

MASTEROPPGAVE
Mat, ernæring og helse
2011

**Retten til fullgod mat ved sykehjem -
En menneskerettighetsbasert tilnærming til personalets
muligheter og utfordringer ved realisering av denne
rettigheten for beboerne**

Elisabeth Irene Karlsen



Avdeling for helse, ernæring og ledelse

Forord

Det er mange som fortjener en stor takk for å ha bidratt på ulike måter under prosessen med gjennomføring av masteroppgaven. Først vil jeg takke min hovedveileder førsteamanuensis Laura Terragni ved Høgskolen i Akershus. Jeg er svært takknemlig for dine faglige og konstruktive tilbakemeldinger, din tilgjengelighet og støtte. Deretter ønsker jeg å takke mine biveiledere førsteamanuensis emeritus Wenche Barth Eide og professor Per Ole Iversen, begge ved Universitetet i Oslo. Wenche, takk for din entusiasme for denne studien fra startfasen og for at du introduserte meg for feltet ernæring, mat og menneskerettigheter. Per Ole, takk for din hjelpelighet ved planlegging av denne studien og for kritiske og motiverende innspill underveis.

En stor takk går til alle deltakerne i studien. Takk for deres åpenhet omkring deres arbeidshverdag, og for at dere delte av deres erfaringer og kunnskap. Videre ønsker jeg å takke institusjonssjefene ved begge sykehjem. En spesiell takk for at dere tilrettela for at personalet kunne delta i studien.

En stor takk går til moderator Kristin Lundanes Jonvik. Feltarbeidet ville ikke blitt det samme uten deg. Takk til Turid Mood for faglige innspill og glød for prosjektet.

Til slutt, tusen takk til familie og gode venner for tiltroen og oppmuntring dere har vist meg gjennom hele prosessen.

Oslo 31. januar 2011
Elisabeth Irene Karlsen

Innholdsfortegnelse

Forord	2
Forkortelser	5
Figurer, tabeller & vedlegg	6
Sammendrag	7
Abstract	9
1 INNLEDNING OG BAKGRUNN.....	11
1.1 Eldre i vårt samfunn	11
1.1.1 Institusjonalisering av eldre i Norge	12
1.1.2 Lovverk for eldre ved sykehjem relatert til mat og måltider	13
1.1.3 Mat og måltidssituasjon ved sykehjem	14
1.2 Menneskerettighetene og ernæring	15
1.2.1 Retten til fullgod mat	15
1.2.2 Menneskerettigheten til mat i Norge.....	17
1.2.3 Statens forpliktelser og grunnleggende prinsipper.....	17
1.2.4 FNs internasjonale politikk for eldre personer.....	18
2 TEORETISKE RAMMEVERK FOR DENNE OPPGAVEN	19
2.1 Det kausale rammeverket	19
2.2 En menneskerettighetsbasert tilnærming.....	20
2.2.1 Prinsipper for en menneskerettighetsbasert tilnærming til metode, situasjonsbeskrivelse og analyse	21
2.2.2 Rolle- og kapasitetsanalyse	23
2.2.3 Et normativt rammeverk	24
2.2.4 Overlappende ansvarsområder	25
2.2 Studien	26
2.2.1 Problemstilling og forskningsspørsmål.....	27
3 METODE	28
3.1 Studie design.....	28
3.1.1 Fokusgrupper	28
3.1.2 Individuelt intervju.....	29
3.2 Utvalg i studien.....	29
3.2.1 Utvalg av sykehjem.....	29
3.2.2 Inkluderingsfaktorer for deltakerne	30
3.2.3 Rekruttering av deltakere	31

3.3	Datainnsamling og gjennomføring av intervju	31
3.3.1	Pilottest	31
3.3.2	Moderator.....	31
3.3.3	Gjennomføring av fokusgrupper.....	32
3.3.4	Gjennomføring av individuelle intervjuer	33
3.3.5	Intervjuguide	33
3.4	Dataanalyse.....	33
3.5	Etiske betraktninger	36
4	MATOMSORG VED TO SYKEHJEM	37
4.1	De to sykehjem	37
4.2	Måltider og mattilbudet	38
4.2.1	Sentral- og lokalkjøkken	38
4.2.2	Måltidene	38
4.3	Matomsorgen ved sykehjemmene i lys av prinsippene for en menneskerettslig tilnærming til analyse og tiltak	41
4.3.1	Verdighet.....	41
4.3.2	Likhet og ikke-diskriminering	47
4.3.3	Deltakelse og inkludering	49
4.3.4	Empowerment	52
4.3.5	Innsyn, ansvarliggjøring og respekt for loven	56
4.4	Sammenlikning av de to sykehjemmene	59
4.5	Oppsummering av resultater.....	64
5	KAPASITET	66
5.1	Motivasjon gjennom aksept av ansvar av plikter	66
5.2	Autoritet.....	67
5.3	Ressurser.....	68
5.4	Mulighet for rasjonell beslutningstaking basert på erfaring og god kommunikasjon	69
6	SLUTTDISKUSJON.....	71
6.1	Diskusjon av metode	71
6.1.1	En menneskerettighetsbasert tilnærming.....	71
6.1.2	Validering av studien	71
6.2	Oppsummering og konklusjon.....	75
	Litteraturliste	78
	Vedlegg	83

Forkortelser

DNLF	Den norske legeforening
FAO	Food and Agriculture Organization, FNs organisasjon for ernæring og landbruk
FIAN	Food First Information and Action Network
FN	De Forente Nasjoner
GC	General Comment
HRBA	Human Rights Based Approach
NSD	Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste
NOVA	Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring
REK	Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk
PANTHER	Participation, Accountability, Non-discrimination, Transparency, Human dignity, Empowerment & Respect of the rule of law
SCN	United Nations' Systems Standing Committee on Nutrition
Shdir	Sosial- og helsedirektoratet
SP	Konvensjonen om sivile og politiske rettigheter
UN	United Nations
UNDAF	United Nations Development Assistance Framework
UNFPA	United Nations Population Fund, FNs befolkningsfond
UNICEF	United Nations Children's Fund, FNs barnefond
VG	Voluntary Guidelines
WHO	World Health Organization, Verdens helse organisasjon
ØSK	Konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter

Figurer, tabeller & vedlegg

Figur 1:	Unicefs konseptuelle rammeverk for årsaker til feilernæring.....	20
Figur 2:	En menneskerettighetsbasert tilnærming.....	21
Figur 3:	Normativt rammeverk for studien.....	25
Figur 4:	Overlappende ansvarsområder.....	26
Figur 5:	Studien.....	28
Figur 6:	En progressiv realisering av retten til mat.....	76
Tabell 1:	Deltakere fra individuelle intervju og fokusgrupper inklusive pilottest.....	30
Tabell 2:	Analyse av verdighet.....	34
Tabell 3:	Analyse av empowerment.....	35
Tabell 4:	Muligheter og utfordringer ved ivaretagelse av verdighet.....	60
Tabell 5:	Muligheter og utfordringer ved likhet og ikke-diskriminering.....	61
Tabell 6:	Muligheter og utfordringer ved deltakelse og inkludering.....	62
Tabell 7:	Muligheter og utfordringer ved empowerment.....	63
Tabell 8:	Muligheter og utfordringer ved innsyn, ansvarliggjøring og respekt for loven.....	64
Vedlegg 1:	Informasjonsskriv styrer/institusjonssjef sykehjem.....	84
Vedlegg 2:	Samtykke-erklæring.....	88
Vedlegg 3:	Avtale med moderator.....	92
Vedlegg 4:	Intervjuguide fokusgruppe.....	96
Vedlegg 5:	Intervjuguide individuelt intervju.....	98
Vedlegg 6:	Vedtaksbrev REK.....	100
Vedlegg 7:	Vedtaksbrev NSD.....	103
Vedlegg 8:	Meny sykehjem A.....	106
Vedlegg 9:	Meny sykehjem B.....	108
Vedlegg 10:	FNs prinsipper for eldre.....	110

Sammendrag

Bakgrunn: I løpet av de siste par tiår har menneskerettighetsbaserte tilnæringer for økonomisk og sosial utvikling fått økt anerkjennelse. Norge har ratifisert alle de internasjonale menneskerettighetskonvensjonene, og er dermed forpliktet til å realisere disse. Dette kan styrke retten til fullgod mat og helse for alle. En av de grunnleggende menneskerettighetene er at ”Alle har rett til fullgod mat”. Blant sykehjemsbeboere har kostholdet ofte vist seg å være mangelfullt og flere er underernærte. I de fleste tilfeller kan underernæring forebygges og behandles, men data tyder på at dette ikke blir tilfredsstillende ivare tatt.

Formål med studien: Studien fokuserer på personalets utfordringer og muligheter til å kunne gi sykehjemsbeboerne et tilfredsstillende kosthold. Studien foregikk ved to sykehjem med ulik organisering av måltidene og mattilbudet ved sykehjem. Det ene sykehjemmet har eget kjøkken og en visjon om at dette er beboernes hjem. Det andre sykehjemmet får middag fra et sentralkjøkken, og er et ”tradisjonelt” sykehjem. Følgende problemstilling ble formulert: *Hvilke muligheter og utfordringer har sykehjemspersonalet ved realisering av beboernes rett til fullgod mat?* Konkrete forskningsspørsmål var: (1) Hvordan er matomsorgen ved sykehjemmene gjennom en menneskerettslig tilnærming? (2) Hvordan kan en rolle- og kapasitetsanalyse bidra til å forstå realiseringen av retten til mat for sykehjemsbeboere?

Metode: Valg av et menneskerettighetsperspektiv satte også krav til metode. Kvalitativ metode ble valgt for å kunne besvare forskningsspørsmålene og bidra til operasjonalisering av flere av prinsippene som må følges med en menneskerettslig tilnærming. En rolle- og kapasitetsanalyse ble anvendt, som tar utgangspunkt i henholdsvis plikthavere og rettighetshavere. Sentralt i analysen er hvordan plikthavere som institusjonsledelse og personalet møter sine forpliktelser i tilrettelegging av tiltak i tråd med menneskerettighetene og Statens rettslige forpliktelser i følge Menneskerettighetsloven. Analysen bidro til å kartlegge om utfordringer ved realiseringen av retten til mat kunne komme av mangelfull kapasitet hos plikthaverne. Fem fokusgruppeintervjuer og åtte individuelle intervjuer ble gjennomført, med totalt 29 deltakere. Data fra transkribering er brukt i analysen, som foregikk både induktivt og deduktivt.

Resultater: Resultatene fra studien viser at måltider har en stor betydning i sykehjem. Informanter er entydige i å betrakte måltider som et høydepunkt i beboernes hverdag. Likevel, viser studien at rammene rundt måltidene ikke er tilstrekkelig for å oppnå målet med retten til fullgod mat. Blant de aspektene som svekker retten til fullgodmat er følgende: 1) Rammene rundt måltidene styres av strukturelle faktorer som turnus og økonomi fremfor beboernes rettighet til mat. Disse rammene utfordrer ivaretakingen av beboernes iboende verdighet. 2) Deltakerne beskriver at beboerne kan trakassere hverandre ved måltidene, som er den arenaen hvor alle møtes. Det er fordel når personalet er til stede ved måltidene, men tidspress fører til at det ikke alltid gjennomføres. 3) Sykehjemmene skildres både som en arbeidsplass og et hjem. Det kan gi konflikter mellom ulike hensyn. Videre viser studien at ulike organisatoriske løsninger og ideologier kan ha en betydning i realisering av rettigheten til fullgod mat. Ved sykehjemmet med en visjon om at dette er beboernes hjem var det større handlingsrom for tilrettelegging etter beboernes ønsker relatert til organisering av mat, meny og måltider. Dette kan bidra til empowerment hos både deltakerne og beboerne. Sykehjemmet som hadde eget kjøkken kunne tilrettelegge ved måltider og variere meny etter beboernes ønsker. Det inkluderte beboerne i større grad. Felles for begge sykehjem er at deltakerne uttrykte at de

opplevde flere etiske dilemmaer i livets siste fase for beboerne, relatert til mat, ernæring og beboernes verdighet.

Konklusjon og implikasjoner: Det kommer frem av studien at ressurstilførselen til sykehjem og deltakernes kapasitet ikke tilsvarer beboernes behov. Neglisjering av en gruppe i et samfunn kan vise seg gjennom krenkelse av deres menneskerettighet til mat. Et viktig samfunnsspørsmål er; hvordan tar vi vare på de mest sårbare? Politiske føringer i dag vektlegger at eldre skal ha mulighet til å bo i sine hjem lengst mulig. Det får følger for hvem som bor på sykehjem i dag; der bor mennesker med mange og sammensatte kroniske sykdommer. Staten som traktatpartner er forpliktet til å tilrettelegge for en politikk som realiserer rettighetene. Ansvarliggjøring kan skje gjennom styrking av personalets kapasitet. Vider forskning som kan bidra til et grunnlag for en bærekraftig politikk bør involvere beboerne.

Abstract

Background: Human rights' based approaches (HRBA) to economical and social development have gained recognition over the last decades. Norway has ratified all the international human rights conventions and is thereby committed to putting them into practice. This can facilitate the process of providing adequate food and nutritious health for all, this being a basic human right. The diet provided to residents in nursing homes has often proven to be deficient and many are malnourished. Although in most cases malnourishment can be prevented and treated, adequate measures are often not put into practice.

Aims of the study: This study focuses on the challenges and opportunities health personnel have in to fulfill the right to adequate food for nursing home residents he study took place in two nursing homes with different ways of providing food and organizing mealtimes. One nursing home has its own kitchen and a vision that this is the residents' home. The other nursing home gets the dinner brought from outside, and is thus more "traditional". The following question to be answered evolved: *What challenges and opportunities do health personnel have in the process of fulfilling the residents' right to adequate food?* The following research questions were: (1) in what way are the food and mealtime cared for at the nursing homes from a human rights based approach? (2) How can a role- and capacity analysis help to understand the realization of the right to food for residents in nursing home?

Research methods: The human right perspective chosen for the study had consequences for the choice of research method. In this study a qualitative method was chosen to answer the research questions. The mapping of fulfilling of the right to adequate food includes a role- and capacity analysis. A role analysis looks at *duty-bearers* or *right-holders*. Central in the analyses is how the duty-bearers, such as the management and the health personnel of the institutions, facilitate the performance of their duties to which they are bound through legal obligations of the State and political documents. Five interviews with focus groups and eight individual interviews were performed, which included a total of 29 participants. Data from the transcription of the interviews was used in the analysis, with both an inductive and deductive perspective.

Results: The study results show that the meals have a major impact in nursing homes. Informants are clear in regard to meals as a highlight of the residents' everyday lives. Nevertheless, the study shows that the framework for the meals as such is not sufficient to achieve the target of the right to adequate food. Among the aspects that weaken the right to adequate food is the following: 1) Meals is controlled by structural factors such as shifts and economics rather than the residents' right to food. These structural factors challenge the inherent dignity of the residents. 2) The participants describe that the residents can harass each other at mealtime, which is the arena where they are gathered. It's an advantage when staff is present at meals, but time constraints means that it is not always implemented. 3) The nursing homes are described as both a workplace and a home. It may cause that the conflicts between various interests. The study also shows that different organizational solutions and ideologies may have a role in the realization of the right to adequate food. At the nursing home with a vision that this is the resident's homes there was greater scope of the residents' wishes related to the organization of food, menu and meals. This contributed to empowerment of both the participants and residents. The nursing home which had a kitchen to prepare the meals and vary the menu for the residents want included residents of the greater extent. Common to both nursing homes is that the participants expressed that they experienced a

number of ethical dilemmas in the last phase of life for residents, related to food, nutrition and the residents' dignity.

Conclusion and implications: It appears from the study that the resources to nursing homes and the participants' capacity is not equivalent to residents' needs. Neglect of a group in a society contributes to breaching their human right to food. An important social question is how do we take care of the most vulnerable? Political constraints today emphasizes that the elderly should have the opportunity to stay in their homes as long as possible. It has consequences for those who live in nursing homes today, and there are people with many chronic and complex diseases. The state as treaty party is obliged to prepare the ground for a policy that can help realize the human rights. Accountability can be achieved through strengthening of staff's capacity. Future research should involve the residents, and can contribute to a foundation for a sustainable policy.

1 INNLEDNING OG BAKGRUNN

”Alle mennesker er født frie og med samme menneskeverd og menneskerettigheter” (United Nations [UN], 1948).

Vi lever lengre, og verden består av stadig flere eldre mennesker. Pendelen er på vei fra barn til eldre i samfunnet som en større sårbar gruppe. Aldringen av samfunnet gir utfordringer på privat og samfunnsmessig plan. Med fremveksten av velferdsstaten Norge, har det skjedd en endring i ansvaret for omsorg og pleie for eldre fra det private til det offentlige rom (Daatland & Herlofsen, 2004). Betegnelsen sykehjem kom i bruk i 1950- årene, og var i utgangspunktet ment å være pleierelatert (Nygård, 2002). Men beboerne ved sykehjem har vist seg stadig eldre og sykere med behov for et styrket helsetilbud.

Ett av helsetilbudene som har vist seg mangelfullt ved sykehjem er kostholdet og måltidssituasjonen for beboere (Aagard, 2008, 2010). Nordiske og norske studier viser at underernæring er vanlig hos eldre i institusjon (Mowe et al., 2002; Rugås og Martinsen, 2003; Salett et al., 2000). Mens flere studier har sett på ernæringsstatus, kosthold og måltider ved sykehjem, tar denne studien utgangspunkt i retten til mat som en grunnleggende menneskerettighet og ser nærmere på matomsorgen ved sykehjem gjennom en menneskerettslig tilnærming.

Dette kapitlet trekker opp noen fakta hva angår eldre i verden og i Norge. Deretter omtales situasjonen omkring institusjonalisering av eldre i Norge og noen aspekter ved mat og måltider ved sykehjem. Kapitlet avsluttes med en kort introduksjon til retten til mat som menneskerettighet og tilhørende statlige forpliktelser, inkludert for Norge, som er i fokus for denne oppgaven relatert til forholdene på sykehjem.

1.1 Eldre i vårt samfunn

Verdens befolkning er i aldring i en jevn og ganske spektakulær fart (UN, 1995). Dette skjer i både fattige og rike deler av verden. Beregninger viser at det på verdensbasis i dag er 605 millioner mennesker som er over 60 år, og at dette vil øke til 1,2 milliarder i 2025 og 2 milliarder i 2050. I de fleste europeiske land vil antallet personer over 65 år øke fra 15–20 % til 30–40 % i år 2050. I dag bor to tredjedeler av den eldre befolkningen i utviklingsland, og det er forventet at dette vil stige til 75 % innen 2025. I utviklingsland er gruppen over 80 år den raskest voksende gruppen. Innen 2025 viser beregninger at land som Kina, India, Indonesia, Brazil og Pakistan vil utkonkurrere rikere land om toppsjiktet over andelen eldre i befolkningen. Samtidig er det Europa som vil ha tittelen ”the world oldest region”. Dette vitner om en stille revolusjon som vil komme til å ha vidtrekkende og uforutsigbare

konsekvenser.

I Norges viser beregninger at antallet over 65 år vil mer enn dobles før år 2050, og det vil være to-tre ganger flere over 80 år (Hånes, 2009). I 2008 var omtrent 15 % av befolkningen eller 700 000 personer over 65 år, mens 4,6 % av befolkningen var over 80 år (ibid.) Det er i den siste gruppen at vi ser den mest dramatiske endringen. Befolkningen i Norge over 80 år kan i år 2060 være mer enn doblet fra 4,6 til 9,1 prosent, og øke fra 219 000 til 635 000 personer. Det er spesielt denne aldersgruppen som har størst behov for helsehjelp.

1.1.1 Institusjonalisering av eldre i Norge

Gjennom fremveksten av velferdsstaten har institusjonen sykehjem kommet, og er i dag landets største på institusjonsnivå med sine 40 000 plasser. Dette gir en økning på 5000 plasser over en tiårsperiode. Norge har den høyeste andel av sykehjemsplasser i Europa i forhold til innbyggertallet på 1 % (Husebø & Husebø, 2005). I store deler av Europa er sykehjemsdekningen langt under halvparten, og i Sør- og Øst-Europa eksisterer det knapt sykehjem (ibid.). I Norge er etterspørselen etter sykehjemsplasser større enn tilbudet.

Eldreomsorg og sykehjemspolitikkk blir ofte debattert blant politikere, og særdeles ved valgkamp. I årets kommunevalgkamp har Oslo Høyre lansert en "eldregaranti". (Tjernshaugen & Dommerud, 2011). Alle over 90 år skal få plass på sykehjem hvis de ønsker det.

Sentrale myndigheter blir kritisert for fravær av ideologi og manglende politisk vilje når det gjelder sykehjemspolitikken (Nygård, 2002). Nygård påpeker at sykehjem vektlegges som pleieinstitusjoner og ikke som medisinske institusjoner. De økonomiske motivene blir drivkraften bak nye løsninger (ibid.). Det poengteres at det ved sykehjem er store medisinske utfordringer, med et stort og variert klientell. Ofte står ikke beboerens behov i samsvar med ressurstilførselen, og sykehjem ender opp som oppbevaringsanstalter. For at helsevesenet skal fungere godt, er det avhengig av et velfungerende sykehjemsvesen, og selv med en historie på over 50 år har det enda ikke funnet sin plass.

De siste årene har ulike sykehjemsmodeller blitt utviklet i regi av både private og kommunale aktører. I det følgende er to modeller nevnt som er aktuelle i tiden. Starten på en dansk sykehjemsmodell kalt "Lotte-modellen" begynte i 1989 i København (Moen & Holte, 2004). Thya Frank som var bestyrer ved Lotte Plejehjem spurte seg selv: "Ville jeg plassert mine foreldre her? Kunne jeg tenke meg å være her når jeg blir gammel?" Svarene ble nei. Deretter spurte hun de ansatte om det samme, og de var enige med bestyreren. Etter dette ble personalrommet stengt, uniformer forbudt og grunnprinsippet ved sykehjemmet at dette skulle

være et hjem for beboerne. I modellen er beboerne i sentrum, og det vektlegges blant annet at beboerne kan spise når de vil. Modellen har som formål å tilpasse sykehjemstilbudet etter den enkeltes ønsker og behov. Flere sykehjem i Oslo innfører nå denne modellen (Sykehjemsetaten, 2009).

En annen type sykehjemsmodell kalt ”Undervisningssykehjem” ble konkretisert for første gang i 1996. Ved disse sykehjemmene er hovedmålet gjennom forskning, fagutvikling og forbedring av kvaliteten på sykehjemstjenesten å øke sykehjemsbeboernes livskvalitet, verdighet og trygghet (Undervisningssykehjem, 2009).

