A hadde måltidene en tydelig avslutning der alle forlot spisestuen etter

måltidene. I tiden mellom måltidene ble spisestuen benyttet som lunsjrom og sosialt samlingsrom for pleierne. Sykehjemmet ble i større grad omtalt som pleiernes arbeidsplass. En konsekvens av dette var sannsynligvis at mat- og måltidstilbud som i større grad var styrt av pleiernes rutiner. Pleierne og beboeren var også i mindre grad involverte i hverandres hverdag, sammenliknet med sykehjem B.

5.4.2 Oversiktstabell: Menneskerettighetsprinsippene operasjonalisert i konteksten sykehjem

Tabellen under viser en oversikt over hvordan prinsippene om verdighet, ikke-diskriminering, deltagelse, empowerment og åpenhet kan operasjonaliseres i konteksten sykehjem, basert på studiens funn. Dette gjør det mulig å undersøke ivaretagelse av disse prinsippene for sykehjemsbeboere gjennom mattilbud og måltidsserveringen på andre sykehjem.

Verdighet -Ernæringsbehov og matvaner/matkultur	Ikke-diskriminering -Lik behandling av beboerne	Deltagelse -Måltid, matlaging, matavgjørelser	Empowerment -Mulighet til å påvirke	Åpenhet -Informasjon som gis
<u>Ernæringsbehov og matvaner/matkultur:</u> - Variert mattilbud - Appetittlig mattilbud (utseende, smak, konsistens, sammensetning)	Tilrettelegge mattilbud og måltider i forhold til helsetilstand. (Ofte større behov hos dem med dårlig helsetilstand, funksjonshemning og redusert kommunikasjons- evne)	<u>Mattilbud:</u> - Generell lav deltagelse i avgjørelser om mattilbud (middagsmeny) og måltidstidspunkter. - Noe mulighet for deltagelse i matavgjørelser ved måltid (smøre selv ved brødmåltid, velge fra serveringsfat ved middag)	Gjøre beboerne bevisste om sin mulighet til å delta og påvirke mattilbud og måltidssituasjon	Mangel på informasjon om -Områder beboerne kan være med på å bestemme (bidrar til deltagelse og empowerment) -Juledagens mat og måltider (påvirker forventning)
<u>Matvaner/matkultur:</u> - Kjent mat, tilberedt og servert på "riktig" måte = god assosiasjon - Ulike matvaner/mat-kulturer = tradisjonell vs. moderne mat	Økonomiske og politiske prioriteringer som fremmer et mattilbud og måltidsservering som i størst grad realiserer RtM, gjennom en prosess der MR-prinsippene ivaretas. Et likeverdig mat- og måltidstilbud til alle sykehjemsbeboere.	<u>Måltidsservering</u> - Lav deltagelse i tilberedning og servering	Tilpasse mulighet til å påvirke og uttrykke sine behov i forhold til helsetilstand. (Dårlig helsetilstand, funksjonshemning og redusert kommunikasjons- evne ofte mer utsatt)	Tilpasse informasjon i forhold til helsetilstand. (Dårlig helsetilstand, funksjonshemning og redusert kommunikasjons- evne ofte mer utsatt for ikke å få tilstrekkelig informasjon)

<p><u>Matvaner/matkultur - måltidsmønster:</u> -Tidspunkt ut i fra det som er vanlig for beboere – spesielt middag. (evt. mulighet for å tilpasse tidspunkt) -Faste tidspunkter = struktur og forutsigbarhet -Markere forskjell mellom hverdag og helg, hverdag og høytid gjennom mattilbud og måltider (tilpasset ernæringsbehov og matkultur)</p>		<p><u>Matlaging:</u> -Noe mulighet for å delta i matlaging (kakebakst)</p>	<p>Tilrettelegge pleiers mulighet til å påvirke slik at beboere kan influere sin mat og måltidssituasjon, bl.a. ut i fra ideologi på sykehjem og kjøkkenløsning. I hvilken grad pleierne involverer seg med beboerne får konsekvenser for beboernes deltagelse. Økt involvering fremmer deltagelse, og styrker empowerment.</p>	
<p><u>Matkultur:</u> -Organisering av mattilbud/måltids-servering som ivaretar opplevelse av omsorg for beboere -Mulighet til å tilby mat/drikke når beboere får besøk</p>		<p><u>Pleier – viktig rolle:</u> -Bidrar til deltagelse under måltidene bl.a. gjennom hjelp ved matavgjørelser, involverer beboerne i matlaging. -Bidrar til sosial deltagelse ved å fremme trivsel og samtaler under måltidene.</p>		

Tabell 1: Oversiktstabell over menneskerettighetsprinsippene operasjonalisert i forhold til sykehjemsbeboeres situasjon

RtM = Retten til mat

MR = menneskerettighets-

5.5 Konklusjon og veien videre

Høy forekomst av underernæring blant sykehjemsbeboere kan tyde på utilstrekkelig realisering av deres rett til full god mat. Denne studien har, ut i fra en menneskerettighetsbasert tilnærming, undersøkt hvordan retten til fullgod mat ble ivaretatt hos sykehjemsbeboere gjennom prosesser knyttet til mattilbud og måltidsservering. Menneskerettighetsprinsippene verdighet, ikke-diskriminering, deltagelse, empowerment og åpenhet er brukt som utgangspunkt for en kvalitativ studie. Studien ble gjennomført på to sykehjem med ulik ideologi og organisatorisk kjøkkenløsning i Oslo kommune.

Et mattilbud som ivaretar sykehjemsbeboeres ernæringsbehov, matvaner og matkultur, gjennom et variert og appetittlig mattilbud, bidrar til å ivareta beboernes verdighet. Dagens sykehjemsbeboere har ulike matvaner og matkultur. Dette fører til behov for større variasjon, i matrettene som tilbys, enn det som var tilfellet på de undersøkte sykehjemmene. For dagens sykehjemsbeboere betyr dette et tilbud av både tradisjonelle og moderne norske matretter. Servering av kjente matvarer og retter, tilberedt etter sykehjemsbeboernes matvaner, bidrar til å øke sykehjemsbeboernes følelse av å bli verdsatt. Tidlig middagsservering var uvant for mange beboere. Tidspunktene for servering av de ulike måltidene bør derfor tilpasses beboernes tidligere matvaner. På bakgrunn av måltidets betydning for sykehjemsbeboere, blant annet som en viktig sosial arena, er det gunstig at tidspunktene tilrettelegges for deltagelse ved måltidene. Fleksibilitet rundt når og hvor beboerne kan spise sine måltider, bidrar også til å ivareta deres verdighet. Faste tidspunkter for måltidsserveringen bør likevel ivaretas, da det gir forutsigbarhet og struktur i hverdagen og dermed bidrar til å ivareta beboernes verdighet. Et mat- og måltidstilbud som fremmer forskjellene mellom hverdag og helg er også ønskelig. Gjennom maten og måltidene som serveres kan beboerne oppleve omsorg og dermed en følelse av å bli verdsatt. Mange av dagens sykehjemsbeboere har tidligere vært vant med å tilby mat og drikke når de får gjester. Det å tilby sykehjemsbeboernes besøkende en kopp kaffe eller liknende kan dermed bidra til å ivareta denne siden ved beboernes matkultur. Samtidig vil dette også sannsynligvis bidra til å øke beboernes verdighetsfølelse. Julen kan være en spesielt sårbar tid for mange sykehjemsbeboere. En julefeiring som ivaretar beboernes juletradisjoner er derfor ønskelig, i større grad enn det som var tilfellet på de undersøkte sykehjemmene. For mange beboere har familie og andre nære relasjoner en viktig plass i livet. Dette er en rolle det er vanskelig for sykehjemmet å fylle. Ved å legge til rette for besøk av pårørende, både i julen og ellers i året, vil sykehjemmet likevel kunne bidra til å ivareta beboernes verdighet på dette området.

Mat- og måltidsserveringen på de to sykehjemmene var ulike i praksis, til tross for likt matbudsjett. Alle som bor på norske sykehjem bør ha et likeverdig tilbud. Ofte har beboere med redusert helsetilstand, som ulike funksjonshemninger, behov for større tilpasninger og tilrettelegging i mat- og måltidssituasjonen. Et likeverdig mat- og måltidstilbud til alle sykehjemsbeboere vil i større grad bidra til at alle får dekket sine behov og dermed unngå diskriminering.

Dagens sykehjem har lav deltagelse av beboerne i forbindelse med mattilbud, måltidsservering og matlaging. Beboernes deltagelse bør fremmes og pleierne spiller her en viktig rolle. Det å gi beboerne mulighet til å utforme middagsmeny og å komme med forslag til mattilbudet kan bidra til dette. Mulighet til deltagelse i matlagingsaktiviteter vil også kunne være et viktig bidrag. Pleiernes tilstedeværelse under måltidene bidrar til å gi beboerne større mulighet til å påvirke egne matvalg, gjennom fysisk tilgang til de matvarene den enkelte ønsker. Pleiernes deltagelse fremmer også det sosiale ved måltidssituasjonen. Disse forholdene synliggjør hvor viktig det er at pleierne deltar i måltidssituasjonen for at beboerne skal kunne oppleve deltagelse ved måltidene.

Lav deltagelse svekker beboernes empowerment. Ordninger som fremmer beboernes mulighet til å påvirke sin mat- og måltidssituasjon styrker deres empowerment. Dagens sykehjemsbeboere, ”den takknemlige generasjon”, ønsker i liten grad å klage. Redusert helse fører også til at mange ikke orker å komme med endringsforslag. Dette er forhold som bør tas i betraktning i forhold til eventuelle tiltak som skal styrke beboernes empowerment. Pleiernes opplevelse av å kunne påvirke beboernes situasjon har også betydning for den muligheten beboerne føler de har til å endre egen livssituasjon. Høy grad av involvering mellom beboer og pleier er derfor også viktig for å styrke beboernes opplevelse av empowerment.

Mange avgjørelser omkring mat- og måltidssituasjonen på sykehjemmet tas uten å involvere beboerne. Bedre informasjon om beboernes muligheter til å påvirke egen mat- og måltidssituasjon fremmer deltagelse og empowerment. Informasjonen bør tilpasses slik at beboere med redusert helse blir informert og forstår informasjonen. Dette gjelder blant annet beboere med svekkede kommunikasjonsevner.

Arbeidet med denne oppgaven har synliggjort forhold som kan tyde på en utilstrekkelig ivaretagelse av menneskerettighetsprinsippene for sykehjemsbeboere gjennom mat- og måltidssituasjonen ved norske sykehjem. Mye tyder på at sykehjem B sin praksis omkring

mattilbudet og måltidssituasjonen i større grad ivaretar menneskerettighetsprinsippene, og bidrar til å fremme en ”god” prosess, sammenliknet med sykehjem A. En beboersentrert ideologi og det å ha kjøkken på huset bidrar i større grad til et mattilbud og måltidsservering som ivaretar beboernes verdighet, hindrer diskriminering, fremmer deltagelse, styrker empowerment og bedrer åpenhet. Dette bidrar til å skape et sykehjem hvor ting skjer på beboernes premisser. Dette bidrar igjen til gode mat- og måltidssituasjoner, noe som igjen kan være et viktig bidrag for å oppnå optimal ernæringsmessig helse for beboerne.

Det var sider ved sykehjemmets mattilbud og måltidssituasjon som tyder på at en ”god” prosess ikke nødvendigvis fører til et ”godt” resultat, altså oppnåelse av optimal ernæringsmessig helse for sykehjemsbeboerne. Beboernes valgfrihet på sykehjem B førte til at beboerne i større grad valgte å spise måltidene på rommet sitt. Dette førte til lav deltagelse under måltidene i spisestuen. Konsekvenser av dette var mindre mulighet til å påvirke egne matvalg, samt ivareta egne ferdigheter, fordi måltidene også fungerte som et aktiviserende element for sykehjemsbeboerne. Frihet til å velge den maten en selv ønsker er et annet eksempel på en ”god” prosess som ikke nødvendigvis fører til optimal ernæringsmessig helse. Det var også tilfeller av ”dårlige” prosesser som likevel kunne gi et ”godt” resultat. Et eksempel på dette var servering av moset mat som ble servert på en lite akseptabel måte og dermed så lite appetittlig ut. Konsistensen på maten ivaretar imidlertid beboernes behov for et ernæringsmessig tilpasset kosthold. Retten til fullgod mat gjelder alle mennesker og alle mennesker har samme menneskeverd. Alle sykehjemsbeboere har dermed rett på et mat- og måltidstilbud som i størst mulig grad ivaretar et fullgodt kosthold. Et mat- og måltidstilbud i tråd med en ”god” prosess der optimal ernæringsmessig helse for sykehjemsbeboerne blir resultat, er mest ønskelig.