1.1.2 Lovverk for eldre ved sykehjem relatert til mat og måltider

Alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen har rett til nødvendig helsetjeneste (Kommunehelsetjenesteloven, 1982; Pasientrettighetsloven, 1999). Pasientrettighetslovens formål er ”å fremme tillitsforholdet mellom pasient og helsetjeneste og ivareta respekten for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd” (Pasientrettighetsloven, 1999, § 1-1). Alle som bor på sykehjem eller en annen boform for heldøgns omsorg og pleie ”skal på forhånd orienteres om forslag til endringer av betydning for deres liv og trivsel i boformen, og gis anledning til å uttale seg” (Forskrift for sykehjem m.v., 1988, § 4-9.). Ytterligere relatert til kosthold står det i sistnevnte forskrift at ”Grupper av sengerom bør ha egne spise- og oppholdsarealer samt kokemuligheter som kan benyttes av beboerne” (Forskrift for sykehjem m.v., 1988, § 4-1.).

Ifølge kommunehelsetjenesteloven skal kommunens helsetjeneste til enhver tid ha oversikt over helsetilstanden i kommunen og influerende faktorer. Helsetjenesten skal foreslå helsefremmende og forebyggende tiltak i kommunen (Kommunehelsetjenesteloven, 1982§ 1-4,). Helsetjenestens oppgaver skal omfatte sykehjem eller boform for heldøgns omsorg og pleie. Boformen eller sykehjemmet skal utføre en eller flere av følgende oppgaver: ”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, i) terminalpleie” (Forskrift for sykehjem m.v., 1988, § 2-1.).

I november 2010 ble verdighetsgarantien fastsatt. Denne er ment å sikre grunnlaget for et godt tjenestetilbud for eldre. Forskriften gir en beskrivelse av verdigrunnlaget for eldreomsorgen og spesifiserer ulike tiltak som tjenestetilbudet skal tilrettelegge for. Mat og måltider ved sykehjem er spesifisert under § 3: ”Tjenestetilbudet skal innrettes i respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel og sikre at medisinske behov blir

ivaretatt”. Det presiseres videre under punkt b at tjenestetilbudet for den enkelte skal tilrettelegge for ”*Et variert og tilstrekkelig kosthold og tilpasset hjelp ved måltider*”.

1.1.3 Mat og måltidssituasjon ved sykehjem

Flere studier har vurdert effekten av ernæringsmessig intervensjon ved sykehjem (Beck, 2009). I en gjennomgang fra 2005 ble det konkludert med at det hadde vært en begrenset effekt på pasientenes ernæringsproblemer, deres fysiske, sosiale og mentale funksjonsevne, sykdom og dødelighet (ibid.). En forklaring på dette kan være at intervensjonene har vært i form av kommersielle ernæringsstilskudd, som ikke har blitt drukket siden de ikke har vært appetittvekkende nok. En annen forklaring på den begrensede effekten, er at intervensjonen har omfattet eldre som har en høy forekomst av ernæringsmessige risikofaktorer.

Sykehjemsbeboere kan ha risikofaktorer som funksjonsnedsettelse, ensomhet, økt forekomst av sykdom, økt bruk av medikamenter og behov for hjelp fra andre (Aagard, 2010; Sellevold & Skulberg 2005; Mowe 2002; Mowe et al., 1994). Når fysisk og psykisk helse svikter, kan det få negative følger for kostholdet (Den norske legeforening [DNLF], 2001). Eldre beboere ved sykehjem har ofte lidd flere tap (Sellevold & Skulberg, 2005). De har flyttet fra sine hjem, de har kanskje mistet ektefelle og venner og har liten omgangskrets.

Det er de skrøpeligste av de eldre som bor på sykehjem i dag (DNLF, 2001), og de er avhengig av tilstrekkelig med hjelp og matomsorg fra personalet for å kunne ivareta sine ernæringsmessige behov. I en studie utført ved 570 sykehjem i Norge ble tidspress og mangel på personale angitt som årsak til at alle ikke fikk dekket sine behov for hjelp under måltidene (Aagard, 2010).

For at beboerne skal kunne påvirke meny, kom det frem at det var vesentlig med kort vei fra de som lagde maten til beboerne (Aagard, 2008). Det er likevel i dag flere sykehjem som mottar mat fra produksjonskjøkken.

Kompetanse innenfor ernæring blant helsepersonell

Ved en undersøkelse blant helsepersonell ved flere europeiske sykehus, kom Norge dårligst ut blant de skandinaviske landene når det gjaldt kunnskap om ernæring (Mowe et al., 2006; Mowe et al., 2008). Respondentene uttrykte at mangelfull kunnskap om ernæring, førte til manglende fokus på dette i arbeidet. Et fåtall av respondentene vurderte ernæringsstatus hos pasientene.

I 2009 kom Helsedirektoratet med nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (Helsedirektoratet, 2009). Disse skal gi et rammeverk for å kunne identifisere, diagnostisere og ivareta ernæringsmessige behov i sykehjem og kommunal

sektor. Helsedirektoratet har også startet med å utarbeide en veileder for ernæringsarbeid i helse- og sosialtjenesten.

Som beskrevet ovenfor er sykehjemsbeboere en sårbar gruppe, utsatt for krenkelse av retten til fullgod mat.

1.2 Menneskerettighetene og ernæring

Retten til fullgod mat og helse ble etablert i Verdenserklæringen om Menneskerettighetene i 1948, og vedtatt av De forente nasjoners Generalforsamling [Generalforsamlingen](UN, 1948). Den kalde krigen gjorde sitt til at det var først på 1990-tallet at arbeidet bak tydeliggjøringen av disse ”glemte” rettighetene fikk større omfang og plass. De forente nasjoner [FN] har erklært menneskerettighetene; økonomiske, sosiale, kulturelle, politiske og sivile, som universelle, gjensidig avhengige og gjensidig forsterkende av hverandre.

Menneskerettighetene er klassifisert i to bindende internasjonale konvensjoner: Konvensjonen om sivile og politiske rettigheter [SP] og Konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter [ØSK] (UN, 1966). Retten til mat og helse er utarbeidet i artikkel 11 og 12 i sistnevnte. Hva som bør legges i retten til fullgod mat og helse har blitt ytterligere klargjort etter mangeårig samarbeide mellom forskere, blant annet fra Norge, samarbeide med frivillige organisasjoner og FN-organer. Retten til mat er spesielt utarbeidet i General Comment 12 [GC12]. Andre slike kommentarer som er relatert til sykehjemsbeboere og retten til mat er General Comment 6 (UN, 1995), økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter for eldre personer og General Comment 14 (UN, 2000), retten til den høyest oppnåelige helse¹.

Norge har ratifisert samtlige av konvensjonene inkludert ØSK, og er dermed forpliktet til å realisere retten til fullgod mat og helse for alle. Etter Menneskerettsloven (1999) er konvensjonene gjort til norsk rett og bestemmelsene, og konvensjonene skal gå foran annen norsk lovgivning ved uoverensstemmelse.

1.2.1 Retten til fullgod mat

Retten til mat har vært anerkjent siden etableringen av Verdenserklæringen om Menneskerettighetene fra 1948, hvor det i artikkel 25 erklæres at: *”Enhver har rett til en levestandard som er tilstrekkelig for ham og hans families helse og velvære, og som omfatter mat, klær, bolig og helseomsorg og nødvendige sosiale ytelser, og rett til trygghet i tilfelle av arbeidsløshet, sykdom, arbeidsuførhet, enkestand, alderdom eller annen mangel på*

¹ Det er tillegg til disse, flere FN-dokumenter som er av relevant betydning for sykehjemsbeboere og retten til fullgod mat.

eksistensmuligheter som skyldes forhold han ikke er herre over”.

Nesten tjue år senere, ble dette videreutviklet i ØSK hvor det i artikkel 11 står:
”Konvensjonspartene anerkjenner retten for enhver til å ha en tilfredsstillende levestandard for seg selv og sin familie, herunder tilfredsstillende mat, klær og bolig, samt til fortløpende å få sin levemåte forbedret. Konvensjonspartene skal treffe de nødvendige tiltak for å sikre virkeliggjørelsen av denne rett, og erkjenner i den anledning den vesentlige betydning av internasjonalt samarbeid grunnet på frivillighet”.

Videre i artikkel 12 erklæres det at: *”Konvensjonspartene anerkjenner retten for enhver til å ha den høyest oppnåelige helsestandard både i fysisk og psykisk henseende”.*

Den avgjørende rollen av retten til mat ble gitt spesiell oppmerksomhet i 1996 da verdensledere var samlet i Roma under World Food Summit. Resultatene finnes i to store dokumenter, Roma-erklæringen på World Food Security og the World Food Summit Plan for Action (Food and Agriculture Organization [FAO], 1996). Sistnevnte krevde en avklaring av begrepet retten til fullgod mat. Arbeidet som fulgte førte i 1999 til utformingen av GC12 om retten til mat av FNs komité for økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (UN, 1999). I GC12 er det presisert at retten til mat er realisert når: *”Hver mann, kvinne og barn, alene eller sammen med andre, til enhver tid har fysisk og økonomisk tilgang til et fullgodt kosthold”.*

Et fullgodt kosthold skal være ernæringsmessig tilfredsstillende, både med tanke på kvalitet og kvantitet og dekke de ernæringsmessige behov innenfor både mattrygghet og kulturelt akseptable rammer (ibid.). Videre vektlegges det at tilgangen til et fullgodt kosthold skal være bærekraftig. De miljømessige og økologiske aspektene ved bærekraftighet er i så henseende sidestilt med de sosiale og økonomiske. Dessverre relaterer *ikke* definisjonen i GC12 retten til mat til andre forhold som matsikkerhet, rent vann, omsorg og helse som er nært knyttet opp til ernæringsmessig helse og bør ses i sammenheng med retten til fullgod mat.

Ved World Food Summit i 2002, ble det oppfordret til dannelse av en internasjonal allianse for igangsetting av tiltak for å redusere sult i verden. Det ble opprettet en mellomstatlig arbeidsgruppe til å utarbeide et sett av ”Voluntary Guidelines” [VG], for progressivt å støtte realiseringen av retten til mat i forbindelse med nasjonal matsikkerhet (FAO, 2004). Disse retningslinjene er et menneskerettighetsbasert praktisk verktøy adressert til alle stater og ikke bare de stater som har ratifisert ØSK. De representerer det første forsøket fra myndigheters hold til å tolke retten til mat, og anbefaler tiltak som skal iverksettes for realisering i sammenheng med nasjonal matsikkerhet. De er ment å være til hjelp i å utvikle strategier, retningslinjer, programmer og aktiviteter som påvirker retten til mat. Selv om VG

er mer rettet mot fattigere land enn Norge som har en nasjonal matsikkerhet, er dette et viktig dokument som kan benyttes for å sikre sårbare gruppers rett til fullgod mat.

1.2.2 Menneskerettigheten til mat i Norge

I rapporten ”Når matinntaket blir for lite” (Nasjonalt råd for ernæring, 2006), er det i arbeidsgruppen tatt initiativ til juridisk betenkning. Det konkluderes med at de eksisterende retningslinjene og lover er tilstrekkelige, og hvor ”*Det er liten grunn til å gå nærmere inn på disse forpliktelsene for den enkelte stat idet det må legges til grunn at det i Norge er ført en ernæringspolitikk som fullt ut tilfredsstiller de oppfyllelseskraav som framgår av ØSK art. 2.... De må oppfattes som tilfredsstilt i dag, og det er liten grunn til å mene at staten i framtiden vil føre en bevisst utsultingspolitikk rettet mot individer eller grupper, og som kan komme i konflikt med denne menneskerettslige forpliktelsen*” (Nasjonalt råd for ernæring, 2006, s. 51). Arbeidsgruppen konkluderte videre med 5 faktorer som påvirket ernæringsarbeidet: ”1. Manglende engasjement fra ledelsen, 2. Manglende innflytelse for pasientene, 3. Manglende ernæringskompetanse blant helsepersonell, 4. Manglende definert ansvarsfordeling knyttet til ernæringssspørsmål, 5. Manglende samarbeid mellom yrkesgruppene” (Nasjonalt råd for ernæring, 2006, s. 66). Med disse faktorene hjelper det lite med rettslige virkemidler argumenteres det.

Det virker noe underlig at det argumenteres for at eksisterende lover er tilstrekkelig, da det er utført studier i Norge hvor det dokumenteres en krenkelse av retten til fullgod mat (Sæland, 2000). I rapporten ”Mat på livets skyggeside”, fremkommer det at rusmisbrukere ikke får oppfylt sin rett til et fullgodt kosthold (Sæland, 2000). Så langt jeg vet, er det ikke gjort tilsvarende studier blant sykehjemsbeboere.

Det både bør og vil være relevant å kartlegge realiseringen av retten til fullgod mat for alle i Norge i dag, selv om politikken som føres ikke er en ”bevisst utsultningspolitikk”. I Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007-2011) står 12 departementer som utgiver av planen (Departementene, 2007). I planen blir det vektlagt at i de fleste tilfeller kan tilstanden av underernæring forebygges og behandles, men at dette ikke blir ivaretatt så godt som det burde i eldreomsorgen. En krenkelse av rettighetene er like mye en krenkelse om den er bevisst eller ikke. Konsekvensene for utsatte grupper med under- og feilernæring, sykdom og død blir de samme. Er det bedre med en ”ubevisst utsultningspolitikk”?

1.2.3 Statens forpliktelser og grunnleggende prinsipper

Staten har det endelige ansvaret for at menneskerettighetene i konvensjonene sikres. Samtidig som innholdet i konvensjonene skal være tilstede i landets lovverk, må det legges føringer for

en politikk som sikrer at rettighetene blir realisert.

Staten er forpliktet til å *respektere, beskytte og oppfylle* folks rettigheter. Å *respektere* innebærer at staten selv ikke undergraver rettighetene. Å *beskytte* innebærer å beskytte mot en tredje part som kan være en trussel for krenkelse av rettighetene. Gjennom *oppfyling* av rettighetene er staten forpliktet til å *tilrettelegge* for realisering av rettighetene. Det er spesielt det siste nivå av forpliktelser som er mest relevant for eldre ved sykehjem. Det innebærer at ingen skal være overlatt til seg selv om de ikke har mulighet til å dekke egne behov.

1.2.4 FNs internasjonale politikk for eldre personer

I det følgende kommer en kort oversikt over den internasjonale politikk fra FNs hold for eldre de siste tre tiår (UN, 1995). I 1982 vedtok World Assembly on Ageing "Vienna International Plan of Action" relatert til aldringen av samfunnet (UN, 1982). Dette viktige dokumentet ble godkjent av generalforsamlingen, og er en nyttig guide bestående av 62 anbefalinger rettet mot medlemsstatene for å ivareta rettighetene til eldre personer. Anbefalingene samsvarer med de internasjonale konvensjoner om menneskerettigheter. Nesten 10 år senere, i 1991 vedtok generalforsamling FNs prinsipper for eldre² (Vedlegg 10) (UN, 1995). Et år senere vedtok generalforsamlingen åtte globale mål om aldring for året 2001 og en kort guide for å sette nasjonale mål. Senere samme år, og til minne om tiårsjubileet for vedtakelsen av Vienna International Plan of Action om aldring, vedtok generalforsamlingen en erklæring som oppfordret til støtte for nasjonale initiativ om aldring. I 2002 vedtok generalforsamlingen å holde Second World Assembly i 2002, for å vurdere framgangen som medlemsstatene har hatt i løpet av de siste 20 årene med handlingsplanen fra 1982. En forberedende komité ble opprettet for å gjennomgå nye utfordringer og barrierer ved aldring, og for å gi sluttokumentet for World Assembly en ny handlingsplan om aldring (ibid.).

² FNs prinsipper for eldre i verden. Resolusjon 46/91 vedtatt av FNs generalforsamling 16. des. 1991 med mottoet. "Å legge liv til de årene som har blitt lagt til livet"

2 TEORETISKE RAMMEVERK FOR DENNE OPPGAVEN

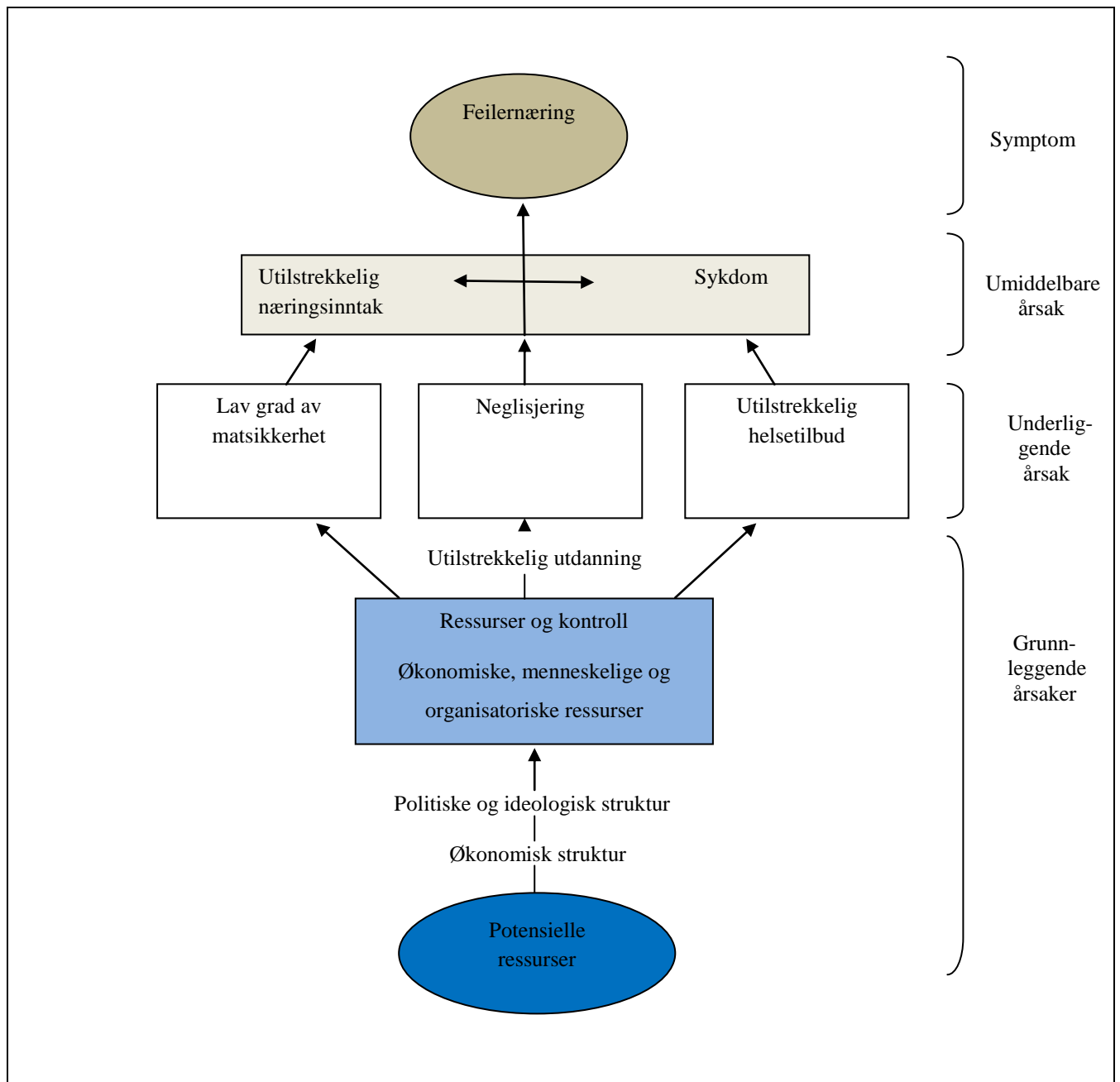
Det er først de siste tiår at en menneskerettighetsbasert tilnærming for økonomisk og sosial utvikling har fått økt anerkjennelse, og et paradigmeskifte har oppstått. Med tanke på tilnærmingen til bekjempelse av feil- og undernærings i utviklingsland, ble det på 80-tallet et økt fokus på menneskerettigheter som tilnærming til en årsaksforklaring, bekjempelse og behandling av disse utfordringene. Hovedfokuset hadde frem til da vært mer biologisk rettet, og samarbeidet mellom naturdisiplinene og samfunnsfagene var knapt gjeldende. De teoretiske rammeverk som ble laget, tidligere benyttet i utviklingsland kan være relevante verktøy for å se nærmere på retten til mat for sykehjemsbeboere ved sykehjem i Norge.

2.1 Det kausale rammeverket

På 80-tallet ble et konseptuelt rammeverk utviklet innen FNs barnefond [UNICEF], for å forstå årsakene til underernæring i et helhetlig lys. Disse ble vedtatt som strategi for bedring av ernæringsmessig helse hos barn og kvinner i utviklingsland (UNICEF, 1990)

Rammeverket som presenteres i figur 1 ble senere referert til som Unicefs rammeverk, og har lenge vært et grunnleggende analytisk verktøy innefor dette området. Årsakene til feilernæring deles i umiddelbare, grunnleggende, underliggende årsaker og symptom.

De umiddelbare årsakene er utilstrekkelig matinntak og sykdom. De underliggende årsakene er lav grad av matsikkerhet, neglisjering og utilstrekkelige helsetjenester. De grunnleggende årsakene inkluderer ressurser, og politiske og ideologiske faktorer som påvirker forvaltning av disse ressursene.



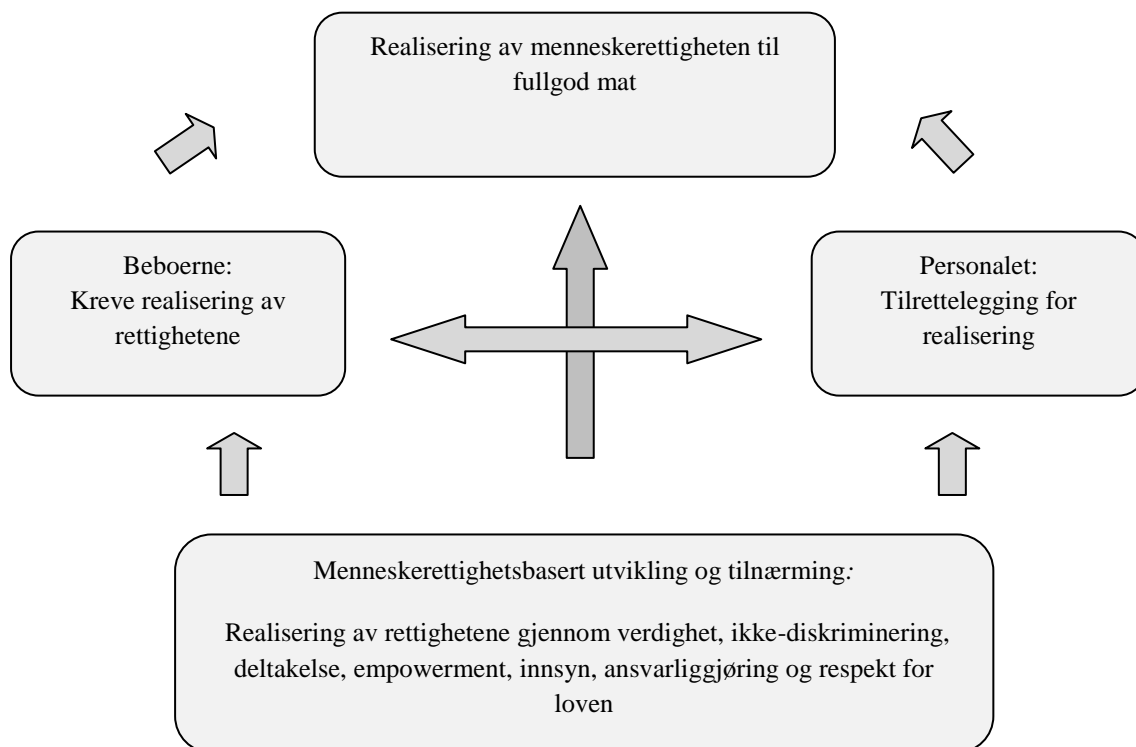
Figur 1: Tilpasset etter Unicefs konseptuelle rammeverk for årsaker til feilernæring (1990)

2.2 En menneskerettighetsbasert tilnærming

Realiseringen av menneskerettighetene er en progressiv prosess. I arbeid med menneskerettigheter vektlegges prosessen som like viktig som resultatet.