Mat og måltidssituasjon på sykehjem er et aktuelt tema i samfunnsdebatten. En rekke politiske tiltak har de senere årene bidratt til et økt fokus på dette temaet. Omsorgsplan 2015 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006) og Verdighetsgarantien (Verdighetsgarantiforskriften, 2010) har som mål å bidra til et mer tilfredsstillende mat- og måltidstilbud for sykehjemsbeboere i Norge. Mange ulike aktører er involvert i sykehjemmenes mattilbud. Dette stiller krav til både pleiere, kjøkkenpersonal, sykehjemmets ledelse og politikere. Mye kan tyde på at det er behov for klarere offentlige rammer for økonomiske og politiske prioriteringen innenfor eldreomsorgen. En politikk som fremmer en beboersentrert ideologi og kjøkken på ”huset” kan sies å bidra til å realisere retten til fullgod

mat for sykehjemsbeboere gjennom en ”god” prosess. Mer forskning på dette området er likevel ønskelig for å kartlegge økonomiske konsekvenser, politisk praksis samt muligheter og utfordringer. Slik forskning vil være et viktig bidrag i arbeidet med å gjennomføre, allerede vedtatt politiske planer, i tillegg til at det vil kunne gi et viktig bidrag i utformingen av nye rammer og retningslinjer på området.

På bakgrunn av denne studiens funn og Karlsens studie ved de samme sykehjemmene (Karlsen, 2011) synes det å være en rekke forhold knyttet til mat og måltidspraksis ved norske sykehjem, som i dag ikke er tilfredsstillende, i forhold til realisering av retten til fullgod mat. Denne studiens funn har fremhevet sider ved to sykehjems mat- og måltidssituasjon som forhåpentligvis kan bidra til å ivareta sykehjemsbeboernes rett til fullgod mat gjennom en ”god” prosess. Flere studier med utgangspunkt i en menneskerettighetsbasert tilnærming er imidlertid ønskelig. Studiene vil kunne gi et viktig bidrag i forhold til å få en dypere forståelse av hva en ”god” prosess innebærer i en sykehjemssituasjon. Videre studier vil også kunne gi et bedre innblikk i de muligheter og utfordringer som er tilstede på sykehjem i forhold til å realisere sykehjemsbeboeres rett til fullgod mat. Dette vil være viktige bidrag i arbeidet med å styrke sykehjemsbeboernes rolle, og deres muligheter til en bedret mat- og måltidssituasjon. Håpet er at slike studier vil bidra til en større grad av realisering av sykehjemsbeboeres rett til fullgod mat, og dermed redusere omfanget av feil- og underernæring hos sykehjemsbeboere.

Litteraturliste

- Aagaard, H. (2008). *Mat og måltider i sykehjem: undersøkelse utført for Sosial- og helsedirektoratet*. (Vol. rapport 2008:3): Høyskolen i Østfold.
- Aagaard, H. (2010). "Ærlig talt". *Mat og måltider i sykehjem: En undersøkelse blant beboere i somatiske sykehjem i Østfold*. Oppdragsrapport 2010:1: Høyskolen i Østfold.
- Aalborg, B. S., & Tessem, L. B. (2011, 02.01.2011). Lover budsjettkroner til eldre, *Aftenposten*, p. 5.
- Abbasi, A. A., & Rudman, D. (1994). Undernutrition in the nursing home: prevalence, consequences, causes and prevention. *Nutrition Reviews*, 52(4), 113-122.
- Album, D. (1996). *Nære fremmede: pasientkulturen i sykehus*. Oslo: TANO.
- Amarantos, E., Martinez, A., & Dwyer, J. (2001). Nutrition and quality of life in older adults. *J.Gerontol.A Biol.Sci.Med.Sci.*, 56 Spec No 2, 54-64.
- Amilien, V., & Krogh, E. (2007). *Den kultiverte maten: en bok om norsk mat, kultur og matkultur*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Andresen, E. C. (2009). *A human rights-baset approach to assess disadvantaged mothers' experiences with a nutrition supplementation programme provided at primary health care clinics. A study from Cape Town, South Africa*. Masteroppgave, Universitetet i Oslo, Oslo.
- Arvanitakis, M., Coppens, P., Doughan, L., & Van, G. A. (2009). Nutrition in care homes and home care: recommendations - a summary based on the report approved by the Council of Europe. *Clinical Nutrition*, 28(5), 492-496.
- Aukner, C. (2011). *En undersøkelse av ernæringsstatus hos eldre beboere med demens i somatiske og skjermede langtidsavdelinger ved kommunale sykehjem i Oslo*. Masteroppgave, Universitetet i Oslo, Norge.
- Aziz, N. A., van der Marck, M. A., Pijl, H., Olde Rikkert, M. G., Bloem, B. R., & Roos, R. A. (2008). Weight loss in neurodegenerative disorders. *Journal of Neurology*, 255(12), 1872-1880.
- Bates, C. J., Benton, D., Biesalski, H. K., Staehelin, H. B., van, S. W., Stehle, P., Suter, P. M., & Wolfram, G. (2002). Nutrition and aging: a consensus statement. *J.Nutr.Health Aging*, 6(2), 103-116.
- Beck, A. M., & Ovesen, L. (1998). At which body mass index and degree of weight loss should hospitalized elderly patients be considered at nutritional risk? *Clinical Nutrition*, 17(5), 195-198.
- Bergland, A., & Kirkevold, M. (2006). Thriving in nursing homes in Norway: contributing aspects described by residents. *International Journal of Nursing Studies*, 43(6), 681-691.
- Blaum, C. S., Fries, B. E., & Fiatarone, M. A. (1995). Factors associated with low body mass index and weight loss in nursing home residents. *J.Gerontol.A Biol.Sci.Med.Sci.*, 50(3).
- Bugge, A. (2005). *Middag: en sosiologisk analyse av den norske middagspraksis*. Doktoravhandling, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU), Trondheim.
- Bugge, A. (2006). *Julens mat og måltider* (Vol. nr 1-2006). Oslo: Statens institutt for forbruksforskning (SIFO).
- Bugge, A. (2007). Middag - et betydningsfullt hverdagsrituale. In V. Amilien & E. Krogh (Eds.), *Den kultiverte maten - En bok om norsk mat, kultur og matkultur* (pp. 93-113). Bergen: Fagbokforlaget.