Menneskerettighetsprinsippene *verdighet, ikke-diskriminering, deltagelse, empowerment, innsyn, ansvarliggjøring og respekt for loven* skal veilede alle prosesser, inkludert vurdering, analyse, politikktutforming, gjennomføring, overvåking og evaluering (United Nations' Systems Standing Committee on Nutrition [SCN], 2001). Denne type tilnærming inkluderer

en rolle- og kapasitetsanalyse som metode ble foreslått av SCN, gjennom arbeidsgruppen for ernæring, etikk og menneskerettigheter (Working Group on Nutrition, Ethics and Human Rights). Analysen tar utgangspunkt i henholdsvis plikthavere og rettighetshavere. Sentralt i analysen er hvordan plikthavere som institusjonsledelse og personalet møter sine forpliktelser i tilrettelegging av tiltak i tråd med menneskerettighetene og de juridisk bindende forpliktelsene. I figur 2 illustreres en menneskerettighetsbasert tilnærming i studien.



Figur 2: Menneskerettighetsbasert tilnærming i denne studien

2.2.1 Prinsipper for en menneskerettighetsbasert tilnærming til metode, situasjonsbeskrivelse og analyse

Flere prinsipper, herunder kaldt menneskerettighetsprinsipper, skal ligge som et fundament gjennom utvikling og være til hjelp i utvikling av menneskerettighetsbaserte strategier, retningslinjer, programmer og aktiviteter som påvirker retten til mat (SCN, 2001). FAO (2009) omtaler prinsippene som PANTHER; participation, accountability, non-discrimination, transparency, human dignity, empowerment and rule of law.

Verdighet

Verdenserklæringen om menneskerettighetene vedtatt av generalforsamling den 10. desember (Menneskerettighetsdagen) i 1948, innleder med følgende (UN, 1948): *”Da anerkjennelsen av iboende verdighet og av like og uavhengelige rettigheter for alle medlemmer av menneskeslekten er grunnlaget for frihet, rettferdighet og fred i verden....kunngjør generalforsamlingen nå denne Verdenserklæringen om Menneskerettigheter.”*

I teksten kommer det frem at alle har en iboende verdighet i kraft av å være menneske. Alle skal møtes med respekt for deres iboende verdighet. I FNs prinsipper for eldre er verdighet definert som: *”Eldre skal ha mulighet for å leve i verdighet og trygghet, uten å bli utnyttet eller utsatt for fysiske eller mentale overgrep. Eldre skal bli behandlet rettferdig uavhengig av alder, kjønn, rase eller etnisk bakgrunn, funksjonshemming eller annen situasjon, og bli verdsatt uavhengig av sin økonomiske situasjon.”*

Likhet og ikke-diskriminering

Likhet og ikke-diskriminering kan defineres på følgende måte (FNs befolkningsfond [UNFPA], 2010): *”Alle individer er likeverdige som mennesker og i kraft av den iboende verdighet ved hvert menneskes person. Ingen bør derfor lide diskriminering på grunnlag av rase, hudfarge, etnisitet, kjønn, alder, språk, seksuell legning, religion, politisk eller annen oppfatning, nasjonal, sosial eller geografisk opprinnelse, funksjonshemming, eiendom, fødsel eller annen status som etablert av menneskerettighetsstandard.”*

I FNs prinsipper om eldre kan beskrivelsen av omsorg og uavhengighet relateres til likhet og ikke-diskriminering: *”Eldre skal ha mulighet for å utnytte tilfredsstillende nivå på institusjonsomsorg som tilbyr trygghet, rehabilitering og sosial og mental stimulering i et menneskelig og trygt miljø. Eldre skal ha adgang til tilstrekkelig med mat, vann, husly, klær og helsetjenester gjennom inntekt, familie, selvhjelp og offentlige tiltak.”*

Deltakelse og inkludering

Deltakelse og inkludering kan defineres på følgende måte (UNFPA, 2010): *”Alle mennesker har rett til å delta i og ha tilgang til informasjon knyttet til beslutningsprosessene som påvirker deres liv og trivsel. Rettighetsbasert tilnærming krever en høy grad av deltakelse fra lokalsamfunn, sivile samfunn, minoriteter, kvinner, unge, urfolk og andre sårbare grupper.”*

I FNs prinsipper for eldre er deltakelse definert som: *”Eldre skal forbli integrert i samfunnet, delta aktivt i utforming og gjennomføring av politikken som direkte angår deres velferd, og dele sine kunnskaper, ferdigheter og erfaringer med yngre generasjoner. Eldre skal ha anledning til å se på muligheter til å yte tjenester og hjelp til samfunnet og å yte*

frivillig hjelp på områder eldre har interesse for og er skikket til. Eldre skal ha mulighet for å opprette foreninger og organisasjoner for eldre.”

Eldre mennesker skal aktivt kunne delta i utforming og gjennomføring av politikken som påvirker deres trivsel og dele sine kunnskaper og ferdigheter med yngre generasjoner.

Empowerment

Empowerment brukes innenfor en rekke felt, og har ulike betydninger avhengig av kontekst. Begrepet *empowerment* oppstod i USA i 1960-årene i ”the new social movements”, hvor stigmatiserte grupper kjempet for sine menneskerettigheter og respekt (Thesen & Malterud, 2001). Empowerment handler om å mobilisere folks egne krefter og avkrefte avmakt (ibid.). I FNs prinsipper om eldre kan følgende beskrivelse relateres til empowerment: *”Eldre skal ha mulighet for å omfattes av menneskerettigheter og grunnleggende frihet når de bor i institusjon, mottar annen form for omsorg eller får behandling, - inkludert full respekt til å ta beslutninger om egen omsorg og kvaliteten av eget liv.”*

Innsyn, ansvarliggjøring og respekt for loven

Staten er forpliktet til å *respektere, beskytte og oppfylle* folks rettigheter. Det er spesielt det siste nivå av forpliktelsene som er relevant for eldre ved institusjon gjennom tilrettelegging for at retten til fullgod mat og helse skal bli oppfylt. Staten har det overordnede og endelige ansvar for realisering av menneskerettighetene, men på vegne av staten har ulike aktører, som ansatte i kommunen ansvaret for å bidra til realiseringen av menneskerettighetene og retten til mat. For hver rettighetshaver og rettighet finnes det en eller flere plikthavere som er ansvarlige for tilrettelegging for realiseringen av rettigheten.

I FNs prinsipper om eldre kan følgende beskrivelse av deltakelse relateres til innsyn: *”Eldre skal forbli integrert i samfunnet, delta aktivt i utforming og gjennomføring av politikken som direkte angår deres velferd, og dele sine kunnskaper, ferdigheter og erfaringer med yngre generasjoner.”*

2.2.2 Rolle- og kapasitetsanalyse

En rolle – og kapasitetsanalyse innebærer hvordan utføring av forpliktelsene har årsak i manglende kapasitet på ulike nivåer. Krenkelse brukes fremfor brudd på rettighetene i denne oppgaven for å fremheve kompleksiteten³. Det er ikke nødvendigvis uvillighet til å tilrettelegge for rettighetene som er årsaken til at de ikke blir oppfylt. Fem faktorer står sentralt i begrepet kapasitet (Jonsson, 2003):

³ Det er ulike meninger om hva som vil være korrekt å bruke av *brudd* eller *krenkelse* av rettighetene. Brudd på menneskerettighetene forstås i denne sammenhengen som en bevisst og viljestyrt handling.

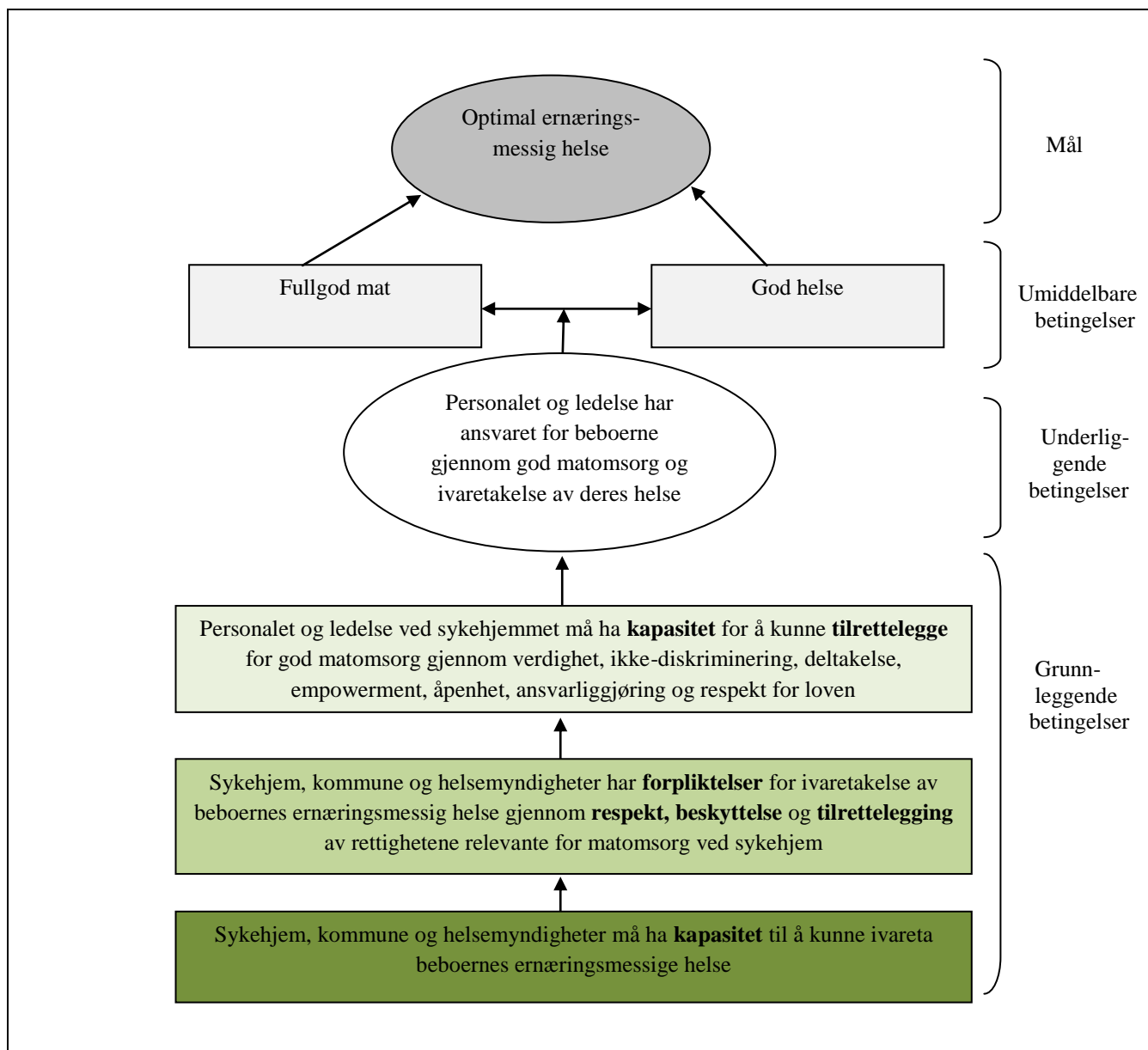
1. Motivasjon og aksept av ansvar og plikter
2. Autoritet til å handle og til å ta ansvar
3. Økonomiske, menneskelige og organisatoriske ressurser
4. Evne til kommunikasjon
5. Mulighet for rasjonell beslutningstaking og til å lære av erfaring.

Hvis plikthaverne er motiverte og aksepterer deres ansvar og plikter *bør* de handle. Hvis de har autoritet fins *muligheten* til å handle. Med tilstrekkelige ressurser *kan* de handle.

Handlingene bør baseres på god kommunikasjon samt rasjonell beslutningstaking og læring, og i tråd med menneskerettighetsprinsippene.

2.2.3 Et normativt rammeverk

Det opprinnelige UNICEF-rammeverket er et årsakskforklarende rammeverk. Det kan reverseres til en normativ form for å identifisere hvilke grunnleggende, underliggende og umiddelbar *forhold* som trenger å være på plass for å nå målet eller de forventede resultatene. I figur 3 illustreres det normative rammeverket for studien.

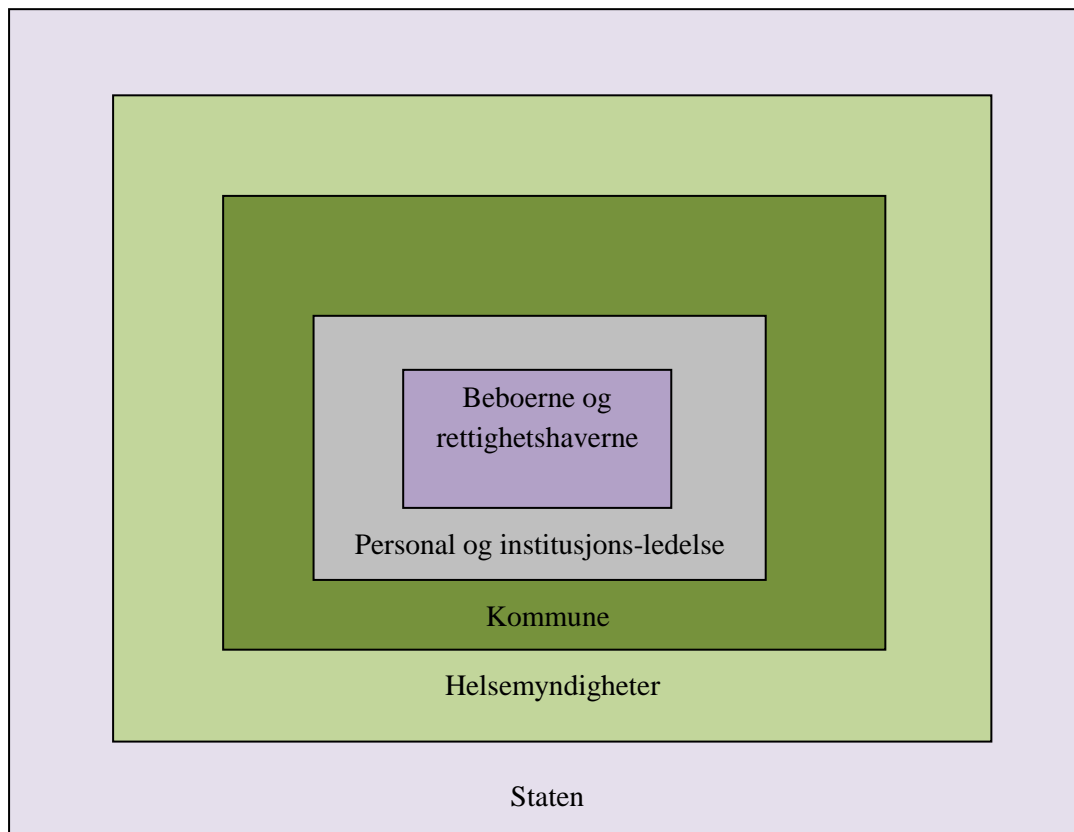


Figur 3: Normativt rammeverk for studien. Rolle- og kapasitetsanalyse gjennom en menneskerettighetsbasert tilnærming etter modell fra SCN (2001)

2.2.4 Overlappende ansvarsområder

For hver rettighetshaver og rettighet finnes det en eller flere plikthavere som skal tilrettelegge for realiseringen av rettigheten. Samtidig som staten har det overordnede og endelige ansvar for realisering av menneskerettighetene, har ulike aktører innenfor det offentlige, på vegne av staten, som ansatte i kommunen ansvaret for å bidra til realiseringen av menneskerettighetene og retten til mat. Begrepet ”neste rings of responsibilities” eller overlappende ansvarsområder er brukt om kartleggingen av de ulike nivåer for plikthaverne (Kent, 2005). For eldre på institusjon er disse nærmeste pleierne, deretter ledelse, kommunen, helsemyndigheter og stat.

Ifølge Kent skal ikke plikthaverne lengst ut i ”ringen” eller her boksen som illustrert i figur 4 overta ansvaret, men støtte de nærmeste plikthaverne for at de skal ha muligheter til å møte sine forpliktelser.



Figur 4. Overlappende ansvarsområder etter Kent (2005)

2.2 Studien

Det har vist seg at sårbare grupper i det norske samfunnet er utsatt for krenkelse av retten til mat. Ved sykehjem har mattilbudet og måltidene vist seg å være mangelfullt, og flere beboere er underernærte. Staten har det overordnede ansvaret for en politikk som gir føringer for å sikre tilrettelegging av realisering av retten til mat for sykehjemsbeboere. På vegne av staten finnes flere ansvarlige offentlige aktører. De nærmeste aktørene for beboerne er personalet og institusjonsledelsen ved sykehjemmet. I tråd med en menneskerettighetsbasert tilnærming er prosessen like viktig som resultatet. I denne studien ses det nærmere på hva slags kapasitet personalet og institusjonsledelse har for å realisere retten til fullgod mat for sykehjemsbeboere gjennom en menneskerettslig tilnærming.

Studien foregikk ved to sykehjem med ulike visjon og organisering av måltidene. Det ene sykehjemmet har eget kjøkken og med en visjon om at dette er beboernes hjem. Det andre

sykehjemmet får middag fra sentralkjøkken, og er et mer ”tradisjonelt” sykehjem.

Som metode og rammeverk er analysen først blitt evaluert og testet av Engesveen (2005) og senere benyttet ved masteroppgaver internasjonalt (Andresen 2009; Kikomeko, 2010; Milton 2007; Stupar 2007). De har influert til denne oppgavens perspektiv.

Masterstudien ble gjennomført med veiledning fra Avdeling for helse, ernæring og ledelse, Høgskolen i Akershus og Avdeling for ernæringsvitenskap, Institutt for medisinske basalfag, Universitet i Oslo.

2.2.1 Problemstilling og forskningsspørsmål

Problemstillingen studien vil belyse er følgende:

Hvilke muligheter og utfordringer har sykehjemspersonalet ved realisering av beboernes rett til fullgod mat?

Ut fra problemstillingen ble følgende forskningsspørsmål utarbeidet:

- Hvordan fremstår matomsorgen ved sykehjemmene sett i lys av en menneskerettighetsbasert tilnærming?
- Hvordan kan en rolle- og kapasitetsanalyse bidra til å forstå realiseringen av retten til mat for sykehjemsbeboere?

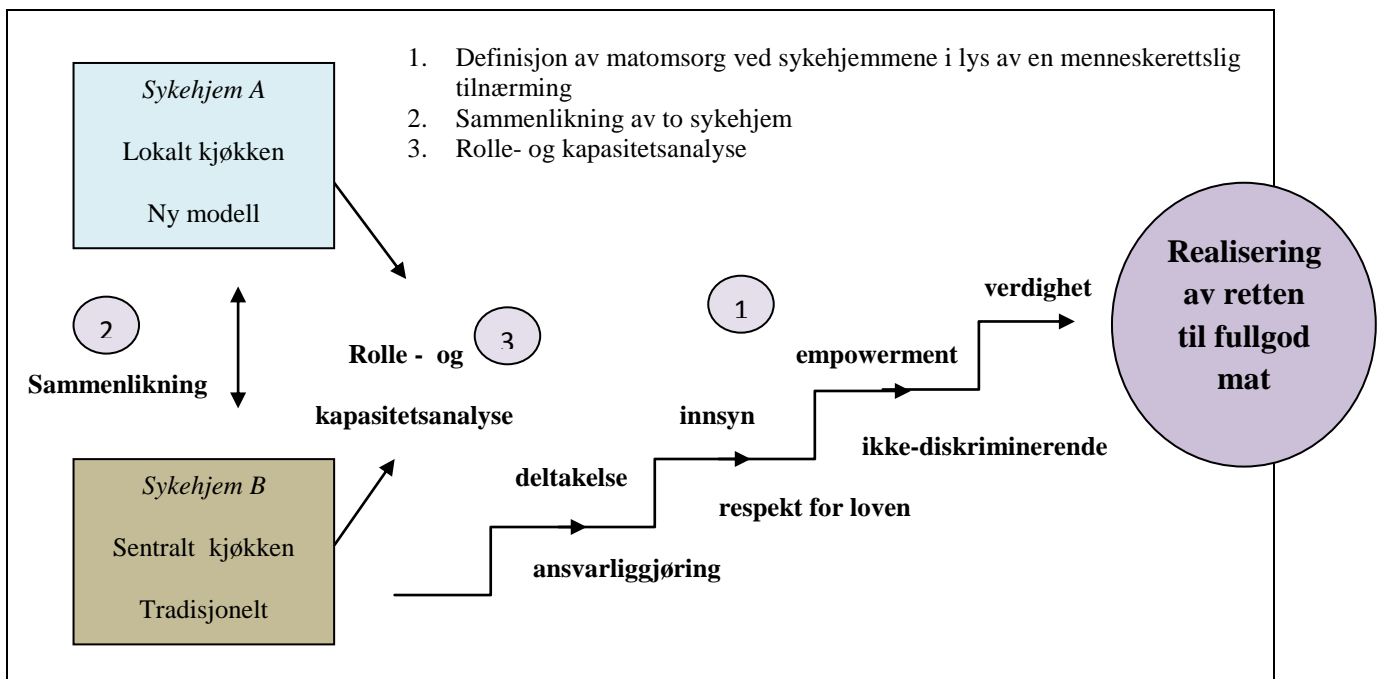
3 METODE

I dette kapittelet kommer først en presentasjon av studiens design og metode, deretter utvalg, gjennomføringen av intervjuene, analysen og til slutt etiske betraktninger. Datainnsamlingen ble utført i januar-februar 2010 ved to sykehjem i sykehjemsetaten, Oslo kommune.

3.1 Studie design

En kvalitativ tilnærming ble valgt for å kunne besvare forskningsspørsmålene. Dette bidro også til å operasjonalisere menneskerettighetsprinsippene deltakelse, empowerment og innsyn. Datamaterialet består av data fra både fokusgrupper og individuelle intervjuer for å kunne belyse problemstillingen fra ulike vinkler (Malterud, 2003). Denne studien tok sikte på å sammenlikne personalets utfordringer og muligheter ved realisering av beboerens rett til fullgod mat ved to ulike sykehjem. Studien illustreres i figur 5.

Menneskerettighetsprinsippene i en trapp illustrerer en progressiv realisering av menneskerettighet til mat, hvor prosess og resultat blir vektlagt som likeverdige.



Figur 5. Studien

3.1.1 Fokusgrupper

Fokusgrupper kan egne seg til å lære om erfaringer, holdninger og synspunkter hvor flere mennesker samarbeider (Malterud, 2003). En livlig og spontan dialog kan bidra til at flere

emosjonelle synspunkter kommer frem. Fokusgruppeintervjuet egner seg for eksplorative undersøkelser, hvor hensikten ikke nødvendigvis vil være å komme til enighet (Kvale, 2009). Fokusgrupper vil med dette være i tråd med en menneskerettslig tilnærming med fokus på verdighet, deltakelse og empowerment (Andresen, 2009). I fokusgruppene kan deltakerne utfordre hverandre hvis logikken mangler i uttalelser fra enkeltpersoner, og det som blir uttalt ikke stemmer overrens med praksis (Morgan & Krueger, 1997). Det diskuteres i litteraturen hvorvidt det er hensiktsmessig å bruke kolleger som allerede er en etablert eksisterende gruppe. Dette vil påvirke datainnsamlingen (Krueger, 1994). De etablerte mønstrene kan være vanskelig å bryte, men kan gi en mulighet til å komme nærmere den normale kulturen.

3.1.2 Individuelt intervju

Det kvalitative forskningsintervjuet søker å forstå intervjupersonens verden gjennom deres erfaringer og opplevelse (Kvale, 2009). Ved valg av både fokusgruppeintervju og individuelle intervjuer gis det rom for at flere nyanser kan komme frem. De etablerte kollegiale strukturene ved en arbeidsplass kan bidra til at ikke alt kommer frem gjennom konteksten ved fokusgrupper. Ved valg av individuelle intervju ble flere stemmer og ytringer hørt i tråd med en menneskerettslig tilnærming.

3.2 Utvalg i studien

Studien fokuserer på personalet som er de nærmeste i møte med rettighetshaverne ifølge Kent (2005), herunder kalt "deltakerne". Bakgrunnen for valg av fokus i studien ga muligheter til å finne ut "hvor skoen trykker mest". Ved kvalitativ metode er utvalget ofte *strategisk* (Malterud, 2003). Det vil si at utvalget er sammensatt for å kunne besvare problemstillingen og forskningsspørsmålene. Mitt strategiske utvalg er personalet ved sykehjem som har ansvaret for beboerens måltider og ivaretagelse av deres ernæringsmessige helse. Med fremvekst av ulike type sykehjem ble det ønskelig å trekke inn hvordan ulik organisering og visjon ved sykehjemmene influerer matomsorgen ved sykehjemmene.

3.2.1 Utvalg av sykehjem

Det finnes flere ulike bo - og omsorgstilbud for eldre. Ved Sykehjemsetaten i Oslo er det 29 kommunale og 21 private sykehjem (Riis, 2009). Det var ønskelig å utføre studien ved en somatisk langtidsavdeling hvor beboere har en langtidsplass. Beboere ved en langtidsavdeling er beboere som ikke får dekket sine behov hjemme eller i omsorgsbolig (Hansen, 2011). De som bor der lever der resten av sitt liv. Det var ønskelig at de to sykehjemmene skulle ha en ulik organisatorisk løsning og ulik visjon. Det ene sykehjemmet har eget kjøkken og lager all

mat selv, sykehjem A. Dette sykehjemmet har som visjon å være et hjem for beboerne. Det andre sykehjemmet mottar middag fra ekstern leverandør, sykehjem B. Dette sykehjemmet har en ”tradisjonell” form. To sykehjem i sykehjemsetaten som fylte kriteriene ble kontaktet, og institusjonssjef/styrer ved begge sykehjem ønsket å delta i studien.

3.2.2 Inkluderingsfaktorer for deltakerne

Inkluderingsfaktorer for fokusgruppene var deltakere som jobbet ”i pleien” ved somatisk langtidsavdeling. De individuelle intervjuene ble utført med annet personell involvert ved måltider og ivaretagelsen av beboernes ernæringsmessige helse som lege, kjøkkensjef aktivtør, avdelingsleder og husøkonom. For å få frem ytterligere ulike perspektiver ble ledelse ved sykehjemmet inkludert.

Fem fokusgrupper og åtte enkeltintervju ble gjennomført med totalt 29 deltakere. Tabell I viser oversikt over deltakerne ved de to sykehjemmene. Arbeidserfaringen ved sykehjemmene spenner seg fra 2 måneder til tretti år. Ledelsen har arbeidet betydelig lenger ved sykehjem A enn ved sykehjem B. Hjelpepleierne hadde lengre fartstid ved sykehjem B

Tabell 1: Deltakere fra individuelle intervju og fokusgrupper inklusive pilottest. Antall deltakere innenfor gitt profesjon eller yrke står oppført i parentes

	Sykehjem A	Sykehjem B	Totalt
Pilot-test		Kjøkkensjef, ergoterapeut, sykepleiere (2), informasjonskonsulent	5
Fokusgrupper Sykepleiere	Avdelingssykepleiere (3)	Sykepleier (1) Avdelings- sykepleiere (2)	6
Fokusgrupper Hjelpepleiere	Hjelpepleiere (4)	Hjelpepleiere (6)	10
Individuelle Intervju	Styrer, lege, husøkonom, kjøkkensjef	Styrer, lege, aktivtør, fagutviklings- sykepleier	8
Totalt	11	18	29

3.2.3 Rekruttering av deltakere

Et møte ble gjennomført med styrer/institusjonssjef i forkant av studien ved begge sykehjem. De mottok både muntlig og skriftlig informasjon om studien (Vedlegg 1), og jeg kom med forslag til hvilke deltakere det var aktuelt å intervju, og i dialog kom vi frem til aktuelle deltakere. Møtet ga mulighet til å komme frem til passende tidspunkt med tanke på turnus og arbeidsbelastning i avdelingen. På møtet fikk vi avklart hvordan selve rekrutteringen av deltakere skulle foregå. Ved sykehjem A ønsket styrer selv å spørre personalet om deltakelse i studien, og jeg deltok senere på et møte med avdelingssykepleierne og deltakerne til de individuelle intervjuene hvor de fikk muntlig og skriftlig informasjon (Vedlegg 2) om studien. Avdelingslederne rekrutterte deltakere til fokusgruppen bestående av hjelpepleiere. Ved sykehjem B ble deltakerne i fokusgruppene informert ved personalmøtet, etter at de hadde blitt spurt om deltakelse til studien av avdelingsleder og en kontaktperson ved sykehjemmet. Deltakere til de individuelle intervjuene ble forespurt av kontaktperson før de mottok e-post med skriftlig informasjon.

3.3 Datainnsamling og gjennomføring av intervju

Intervjuene er supplert med notater tatt under og i etterkant av intervjuene, samt materiale som jeg fikk av deltakerne i forbindelse med datainnsamlingen. Samtlige intervjuer ble tatt opp på bånd. Så fort som mulig etter intervjuene ble de lyttet på og det ble tatt notater hvor nøkkelord ble notert. De fleste intervjuene ble transkribert⁴. Jeg utførte selv transkribering.

3.3.1 Pilottest

Hensikten med en pilotstudie er blant annet å teste ut tidsbruk og struktur for planlagt prosjekt (Ringdal, 2007). Pilottest ble gjennomført med en gruppe bestående av to sykepleiere, kjøkkensjef, ergoterapeut og informasjonskonsulent. Informasjonen som kom frem var i overensstemmelse med annet datamateriale fra studien, og ble derfor et større bidrag i denne studien som en del av analysen, enn det som i utgangspunktet var planlagt.

3.3.2 Moderator

En moderator ble benyttet til fokusgruppeintervjuene. Hun hadde kunnskap og erfaring innenfor ernæringsfeltet som masterstudent i klinisk ernæring. Samme moderator ble benyttet ved alle intervjuene. Vi møttes flere ganger før datainnsamlingen startet hvor vi hadde en dialog angående våre roller under fokusgruppeintervjuene. Vi lagde en skriftlig avtale oss

⁴ Ved et uhell kom forfatteren til å slette flere av intervjuene ved sykehjem A før endelig transkribering var fullført.

imellom for å klargjøre våre roller (Vedlegg 3). Ingen av oss hadde erfaring med fokusgrupper fra tidligere, og pilottesten fikk og en funksjon som øving for oss. Etter pilottesten fikk vi tilbakemelding fra gruppen, og noen justeringer ble gjort på intervjuguiden.

Ved samtlige fokusgruppeintervjuer møttes vi i forkant for å kunne møte deltakerne som eventuelt møtte opp tidlig. Vi ble enige om at moderator skulle bli presentert som ordstyrer. Min rolle var å lytte aktivt til deltakerne under intervjuene, og komme med en oppsummering mot slutten. Oppklarende spørsmål ble stilt underveis eller mot slutten av oss begge, og hvis samtalen gikk tregt trådte begge to til. Moderator fulgte intervjuguiden, og sørget for at alle spørsmål ble stilt. Hvis deltakerne hadde vært innom temaet tidligere, ble spørsmålet eller temaet allikevel tatt opp for å få frem ytterligere mer informasjon. Etter oppsummering av fokusgruppeintervjuet ba vi om tilbakemelding fra gruppen slik at intervjuet kunne bli enda bedre ved neste fokusgruppe. Umiddelbart etter at intervjuet var ferdig og deltakerne hadde forlatt rommet oppsummerte vi hovedpunktene sammen.

3.3.3 Gjennomføring av fokusgrupper

Hver enkelt fokusgruppe ble satt sammen så homogent som mulig slik at en felles plattform med erfaringer kunne danne grunnlaget for diskusjon og samtale (Malterud, 2003). Fokusgruppene ble gjennomført i et passende rom. Ved sykehjem A hadde styrer tilberedt med kaffe, kaker og bagetter. Ved sykehjem B ble et møterom stilt til disposisjon. Vi pyntet med lys, duk, kaffe, te og snacks for å skape en god stemning. Før fokusgruppeintervjuene startet ble deltakerne minnet på at dette var frivillig, og det ble vektlagt at spørsmålene ikke hadde noen fasitsvar. Det ble vektlagt at det var deres erfaring, tanker og meninger det var ønskelig at skulle komme frem. Fokusgruppene varte mellom en time og ti minutter og to timer. Ved gjennomføringen av fokusgruppene ved sykehjem A, viste det seg å være sykdom i første fokusgruppe med avdelingssykepleiere, og deltakerne ble redusert fra fire til tre. Det samme gjentok seg i gruppe to, og en hjelpepleier ble raskt rekruttert av institusjonssjefen. Hun var en av to deltakere som ikke fikk mulighet til å lese informasjonsskrivet god tid i forveien. Ved sykehjem B møtte ingen av sykepleierne opp til første fokusgruppe. Etter dialog med avdelingen ble ny dato satt til uken etter, men for å få til en gruppe med minst tre deltakere i arbeidstid deltok avdelingsleder i fokusgruppen, selv om det var planlagt et individuelt intervju med henne⁵. På grunn av sykdom møtte kun to deltakere opp til denne gruppen. En tredje deltaker ble kontaktet etter initiativ fra de andre deltakerne. Hun hadde

⁵ Dette kan ha påvirket resultatene i denne fokusgruppen ved at informasjon kan ha blitt holdt tilbake, med en asymmetrisk relasjon mellom avdelingsleder og sykepleier. Fokusgruppen ble likevel gjennomført av respekt for de oppmøtte.

tidligere lang erfaring fra somatisk langtidsavdeling, og arbeidet nå som avdelingsleder ved korttidsavdelingen. Hun fikk muntlig informasjon om studien og leste informasjonsskrivet før vi begynte. Alle møtte til fokusgruppen bestående av hjelpepleiere ved sykehjem B.

3.3.4 Gjennomføring av individuelle intervjuer

De individuelle intervjuene ved sykehjem A bestod av intervju med kjøkkensjef, husøkonom, styrer og lege, og ble gjennomført på institusjonssjefens kontor. Ved sykehjem B ble intervjuene gjennomført med styrer, aktivitør, fagutviklingssykepleier og lege på deltakernes kontor eller et møterom. Intervjuene varte fra tretti minutter til en time.

3.3.5 Intervjuguide

Hovedtemaene i intervjuguide var beboerens innflytelse og deltakelse, organisering av måltidene, personalets påvirkningsmuligheter, ivaretagelse av beboernes ernæringsmessige helse og menneskerettigheten til mat (Vedlegg 4 & 5). Intervjuguiden var i tråd med en tilnærming til menneskerettighetene med fokus på prinsippene verdighet, ikke-diskriminering, deltakelse, empowerment, innsyn, ansvarliggjøring og respekt for loven. Intervjuguide ble deretter testet i pilotgruppa. Noen endringer ble gjort etter pilottesten. Ved en design hvor sammenlikning er sentralt er struktur viktig. I tillegg til vektlegging av en strukturert intervjuguide, bidro en moderator til å skape ytterligere rammer. Ved de individuelle intervjuene ble en semistrukturert intervjuguide valgt. Det bidro til åpenhet og rikere data til et nytt felt, og ga et sammenlikningsgrunnlag til analysen.

3.4 Dataanalyse

I analysen er data fra transkribering og notater tatt under intervju benyttet. Studien er både fenomenologisk og hermeneutisk, men sistnevnte vitenskapsteoretiske grunnlag veier tyngst. Gjennom en temasentrert analytisk tilnærming, kommer min fortolkning av deltakernes egen tolkning frem som kan kalles en hermeneutisk studie av annen grad (Thagaard, 2009).

Dataanalysen startet umiddelbart med en oppsummering etter at intervjuet ble gjennomført. Så raskt som mulig ble intervjuene lyttet til etter gjennomføringen. Nøkkelord og fraser ble notert, samt hovedelementene. Analysen foregikk både induktivt og deduktivt, og langs denne akse mellom de to tilnærmingene heller denne studien mer i en induktiv retning. Det deduktive tydeliggjøres fra problemstillingen som har en menneskerettighetsbasert tilnærming, mens selve analysen kommer fra datamaterialet og har en induktiv retning.

I min analyse har jeg brukt Malterud's tolkning av Giorgi som beskriver de- og

rekontekstualisering i fire trinn (Malterud, 2003). I den første delen blir et *helhetsinntrykk* dannet (ibid.). Del to av prosessen kalles *koding* hvor de meningsbærende elementene i teksten blir dannet. Del tre av analysen kalles *kondensering* hvor meningsinnholdet blir abstrahert i kategorier. Del fire kalles *rekontekstualisering* eller *sammenfatning*, og materialet fra kodene blir nå satt sammen. De fire trinnene i analysen er ikke fulgt kontinuerlig, men jeg har beveget meg mellom de fire trinnene som inspirasjonskilde til analysen. De endelige temaene var bestemt på forhånd og skiller seg i så måte fra Malterud (2003).

En av utfordringene har vært at det finnes få studier som operasjonaliserer en menneskerettighetsbasert tilnærming om retten til mat i ulike og tematiske sammenheng. For å kunne anvende dette perspektivet i studien ble prinsippene eller begrepenes definisjoner benyttet, og teksten fra fokusgrupper og individuelle intervjuer har blitt brukt for å illustrere matomsorgen. Det har vært utfordrende å skille de komplementære menneskerettighetsprinsippene fra hverandre. I tabell 2 og 3 illustreres analyseprosessen med kategorisering og tematisering fra meningsbærende enhet.

Tabell II: Analyse av verdighet

Prinsippet verdighet	Meningsbærende enhet om maten og måltidene	Kategori	Tema: Verdighet i konteksten sykehjem
Nøkkelbegrep i definisjonen "Frihet" "Rettferdighet" "Å bli verdsatt"	Fokusgruppe sykehjem A: "Du har jo det dilemma der når du snakker om feil- og eventuelt underernæring og ensartet kost. Men hvis alt annet kommer i retur så må kanskje ho få loff med rabarbrasyttetøy eller appelsin. Sånn er jo det tross alt. Det har jo også med, alt som ligger bak der. Det med å behandle de med respekt. Vi definerer de som autonome personer, og da har du jo selvbestemmelse. Og det må jo ligge i bunn selvfølgelig."	Etikk Matønske respektert Beboernes selvbestemmelsesrett og autonomi	Verdighet: Deltakerne skildrer etiske dilemma hvor beboerne spiser ensidig kost og utvikler eller har en underernæring. Ivaretagelse av beboernes iboende verdighet kommer til syne gjennom deltakernes handling ved måltidene, hvor det vises respekt for hva de ønsker å spise etter å ha tilbydd beboerne næringsrik kost.

Tabell III: Analyse av empowerment

Prinsipp empowerment	Meningsbærende enhet	Kategori	Tema: Empowerment i konteksten sykehjem
<p>Nøkkelbegreper i definisjonen:</p> <p>”Å avkrefte avmakt”</p> <p>”Beslutninger om egen omsorg”</p>	<p>Fokusgruppe, sykehjem A</p> <p>”Før var det frokost kl ni presis. Og dørene ble ikke åpna engang inntil spisesalen, og folk satt der dødssultne i to timer før de fikk spise frokost. Så vi endra den rutinen, sånn at de fikk lov å spise når de stod opp og når de vil ha mat. Det var jo stress i stell og stress med hele frokostsituasjonen. Så når vi innførte fleksibel frokost så ble det helt annen stemning med en gang. Sånn at de får mat når de er sultne og ikke når det passer med rutinene eller avdelingen.”</p>	<p>Organisering av måltider</p>	<p>Mer beboerstyrt, da beboerne blir hørt gjennom personalet som endrer rutiner som passer beboerne bedre. Deres verdighet blir ivaretatt, ved at de får mat når de er sultne og gjennom medbestemmelse. Stor grad av empowerment hos deltakerne og beboere.</p>
	<p>Individuelt intervju, sykehjem B: ”Jeg skulle ønske vi kunne være mer fleksible. At vi hadde hatt en mulighet, spesielt sånn i forhold til det med frokosten. At de kan komme og spise frokost når de ønsker og spise frokost selv. At det ikke er sånn at den som står opp kl 8 må vente til kl halv ti. Fordi da har alle de andre syv på gruppa stått opp. At vi hadde en mulighet for mer fleksibilitet. Jeg ser at med dagens bemanning er det kanskje litt vanskelig.”</p>		<p>De daglige rutinene oppleves som lite hensiktsmessige for beboerne. Personalet opplever å ha liten innflytelse. Et ønske om større fleksibilitet er til stede, men de opplever å ha liten kapasitet til fleksibilitet. Mindre grad av empowerment hos deltakerne og beboere.</p>

3.5 Etiske betraktninger

Studien ble meldt til Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk [REK] (Vedlegg 6) og personverneombudet ved Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste [NSD], (Vedlegg 7) og følger de norske regler som gjelder ved deltakelser til slike forskningsprosjekt. Studien utføres i overensstemmelse med Helsinki-deklarasjonen.

Intervjuene ble tatt opp på bånd. Alle samtalene er taushetsbelagte. Dette gjelder også for deltakerne innad i gruppen og for forskeren og moderator. Samtlige båndopptak vil bli slettet i etterkant av evalueringen av masteroppgaven.

Temaet menneskerettigheter og retten til fullgod mat kan oppfattes som sensitivt materiale. Derfor er det spesielt viktig å vise aktsomhet ved innhenting av kunnskap, og bruke god tid til å bygge tillit for å kunne innhente et rikt materiale (Malterud, 2003). Deltakerne ble informert både muntlig og skriftlig før deltakelse. Samtykke-erklæringen ble grundig forklart før deltakelse, og alle deltakerne fikk en kopi.

4 MATOMSORG VED TO SYKEHJEM

I dette kapittelet gis en presentasjon av studiens funn. Først gis en kort oversikt over de sykehjemmene. I kapittel 4.2 kommer en beskrivelse av måltidene og mattilbudet ved de to sykehjemmene. I kapittel 4.3 gis en tolkning av resultater fra fokusgruppeintervjuene og de individuelle intervjuene i lys av menneskerettighetsprinsippene. I kapittel 4.4 kommer en oppsummering av funn med en komparativ design. I kapittel 4.5 presenteres funn gjennom deltakernes kapasitet ved de to sykehjem.

Hovedsaklig vil deltakernes sitat bli presentert fra fokusgrupper eller individuelt intervju. Ved relevans vil yrkesprofesjon og/eller sykehjem bli presisert. Dette gir en mulighet til å kunne fremstille forskjeller på ulike plan innad ved hvert enkelt sykehjem, og i tillegg bidra til å illustrere likhetene og forskjellene ved de to sykehjemmene. For å sikre anonymiteten til deltakerne ble noen sitater valgt utelatt, da det kom tydelig frem hvem som hadde uttalt seg (Thagaard, 2009). Samme argument er brukt da dialekter ikke blir sitert direkte (ibid.).

4.1 De to sykehjem

Sykehjem A

I en rolig enveiskjørt gate ligger dette tidligere aldershjemmet som ble bygget i etterkrigstiden. Det likner på de andre husene i nabolaget. Et lite skilt med sykehjemmets navn ved inngangsdøren viser at dette ikke er et vanlig hus. Like innenfor inngangsdøren finner du resepsjonen med kiosk, og i entreen en liten sofagruppe med møbler i rokokkostil. Kjøkkenet finner du i samme etasje. Ikke langt unna dette sykehjemmet finnes travlere gater med butikker, kafeer og restauranter. Sykehjemmet er et hjem for nærmere 60 beboere, og alle har sitt eget rom. Ideologien bak sykehjemmet i dag er at dette skal være beboerens hjem, og de skal bestemme over egen hverdag. Det skal være et hjem hvor ansatte og pårørende selv kan tenke seg å bo når de blir gamle. Det er aktiviteter ved sykehjemmet som lesegruppe, sang, dans, andakter, trim og bingo. Alle har mulighet til å ta med seg egne møbler. Det er tre faste måltider om dagen, hvor alle tilberedes ved sykehjemmets eget kjøkken. Flere eldre i nærområdet kommer daglig og spiser middag her. Planene om nedleggelse av kjøkken stanset umiddelbart, da en fra nabolaget som daglig spiser middag ved sykehjemmet ga klar beskjed til Oslo kommunes eldrebyråd om hva som var i ferd med å skje. Det førte til at planene om nedlegging av kjøkkenet foreløpig er lagt på is. Antall årsverk er 56,3.