- Bugge, A. (2010). Den sosiale appetitten: Mat, klasse og identitet. In K. Dahlgren & J. Ljunggren (Eds.), *Klassebilder: ulikhet og sosial mobilitet i Norge* (pp. s. 129-143). Oslo: Universitetsforlaget.
- Bugge, A., & Døving, R. (2000). *Det norske måltidsmønsteret - Ideal og praksis* (Vol. rapport nr. 2-2000). Statens institutt for forbruksforskning (SIFO).
- Bystyret i Oslo. (1999). *Kvalitet og kvalitetsmåling i pleie- og omsorgstjenestene*. Oslo kommune, sykehjemsetaten. Retrieved 07.11, 2011, from <http://www.sykehjemsetaten.oslo.kommune.no/article.php?articleID=164924&categoryID=24307>
- Clay, M. (2001). Nutritious, enjoyable food in nursing homes. *Nursing Standard*, 15(19), 47-53.
- Copeman, J. (2000). Promoting nutrition in older people in nursing and residential homes. *Br.J.Community Nurs.*, 5(6), 277-284.
- Council of Europe. (1998). *Additional protocol to the European Social Charter* (Vol. No. 128). Strasbourg: Council of Europe.
- Council of Europe. (2002). *Food and nutritional care: How to prevent undernutrition*. Strasbourg: Council of Europe publishing.
- Daatland, S. O. (2010, 21.11). Hva skal vi med dem?, *Aftenposten*, p. 5.
- Daatland, S. O., & Herolfsen, K. (2004). *Familie, velferdsstat og aldring. Familiesolidaritet i et europeisk perspektiv*. (Vol. Rapport 7/4). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA).
- Daatland, S. O., & Solem, P. E. (2011). *Aldring og samfunn: innføring i sosialgerontologi*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Damman, S. (2008). *Indigenous peoples and the right to adequate food - A dissertation discussing the content of an Indigenous Rights-Based Approach to indigenous food security and nutritional health and some methodological challenges surging from such approach*. Doktoravhandling Universitetet i Oslo, Oslo.
- Den norske legeföreningen. (2001). *Statusrapport om situasjonen i helsetjenesten: Når du blir gammel og ingen vil ha deg*. (Vol. Helsepolitisk rapport). Oslo: Den norske legeföreningen.
- Departementene. (2007). *Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen 2007-2011: Oppskrift på et sunnere kosthold* (Vol. I-1128 B). Oslo: Departementene.
- Døving, R. (2003). *Rype med lettøl: en antropologi fra Norge*. Oslo: Pax.
- Eberhardie, C. (2002). Nutrition and the older adult. *Nurs.Older.People.*, 14(2), 22-27.
- Economic and Social Council. (2004). *Implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights* (Vol. Periodic review nr 4, Norway).
- Economic and Social Council. (2010). *Implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights* (Vol. Periodic Report nr 5, Norway).
- Eide, A. (1987). *The Right to Adequate Food as a Human Right*. (Vol. E/CN.4/Sub.2/1987). Geneva og New York: Sub-commission (UN Sub-Commission on the Promotion and Protection of Human Rights).
- Eide, A. (1999). *The realization of the economic, social and cultural rights. The right to adequate food and to be free from hunger*. (Vol. UN doc. E/CN.4/Sub.2/1999/12): Sub-Commission (UN Sub-Commission on the Promotion and Protection of Human Rights).
- Eide, H. D. (2011). *Lengde på nattfaste og ernæringsstatud blant eldre sykehjemsbeboere*. Masteroppgave, Universitetet i Oslo, Oslo.
- Eldreaksjonen. (2009). *Aksjon bedre eldreomsorg 2009 - Forslag til ny kvalitetsforskrift*. Eldreaksjonen: Oslo. Retrieved 14.10.2011, from http://www.eldreaksjonen.no/NY_KVALITETSFORSKRIFT.pdf

- Elia, M., Stratton, R., Russell, C., Green, C., & Pang, F. (2005). *The cost of disease-related malnutrition in the UK and economic considerations for the use of oral nutritional supplements (ONS) in adults*. Redditch, United Kingdom: BAPEN.
- Engesveen, K. (2005). *Monitoring the realisation of the human right to adequate food: roles and capacity in breastfeeding policy and practice*. Masteroppgave, Universitet i Oslo, Oslo.
- Engh, I. (2007). *Development and Human Rights: challenges of universality, scale and socio-cultural relevance?* Doktoravhandling, Universitetet i Oslo, Oslo.
- English, M. (2003). *The Rights of the Aged* Human Rights Education Associates (HREA). Retrieved 14.10.2011, from http://www.hrea.org/index.php?doc_id=435
- Fangen, K. (2010). *Deltagende observasjon*. Bergen: Fagbokforlaget.
- FAO (Food and Agriculture Organization) (1996). *Rome declaration on World Food Security and World Food Summit Plan of Action*. Rome, Italy: Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO) Retrieved from <http://www.fao.org/DOCREP/003/W3613E/W3613E00.HTM>.
- FAO. (2005). *Voluntary guidelines to support the progressive realization of the right to adequate food in the context of national food security*. Rome, Italy: Food and Agriculture Organization of the United Nations.
- FAO. (2007). *A primer to the right to adequate food (CD-ROM)*. Rome, Italy: Food and Agriculture Organization of the United Nations.
- Fog, J. (1994). *Med samtalen som utgangspunkt*. København: Akademiske forlag.
- Forskr. kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. (2003). *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenestene i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr 81 om sosiale tjenester m.v.*: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Fossgard E. (2007). "Mat smakar som plassen den kjem frå" - forestillinger om lokal mat. In V. Amilien & E. Krogh (Eds.), *Den kultiverte maten. En bok om norsk mat, kultur og matkultur* (pp. 158-172). Bergen: Fagbokforlaget.
- Fürst, E. L. o. (1995). *Mat - et annet språk: rasjonalitet, kropp og kvinnelighet*. Oslo: Pax.
- Gariballa, S., & Sinclair, A. (2005). Aging and older people. In C. Geissler & H. Powers (Eds.), *Human Nutrition* (Vol. 16, pp. 319-334). Ungarn: Elsevier, Churchill livingstone.
- Gaskill, D., Black, L. J., Isenring, E. A., Hassall, S., Sanders, F., & Bauer, J. D. (2008). Malnutrition prevalence and nutrition issues in residential aged care facilities. *Australas.J.Ageing*, 27(4), 189-194.
- Genaro, P. S., & Martini, L. A. (2010). Effect of protein intake on bone and muscle mass in the elderly. *Nutrition Reviews*, 68(10), 616-623.
- Global Action on Ageing. (2010). *Strengthening Older People's Rights: Toward a UN Convention*. Global Action on Ageing. Retrieved 14.10.2011, from <http://www.globalaging.org/agingwatch/convention/humanrights/strengtheningrights.pdf>
- Guigoz, Y., Lauque, S., & Vellas, B. J. (2002). Identifying the elderly at risk for malnutrition. The Mini Nutritional Assessment. *Clinics in Geriatric Medicine*, 18(4), 737-757.
- Guigoz, Y., Vellas, B., & Garry, P. J. (1996). Assessing the nutritional status of the elderly: The Mini Nutritional Assessment as part of the geriatric evaluation. *Nutrition Reviews*, 54(1 Pt 2), S59-S65.
- Haavet, I. E., Botten, G., & Elvbakken, K. T. (1996). *Maten på bordet: femti år med Statens ernæringsråd*. Oslo: Statens ernæringsråd.