Sykehjem B

I rolige omgivelser ligger dette sykehjemmet som åpnet rett etter tusenårsskiftet. I første etasje ved hovedinngangen er det en resepsjon og en kantine for beboere og personalet. Møblene er i minimalistisk furustil. Det er høyt og luftig under taket i entreen. På sykehjemmet bor det 66 beboere. Omkring halvparten bor på langtidsavdelingen, og de resterende på rehabiliterings- eller korttidsavdeling. Sykehjemmet har som visjon å ta beboerne, pårørende og personalet på alvor med fokus på tilrettelegging av individuelle behov. Det foregår samarbeid med flere ulike frivillige organisasjoner, som bidrar til ulike aktiviteter og kulturelle tilbud ved sykehjemmet. Som ved de aller fleste sykehjem i Oslo, tilberedes middagen fra storkjøkken. De andre måltidene blir tilberedt av personalet ved kjøkkenkroken ved hver avdeling. I helgene lager kjøkkensjefen i kantina kveldsmat. Sykehjemmet har 62 årsverk.

4.2 Måltider og mattilbudet

I det følgende kommer en kort beskrivelse av måltidene og mattilbudet som fremstilt gjennom intervjuene.

4.2.1 Sentral- og lokalkjøkken

Med en økt sentralisering av kjøkkendrift og ombygging av kjøkken til ”mottakskjøkken” er det i dag få sykehjem i Oslo som lager all maten selv. Noen sykehjem mottar all mat fra et sentralkjøkken, mens andre sykehjem mottar kun middagen som sykehjem B. Ved sykehjem A er det kjøkkensjefen som setter sammen menyen og lager maten sammen med et par andre ansatte ved kjøkkenet. Flere sykehjem har i tillegg kjøkken på avdelingene, som ved disse to sykehjemmene. Det er allikevel en begrensning av matlaging på avdelingene eller ”postkjøkkenet” ved disse to sykehjemmene. Kjøkkenet blir brukt til oppbevaring av mat, og sjelden til matlaging. Ved sykehjem A spiser alle beboerne ved hver enkelt avdeling sammen i en spisesal ved småbord. Avdelingene ved sykehjem B er delt i mindre boenheter på åtte beboere som spiser sammen på kjøkkenet/stua. Så langt det er mulig blir det tilpasset hvem som bor sammen på disse enhetene. Ved begge sykehjem er det pleiepersonalet eller aktivitetørene ved avdelingene som serverer og tilbereder maten til beboerne på de ulike avdelingene.

4.2.2 Måltidene

Ved begge sykehjem er det tre faste måltider om dagen. Frokost, middag og kveldsmat. I tillegg serveres det kaffe og kake på formiddagen. Frokosten tilberedes ved 9 – 9:30 tiden.

Sykehjem A har ”fleksitid” med frokost fra kl 9-12. Middagen er 13:30 på begge sykehjem⁶. Kaffe og kaker er kl 16 og kveldsmat kl 18. Noen beboere spiser i tillegg før frokost og etter siste måltid på kvelden.

Frokost

Ved sykehjem A er det fleksibel frokost som betyr at beboerne spiser med en gang de kommer til spisesalen eller at de spiser frokost på rommet. Ved sykehjem B er det frokost kl 9.30 for alle.

”Før var det frokost kl ni presis. Og dørene ble ikke åpna engang inntil spisesalen, og folk satt der dødsultne i to timer før de fikk spise den frokosten. Så vi endra jo den rutinen, sånn at de fikk lov å spise når de stod opp og når de ville ha mat. Det var jo stress i stell og stress med hele frokostsituasjonen. Så når vi innførte fleksibel frokost, så ble det helt annen stemning med en gang. Sånn at de får mat når de er sultne og ikke når det passer med rutinene eller avdelingen.” Fokusgruppe, sykehjem A

Frokost ved begge sykehjem består vanligvis av brød, ulike oster, pølser, skinker, spekepølser og ulike typer syltetøy, salater og sursild. Det er egg to ganger i uka. I tillegg vektlegger deltakerne ved sykehjem A at hvis noen ønsker omelett og bacon til frokost blir det innfridd. Det serveres også reker hver dag. Ved begge sykehjem er det flere beboere som spiser grøt til frokost.

Middag

Det er middag ved begge sykehjem 13:30. Ved sykehjem A rullerer menyen hver 4-6 uke (Vedlegg 8). Beboerne kan komme med tilbakemelding på middagen til kjøkkensjef, og kan velge middag samme dag utenom menyen som kokken setter sammen av matvarer tilgjengelig på kjøkkenet. Menyene fra sentralkjøkkenet ved sykehjem B rullerer etter fire uker (Vedlegg 9). På forhånd gir beboerne beskjed om ønskekost eller allergier. Deltakeren gir uttrykk for at det kan ta opp mot 14 dager før ønskene blir registrert. Middagsmeny for en uke fra Sykehjem A og B vises i vedlegg 9 og 10.

Kaffe og kaker

Det er daglig kaffe og kake på begge sykehjem på formiddagen mellom middag og kveldsmat. Ved sykehjem A vektlegges det at de som besøker beboerne skal bli tilbudt kaffe og kake når

⁶ Disse tidspunktene er vanlige for måltider i sykehjemsetaten. En rapport fra 2001 fra Oslo kommune, *Måltider i alders- og sykehjem* bemerker følgende: ”Middag midt på dagen har lange tradisjoner i norske helseinstitusjoner. Dette tidspunktet behøver ikke nødvendigvis passe dagens beboere like bra som tidligere”.

de kommer. Deltakerne forklarer at dette skal være et hjem for beboerne, og siden flere av beboerne ikke makter å sette på kaffen til besøkende gjøres dette av personalet.

Kveldsmat og "sen kvelds"

Kveldsmaten serveres 18:30 ved sykehjem A, og kl 18 ved sykehjem B. Utvalget av matvarer er det samme som ved frokost, men det serveres av og til suppe i tillegg. Noen beboere har ytterligere et måltid etter kveldsmaten som de kaller sen kvelds. Det kommer frem at dette ikke er fast for alle beboerne, men kan være avhengig av at beboerne ytrer ønske om at de er sultne. En av beboerne ved sykehjem B pleier å smøre matpakke ved kveldsmaten som hun spiser senere. Personalet uttrykker at det er utfordrende å tilrettelegge for kveldsmat senere enn angitt ovenfor.

"Du kan ikke ha et måltid kl ti på kjøkkenet. Så skal alle legges etterpå. Da ville jo nattevakta, ikke blitt ferdig før på morgenen før dagen etter. De skal jo pusses tenner på og de skal opp i sengen. De skal med heiser opp og ned og de skal ha på bleie her og der og det må være to stykker. Så skal det deles ut medisiner. Altså arbeidsmessig, dette er ikke mitt gebet, men jeg vil tro det er helt umulig. Da måtte man kjørt senger sammen eller liknende. Det er pleiernes oppgave hvordan det skal gå. Det er en administrativ greie som må gjøres." Individuelt intervju, sykehjem B

Mellommåltider

Det serveres frukt ved begge sykehjem som mellommåltider. Ved sykehjem B får beboerne kjeks eller en kopp kaffe mens de venter på frokosten. Natfasten kan bli opptil 15-16 timer for noen av beboere. Det blir påpekt at bemanningen har innflytelse på hvor ofte det er faste måltider for alle, av flere av deltakerne ved sykehjem B.

"Frokosten lunsjen og middagen er til fast klokkeslett. Og kaffe kl fire. Men det som er at hvis er de sultne innimellom, så får jo de pasientene som spør etter det. Litt av utfordringen som vi har diskutert nå er i forhold at de som ikke ber om det. I forhold til at kveldsmaten er kl seks. Også er frokosten halv ti dagen etter. Og hva da med de som ikke ber etter mat. For de som spør etter, de får. Vi har jo en mann som spiser både seks og syv brødsiver hele natta. Så han får det han ber om. Men hva så med han ved siden av som ikke spør etter det. Det er der vi ser en utfordring."

Fokusgruppe, sykehjem B

4.3 Matomsorgen ved sykehjemmene i lys av prinsippene for en menneskerettslig tilnærming til analyse og tiltak

Rammene ved måltidsrytmen og mattilbudet ble beskrevet ovenfor. I denne delen kommer en tolkning av funn fra de individuelle intervjuene og fokusgruppeintervjuene. *Verdighet og ikke-diskriminering* i forhold til beboerne og rettighetshaverne presenteres først. Deretter under prinsippene *deltakelse* og *empowerment* presenteres funn som involverer både rettighetshaverne og personalet eller plikthaverne. Avslutningsvis presenteres funn under prinsippene *innsyn, ansvarliggjøring* og ”*respekt for loven*”, hvor fokuset er vektlagt plikthaverne og sykehjem som institusjon.

4.3.1 Verdighet

I FNs prinsipper for eldre vektlegges det at: ”*Eldre skal ha mulighet for å leve i verdighet og trygghet, og bli behandlet rettferdig uavhengig av alder, kjønn, rase eller etnisk bakgrunn, funksjonshemming eller annen situasjon.*”

Om ordet *verdighet* ikke blir brukt av alle deltakerne, er det flere som likevel samtaler rundt temaet og forteller om situasjoner og etiske dilemmaer som handler om beboernes verdighet i forbindelse med mat og måltider ved de to sykehjemmene.

Å ta vare på måltidenes betydning

Alle deltakerne beskriver måltidene som svært betydningsfulle og viktige for beboerne. De fleste forteller at dette er beboernes høydepunkt gjennom dagen og noe mange gleder seg til. Nesten alle beskriver maten og måltidene som det aller viktigste for beboerne. En mener trygghet står høyest.

”Jeg kan fortelle deg kort hva måltidene betyr for beboerne. Det betyr alt for dem.”

Fokusgruppe, sykehjem A

Måltidene blir ofte en av de mest betydningsfulle aktiviteter og møteplasser.

”De har ofte lite energi og overskudd til andre ting, men de ser frem til det her med mat.” Fokusgruppe, sykehjem B

”For veldig mange er det kanskje gjerne den ene tingen som skjer hver dag, bortsett fra det å stå opp og legge seg.” Fokusgruppe, sykehjem B

Måltidene og konteksten rundt måltidene er forsøkt tilpasset de ulike beboernes behov ut ifra deres mentale og fysiske helse. Deltakerne forteller at de forsøker å gjøre måltidene så

delikate som mulig. De vil at maten skal se lekker og fristende ut for beboerne. Personalet vektlegger at det er viktig å spise sammen med beboerne, selv om retningslinjene ikke tilsier dette.⁷ Når de spiser og sitter sammen med beboerne opplever de at praten går lettere, og beboerne spiser mer. De forteller ved begge sykehjem at de forsøker å lage en god atmosfære ved måltidene. En utfordring er det ved frokost, når det er andre oppgaver som skal utføres samtidig for pleierne. Mange beskriver at de føler at de blir gående til og fra spisebordet ved måltidene. Noen gir uttrykk for at de kan føle seg som servitører. Fra sykehjem A illustreres det i boks 1 gjennom dialog i fokusgruppen enkelte utfordringer og muligheter personalet møter ved måltidene.

Noen mener at enkelte av personalet kan være dyktigere enn andre til å skape en god stemning ved måltidene. Spesielt når det er personalet som ikke kjenner beboerne på jobb, beskriver flere at det kan bli en slags uro ved avdelingene. Beboerne ved sykehjem A har uttrykt ovenfor personalet at de gruer seg til helgen, når det skal være ukjente på jobb som ikke kjenner dem like godt og at de kan oppleve å føle seg utrygge. En krenkelse av deres verdighet oppstår når de opplever å føle seg utrygge i sitt hjem.

Boks 1

Fra fokusgruppe sykehjem A

D1⁸: *Alle beboerne gjennom sommeren, spiser jo frokost på verandaen.*

D2: *Åh så deilig. Og det må de jo få lov til.*

D1: *Jajaja.*

D2: *Mat er jo kjempeviktig og spiser de ikke så gror ikke sår, og folk blir kjempeslappe. Maten er det jo viktig å ha fokus på. Det er jo ikke så mye som skjer i løpet av en dag. Det viktigste er jo at måltidene er et av høydepunktene på dagen. Det er jo det. Da er det jo viktig at det er hyggeligst mulig ramme rundt det. Dekke borda, og det ser rent og fint ut. Og det ser innbydende ut.*

D3: *Det er det jeg tror. Vi har på sånn taffelmusikk. Noen av de ansatte er flinkere enn andre til å skape den stemninga. Det er klassisk musikk i bakgrunn. Det tror jeg faktisk også kan stimulere til bedre matlyst. For de som bor der.*

D2: *Det er ikke alle som jobber her som er flinke til å tenke på det. Som har på TV en og du hører nyhetene på full guff i bakgrunn når du skal spise. Det er ikke noe allright det. Da er det bedre med noe roligere musikk. Vi har jo på TV en sånn video med peisbål og sånn. Det er veldig allright også. Du kjenner at du blir varm. Utrolig nok men du synes det varmer.*

D1: *Så er det viktig at noen sitter sammen med de.*

⁷ Samtidig blir det påpekt at det er retningslinjer som beskriver at personalet ikke skal spise på jobb, men at personalet ser en viktig betydning av å spise sammen med beboerne. Og gjør derfor det ved begge sykehjem.

⁸ Med D menes deltaker. I boksene blir deltakerne referert til som D1, D2 osv for å sikre anonymiteten og for å gi en bedre oversikt.

D2: *Prøve at det er minst en der. Frokosten er det nok ikke så lett å få til alltid. Men til middag og kvelds er det jo det.*

D3: *Ja, har dere en fast på kjøkkenet da?*

D2: *Ja, det er en som har ansvaret for kjøkkenet da. Men de må jo gå til og fra.*

Å ta vare på mattradisjon og kultur

Det uttrykkes av deltakerne ved begge sykehjem at maten som blir servert og tilbudt de eldre kan vise hvordan man verdsetter dem. Det er ikke bare måltidssettingen, men hva som serveres som vektlegges. I eksemplet nedenfor er det julematen som blir trukket frem. Samtidig kommer det frem en frustrasjon ved et ønske om å gjøre maten bedre for å vise beboerne at de er verdsatt, men at systemet med avviksregistrering ikke fører til forbedring.

”For eksempel juleribba. Den kunne vi jaggju meg ha stekt her altså. Det kommer sånn dvask ribbe som har stekt kanskje en uke i forveien og pakka inn i vakuum og det er ikke noe hyggelig. Det er mange som reagerer på det altså. De føler seg ikke verdsatt. Mange tenker at vi betaler så og så mye. Vi får liksom den dårlige maten. Vi skriver bunker da med avvik, men det hjelper jo ingenting.” Fokusgruppe, sykehjem B

Det er flere ved sykehjem B som gir uttrykk for en frustrasjon rundt få valgmuligheter spesielt til middag. Det er en fast meny som rullerer over 4 uker. Ved sykehjem B gir deltakerne uttrykk for at de skulle ønske at maten var mer ”eldrevennlig”. De beskriver eldrevennlig mat som mat som beboerne er vant til å spise hjemmefra. Flere vektlegger også at maten kan være vanskelig for beboerne å tygge. Maten som er vanligere for yngre generasjoner blir ikke oppfattet som mat av alle på sykehjemmet. En ulikhet mellom beboerne med tanke på alder og smakspreferanser beskrives på begge sykehjem. Mens de yngre beboerne foretrekker lasagne og ris, er ikke dette mat som alle de eldre beboerne spiser og middagen kan ofte bli liggende igjen på tallerkenen. De fleste foretrekker poteter fremfor ris. Det kommer frem at beboerne ikke klager på maten, men gir uttrykk for hva de liker ved å spise mer mat når maten smaker.

Ved sykehjem A trekkes respekt for beboerne inn ved oppfylling av deres matønsker. De gir uttrykk for at alle ønsker som beboerne har skal oppfylles uansett årsak. Smak, preferanser, religion eller diett ved sykdom likestilles. Dette illustreres i boks 2 fra et fokusgruppeintervju fra sykehjem A.

Boks 2

Fokusgruppe sykehjem A

D2: Vi hadde jo en som bare spiste rømmegrøt til middag hver eneste dag. Det blir jo ikke noe annerledes hvis en vil ha halal-kjøtt. Vi må jo bare prøve å skaffe det, hvis det er det en spiser, mener jeg. Det som er viktig for oss er å finne ut hva den enkelte ønsker. Individuelt tilpassa så langt som mulig om vi får det til.

D3. Det var jo det vi nevnte i stad. Det med autonomi. Da er det jo også respekten for en annen trosretning. Eller religion. Så tror jeg ikke det er noe problem i utgangspunktet. Du har jo diabetikere eller andre som av ulike årsaker må tilrettelegge.

D2: Ja, det blir det samme.

D3. Og om det da er noen som f.eks ikke vil ha svin så er vel ikke det noe praktisk problem. Vi har jo folk som jeg sa i stad er vegetarianere.. Utenom julaften da. Så det er ikke noe problem. Med den utfordringa så blir det på samme måte. Det gjør det lettere hvis du da har et kjøkken på huset. Som kanskje gjør veien litt kortere da.

Ved sykehjem A forteller en av deltakerne om noen beboere som ikke ønsker å spise grovbrød, da det kan gi minner om krigen. Ved begge sykehjem har de forsøkt å servere grovbrød, men få foretrekker dette. Flere påpeker at det også kan være tungt å tygge for flere med dårlig tannstatus, og at det er årsaken til at beboerne ikke spiser grovt brød.

Tradisjoner kan også være forbundet med tidspunkt for ulike typer mat, og *hva* som skal serveres *når*. Noen forbinder suppe med middag. Gode hensikter blir ikke alltid like godt mottatt. Uten beboernes deltakelse i disse beslutningene om hva slags mat som skal serveres, oppstår kulturkollisjonene.

”Vi prøvde en periode kl ni halv ti om kvelden skulle de få suppe. Det har vi prøvd mange ganger. Det er bare glem det. Til og med fått den dere, de legger seg tidlig mange vet du. Og du vet at de ikke sover. ”Men hallo, har du lyst på litt suppe?” og jeg fikk det svaret flere ganger. ”Det er vel ingen som eter suppe om natta”. Det er jo ikke middag midt på natta. De vil ikke ha. Vi har prøvd flere ganger.” Fokusgruppe, sykehjem B

Institusjonalisering av mat ved sykehjem kommer til syne nedenfor. Maten på institusjon blir servert på samme dag uke etter uke. Tirsdag er fiskedag, onsdag er det karbonader. Eksempelet nedenfor bidrar til å illustrere hvordan maten blir en del av en rutine ikke bare på sykehjem, men i hele helsevesenet.

”Så var det en periode de hadde funnet ut at de ikke skulle ha risengrynsgrøt, da skulle de få betasuppe innimellom. På lørdager. Det har alltid vært risengrynsgrøt i

helsevesenet vet du på lørdager. Det er det overalt i hele Norge tror jeg. De fikk jo betasuppe. Det var jo kjøtt som var fra middagen, det er helt sant. Det ville de jo ikke ha. Det gikk nesten to måneder før vi fikk tilbake den risengrynsgrøten altså. Det er slitsomt.” Fokusgruppe, sykehjem B

Ved endring av denne rutinen eller ritualet skapes en uro og kaos. Grøten med rød saft som har vært servert i flere tiår som plutselig forvinner en lørdag og blir erstattet med betasuppe rokker ved det trygge og vante. Det kan bidra til å illustrere utfordringer deltakerne eller beboerne møter ved forsøk på endring. Når de ikke blir hørt, blir ikke den iboende verdigheten ivaretatt. Noen opplever at det endrer beboerne.

”For det gjør de når de kommer på institusjon, så forandrer de seg veldig. De mister litt sånn identiteten mange.” Fokusgruppe, sykehjem B

Etiske utfordringer ved ivaretagelse av ernæringsmessig helse

Deltakerne forteller om utfordringer knyttet til ivaretagelse av en ernæringsmessig helse hos beboerne.

”De aller fleste av våre pasienter er rundt livets slutfase. Altså det er de siste fem ti åra av livet deres. Da mener jeg at den beste maten de kan få, er den maten som skaper trivsel for dem når de lever. Da spiller det egentlig ikke så stor rolle bare de ikke blir underernærte, eller at de får en eller annen sykdom. Eller at du sliter med sår, holder en diabetes i sjakk. At ikke synet blir verre eller smertene i beina øker. Det er sånne ting. Men ellers så er det de liker. Det er tull å tenke forebyggende i forhold til hjerte- og karlidelser. Hvorfor skal en skjære flesket av kotelettene når du synes det er kjempegodt når du er fem og åtti, nitti år. Der er ren galskap! Det liker jeg ikke.”

Fokusgruppe, sykehjem B

Deltakerne forteller at det er en utfordring å få beboerne til å legge på seg. Flere risikofaktorer for utvikling av feil- og underernæring blir tatt opp av flere av deltakerne som demens, marginal hjemmesituasjon over lengre tid, svelgvansker, redusert tannhelse og flere bruker mange ulike medisiner som påvirker appetitt og fordøyelsessystem. Samtidig kommer det frem i fokusgruppene ved sykehjem A at noen av beboerne er opptatt av og ikke å legge på seg og å holde vekten.

Flere av beboerne har dysfagi og grøt kan være den type mat som lages på

sykehjemmet som det er lettest for dem å spise. Samtidig forteller personalet at beboerne ikke bestandig klarer å gi uttrykk for egne ønsker.

”Når folk blir så demente at de ikke skjønner å spise lenger, så må de jo hjelpes i forhold til mating og sånn, så må en prøve seg frem. Hvis folk har svelgparese for eksempel, og problemer med å få i seg maten. Vi har jo endel parkinson pasienter som har hatt problemer med å spise. Da må en jo prøve seg frem med grøter og findelt mat og sånn som hva som fungerer.” Fokusgruppe, sykehjem A

Deltakerne ved sykehjem A tror at antallet av underernærte beboere ved sykehjem vil endre seg når en ny generasjon blir eldre, og diskuterte at det antageligvis vil være enda flere ved sykehjemmet som etter hvert vil være overvektige. Det kommer frem av deltakerne ved begge sykehjem at noen av beboerne i dag er overvektige. I dag er det flere av beboerne som kommer hjemmefra som er underernærte.

Å ta vare på verdighet ved livets slutt

Ved begge sykehjem diskuterer og forteller deltakerne om etiske dilemmaer ved livets slutt. Det er spesielt den terminale fasen som opptar flere av deltakerne. Det å ha appetitt på mat blir oppfattet som et ønske om å leve. Uttrykket ”mett av dage” blir brukt. Det diskuteres i fokusgrupper hva som er en verdig avslutning på livet. Flere forteller at beboerne kan oppleve i siste fase av livet å sulte i hjel, fremkommer det gjennom fokusgrupper ved sykehjem B. Beboerne opplever ikke en rask død. Men flere blir liggende på dødsleiet i lang tid.

”For på en måte, så dør du av sult. Bokstavelig talt altså. Det er sånn. Du blir helt dehydrert. Du får ikke i deg det. Så blir du blir bare klebrig og du skrumper inn. Så er det ingenting igjen altså. Det er jo det som grovt sett skjer altså.” Fokusgruppe, sykehjem B

”Det er slutten av livet og de ...det er sjeldent at de har et sånt akutt hjerteinfarkt. Beboere de dør en død som pleiepasienter, og veldig ofte så er det en demens som hvor det ikke er så mange andre sykdommer som vi klarer å peke på. De dør da en alderdomsdød. Det betyr at de blir liggende i en seng og antagelig først og fremst på grunn av hjernen som ikke klarer å styre legemet. Og da går man jo så klart ned i vekt. Og svelger ikke på samme måte. Man har ikke matlyst på samme måte og man har mye smerter. Det er sånn diffus smerte som man ikke skjønner noe av. De kan rope ”mamma”. De kan vise et ubehag og en atferd som på oss andre virker veldig

ubehagelig. Da går man ned i vekt slik at vektreduksjon er en del av det naturlige livsforløpet her. Dette er den kroniske posten jeg tenkte på. Kronikeren som dør som pleiepasienter. Og det kan ta lang lang tid.” Individuelt intervju, sykehjem B

Pleiepersonalet beskriver ved begge sykehjem at de forsøker å gi beboerne mat, men kan oppleve at beboerne kniper igjen munnene eller spytter ut maten igjen. Det blir en utfordring å forstå hva beboerne egentlig ønsker. Er det da riktig å legge inn en PEG (perkutan endoskopisk gastrostomi)? Skal beboeren få intravenøs væske? Betydningen av å reflektere hva som er årsaken til at beboerne ikke spiser vektlegges på begge sykehjem. Etske dilemmaer oppleves ved begge sykehjem, rundt en verdig avslutning på livet.

4.3.2 Likhet og ikke-diskriminering

Likhet og ikke-diskriminering kan defineres på følgende måte (UNFPA, 2010): *”Alle individer er likeverdige som mennesker og i kraft av den iboende verdighet ved hvert menneskes person. Ingen bør derfor lide diskriminering.”* Diskriminering blir brukt av deltakerne, og det kommer frem at beboerne kan oppleve mobbing. Rettferdig behandling og trygghet blir motpolen til trakassering.

Å støtte mestring og hindre isolasjon

Samtidig som måltidene kan oppleves inkluderende for beboerne er det flere som velger og ikke spise sammen med andre beboere. Flere av deltakerne forteller at noen beboere isolerer seg på rommet når de opplever og ikke mestre måltidssituasjonen. De føler at de ikke passer inn forteller deltakerne. En av årsakene som kommer frem er funksjonsnedsettelse, og en følelse av nedverdiggelse blant beboerne. Andre ønsker ikke å identifisere seg med noen som har demens, og velger å isolere seg på rommet. Noen beboere kan trakassere hverandre, og det er måltidene som er den arenaen ved sykehjemmet hvor alle møtes, at dette kan skje. Begrensing i antall sykehjemsplasser kan bidra til at ikke alle kan velge hvem de deler avdeling eller måltidssituasjon med. Deltakerne gir uttrykk for at så langt det lar seg gjøre, forøker de å tilrettelegge for hvem som kan passe til å sitte sammen ved måltidene. I teksten nedenfor kommer det frem en beskrivelse av hvordan måltidssituasjonen kan oppleves:

”Det er ikke noe sånn hurrameghei på disse frokostbordene. Det er ofte samtaler mellom hver enkelt og pleiepersonell. Det er ikke så ofte det er en dialog mellom pasientene. De kan godt være irritert på hverandre, og det kan være at de ikke fungerer. Noen blir veldig sinte hvis de ikke greier å håndtere maten. Som at syltetøyet detter av. De merker seg at de ikke greier det de skal, og da blir de veldig sinte. Det

misforstår nabomannen og tror de er sinte på dem også. Da blir det sånne småkranglinger ved frokosten.” Individuelt intervju, sykehjem B

På den andre siden forteller også deltakerne at noen kan oppleve en mestringsfølelse ved måltidene. De møter også andre i samme situasjon, og en gjensidighet kan oppstå. Mange eldre har opplevd flere tap, og det å miste funksjon og måtte ta imot hjelp ved måltider kan oppleves som nedverdiggende. Dette kan bli ytterligere forverret når de mobbes av andre beboere. Men gjennom pleiepersonalet kan de bli oppmuntret til å delta ved måltidet, og kanskje møte andre som har vært igjennom det samme. En gjensidig forståelse oppstår. En følelse av mestring og gjenvinning av selvtillit og selvfølelse kan oppstå. Måltidet kan bli et symbol på mestring.

”Det at vi endelig klarer å få dem ut av rommet innvirker på deres helse. De kan ville ha mat på rommet fordi at de kanskje søler litt mye, og fordi de kanskje bruker bare en hånd. Når vi får de ut av rommet kan det gi mestring.” Individuelt intervju, sykehjem B

Økonomiske restriksjoner

Det økonomiske aspektet blir her kort inkludert, da det kan bidra til å illustrere hvilken prioritet eldre har i samfunnet. Om det er en diskriminering innenfor det økonomiske budsjettet sammenliknet med andre statlige institusjoner, blir for omfattende å ta opp i denne studien.

Det kommer frem at økonomiske prioriteringer innenfor mattilbudet gir konsekvenser i form av lite variert mat ved sykehjem B, mens det ved sykehjem A, hvor de selv har ansvaret for å handle inn all mat, påpekes av flere av deltakerne at det aldri har vært ”røde tall”. Spesielle matønsker blir ikke alltid innfridd grunnet økonomiske begrensninger, og ivaretagingen av et tilfredsstillende kosthold blir utfordrende.

”Sykehjemsetaten har to kjøkken. To industrikjøkken. Det ene er på Solvang og det andre er i Silurveien. Og de lager all varmmat til hele kommunen. Jeg skal på et møte nå i neste måned. Og det er for meg et møte som er hårreisende. Kjøkkensjefen åpner med at vi skal komme med innspill og forlange det det måtte være. ”Det kan vi ikke gjøre. Det kan vi ikke gjøre”. Vi får ikke den derre ”fløte-skvetten” som vi ber om. Alt er så tilmålt. Den lille ekstra dæsjen den får du liksom ikke til. Nå vet jeg ikke hvordan det er i andre kommuner. Sykehjemsetaten har for dette året her satt 37,50 til en varmmat, også har vi fått 34,50 til tørrmaten per hode. Sånn at for oss sånn som det er

nå så synes jeg det er veldig vanskelig hvis alle kommer med særønsker, og hvilke dilemmaer er det du kommer opppe i da. Skal du da bare ta service og kvalitet mot beboer eller avfeie og se på budsjettet. Så dette er et tema, og jeg tror ikke det er annerledes andre steder.” Fokusgruppe, sykehjem B

Flere av deltakerne ved sykehjem B forteller om en beboer som får palliativ behandling og som ikke fikk sine matønsker oppfylt og respektert. Personalet ønsket å respektere hennes matønsker, og ser da som eneste mulighet til å handle på butikken ved siden av sykehjemmet fra egen lomme.

”Vi har en kreftsyk pasient. Vi har sagt at hun ønsker kiwi. Og hun ønsker bonaqua. Hun får da ikke kiwi hun. Hun er så tykk. (viser en liten sirkel med tommel og pekefinger mot hverandre) og full av kreft. Og vi må slåss for å få hver kiwi og bonaqua. Det er ikke noe hyggelig. Du føler at du liksom spør om å få noe til eget bruk på en måte, og det er unødvendig. Vi har ikke så mange som er SÅ syke som henne. Det har vi tatt opp eks antall ganger at det burde egentlig komme opp. Så det er ikke lett. Ønskekost er ikke enkelt.” Fokusgruppe, sykehjem B

En fleksibilitet ved mattilbudet som beskrives på sykehjem A, fremstilles om ikke-eksisterende ved sykehjem B av flere av deltakerne. Personalet opplever frustrasjon, og maten og måltidene blir et symbol som illustrerer en nedprioritering av eldre mennesker i et samfunn. Det skapes utfordringer for personalet ved ivaretagelsen av et fullverdig kosthold for beboerne. Sitatene nedenfor illustrerer utfordringer ved å kunne gi beboerne et variert kosthold, og et kosthold etter matpreferanser.

”De har kjøpt inn blendere i forhold til smoothie og sånn, og det var jo en stor kampanje her i fjor, men vi har jo ikke ingredienser.” Fokusgruppe, sykehjem B

”En pasient ytra veldig ønske om at han hadde lyst på en skikkelig biff. Det er liksom ikke helt stedet å ønske seg det. Men det lar seg gjøre å kjøpe inn, og gjøre det for en. Man kan eller at man gjør det. Men så har vi det da med økonomien som trykker det litt ned i tillegg. For at de kutter på det. Vi har jo ikke råd til å kjøpe inn så mye spesielle ting.” Individuelt intervju, Sykehjem B

4.3.3 Deltakelse og inkludering

”Alle mennesker har rett til å delta i og ha tilgang til informasjon knyttet til beslutningsprosessene som påvirker deres liv og trivsel.” (UNFPA, 2010). I FNs prinsipper

for eldre defineres deltakelse på følgende måte: "Eldre skal forbli integrert i samfunnet, delta aktivt i utforming og gjennomføring av politikken som direkte angår deres velferd, og dele sine kunnskaper, ferdigheter og erfaringer med yngre generasjoner."

Prinsippene er nært knyttet til hverandre. Deltakelse og inkludering vil gjelde både personalet og beboerne, men fordrer også empowerment som kommer i neste kapittel. Samtidig som deltakelse kan bidra til å gi empowerment.

Å fremme fellesskap

Fellesskapet mellom beboerne kommer frem ved måltidene. Deltakerne ved sykehjem A vektlegger at beboerne kan spise frokost når de vil. Det er uenigheter blant personalet om hva som er best av en fast tid eller "fleksitid". Noen mener at enkelte beboerne kan bli engstelige for andre beboere som ikke har kommet til frokosten enda ved fleksitid, og spør om de har blitt dårlige eller om det har hendt dem noe. Det kommer frem at ved en avdeling ved sykehjem A er det en gruppe som spiser frokost sammen hver dag.

"Vi har en gruppe som hver dag spiser frokost sammen, som ønsker det fellesskapet. Så får de nesten panikk hvis noen komme litt senere, og spør: "Har de andre gått?"

Fokusgruppe, sykehjem A

En forteller at det tidligere var et fast tidspunkt ved frokost, men at det er svært hektisk om morgenen. Noen beboere stod opp flere timer tidligere enn frokosten, men ble sittende å vente til frokosten var klar og til alle beboerne var stelt.

Måltidene er de faste og trygge holdepunktene gjennom dagen. Måltidene blir mer enn mat, det er fellesskap og en møteplass. For noen er det høydepunkter gjennom dagen, og de eneste gangene de ser andre mennesker eller blir sett.

Matomsorgen og fellesskapet strekker seg utenfor husets fire vegger ved sykehjem A. På hverdagene er det et ti talls eldre mennesker fra nrområdet som kommer på middag, og rundt tjue personer i helgene. Dette kan også ses på som inkludering.

"Kjøkkenet her holder jo liv i en del gamle mennesker i nrområdet også da. Og de som kommer hit, det er den middagen de spiser. De spiser ikke middag hjemme."

Individuelt intervju, sykehjem A

Noen av beboerne kan også gi uttrykk for hvordan den sosiale rammen skal foregå ved måltidene. Og måltidene blir en arena for oppdragelse.

”Vi har jo en del demente som sier og gjør rare ting. De kan få tilsnakk av de som sitter ved siden av at det var uhøflig, og vi må sitte til alle er ferdige. De er opptatt av de gamle reglene for hvordan et måltid skal være. Det kommer tilbake da.”

Fokusgruppe, sykehjem A

Ved sykehjem A vektlegger kjøkkenpersonalet at det er vesentlig med tilbakemelding fra beboerne for å kunne tilby mat som de foretrekker, og deres deltakelse og innflytelse blir aktivt oppsøkt. Det ligger begrensninger i å kunne delta når middagen lages utenfor huset og kommer ferdig servert. Samtidig blir det liten innflytelse over menyen fra personalet eller beboernes side.

Det hygieniske måltidet

Det er flere av deltakerne som reflekterer og tar opp temaet hygiene i forbindelse med måltidet. Det kan virke som om beboeren blir betraktet som ”urene”, og av den grunn ikke kan delta i tilberedningen av måltidene til alle. Det blir pleiepersonalet som tilbereder maten.

”Vi får maten ferdig laga i sanne bokser. Det er vel ikke helt gunstig at pasientene er med og tilbereder mat heller. Egentlig. Sånn i forhold til basilusker, og nå som vi har norovirus. Hvis for eksempel en pasient hadde hatt det. Selv om han hadde vaska hendene så hadde alle fått det på en måte. Så det gjelder oss og selvfølgelig. Men jeg vil ikke at de skal blande seg bort i alle andres mat liksom.” Fokusgruppe, sykehjem B

Verken pårørende eller pasientene gis mulighet til å forsyne seg fra skapene på kjøkkenet.

”De som driver med mat må være eller vite at de er rene på fingrene sine. Det er jo ofte pasienten og men det er ikke alle som sitter ved bordet som synes at det er så allright å vite at det er noen som har stått og skjært ost som kanskje sitter i en rullestol. Det er ikke alt som er like reint hele tiden på en rullestol. Derfor blir det at personalet tar i det. Så har vi policy her at hverken pårørende eller pasienter skal inn i noen skaper eller kjøleskap pga hygiene.” Individuelt intervju, sykehjem B

Deltakelse kan fremmes på andre måter med stort fokus på hygiene. Flere av deltakerne ved begge sykehjemmene forteller at maten blir satt frem på bordet slik at det skal være lett for beboerne å forsyne seg eller sende mat til hverandre. Samtidig understrekes det ved sykehjem B at flere av beboerne ikke makter å sende matfat til hverandre under måltidene, men setter

pris på å få maten servert. Det blir utfordrende å skulle tilrettelegge for deltakelse for beboerne som ikke ønsker eller har overskudd til å kunne delta i dagligdagse gjøremål.

4.3.4 Empowerment

I FNs prinsipper om eldre kan følgende beskrivelse relateres til empowerment:

”Eldre skal ha mulighet for å omfattes av menneskerettigheter og grunnleggende frihet når de bor i institusjon, mottar annen form for omsorg eller får behandling, - inkludert full respekt til å ta beslutninger om egen omsorg og kvaliteten av eget liv.” I denne studien vektlegges empowerment som en mulighet til å influere beslutningsprosesser med betydning for eget liv. Men dette angår ikke bare beboerne. Hvilken mulighet personalet har til å påvirke beslutningsprosesser som har betydning for beboerne vil også trekkes inn i dette kapittelet.

Et hjem eller en arbeidsplass?

”De bor på en arbeidsplass. Det gjør de.” Fokusgruppe, sykehjem B

Kan måten beboerne blir omtalt på si noe om deltakernes holdninger til de som bor på sykehjemmet? Eller kan det si noen om en kultur ved sykehjemmet og hvordan personalet ser sin rolle? Er det beboernes hjem, eller er det personalets arbeidsplass? Er det rutiner som styrer hverdagen eller er det beboernes impulser som blir hørt? Hva skjer med beboerne i en rutinstyrt hverdag hvor personalets arbeidsoppgaver står i sentrum?

Samtidig som måltidene rommer fellesskap, er det også styrende for døgnrytmen til beboerne. Dagen blir lagt opp *etter* måltidene. De blir regulerende for når beboerne skal stå opp og legge seg. Ved sykehjem A kan beboeren i større grad velge når de vil spise. Ved sykehjem B er det de fastsatte tidene som gjelder. Ved begge sykehjem kan nattfasten bli svært lang for enkelte beboere. Det blir likevel sårbart ved sykehjem B hvor beboerne må vente til alle er stelt på morgenen før frokosten er klar.

”Og da hvis det er noen som må jobbe med en kollega som jobber tregere en dag, så blir de veldig stressa fordi ”nå har ikke hun stått opp og spist frokost.” Selv om de har fått frokost på senga. Så er ikke det bra nok liksom. De skal være oppe. Det er de rutinene vi har lagd oss og de vanene vi har. De sitter i veggene. Vi har lært oss til at dette skal gå sånn, vi skal jobbe sånn. De klarer ikke å finne roen når ikke alle pasientene er stelt.” Individuelt intervju, sykehjem B

Ved begge sykehjemmene blir beboerne beskrevet og omtalt på flere ulike måter. En omtaler de som både pasienter og beboere. Beboerne gis med ulike navn ulike roller. Hvordan

beboerne omtales fremstår ulikt ved de to sykehjemmene. Ved sykehjem B omtaler de aller fleste beboerne som *pasienter*. Ved sykehjem A er det flere som omtaler beboerne som beboere, men det blir også presisert at de er autonome personer med selvbestemmelsesrett. Selvbestemmelsen kommer til uttrykk gjennom å tilrettelegge for hva beboeren selv ønsker ved måltidene gjennom *hva de ønsker å spise, med hvem og når*.

”Når du tar opp det der, så har du jo det dilemma der når du snakker om feil- og eventuelt underernæring. Og ensartet kost. Men hvis alt annet kommer i retur. Så må kanskje ho få loff med rabarbra syltetøy eller appelsin. Sånn er jo det tross alt. Det har jo også med, alt som ligger bak der. Det med å behandle de med respekt, vi definerer de som autonome personer, og da har du jo selvbestemmelse. Og det må jo ligge selvfølgelig i bunn.” Fokusgruppe, sykehjem A

En av deltakerne sier også *vi mennesker*, og blir med det likestilt med beboerne. Den heterogene gruppen beboere blir ved begge sykehjemmene i stor grad generalisert gjennom flere av intervjuene. Noen kaller beboerne *eldre, demente*, eller *den generasjonen*, eller *krigsgenerasjonen*. Når det er noe beboerne liker eller ikke, så blir det ofte forklart av deltakerne ut ifra den generasjonen, eller *alle* eldre. Flere av deltakerne gir uttrykk for at noen av beboerne opplever det som tungt å være på sykehjem, og at flere ikke er fortrolig med sin nye rolle eller sitt liv.

”Du snakker med de som ikke er så veldig demente. Noen av de er veldig sinte og det virker som om de er veldig redde for å bli kategorisert som de andre. Så de isolerer seg på rommet. Men de er sinte på at de er blandet med demente pasienter. Det kan virke litt sånn kynisk noen ganger. For oss som ikke er inne i det samme miljøet så kan det virke som det er en syting som ikke er riktig på en måte. At det da er litt diskriminerende som man kaller det. Men det kan vel være at man kan forstå det. Hvis jeg var her resten av livet, og det kanskje ikke var noe håp så kunne jeg ha blitt veldig rasende på det miljøet jeg var i ja.” Individuelt intervju, sykehjem B

Det kan virke som om det å bo på sykehjem innebærer for mange å innrette seg etter rutinene eller arbeidsdagen til de ansatte ved sykehjemmet eller ved hver enkelt avdeling. Flere forteller at beboerne har liten innflytelse på sin egen hverdag. Dette kom tydeligere frem ved intervjuene med deltakerne ved sykehjem B.

”Det blir jo litt sånn at. ”Når du blir gammel og grå og ingen vil ha deg, så sett deg på sykehjem og la reglene ta deg!” Fokusgruppe, sykehjem B

”For jeg hørte noen damer som satt bortenfor kontoret mitt da. Også sier de det ”nei, nå var de sultne, nå fikk de håpe på at de ble frokost snart. Nei, men du nå går de inn. Nå skal de dusje ho Anna. Neimen, da tar det lang tid da. Da blir det lenge å vente”. Da tenkte jeg gudavmeg, det er sånn at man kunne dusja ho etterpå. For de vet godt hva som skjer på de forskjellige romma. De ser på utstyret hva som skal skje. Så da var håpet ute. ”Og nei, nå skal de dusje ho Anna. Nå blir det lenge til mat.”

Fokusgruppe, sykehjem B

”Vi har frokost på morgningen sånn i ni halv ti tiden, og vi har middag kl 13:30, og det er kvelds kl 18. Så er det noe kaffe innimellom der. Men hvis det er noen som er sultne utover det så får de jo en brødkive eller to. Det er jo ikke sånn at ”nei du får ikke lov”. Og noen får også lov til å ligge lenger å spise frokost senere. Men i hovedsak så er det de satte tidene som gjelder.” Individuelt intervju, sykehjem B

Ved begge sykehjemmene nevnes det flere ganger, ”at det må de få lov til eller det burde de få lov til”. Det er uklart hvem som gir beboerne lov eller lager reglene. Det kan nærmest virke som det er alle andre enn beboeren selv som gir lov eller lager retningslinjene ved sykehjemmene.. Flere sammenlikner beboerne med barn og noen sammenlikner sykehjemmet med en barnehage. Satt i en sammenheng med å gi lov kommer det frem en umyndiggjøring hvor beboerne har liten eller ingen innflytelse over eget liv. Dette illustreres i boks 3.

Boks 3

Fra fokusgruppe sykehjem B

Moderator: I hvilken grad kan beboerne selv velge hva de skal spise?

D4: Det kan de ikke.

D5: Nei, det kan de ikke.

D4: Til brødmåltidene kan de velge ganske mye, men middagen kan du jo ikke velge.

D5: Vi får jo en meny for hele uka. Eller flere uker.

D4: Vi har valgt og ikke å lage matkardeks fordi at hvis det står at hun liker to halve syltetøy en kopp te og kefir. Så får hun alltid det. Derfor har vi valgt og ikke å lage sårne.....Sånn at de får lov å spise det de vil. Velge det de vil ha av det som er.

D5: Det er jo noen som ikke liker det og det og det til middag. Det gir vi alltid beskjed om. Den vil ikke ha fisk eller den liker grøt. Da får vi noen alternativer. Men det er det eneste.

D4: *Det er ingen hos oss som liker fisk. Hvis en ikke liker det, så liker ikke noen andre det heller.*

D5: *Det er sånn barnehage.*

D4: *Det er en som kan bestemme hva alle spiser. Hvis det er en som ikke vil ha fisk, så vil ikke noen ha fisk. Så da når vi bare får to alternativer som skal deles på åtte. Det går jo ikke. Så blir de sure, og så går de fra maten.*

D5: *De går i sinne. "Jeg vil ha kjøtt".*

D4: *"Hvorfor får ikke jeg kjøttkaker? Jeg har sagt det flere ganger at jeg ikke vil ha fisk."*

Flere av deltakerne med lang fartstid fra arbeid ved sykehjem forteller at beboerne i dag er sykere og mer pleietrengende. Det er også flere og flere som har en demenssykdom.