- Hebuterne, X., Bermon, S., & Schneider, S. M. (2001). Ageing and muscle: the effects of malnutrition, re-nutrition, and physical exercise. *Curr.Opin.Clin.Nutr.Metab Care*, 4(4), 295-300.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2006). *Omsorgsplan 2015: St. meld. nr. 25 - Mestring, muligheter og mening. Fremtidas omsorgsutfordringer*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2007). *Demensplan 2015 "Den gode dagen"*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Høringsnotat: Endringer i kommunehelsetjeneste loven - et verdig tjenestetilbud. Forslag til ny forskrift om en verdig eldreomsorg. Verdighetsgarantien*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helsedirektoratet. (2005). *Fakta om tjenestetilbudet - Tjenester i sykehjem*. Helsedirektoratet. Retrieved 14.10.2011, from http://www.helsedirektoratet.no/helse_omsorg/tjenester/tjenester_i_sykehjem_15528
- Helsedirektoratet. (2009). *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring* (Vol. IS-1580). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2010). *Utvikling gjennom kunnskap. Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester - en nasjonal satsning. Overordnet strategi 2011-2015*. (Vol. IS-1858). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2011). *Utvikling i norsk kosthold* (Vol. IS-1872). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsevernetaten. (2001). *Måltider i alders- og sykehjem. Oppsummering av kartleggingen våren 2001*. (Vol. rapport 2/2001). Oslo: Helsevernetaten.
- Hestetun, M., & Mølstad, K. (2004). *Veiledende sykepleieplaner: et verktøy for å kvalitetssikre dokumentasjon av sykepleie i sykehjem* (Vol. Rapportnr 1/04). Bergen: Nasjonalt forskningscenter i geriatri.
- Jequier, E., & Constant, F. (2010). Water as an essential nutrient: the physiological basis of hydration. *European Journal of Clinical Nutrition*, 64(2), 115-123.
- Jonsson, U. (2011). *Investing in the realisation of Children's Nutrition Rights. Federation of African Nutrition Society (FANUS) Conference*. Abuja, Nigeria.
- Karlsen, E. (2011). *Retten til fullgod mat ved sykehjem - En menneskerettighetsbasert tilnærming til personalets muligheter og utfordringer ved realisering av denne rettigheten for beboerne*. Masteroppgave, Høgskolen i Akershus, Norge.
- Kayser-Jones, J. (1996). Mealtime in nursing homes: the importance of individualized care. *Journal of Gerontological Nursing*, 22(3), 26-31; .
- Kent, G. (2005). *Freedom from want: the human right to adequate food*. Washington, D.C.: Georgetown University Press.
- Kittler, P. G., & Sucher, K. P. (2008). *Food and culture* (Vol. 5). Belmont, Calif., United States of America: Thomson Wadsworth.
- Kommunehelsetjenesteloven. (1982). *Lov om helsetjeneste i kommunene*. LOV-1982-11-19-66. § 1-4.
- Langballe, E. M. (2009). *Demens - faktaark*. Oslo: Folkehelseinstituttet. Retrieved 14.10, 2011, from http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=Area_5775&MainArea_5661=5565:0:15,2343:1:0:0:::0:0&MainLeft_5565=5775:0:15,2343:1:0:0:::0:0&Area_5775=5544:72828::1:5780:1:::0:0
- Lindseth, G. (1994). Nutrition preparation and the geriatric nurse. *West J.Nurs.Res.*, 16(6), 692-703.
- Lipschitz, D. A. (1991). Malnutrition in the elderly. *Seminars in Dermatology*, 10(4), 273-281.

- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforl.
- Margetts, B. M., Thompson, R. L., Elia, M., & Jackson, A. A. (2003). Prevalence of risk of undernutrition is associated with poor health status in older people in the UK. *European Journal of Clinical Nutrition*, 57(1), 69-74.
- McDonald, R. B., & Ruhe, R. C. (2010). Changes in food intake and its relationship to weight loss during advanced age. *Interdiscip.Top.Gerontol.*, 37, 51-63.
- Meld. St. 9 (2011-2012). (2011). *Landbruks- og matpolitikken: Velkommen til bords*. Oslo: Landbruks- og matdepartemenet.
- Melheim, B. G. (2007). Pasientopplevelser av måltidsfellesskap i sykehjem. *Klinisk Sygepleje*, 21(2), 26-34.
- Menneskerettsloven. (1999). *Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett*. LOV-1999-05-21-30.
- Morley, J. E. (1997). Anorexia of aging: physiologic and pathologic. *American Journal of Clinical Nutrition*, 66(4), 760-773.
- Morley, J. E., & Silver, A. J. (1995). Nutritional issues in nursing home care. *Annals of Internal Medicine*, 123(11), 850-859.
- Mowe, M. (2002). Treatment of malnutrition in elderly patients. *Tidsskr.Nor Laegeforen.*, 122(8), 815-818.
- Mowe, M., Bohmer, T., & Haug, E. (1996). Serum calcidiol and calcitriol concentrations in elderly people: variations with age, sex, season and disease. *Clinical Nutrition*, 15(4), 201-206.
- Mowe, M., Bohmer, T., & Kindt, E. (1994). Reduced nutritional status in an elderly population (> 70 y) is probable before disease and possibly contributes to the development of disease. *American Journal of Clinical Nutrition*, 59(2), 317-324.
- Nasjonalt råd for ernæring. (2006). *Når matinntaket blir for lite*. (Vol. IS-1327). Oslo: Helsedirektoratet.
- Nieuwenhuizen, W. F., Weenen, H., Rigby, P., & Hetherington, M. M. (2010). Older adults and patients in need of nutritional support: review of current treatment options and factors influencing nutritional intake. *Clinical Nutrition*, 29(2), 160-169.
- Nijs, K., de Graaf, C., van Staveren, W. A., & de Groot, L. C. (2009). Malnutrition and mealtime ambiance in nursing homes. *J.Am.Med.Dir.Assoc.*, 10(4), 226-229.
- NKS. (2010). *Engasjement for eldre*. Oslo: Norske Kvinners Sanitetsforening. Retrieved 14.10.2011, from http://www.sanitetskvinnene.no/no/vare_saker/
- NNR. (2004). *Nordic nutrition recommendations: NNR 2004 : integrating nutrition and physical activity* (Vol. 2004:13). København: Nordisk Ministerråd.
- Norsk senter for menneskerettigheter. (2009). *Årbok om menneskerettigheter i Norge 2009*. Oslo: Universitetet i Oslo.
- Norsk senter for menneskerettigheter. (2010). *Årbok om menneskerettigheter i Norge 2010*. Oslo: Universitetet i Oslo.
- Notaker, H. (2009). *Food culture in Scandinavia*. Westport, Conn., United States of America: Greenwood Press.
- Nygaard, H. A., Naik, M., & Ruths, S. (2001). Mental svikt hos sykehjemspasienter. *Den norske legeforening*, nr. 26(120), 3113-3116.
- Nygaard, H. A., & Ruths, S. (2003). Missing the diagnosis: senile dementia in patients admitted to nursing homes. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 21(3), 148-152.
- Oeye, C., Bjelland, A. K., & Skorpen, A. (2007). Doing participant observation in a psychiatric hospital-- research ethics resumed. *Social Science and Medicine*, 65(11), 2296-2306.

- Oshaug, A., Eide, A., & Eide, W. B. (1994). Human Rights: A Normative Basis for Food and Nutrition-Relevant Policies. *19*(6), 491-516.
- Pasientrettighetsloven. (1999). *Lov om pasientrettigheter*. LOV-1999_07-02-63.
- Paulsen, B., & Huseby, B. M. (2009). *Eldreomsorgen i Norge - helt utilstrekkelig eller best i verden?* (Vol. A11522). Trondheim: SINTEF Helsetjenesteforskning for Kommunenes Sentralforbund (KS).
- Pedersen, A. N., & Beck, A. M. (2007). God ernæring hos ældre. In C. E. Swane, A. N. Blaakilde & K. Amstrup (Eds.), *Gerontologi, Livet som gammel - en tverrfaglig lærebok i gerontologi*. (Vol. 2nd). København: Munksgaard.
- Powdermaker, H. (1966). *Stranger and friend: the way of an anthropologist*. New York: Norton.
- Punch, M. (1998). Politics and Ethics of Qualitative Research In L. Y. S. Denzin N K (Ed.), *The Landscape of Qualitative Research. Theories and Issues*. London: Sage.
- Ragin, C. C. (1987). *The comparative method: moving beyond qualitative and quantitative strategies*. Berkeley, Calif.: University of California Press.
- Riis, B. (2011). *Sykehjemstilbudet i Oslo*. Oslo: Sykehjemsetaten. Retrieved 29.11, 2011, from <http://www.sykehjemsetaten.oslo.kommune.no/oslosykehjemmene/>
- Roberts, S. B., Fuss, P., Heyman, M. B., Evans, W. J., Tsay, R., Rasmussen, H., Fiatarone, M., Cortiella, J., Dallal, G. E., & Young, V. R. (1994). Control of food intake in older men. *JAMA*, *272*(20), 1601-1606.
- SCN (UN System Standing Committee on Nutrition). (2001). *Monitoring the realization of the right to adequate food, health and care for good nutrition - a way forward to identify appropriate indicators?* Report by a pre-ACC/SCN Task Force Nairobi, 29. March - 1. April 2001, Draft paper for discussion at the ACC/SCN Working group on Nutrition, Ethics and Human Rights, April 04-05 2001.
- Sellevoid, G. S., & Skulberg, V. B. (2005). *Nok mat, rett mat og trivelige måltider for eldre sykehjemspasienter: et kvalitetssikringsprosjekt* (Vol. Rapportnr. 1/05). Bergen: Nasjonalt formidlingscenter i geriatri.
- Seniorsaken. (2011). *Verdighetsgarantien var en bløff!* Oslo: Seniorsaken. Retrieved 18.11, 2011, from <http://seniorsaken.no/verdighetsgarantien-var-en-bløff/>
- Sidenvall, B., Fjellstrom, C., & Ek, A. C. (1994). The meal situation in geriatric care: intentions and experiences. *Journal of advanced Nursing*, *20*(4), 613-621.
- Sidenvall, B., Nydahl, M., & Fjellström, C. (2001). Managing food shopping and cooking: the experiences of older Swedish women. *Aging and society*, *21*, 151-168.
- SSB. (1999). *Eldre i Norge*. Oslo/Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå. Retrieved 2011, 14.10, from http://www.ssb.no/emner/00/02/sa_seniorer/sa32/sa32.pdf
- SSB. (2009). *Statistisk årbok 2009*. Oslo/Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå. Retrieved 2011, 14.10, from <http://www.ssb.no/aarbok/tab/tab-107.html>
- SSB. (2011). *Insitusjoner for eldre og funksjonshemmede (2006-2010)*. Oslo/Kongsvinger: Statistisk Sentralbyrå. Retrieved 14.10, 2011, from <http://www.ssb.no/pleie/tab-2011-07-08-01.html>
- St. meld. nr. 19 (1999-2000). (1999). *Om norsk landbruk og matproduksjon*. Oslo: Landbruksdepartementet.
- St. meld. nr. 25 (2005-2006). (2006). *Mestring, muligheter og mening - Framtidas omsorgsutfordringer*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Statens ernæringsråd. (1995). *Retningslinjer for kostholdet i helseinstitusjoner* (Vol. 5). Oslo: Univeritetsforlaget.
- Stratton, R. J., Elia, M., & Green, C. J. (2003). *Disease related malnutrition: An evidence base approach to treatment*. Wallingford, United Kingdom: CABI Publishing, CAB International.

- Stupar, D. (2007). *The nutrition transition and the right to adequate food for adolescents in South Africa*. Masteroppgave, Universitet i Oslo, Oslo.
- Svendsby, E., & Assev, M. (2011, 02.10). Smakstest av maten på sykehjem - Verre enn i fengsel., *Verdens Gang*, p. 12.
- Sydner, Y. M. (2002). *Den maktlösa måltiden*. Doktoravhandling, Uppsala universitet, Sverige.
- Sykehjemsloven. (1988). *Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie*. FOR 1988-11-14-932. § 2-1.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- The Human Rights Advisory Committee. (2010). *Advisory Committee discusses working paper on Human Rights of Elderly*. Geneva, Switzerland: Office of the High Commissioner for Human Rights. Retrieved 14.10, 2011, from <http://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=9779&LangID=E>.
- The Joint Committee on Human Rights. (2007). *The Human Rights in Older People in Healthcare* (Vol. 18th Report of Session 2006-07). London, United Kingdom: The Stationary Office Limited.
- Theien, I. (2011). Da fedrelandet var i kjøkkenet: forbruk under andre verdenskrig. *Lokalhistorisk magasin*, 22(2011)1, s. 12-13.
- Thorsen, K. (1993). Maten i livet. In K. T. Elvbakken (Ed.), *Mat, alderdom og eldreomsorg*. Oslo: Kommuneforlaget.
- UN (United Nations) (1948). *Universal Declaration of the Human Rights*. United Nations.
- UN. (1966a). *International Covenant on Civil and Political Rights (ICCPR)*. United Nations.
- UN. (1966b). *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (ICESCR)*. United Nations.
- UN. (1983). *Vienna International Plan of Action on Ageing*. New York: United Nations.
- UN. (1993). *Vienna declaration and programme of action* (Vol. UN doc A/CONF. 157/23): United Nations.
- UN. (1999). *General Comment No. 12, The Right to adequate food*. Geneva: Economic and Social Council.
- UN. (2002). *Report of the Second World Assembly on ageing: Madrid International Plan of Action on Ageing* (Vol. A/CONF.197/9). Madrid: United Nations.
- UNFPA (United Nations Population Fund). (2005). *Human Rights Principles*. the United Nation Population Fund (UNFPA). Retrieved 14.10, 2011, from <http://www.unfpa.org/rights/principles.htm>
- UNICEF (United Nations Children's Fund). (1990). *UNICEF policy review: strategy for improved nutrition of children and women in developing countries*. New York, United States of America.
- Verdighetsgarantiforskriften. (2010). *Forskrift om en verdig eldreomsorg (Verdighetsgarantien)*. FOR-2010-11-19-1426: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Westerveld, J., & Ruud, S. (2011, 20.08.2011). To sårbare personer - to verdner, *Aftenposten*, p. 4.
- WHO (World Health Organization). (2011). *What are the public health implications of global ageing?* World Health Organization. Retrieved 14.10, 2011, from <http://www.who.int/features/qa/42/en/index.html>
- Yates-Bolton, N. (2010). Human rights-based care for older people. *Nursing Management*, 17(4), 26-27.