"Før så kom de jo inn med kofferten spaserende inn og her skal jeg bo liksom. Nå kommer de på bære og er kjempesyke." Fokusgruppe sykehjem B

Ved sykehjem A forteller deltakerne om ressurssterke pårørende, og det blir vektlagt at historien som beboeren har er viktig og verdifull. Ved sykehjem B kommer det frem at de skulle ønske at det var større brukermedvirkning. Men beboerne blir ikke alltid hørt.

"Ja. De skal jo avslutte livet sitt her. Sannsynligvis. De aller fleste av de i hvertfall de som er på langtid. De bør føle at de har selvbestemmelse og medbestemmelse. Absolutt.men de føler kanskje ikke alltid at de har det. Nå skal jeg ikke si hva de mener og føler, men de er jo gitt våre rutiner og våre vaktsystemer. Det kunne sikkert vært bedre." Individuelt intervju, sykehjem B

Ved sykehjem A diskuteres det blant alle yrkesgruppene beboernes personlige preferanser innenfor mat og måltider, og historien beboeren har blir vektlagt.

"De blir også fulgt opp når du har inntakssamtale da kan man komme inn på det. Hva har de likt å spise før og en del sånne ting. Men når noen sjøl ikke kan gi uttrykk for det, da er det mulig å bruke pårørende." Fokusgruppe, avdelingssykepleiere sykehjem A

"Vi har en oversikt på kjøkkenet over hver enkelt pasient. Det er det jeg har skrevet som kostholdsansvarlig i avdelingen. Det er sånn at det skal vær lett for de som er nye som ikke da behøver å gruble over hva den personen skal ha. Bare kort hva den personen liker og skal ha. Hva den personen drikker og spiser. Om det er moset mat om det er diabetiker. Det hjelper å huske når det er noen nye som kommer. Når du

lager mat til fem stk du husker ikke hva slags vaner de har. Vi oppdater den lista hver måned. Om det er korrekt og om det stemmer.” Fokusgruppe hjelpepleiere, sykehjem A

Ved sykehjem B kommer dette ikke like tydelig frem om beboernes preferanser og eventuelle ønsker blir tatt hensyn til i like stor grad som ved sykehjem A.

”Det skulle vært økt selvbestemmelse da. At de egentlig selv kunne få si hva de ville, og at det ble ivaretatt altså. Imøtegått. Det hjelper lite å spørre hvis det buttrer i mot på reglene altså.” Fokusgruppe, sykehjem B

Ved sykehjem B er det flere deltakere som gir uttrykk for at de skulle ønske at det var en større fleksibilitet og mer brukermedvirkning. Ved begge sykehjem er det oftest ledelsen som foreslår nye tiltak eller kommer med forslag til endringer.

Det er flere utfordringer knyttet til en aktiv deltakelse fra beboerne. Generasjonen som er på sykehjemmet nå blir beskrevet som en ”takknemlig generasjon” ved begge sykehjemmene. Det er få som klager. Ved sykehjem A er det ofte pårørende og barna til beboerne som sier ifra om hvordan de ønsker at foreldrene skal bli ivaretatt.

Påvirkningsmulighetene virker større for beboerne ved sykehjem A sammenliknet ved sykehjem B. Et eksempel bidrar til å illustrere det. Planene om nedleggelse av kjøkkenet ved sykehjem A stanset umiddelbart etter et besøk av et eldrebyråd ved sykehjemmet. En som daglig spiste sin middag ga klar beskjed om hva som var i ferd med å skje. Noe som resulterte i at planene om nedleggelse av kjøkkenet nå foreløpig er lagt på is.

4.3.5 Innsyn, ansvarliggjøring og respekt for loven

Norge er forpliktet til å *respekttere, beskytte og oppfylle* folks rettigheter. På vegne av staten har ulike aktører, som ansatte i kommunen, ansvaret for å bidra til realiseringen av menneskerettighetene og retten til mat. For å kunne realisere rettighetene kreves innsyn, ansvarliggjøring og respekt for loven. I FNs prinsipper om eldre kan følgende beskrivelse av deltakelse relateres til innsyn. *”Eldre skal forbli integrert i samfunnet, delta aktivt i utforming og gjennomføring av politikken som direkte angår deres velferd, og dele sine kunnskaper, ferdigheter og erfaringer med yngre generasjoner”.*

Å fremme innsyn og ansvarliggjøring

Det kan virke som om det er muligheter for økt innsyn ved sykehjem A enn ved sykehjem B. Det er flere forum hvor personalet og ledelse møtes for å kunne diskutere saker som angår

beboerne. Dette etterlyses ved sykehjem B.

Ved begge sykehjem er de fleste enige om at det er lederne som kommer med forslag eller initiativ til endring av rutiner. De som tilbringer *minst* tid sammen med beboerne kommer med forslag til endringer eller nye rutiner som angår beboerne. Ved sykehjem B oppfattes en sterk misnøye med at de ikke blir spurt om hva som angår deres arbeidshverdag eller tatt med på råd når de påpeker at de kjenner beboerne aller best og taler deres sak. Det kommer frem gjennom intervjuene at deltakerne ved sykehjem B uttrykker at det er ”noen andre” som har ansvaret for den ernæringsmessige helsen til beboerne. På sykehjem A kommer det tydeligere frem hvem som har ansvaret for hva for å kunne ivareta beboernes ernæringsmessige helse. Det kan virke som om de med størst faglig kompetanse, er de som er minst sammen med beboerne ved begge sykehjemmene.

Ved sykehjem B blir det diskutert at det ikke er så lett for beboerne å klage. Et asymmetrisk forhold mellom pleier og beboer oppstår. Beboerne er avhengig av god omsorg. Det er en utfordring å gi beskjed om at noe ikke er bra nok. Deltakerne ga uttrykk for at flere kvier seg for å spørre om hjelp. Samtidig er det et fellesskap beboerne imellom. De tror at andre trenger mer hjelp enn de selv, eller at personalet ikke har tid til å hjelpe dem eller er opptatt.

Respekt for loven og deltakernes persepsjon av hva retten til fullgod mat innebærer

Alle deltakerne har hørt om menneskerettighetene, og uttrykker at alle har rettigheter. Flere ytrer at det er mye rettighetsbasert arbeid på sykehjem, men de har ikke tidligere sett det i sammenheng med menneskerettighetene. Helsepersonelloven og pasientrettighetsloven blir nevnt av noen av deltakerne. Det blir også diskutert i en av gruppene ved sykehjem B at det er stort fokus på personalets rettigheter, ofte med en konsekvens av at når nye rutiner på sykehjemmet skal på plass er det oftere av hensyn til personalet enn til beboere.

Flere forteller at de ikke nødvendigvis har tenkt på menneskerettigheter i sammenheng med mat og helse tidligere, men har hatt en forestilling om at menneskerettighetene dreier seg om enda mer alvorlige temaer som tvang eller etiske dilemmaer ved livets slutt. At menneskerettighetene skulle angå dem i deres arbeidshverdag er det flere som ikke har tenkt på. I boks 4 illustreres noen av refleksjonene som kommer frem i en av fokusgruppene om hva retten til mat kan innebære.

Boks 4

Fra fokusgruppe sykehjem A

Moderator: Jeg vil til slutt høre om dere har hørt om noen menneskerettigheter i forhold til mat og helse? Har dere hørt noen definisjon på det?

D6: Alle har rett til mat.

D7: Det har jeg også hørt om.

D6: Alle har rett til mat og drikke.

D7: Alle har rett til å velge hva de vil spise og drikke tror jeg at jeg har vært borte i.

D6: Friskt vann og mat

D7: Ja, mm.

Moderator: Hvordan kan dere knytte dette opp mot det vi har snakket om i dag?

D6: Vi bruker jo det gjerne i hverdagen det begrepet. Alle har rett til å få mat. Det er sånn man tenker til daglig. Du følger jo med og ser. Har alle fått mat, den er på rommet og den er her. Ikke sant. Har den fått mat, har den fått mat?

D7: Jeg kommer ikke på noe annet jeg.

D6: Det ble ikke sagt så mye på skolen angående det. Det var mer fokus på selve ernæringen da. Hva den inneholder. Det var det jeg husker fra den tiden jeg var på skolen da.

Noen uttrykker at temaet menneskerettigheter høres stort og alvorlig ut, men at de ikke har tenkt tidligere at krenkelse av menneskerettigheter skjer i Norge. En av deltakerne mener at beboerne blir krenket hver dag og understreker at det er brudd på menneskerettighetene. Det blir tatt opp at medisiner blir ”lurt i” beboerne gjennom maten i en av fokusgruppene ved sykehjem B, dette overrasker de andre i gruppen. Det blir diskutert at krenkelse av rettighetene skjer, men at de jo ønsker beboernes beste. Når de legger medisiner i maten, er det fordi beboerne trenger medisinene.

Det er flere meninger om hva retten til mat innebærer. Flere mener at det handler om å kunne velge hva hver enkelt beboer vil spise med tanke på smak, få tilpasset kost ved allergi eller ved sykdom. Ved sykehjem A snakker flere av deltakerne om respekt for beboerne og retten til å kunne velge hva slags mat de ønsker. Noen påpeker at alle som trenger det må få nok hjelp til å få i seg tilstrekkelig med mat og drikke. Men dette blir ikke alltid ivaretatt ved sykehjemmet. En mener at maten må være trygg og fri for sykdomsfremkallende bakterier. I boks 5 kommer det frem i en av fokusgruppene utfordringene ved å realisere retten til mat for beboerne.

Fra fokusgruppe sykehjem B

D8: *Det skulle egentlig være lov å bestemme når du skulle spise middagen din selv men.*

D9: *Jaa. Jaa.*

D8: *Frokosten og for den saks skyld.*

D10: *Ja, hva du skal spise og om du skal spise.*

D9: *Friheten til å velge vet du. Den har falt bort.*

D11: *Det er en menneskerett det å kunne velge.*

D8: *Vi hadde jo en dame, og hun spiste jo halv tre og tre. Og hun gjorde jo det. Og det var jo det med å varme opp igjen da. Men "Det er ikke så nøye" som hun sa. "Jeg kan spise kald mat jeg".*

D9: *Stakkars.*

D8: *Det er det at du egentlig ikke kan bestemme når du skal spise middagen, frokosten eller kveldsmaten. Men etter en stund så blir det en vane. Men ti på seks så kommer de rullende. Da er det kveldsmat. Eller halv to, da er det middag. Det blir innlagt inni her det vet du.*

D10: *De prøver seg når de kommer, men etter hvert så faller de inn i mønsteret.*

Men samtidig er det flere av de samme utfordringene ved begge sykehjemmene. Når menneskerettighetene blir diskutert i fokusgruppene, beskriver flere etiske dilemmaer. En mener at menneskerettighetene bør handle om livskvalitet og en verdig avslutning på livet. Det blir diskutert hva som skjer når beboere ikke ønsker å leve lenger. Flere mener at beboerne ikke skal bli "tvangsmata" i den aller siste fasen i livet, og at det burde være en menneskerett.

Deltakerne ved sykehjem A forteller at de opplever at retten til mat blir ivaretatt ved sykehjemmet, men at begrensede ressurser gjør at det må planlegges i god tid når beboeren ønsker å spise på kafé eller restaurant. Flere beboere har gått ut av sykehjemmet på egenhånd, og gått seg bort. Det diskuteres at ved sykehjem A at det er stor fleksibilitet siden de har eget kjøkken. Alle mener at beboerne er fornøyd med maten, og at det finnes valgmuligheter.

4.4 Sammenlikning av de to sykehjemmene

I forrige kapittel ble dataanalysen presentert fra begge sykehjem gjennom menneskerettighetsprinsippene. Det er flere utfordringer og muligheter ved sykehjemmene. I dette kapitlet vil data fra sykehjemmene bli presentert i en komparativ analyse.

En sammenlikning av verdighet

Flere utfordringer og muligheter blir beskrevet ved begge sykehjemmene relatert til verdighet. Dette illustreres i tabell 5.

Tabell 4. Muligheter og utfordringer ved ivaretagelse av verdighet

	<i>Sykehjem A</i>	<i>Sykehjem B</i>
<i>Muligheter</i>	Respekt for beboernes matønsker Ernæring i den terminale fasen God atmosfære ved måltidene	Støtte mestring God stemning ved måltidene
<i>Utfordringer</i>	Ernæring i den terminale fasen God atmosfære ved måltidene Risikofaktorer hos beboerne	Ernæring i den terminale fasen God atmosfære ved måltidene "Eldrevennlig" mat

Det som vektlegges ved begge sykehjem er det essensielle av at personalet sitter sammen med beboerne og spiser og deltar under måltidet og lager en god atmosfære. Men ved begge sykehjem er det utfordringer knyttet til tidspress på morgenen og muligheten til å kunne sitte sammen med beboerne ved frokosten. Samtidig kommer det frem at flere av beboeren gruer seg til helgen når det er ukjent personalet på jobb. Det fremkommer ved begge sykehjem fra deltakerne at respekt for beboernes matønsker relateres til ivaretagelse av beboernes verdighet. Det fremkommer av intervjuene at dette er lettere gjennomførbart ved sykehjem A med eget kjøkken på huset. Ved sykehjem B fremkommer det gjennom intervju med deltakerne at beboerne har få valgmuligheter utenom den fastsatte menyen. Samtidig er det flere av deltakerne som beskriver middagen som "lite eldrevennlig". Beboerne gir uttrykk for at middagen kan være vanskelig å tygge med tannproteser og at maten ikke er kulturelt akseptabel. Det er ikke rom for å innfri individuelle ønsker, og liten variasjon og fleksibilitet ved mattilbudet. Flere av deltakerne beskriver at de noen ganger kan være flau over maten de serverer beboerne.

Ved begge sykehjem beskriver deltakerne utfordringer knyttet til ivaretagelse av

beboernes ernæringsmessige helse. Det beskrives som utfordrende å få beboerne til å legge på seg. Flere kommer hjemme ifra med undervekt. Ernæring i den terminale fasen blir beskrevet som utfordrende med flere etiske dilemmaer ved begge sykehjemmene. Betydningen av å diskutere etiske dilemmaer i livets siste fase vektlegges ved begge sykehjem.

En sammenlikning av likhet og ikke-diskriminering

Flere utfordringer og muligheter blir beskrevet ved begge sykehjemmene relatert til likhet og ikke-diskriminering. Dette illustreres i tabell 5.

Tabell 5. Muligheter og utfordringer ved likhet og ikke-diskriminering

	<i>Sykehjem A</i>	<i>Sykehjem B</i>
<i>Muligheter</i>	Støtte mestring Fleksibilitet i mattilbud Fleksibel frokost	Støtte mestring
<i>Utfordringer</i>	Trakassering Isolasjon	Trakassering Økonomi

Deltakerne forteller at de tilrettelegger måltidene for en heterogen gruppe og med ulik fysisk og mental helse. Beboerne som deler måltidene sammen kan ikke alltid bestemme selv hvem de ønsker å sitte sammen med, selv om deltakerne forteller at de forsøker å tilpasse dette så langt det lar seg gjøre. De har ingen innflytelse over hvem som får plass og skal bo ved sykehjemmene. Det fremkommer gjennom intervju ved begge sykehjem at flere av beboerne kan mobbe og trakassere hverandre, og med måltidene som den arenaen hvor alle møtes er det da dette skjer. Beboere kan oppleve å bli støtt ved måltidene og velger derfor å isolere seg på rommet. Noen av beboerne velger ved begge sykehjemmene å spise på rommet, og de er da trolig alene. Det blir lite verdig når enkelte beboere velger å isolere seg på rommet fordi de kanskje opplever å være utrygg. En av deltakerne ytrer at når så mange mennesker bor så tett sammen er det naturlig at det blir gnisninger mellom beboerne. På den

annen side kan beboerne oppleve mestring ved måltidene når de møter andre i samme situasjon som dem og oppleve en likhet og et fellesskap.

Ved sykehjemmene er det ulik fremstilling av den økonomiske budsjetttrammens innflytelse på valgmuligheter og fleksibilitet innenfor mattilbudet. Ved sykehjem A fremstilles det at innsparinger skjer gjennom andre tiltak enn matutvalget for beboerne. Ved sykehjem B kommer det tydelig frem gjennom intervjuene at den økonomiske budsjetttrammen for mattilbudet er for lav til å kunne gi et variert og fullgodt tilbud til beboerne.

En sammenlikning av deltakelse og inkludering

Flere utfordringer og muligheter ved begge sykehjemmene kan knyttes til deltakelse og inkludering. Dette illustreres i tabell 6.

Tabell 6. Muligheter og utfordringer ved deltakelse og inkludering

	<i>Sykehjem A</i>	<i>Sykehjem B</i>
<i>Muligheter</i>	Fellesskap Inkluderer nabolaget Fleksibel frokost	Fellesskap
<i>Utfordringer</i>	Hygiene	Hygiene Innflytelse meny

Ved begge sykehjem fremstilles som tidligere nevnt et fellesskap hvor måltidene blir den arenaen hvor beboerne ser andre mennesker og blir sett selv. Ved sykehjem A blir også nabolaget inkludert. Dette kan ses på som et inkluderende fellesskap som strekker seg utenfor sykehjemmet og til samfunnet. Fleksibel frokost ble innført for å bedre situasjonen på morgenen som var fylt med stress for personalet, og for at beboerne ikke skulle sitte i flere timer og vente på mat.

Det kommer frem ved begge sykehjem at hygiene er en av årsakene til at beboere ikke deltar ved tilberedning av måltidene. De fremstilles som urene. Heller ikke pårørende har tilgang til kjøkkenet.

Deltakerne forteller om flere måter å delta på. Ved måltidene settes det frem pålegg og det tilrettelegges for at beboerne kan sende pålegg til hverandre som bidrar til et inkluderende fellesskap. Ved sykehjem B er det utfordringer knyttet til menyen, og deltakerne forteller at de har liten innflytelse til å kunne påvirke menyen når beboerne ytrer ønsker til den.

En sammenlikning av empowerment

Det er flere utfordringer men også muligheter som skildres for fremming av empowerment hos beboerne og deltakerne ved begge sykehjem. Dette illustreres i tabell 7.

Tabell 7. Muligheter og utfordringer ved empowerment

	<i>Sykehjem A</i>	<i>Sykehjem B</i>
<i>Muligheter</i>	Et hjem	
<i>Utfordringer</i>	Takknemlig generasjon	Takknemlig generasjon Arbeidsplass

Kategoriene hjem eller arbeidsplass kom frem av analysen. Samtidig som dette er en arbeidsplass kan dette virke overstyrende for en hverdag hvor beboerne får liten innflytelse. Det kommer frem at beboerne blir institusjonalisert ved sykehjem B, og at flere forandrer seg etter at de flytter dit. Beboerne tilpasser seg rutinene, og måltidene er tilpasset turnusen til personalet. En brukermedvirkning blir etterspurt fra beboerne og ønsket fra personalet. Det er få forum hvor dette er mulig forteller deltakerne. Det kan virke som om dette ikke bare gir en trygghet hos beboerne, men også gir en større fleksibilitet og påvirkning hos personalet.

Ved sykehjem B kan personalet bli styrt eller fanget av egne rutiner. En vanskelig situasjon oppstår hvor de ønsker at det skulle være annerledes og mer fleksibelt, men fortsetter med den vante og trygge rutinen som gir liten påvirkningsmulighet til endring.

Samtidig er det en utfordring ved begge sykehjem at beboerne fremstår som en

takknemlig generasjon. De gir inntrykk av at beboerne stort sett er fornøyde. Noen av deltakerne som beskriver et asymmetrisk forhold mellom pleier og beboer hvor beboeren er avhengig av god omsorg og kan kvie seg for å gi uttrykk for endring eller hjelp.

En sammenlikning av innsyn, ansvarliggjøring og respekt for loven

Det er flere utfordringer men også muligheter som skildres ved innsyn, ansvarliggjøring og respekt for loven. Dette illustreres i tabell 8.

Det er flere forum hvor personalet og ledelse møtes for å kunne diskutere saker som angår beboerne ved sykehjem A. Dette etterspørres ved sykehjem B. En ansvarsforvirring blir beskrevet ved sykehjem B med tanke på ansvarsfordeling for beboernes ernæringsmessige helse. De færreste av deltakerne ved begge sykehjemmene hadde hørt om menneskerettighetene i sammenheng med mat. Temaet ble tatt opp i fokusgruppene og ved de individuelle intervjuene, som førte til en diskusjon i fokusgrupper og en refleksjon ved de individuelle intervjuene.

Tabell 8. Muligheter og utfordringer ved innsyn, ansvarliggjøring og respekt for loven

	<i>Sykehjem A</i>	<i>Sykehjem B</i>
<i>Muligheter</i>	Møter med ledelse og personalet	
<i>Utfordringer</i>	Asymmetrisk relasjon Ethiske dilemmaer	Asymmetrisk relasjon Ethiske dilemmaer Ansvarsfordeling

4.5 Oppsummering av resultater

Resultatene fra studien viser at måltidene har en stor betydning i sykehjem. Deltakerne var entydige i å betrakte måltider som et høydepunkt i beboernes hverdag. Likevel, viser studien at rammene rundt måltidene ikke er tilstrekkelig for å oppnå målet med retten til fullgod mat. Rammene rundt måltidene styres av strukturelle faktorer som turnus og økonomi fremfor beboernes rettighet til mat. Disse rammene utfordrer ivaretagingen av beboernes iboende verdighet.

De færreste beboerne deltar i forberedelser til måltidene, men deltakerne tilrettelegger for deltakelse ved måltidene. Beboerne er stadig sykere ved sykehjem og en heterogen gruppe

som nå bor sammen. Deltakerne beskriver at beboerne kan trakassere hverandre ved måltidene, som er den arenaen hvor alle møtes. Det er fordel når personalet er til stede ved måltidene, men tidspress fører til at det ikke alltid gjennomføres.

Sykehjemmene skildres både som en arbeidsplass og et hjem. Det kan gi konflikter mellom ulike hensyn. Videre viser studien at ulike organisatoriske løsninger og ideologier kan ha en betydning i realisering av rettigheten til fullgod mat. Ved sykehjemmet med en visjon om at dette er beboernes hjem er det større handlings rom for tilrettelegging etter beboernes ønsker relatert til organisering av mat, meny og måltider. Det gir empowerment hos både deltakerne og beboerne.

Sykehjemmet som har eget kjøkken kan tilrettelegge ved måltider og variere meny etter beboernes ønsker. Det inkluderer beboerne i større grad. En overvekt av beboerne ved somatiske avdelinger har en demenssykdom. Deltakerne beskriver utfordringer relatert til kommunikasjon. Dette er særskilt utfordrende i livets siste fase. Felles for begge sykehjem er at deltakerne uttrykker at de opplever flere etiske dilemmaer i livets siste fase for beboerne, relatert til mat, ernæring og beboernes verdighet. Beboerne fremstilles av deltakerne som takknemlige, og de kommer sjeldent med forslag om endringer. Forslag til endringer kommer i hovedsak fra lederne. En rolle- og kapasitetsanalyse i neste kapittel kan bidra til å identifisere utfordringene og mulighetene deltakerne møter.