Vedlegg

Vedlegg 1:

Informasjonsbrev til beboere og pårørende på sykehjemmene

Vedlegg 2:

Oversiktstabell over matvarer som tilbys beboerne til frokost

Vedlegg 3:

Oversiktstabell over middagsretter servert under observasjonsøktene

Vedlegg 4:

Oversiktstabell over mattilbud ved kaffemåltidene

Vedlegg 5:

Godkjennelse fra Regional etisk komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk

Vedlegg 1:

Informasjon til beboere og pårørende:

Et forskningsprosjekt om hvordan sykehjemsbeboere opplever mat og måltider der de bor

Jeg heter Kristine Stray Aurdal og er student ved Universitetet i Oslo. Jeg holder på med min mastergrad for å bli klinisk ernæringsfysiolog. I den forbindelse skal jeg skrive masteroppgave med utgangspunkt i mat, matvaner og måltider hos sykehjemsbeboere, og er interessert i å finne ut av hvordan beboere på sykehjem opplever sin situasjon relatert til mattilbud og matkultur der de bor. Jeg ønsker derfor å observere mat og måltidssituasjonene på sykehjemmet. Min ramme om studien vil ivareta prinsipper hentet fra menneskerettighetene som verdighet, deltagelse og åpenhet i forhold som angår enkeltmenneskets situasjon.

Studieperioden vil vare fra midten av november til slutten av desember. Jeg kommer til å være tilstede på avdelingen hovedsakelig i forbindelse med servering av måltidene, men også noe utenom måltidene. Dette er for å observere hva man gjør her og for å snakke med dere som bor her. Jeg ønsker ikke å være til sjenanse, men håper å få anledning til å slå av en prat med beboerne for å høre hva dere tenker omkring mat og måltider på sykehjemmet.

Tillatelse til å gjennomføre prosjektet er gitt av institusjonens ansvarlige. Studien er også meldt fra til Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Sør-Øst. Jeg har taushetsplikt, og all informasjon vil bli behandlet konfidensielt. Det vil si at alt som blir sagt til meg ikke kan spores tilbake til den som sa det i den ferdige oppgaven. All informasjon vil bli anonymisert og dataene vil bli slettet etter at oppgaven er ferdig stilt. Resultatet av prosjektet vil bli publisert i en masteroppgave.

Med dette prosjektet ønsker jeg å bidra til økt kunnskap om beboeres opplevelser omkring mat- og måltidssituasjoner på sykehjem. Det er ønskelig at dette vil gi et bidrag i debatten om retten til fullgod mat på sykehjem og hvor ansvaret ligger for dette i dagens situasjon, og dermed kunne styrke og ivareta sykehjemsbeboeres helse og velvære. Jeg håper dette blir en positiv opplevelse både for dere og for meg.

Dersom flere opplysninger ønskes, kan du ta kontakt med meg eller min hovedveileder, Per Ole Iversen.

Mvh,

Kristine Stray Aurdal

Masterstudent ved Universitetet i Oslo

kristinesaurdal@gmail.com

mob: 93 63 42 80

Kontaktinformasjon på min hovedveileder:

Per Ole Iversen

poiversen@hotmail.com

mob: 41 55 95 32

Vedlegg 2:

Matvarer som tilbys beboerne til frokost:

Mattilbud	Sykehjem A	Sykehjem B
Pålegg	Ost: blåmuggost, skivet gulost, skivet ridderost, skivet nøkkelost, skivet brunost, prim, rekeost Syltetøy: appelsinmarmelade, jordbærsyltetøy, diabetes jordbærsyltetøy Kjøttpålegg: salami, kokt skinke, leverpostei, sylte (jul) Fiskepålegg: kaviar, sursild Grønnsaker: oppskåret paprika, agurk, tomat. Margarin: Brelett, Bremykt	Påsmurt: Ost: brunost, gulost, Fiskepålegg: sild, reker, laks Syltetøy: jordbærsyltetøy, appelsinmarmelade Annet: majones, italiensk salat, egg Bord 1: Syltetøy: jordbærsyltetøy, appelsinmarmelade Ost: Blue Castello Bord 3: Ost: prim, rekeost, baconost, skivet gulost, Blue Castello, snøfriskost med dill og naturell, skivet brunost Syltetøy: eplesyltetøy, jordbærsyltetøy, appelsinmarmelade Fiskepålegg: sild, kaviar, røkt/gravet laks (jul) Kjøttpålegg: salami, krydderskinke Grønnsaker: oppskåret agurk, tomat Annet: majones, egg i skiver Margarin: Bremykt
Brød	Halvgrovt oppskåret brød og lyst frokost knekkebrød	Bake-off brød (lysere og grovere type), grovt oppskåret "barnebrød", fine og grove knekkebrød
Drikke	Melk, eplejuice, appelsinjuice, vann, kaffe, te	Kaffe, H-melk, skummet kultur, kefir, blåbær Biola, eplejuice og appelsinjuice.
Annet	Havregrøt, omelett, yoghurt (lav fett eller vanlig fruktyoghurt)	Havregrøt, sviskegrøt, egg

Vedlegg 3:

Middagsretter servert under observasjonsøktene:

Middagsrett	Sykehjem A	Sykehjem B
Hverdagsmiddag	Ertesuppe og pannekaker	Kalkunbryst (kaldt pga. vannlekkasje), salat (kinakål, agurk, mais, tomat), potetsalat, Thousand Island dressing. Skogsbær i saus med krem.
	Aspargessuppe og kjøttpølser med kokte poteter, amerikansk grønnsaksblanding og brun saus	Suppe. Stekt flest, kokt potet, kålrotstappe og saus.
	Dampet torsk, gulrotstuing, smør. Mandelkjernepudding og rød saus.	Trøndersodd. yoghurt i beger (Nyt fra Tine, solbær, kirsebær eller mango/pasjonsfrukt)
	Innbakt steinbit, kokte poteter, kokte gulrøtter og remulade. Flatbrød. Sviskegrøt med melk.	Lammefrikasse, kokt potet, kokte grønnsaker (gulrot, blomkål, brokkoli). Fruktmousse.
	Medisterkaker, kokte poteter, surkål, brun saus og tyttebærsyltetøy. Jordbærsuppe (fredag)	Laks, kokt potet, kokt blomkål og hollandaise saus. Sviskesuppe
	Tomatsuppe. Kjøttpudding, kokt potet, ertestuing og brun saus.	Kyllingsuppe. Kjøttpudding, kålstuing, kokte poteter og brun saus.
Lørdagsmiddag		Risengrynsgrøt, eventuelt kyllingpai. Saft. Banan
Søndagsmiddag	Svinestek, kokte poteter, brun saus, surkål og tyttebær. Karamellpudding med karamellsaus.	Sosekjøtt, kokte poteter, kokte grønnsaker (gulrøtter, blomkål og brokkoli). Sjokoladepudding og vaniljesaus. Vin til dem som ønsker.
	Røkt skinke, kokte poteter, dillsaus, blomkålblanding. Semulepudding og rød saus	
Alternativer	Moset mat fra <i>Soft meals</i> . Allergidiett pga laktoseintoleranse: karbonader, poteter, erter og brun saus/rosenkål istedenfor stuing.	Til fiskemiddag: lammefrikasse (middagsrett dagen før)

Vedlegg 4:

Mattilbud ved kaffemåltidene:

	Sykehjem A	Sykehjem B
Formiddagskaffe	Ikke et tilbud	Kaffe med fløte/melk eller saft. Kjeks som vaffelkjeks, Mariekjeks, sjokoladekjeks. Av og til, gjerne i helgene lager pleierne i stand noe som sjokoladekake eller vafler på avdelingskjøkkenet.
Ettermiddagskaffe	Kaffe med fløte/melk eller saft. Kake som krydderkake, nøtteformkake, formkake med rosiner og nøtter. Kommer ferdig oppdelt på fat til middagen, der det er et stykke per beboer. Til beboerne som har diabetes serveres det ofte et alternativ.	Kaffe med fløte/melk eller saft. Kake som er bakt på kjøkkenet som boller med glasur, fyrstekake, krydderkake eller industribakt som tiramisukake eller rullekake. Kommer opp med middagen, der pleierne deler opp selv. Kakene som er bakt på sykehjemmet oppleves som ferske.

Vedlegg 5:



UNIVERSITETET I OSLO

DET MEDISINSKE FAKULTET

Professor Per Ole Iversen
UiO, avd for ernæringsforskning
Postboks 1046, Blindern
Internpost

Regional komité for medisinsk og helsefaglig
forskningsetikk Sør-Ost C (REK Sør-Ost C)
Postboks 1130 Blindern
NO-0318 Oslo

Telefon: 22 84 46 67

Dato: 26.10.2010
Deres ref.:
Vår ref.: 2010/2038 (oppgis ved henvendelse)

E-post: post@helseforskning.etikkom.no
Nettadresse: <http://helseforskning.etikkom.no>

Ivaretakelse av retten til fullgod mat for sykehjemsbeboere

Vi viser til tilbakemelding på komiteens merknader til ovennevnte prosjekt, slik de fremkom i vedtaksbrev av 16.09.2010. Komiteen behandlet prosjektet første gang i møte 01.09.2010, og fattet den gang følgende vedtak: *Vedtaket utsettes i påvente av at ovennevnte merknader besvares. Når svar foreligger vil komiteens leder ta stilling til prosjektet.*

Konkret ba komiteen om en redegjørelse for behovet for å innhente den enkelte pasients diagnose og journaldata, og en avklaring av hvorvidt personer uten samtykkekompetanse skulle inkluderes i prosjektet. Komiteen antok ved førstegangsbehandling av studien at det var sannsynlig at prosjektet ville falle utenfor bestemmelsene i helseforskningsloven.

Prosjektleders tilbakemelding forelå 20.09.2010. Prosjektleder understreker at det ikke skal innhentes journaldata eller opplysninger om diagnose. Prosjektleder redegjør videre for at det ikke skal inkluderes personer uten samtykkekompetanse i prosjektet.

Komiteens leder har vurdert prosjektet på delegert fullmakt 15.10.2010. Prosjektet er vurdert i henhold til lov av 20. juni 2008 nr. 44, om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven) kapittel 3, med tilhørende forskrift om organisering av medisinsk og helsefaglig forskning av 1. juli 2009 nr 0955.

Gjennom menneskerettighetsloven har Norge forpliktet seg til å følge menneskerettighetskonvensjonene, og dermed forpliktet seg til å realisere retten til fullgod mat og helse for alle. Denne oppgaven fokuserer på ikke-demente beboere ved sykehjem, og hvordan disse opplever sin situasjon relatert til mattilbud og matkultur på sykehjemmet. Deltakende observasjon vil benyttes, og man ønsker å systematisk studere beboerne på de utvalgte sykehjemmene i forhold til hva de sier og gjør i forbindelse med mat og måltidssituasjon.

Prosjektleder: Per Ole Iversen
Forskningsansvarlig: Universitetet i Oslo

Etter søknad og prosjektleders tilbakemelding av 20.09.2010 fremstår ikke prosjektet som et medisinsk eller helsefaglig forskningsprosjekt, og faller derfor utenfor komiteens mandat, jf. helseforskningslovens § 2.

Vedtaket:

Prosjektet er ikke fremleggelsespliktig, jf. helseforskningslovens § 10, jf. helseforskningslovens §4 annet ledd.

Vedlegg 5:

UNIVERSITETET I OSLO
Det medisinske fakultet

Side 2 av 2

REK antar for øvrig at prosjektet kommer inn under de interne regler som gjelder ved forskningsansvarlig virksomhet.

Komiteens vedtak kan påklages til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, jf. Forvaltningslovens § 28 flg. Eventuell klage sendes til REK Sør-Øst. Klagefristen er tre uker fra mottak av dette brevet.

Med vennlig hilsen

Arvid Heiberg (sign.)
professor dr. med.
leder

Tor Even Svanes
seniorrådgiver

Kopi: Universitetsdirektøren, universitetsdirektørens kontor, Pb 1072 Blindern, interpost

Vi ber om at alle henvendelser sendes inn via vår saksportal:
<http://helseforskning.etikkom.no> eller på e-post til: post@helseforskning.etikkom.no. Vennligst oppgi vårt saksnummer/referansennummer i korrespondansen.