5 KAPASITET

For at utfordringene som deltakerne møter skal overvinnes, må de ha tilstrekkelig med kapasitet. Det er så vidt jeg vet lite litteratur om operasjonalisering av en kapasitetsanalyse for plikthavere i denne typen studier. Deltakernes utfordringer og muligheter som kom frem gjennom analysen vil derfor operasjonaliseres under de fem hovedpunktene som Jonsson beskriver som nødvendig for "kapasitet" (Jonsson, 2003): Motivasjon, autoritet, ressurser, mulighet for rasjonell beslutningstaking basert på erfaring og god kommunikasjon. I figur 3 illustreres det at: *"Personalet og ledelse ved sykehjemmet må ha **kapasitet** til å kunne tilrettelegge for matomsorg gjennom verdighet, ikke-diskriminering, deltakelse, empowerment, innsyn, ansvarliggjøring og respekt for loven."*

5.1 Motivasjon gjennom aksept av ansvar av plikter

For at personalet og ledelse ved sykehjemmene skal kunne tilrettelegge for god matomsorg og ivareta beboernes ernæringsmessige helse, må det ligge en motivasjon eller engasjement til grunn. For å inneha dette engasjementet og lederskapet er det nødvendig med en akseptering av ansvaret for beboernes ernæringsmessige helse, med både moralske og juridiske aspekter (Jonsson, 2003).

Det kommer frem at det er et engasjement ved begge sykehjem for temaet ernæring hos beboerne. Samtidig oppstår det et skille ved de to sykehjemmene Er dette beboernes hjem eller er det en arbeidsplass? Ved sykehjem A øker fleksibiliteten for tilrettelegging av måltider og meny etter beboerne og pårørendes ønske. Det oppstår et større handlingsrom som bidrar til større engasjement ved tilrettelegging av måltidene og tilpasning av meny. Ved sykehjem B virker arbeidsdagen i større grad styrt av rutiner.

Ved sykehjem B er det uklart hvem som har ansvaret for beboernes ernæringsmessige helse. Kompleksiteten vedrørende dette kommer frem. Det er ingen av personalet ved sykehjemmene med hovedansvaret for beboernes ernæringsmessige helse, men flere "ildsjeler" har tatt på seg denne rollen.

Etiske dilemmaer beskrives ved begge sykehjemmene. Deltakerne er motiverte, men med beboere som er sykere og skrøpeligere ved sykehjem i dag enn tidligere kommer det frem som svært utfordrende å ivareta helsen til kritisk syke beboere.

Det som kommer tydelig frem er at de alle fleste beboerne tilbringer sin siste tid her, og etiske dilemmaer er til stede hver dag. Personalet viser en motivasjon ved tilrettelegging av et helsefremmende kosthold, men beboerne spiser ikke alltid maten som blir servert. Som en av deltakerne sa. *"Vi definerer de som autonome personer."* I det ligger det at beboerne skal

kunne bestemme selv, selv om det er på akkord med hva som er anbefalt gjennom retningslinjer og kostanbefalinger.

5.2 Autoritet

Med autoritet vektlegges legitimiteten eller muligheten til handling (Jonsson, 2003). Sagt på en annen måte, i hvilken grad opplever personalet eller ledelsen ved sykehjemmet at de kan ta affære og at det er tillatt (ibid.)? Lover, formelle og uformelle normer og regler, tradisjon og kultur kan være styrende for i hvilken grad noe er tillatt eller ei. Maktforholdene ved sykehjemmene kan gjenspeile seg fra samfunnsstruktur.

Personalet og ledelse ved begge sykehjemmene viser et stort engasjement når det gjelder matomsorgen ved sykehjemmet, men det kommer frem gjennom intervjuene at handlingsrommet er ulikt for tilretteleggig av måltidene og meny.

Ved tilrettelegging av måltidene kommer det frem ved begge sykehjem at det er utfordringer knyttet til frokost, og muligheten til å kunne sitte sammen med beboerne under måltidene. Dette samsvarer med en annen studie fra sykehjem hvor tidspress oppgis og for lite personale førte til at ikke alle som hadde behov for hjelp under måltidene fikk den hjelpen de trengte (Aagard, 2008).

Ved de andre måltidene er det større muligheter for personalet til deltakelse under måltidene. Personalet har observert at beboerne sitter lenger ved måltidene og spiser mer når trivselen øker. Dette samsvarer med andre studier fra sykehjem (Fjellstrøm & Sydner, 2009; Melheim, 2007).

Ved sykehjem A ble frokostrutinene endret, med innføring av fleksibel frokost. Ved sykehjem B må beboerne vente med frokost til alle er stelt. Det fremkommer at de uformelle normene og arbeidskulturen er styrende for frokost til fast tid. Samtidig kommer det frem at måltidene serveres etter turnustyngden. Når nattevakten er alene på jobb, er det svært lite handlings rom for å kunne servere ”sen” kveldsmat.

Det fremkommer en større fleksibilitet ved menyen ved sykehjem A som har et eget kjøkken. Ved sykehjem B oppstår et paradoks ved at det er de med lavest grad av autoritet som skal tale beboernes sak. Personalet ved sykehjem B har få muligheter til å kunne gi tilbakemeldinger om endring av meny eller måltid. De blir bedt om å skrive avvik for å oppnå endringer. De beskriver at dette ikke gir ønskede resultater. Autoriteten til de som arbeider nærmest beboerne svekkes ved at de ikke blir hørt. Beboerne får dermed enda mindre innflytelse. Dette samsvarer med Aagards (2008) studie fra 570 sykehjem i Norge, hvor valgmulighetene og deltagelse i planlegging av middagsmeny var lav.

Det er ønskelig å oppnå et fellesskap ved måltidene, men dette lar seg ikke alltid gjøre. Det blir utfordrende for deltakerne å ivareta verdigheten og hindre at beboerne trakasseres når personalet selv ikke har en mulighet for tilstedeværelse ved måltidene. En prioritering av antall personer på jobb kan illustrere hvilken verdi sykehjemsbeboere har i samfunnet når det ikke er tilstrekkelig med ansatte på arbeid til å kunne skape et fellesskap ved måltidene. I en svensk studie kom det frem at beboerne i syke - og aldershjem opplevde måltidsfellesskapet som noe de måtte "utstå" (Salleti, 2007). En dansk studie blant beboere på sykehjem viste at beboernes identitet var sterkt knyttet til hvem de spiste sammen med (Kofod, 2000). Vi viser hvem vi er gjennom maten vi handler, lager og serverer, og maten er på den måten forbundet med vår identitet og kulturelle tilhørighet (Beck, 2009). Deltakerne forsøker så langt det lar seg gjøre å legge til rette for at beboere skal kunne velge hvem de sitter sammen med, men dette er en utfordring med en såpass heterogen gruppe som bor sammen ved sykehjemmene.

5.3 Ressurser

Personalet kan ha engasjement og akseptere at de skal handle, men det er utfordringer knyttet til mangel på ressurser. Kapasitet involverer det å være i stand til å kunne handle gjennom tilstrekkelige med ressurser. Jonsson (2003) klassifiserer ressurser i tre typer: *Menneskelige ressurser* som inkluderer ferdigheter, motivasjon, viljestyrke, kunnskap, erfaring, tid, engasjement. *Økonomiske ressurser* er i denne konteksten budsjett for mat og for tilstrekkelig med personalet på jobb. *Organisatoriske ressurser* inkluderer formelle og ikke-formelle organisasjoner som familie, pårørende, lokalsamfunnsorganisasjoner, frivillige organisasjoner og administrative strukturer.

Menneskelige ressurser

De menneskelige ressursene har nær sammenheng med det første punktet om motivasjon og akseptering av ansvar og plikter. Hva som motiverer oss mennesker til handling, og hvilke motiver som ligger til grunn for at vi gjør som vi gjør blir for komplekst å behandle i denne konteksten. Denne studien har heller ikke tatt sikte på å måle dette.

Ved begge sykehjem ble undervisning innenfor ernæring til eldre ved sykehjem etterlyst. Dette samsvarer med en undersøkelse om mat og måltider i sykehjem i Norge hvor 80 % av personalet ønsker mer kunnskap om ernæring (Aagaard, 2008).

Interessen og retningslinjene er der, men det er allikevel et gap mellom teori og hva som er ønskelig og gjennomførbart i praksis. I juni 2009 kom Helsedirektoratet med nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. Planlagt implementering er som følgende "Retningslinjene vil bli gjort kjent via Helsedirektoratets

hjemmesider (www.helsedirektoratet.no) og gjennom foredrag på aktuelle konferanser” (Helsedirektoratet, 2009). Implementering er nødvendig for å endre atferd hos ansatte i helsesektor ved at de benytter seg av retningslinjene (Saletti & Törmä, 2009). Med implementering menes en sammensetning av aktiviteter som har som mål om å få en ny metode eller program til og fungere. Det virker noe underlig at det ikke er satt av mer ressurser til implementering av disse retningslinjene. Helsedirektoratet har også startet med å utarbeide en veileder for ernæringsarbeid i helse- og sosialtjenesten som var planlagt å være ferdig 2010. Dette er utsatt grunnet knappe ressurser.

Samtidig kommer det frem at kunnskapsnivået blant personalet er ulikt. Flere uttrykker at noen er dyktigere enn andre til å tilrettelegge ved måltidene, og at det i helgene kan være ekstra sårbart med ukjent personalet på jobb.

Økonomiske ressurser

For å kunne tilby et helsefremmende kosthold er det nødvendig med tiltrekkelig med økonomiske ressurser. Ved sykehjem A forteller de at de ”aldri har røde tall”. Med eget kjøkken kan det virke som om de har større kontroll over egen økonomi. Ved sykehjem B kommer det frem at de ikke har tilstrekkelig med økonomiske ressurser til å tilby ønskekost eller variert mat.

Det er essensielt at det er tilstrekkelig med personale på arbeid til å assistere de som trenger det ved måltidene. Det fremstilles som sårbart ved sykefravær og under ferieavvikling, ved begge sykehjemmene.

Organisatoriske ressurser

Med eget kjøkken ved sykehjem A er det rom for fleksibilitet av meny, og endringer blir lettere gjennomførbart gjennom god kommunikasjon og flatere struktur. Det er færre ledd fra beboer til kjøkkensjef. En god måte å gi tilbakemelding til sentralkjøkkenet etterspørres av flere ved sykehjem B. Veien blir lang. Dette samsvarer med en annen studie fra sykehjem (Aagard, 2008). Med visjonen om at dette er et hjem for beboerne ser det ut til at fleksibiliteten for endringer øker etter beboernes ønsker.

5.4 Mulighet for rasjonell beslutningstaking basert på erfaring og god kommunikasjon

Sykehjemsbeboere fremstilles som stadig skrøpeligere ved sykehjem i dag. Med større etterspørsel enn tilbud av sykehjems plasser er det de sykeste som får plass. Mens det blir beskrevet at beboerne for ti år tilbake kom spaserende inn på sykehjemmet med ”kofferten i

hånda”, kommer de i dag på bære i ambulanse. En overvekt av beboerne ved somatiske avdelinger har en demenssykdom (Hånes, 2009). Deltakerne beskriver utfordringer relatert til kommunikasjon. Dette er særskilt utfordrende i livets siste fase. Hva ønsker beboerne? Ønsker de ernæringsterapi? Er de samtykkekompetente? De etiske dilemmaene er mange.

En annen utfordring som formidles ved realisering av retten til mat er at beboerne er en takknemlig generasjon. I tillegg kommer det frem en beskrivelse av et asymmetrisk forhold som kan eksistere mellom pleier og beboer. Beboerne er avhengig av god omsorg, og å si ifra om at noe ikke er bra nok kan være en utfordring. Flere kvier seg for å spørre om hjelp, uttrykker deltakerne. Samtidig er det et fellesskap beboerne imellom. De tror at andre trenger mer hjelp enn de selv, eller at personalet ikke har tid til å hjelpe dem eller er opptatt. Samtidig er det til stede en undergraving av beboernes myndighet når de blir beskrevet som lite samtykkekompetente og som ”barn”. Da kommer det frem at det er synet på sykehjemsbeboerne eller eldre, som kanskje er gjenspeilet fra det synet vi har på eldre mennesker i samfunnet, som er til hinder for realisering av retten til mat.

6 SLUTTDISKUSJON

I dette kapitlet starter jeg med en refleksjon over styrker og svakheter ved metoden i studien. Avslutningsvis kommer jeg med refleksjoner om retten til mat ved sykehjem og implikasjoner.

6.1 Diskusjon av metode

6.1.1 En menneskerettighetsbasert tilnærming

Da Verdenserklæringen om Menneskerettigheter ble vedtatt og konvensjonene utarbeidet, var det andre globale utfordringer på agendaen enn en kommende eldrebølge. Det er først de siste årene at denne debatten har oppstått. Studien er trolig den første i sitt slag i Norge om retten til fullgod mat ved sykehjem og med et menneskerettighetsperspektiv som teoretisk referanseramme. Fra begynnelsen til slutt har det ikke vært en klar mal. Studien tok til gjennom en kontinuerlig prosess, refleksjon og gjennom dialog med veiledere.

En menneskerettighetsbasert tilnærming har i denne studien vært førende gjennom hele forskningsprosessen fra ide, problemstilling, utvalg, fremstilling av resultater, gjennom analyse og til slutt diskusjon. Valg av deltakere og innsamling av data operasjonaliserte menneskerettighetsprinsippene deltakelse, inkludering, ikke-diskriminering, innsyn og empowerment. I analysen ble resultatene drøftet i lys av prinsippene for en menneskerettslig tilnærming som beskrevet i kapittel om metode. Analysen ble forøvrig til gjennom en deduktiv og induktiv tilnærming som viste seg spennende og tidkrevende.

Det er flere styrker ved bruk av en menneskerettighetsbasert tilnærming. Denne type perspektiv kan bidra til å gi et helhetlig bilde. De ulike prinsippene bidrar med ulike innfallsvinkler, i denne konteksten, matomsorgen ved sykehjem. Komplimentert til dette er kapasitetsanalysen som er årsaksforklarende. I tillegg kan tilnærmingen til deltakerne om å høre om deres utfordringer og muligheter i arbeidshverdagen ha bidratt til at de har åpnet seg. Det var deres erfaring, tanker og meninger det var ønskelig å vite mer om. Bruk av et menneskerettighetsperspektiv er omfattende, og det ville vært ønskelig og gått ytterligere mer i dybden på de ulike momentene ved kapasitet og ved hvert enkelt menneskerettighetsprinsipp.

6.1.2 Validering av studien

Validitet handler om studien måler det den er ment å skulle måle (Johannessen et al., 2008), eller sagt på en annen måte, representerer funn fra studien det man ønsket å vite noe om?

Validitetsbegrepet kan kategoriseres i *intern og ekstern validitet*. Ved intern validitet refereres

det til i hvilken grad funn som kom frem er gyldig i forhold til utvalget og det som er undersøkt. I denne konteksten dreier det seg om utfordringene og mulighetene deltakerne møter ved sykehjemmene for å kunne realisere retten til fullgod mat for beboerne. *Ekstern validitet* dreier seg om i hvilken grad studiens funn kan overføres å gjelde for andre sykehjem (Malterud, 2003). *Reliabilitet* eller *pålitelighet* kan knyttes til studiens data, det være seg hvilke data som brukes, datainnsamling og bearbeiding av data (Johannessen et al., 2008).

Pålitelighet og reliabilitet

For å kunne styrke påliteligheten har jeg forsøkt å ta leseren med på forskningsprosessen og refleksjoner som ble gjort underveis. I det følgende kommer ytterligere refleksjoner omkring forskerrollen og dataanalysen.

Refleksjoner rundt forforståelse og forskerrollen

I en hermeneutisk studie vektlegges det at forfatterens eller forskerens forforståelse vil prege studien. Denne forforståelsen kan og ofte være en viktig årsak til å sette i gang forskning innenfor et bestemt tema (Malterud, 2003). Min bakgrunn som sykepleier og fra arbeid med eldre har motivert meg til valg av oppgave innenfor eldreomsorg og menneskerettigheter. Flere ganger har jeg møtt pasienter som jeg tør påstå har blitt utsatt for urettmessig behandling og krenkelse av retten til fullgod mat. Jeg ønsket å finne ut mer om dette.

Det ble viktig å formidle at jeg ikke var tilstede for og ”kikke de ansatte i kortene”, men at det var ønskelig å høre om deres hverdag og deres erfaringer, meninger og tanker. Deltakerne fikk informasjon om min bakgrunn som sykepleier og erfaring fra arbeid innenfor eldreomsorgen. Hensikten var å være ærlig og åpen om min bakgrunn i tråd med menneskerettighetsbasert tilnærming. Det ga en mulighet og et håp om at det kunne bidra til et symmetrisk forhold som kunne gi åpenhet rundt deltakernes tanker, erfaringer og meninger.

Forforståelsen er den ryggsekken som vi bringer med oss inn i forskningsprosjektet før det starter (Malterud, 2003). En bakgrunn innenfor samme fagfelt kan ha flere fordeler ved kvalitativ forskning gjennom et erfaringsgrunnlag og faglig perspektiv, men forforståelsen kan også overskygge empirien og resultatene i studien. Det har vært en utfordring å ha et fokus på personalet og ikke beboerne. Som sykepleier er fokus rettet mot ivaretaging av beboernes behov. Fokus på personalet i denne studien fjerner seg fra dette, og jeg opplevde det som en vekslende og utfordrende prosess å holde oppmerksomheten på personalets utfordringer og muligheter, fremfor kartlegging av matomsorgen som ville vært sykepleieorientert.

Dataanalyse

Gjennomføringen av dataanalyse er beskrevet i kapittel 3.4. Båndopptakene hadde god kvalitet. Analysen startet umiddelbart med en oppsummering etter fokusgruppeintervju, hvor det var muligheter for deltakerne til å komme med kommentarer. Hvert intervju ble transkribert umiddelbart etter gjennomføringen så langt det var mulig, da intervjuene enda var friskt i minnet. I ett tilfelle ble data fra intervjuer slettet ved uhell. Det ble vurdert å spørre deltakerne om å møte opp for nye intervjuer, men det ville vært organisatorisk utfordrende og kunne redusert spontaniteten som ville ført til redusert grad av kvalitet over data. Det hadde selvsagt vært ønskelig at samtlige intervjuer hadde blitt bevart og transkribert, men da dette ikke ble mulig laget jeg et sammendrag så raskt som mulig av de slettede intervjuene, supplert av moderators kommentarer. Notater tatt under intervjuene ble også benyttet.

Intern validitet

I hvilken grad reflekteres funn i studien på rett måte gjennom en representasjon av virkeligheten? I det følgende kommer refleksjoner omkring valg av fokusgrupper og individuelle intervju som metode, utvalget og intervjuguiden.

Valg av fokusgrupper og individuelle intervju som metode

I denne studien ble både fokusgruppe og individuelle intervju valgt for å kunne få frem ulike synsvinkler for et ytterligere nyansert bilde. Det bidro til operasjonalisering av flere menneskerettighetsprinsipper som innsyn, ikke-diskriminering, empowerment og deltakelse. En menneskerettighetsbasert tilnærning er således i tråd med styrking av intern validitet hvor flere stemmer blir hørt.

Bruk av både fokusgrupper og individuelle intervju bidro til motsigelser og paradokser som igjen kan gi et spenningsfelt (Malterud, 2003). De som jobbet nærmest beboerne av deltakerne, hjelpepleierne, skildret flere utfordringer enn ledelsen. Gjennomføringen av flere intervjuer ved samme sykehjem gjorde det mulig å bringe nye temaer på banen som dukket opp under intervju videre til neste intervju. Studien ble utført ved to ulike sykehjem og flere av resultatene var sammenfallende. Studien er basert på intervjuer, det ville vært ønskelig benyttet observasjon som metode i tillegg.

Utvalget

To sykehjem med ulike visjoner og organisering ved mattilbudet og måltidene ble valgt. Så langt det var mulig, ble det forsøkt at personer med samme ansvarsområder og profesjon ved begge sykehjemmene skulle delta i studien. Deltakerne ved det enkelte sykehjem befant seg i

ulike posisjoner i forhold til problemstillingen som bidro til å gi et nyansert bilde.

Det hadde vært ønskelig med et høyere antall i fokusgruppene og flere fokusgrupper. Det viste seg å være utfordrende organisatorisk. Ved begge sykehjemmene viste det seg å være en utfordring å rekruttere sykepleiere. Mye kan trolig skyldes turnusarbeid. Ved sykehjem B viste det seg at når fokusgruppeintervjuet med sykepleiere ble planlagt for andre gang, var det kun en gang i løpet av tre uker at det var tre sykepleiere samtidig på jobb. Sårbarhet ovenfor bemanning ved avdelingene ved å ta personalet ut av avdelingen ble forsøkt tatt hensyn til siden fokusgruppene ble gjennomført i arbeidstid. Et unntak skjedde, og flere hjelpepleiere møtte opp før arbeidstid og kveldsvakt.

Det var ønskelig med likeverdige forhold mellom deltakerne i fokusgruppene i tråd med en menneskerettslig tilnærming. Ved et av fokusgruppeintervjuene var det to avdelingsledere og en sykepleier. Intervjuet ble likevel gjennomført av respekt for deltakerne som hadde satt av tid til dette. Dette kan ha påvirket resultatene i denne gruppen.

Intervjuguide

Den samme intervjuguiden benyttet ved begge sykehjemmene til fokusgruppene, for å kunne ha et bedre sammenlikningsgrunnlag. Ved de individuelle intervjuene ble intervjuguiden tilpasset hver enkelt, men temaene var de samme som i fokusgruppene og med flere av de samme spørsmålene. Det ble og gjort noen endringer underveis når nye temaer dukket opp.

Overførbarhet og ekstern validitet

Ved kvalitative studier dreier det seg om overføring av kunnskap, fremfor generalisering som i kvantitative studier (Johannessen et al., 2008). En studies overførbarhet handler om i hvilken grad en har lyktes med etableringen av beskrivelser, begreper, fortolkninger og forklaringer som kan vise seg å være nyttige i en annen kontekst.

Studien er som nevnt trolig den eneste av sitt slag her i Norge. Funnene som kommer frem kan kun forstås i denne konteksten. Den eksterne validiteten eller overføringsverdien må vurderes deretter. Det er ønskelig få frem aktualiteten av retten til mat for sykehjemsbeboere, selv om resultatene ikke kan generaliseres.

Operasjonalisering av den menneskerettsligsbaserte tilnærmingen kan ha overføringsverdi til folkehelsearbeid ved sykehjem i Norge. Metoden som ble benyttet med en menneskerettslig tilnærming kan benyttes ved andre studier. Sykehjem er både et hjem og en arbeidsplass. Strukturene og begrepene som kom frem i lys av dette, kan ha en overføringsverdi til andre liknende institusjoner.

6.2 Oppsummering og konklusjon

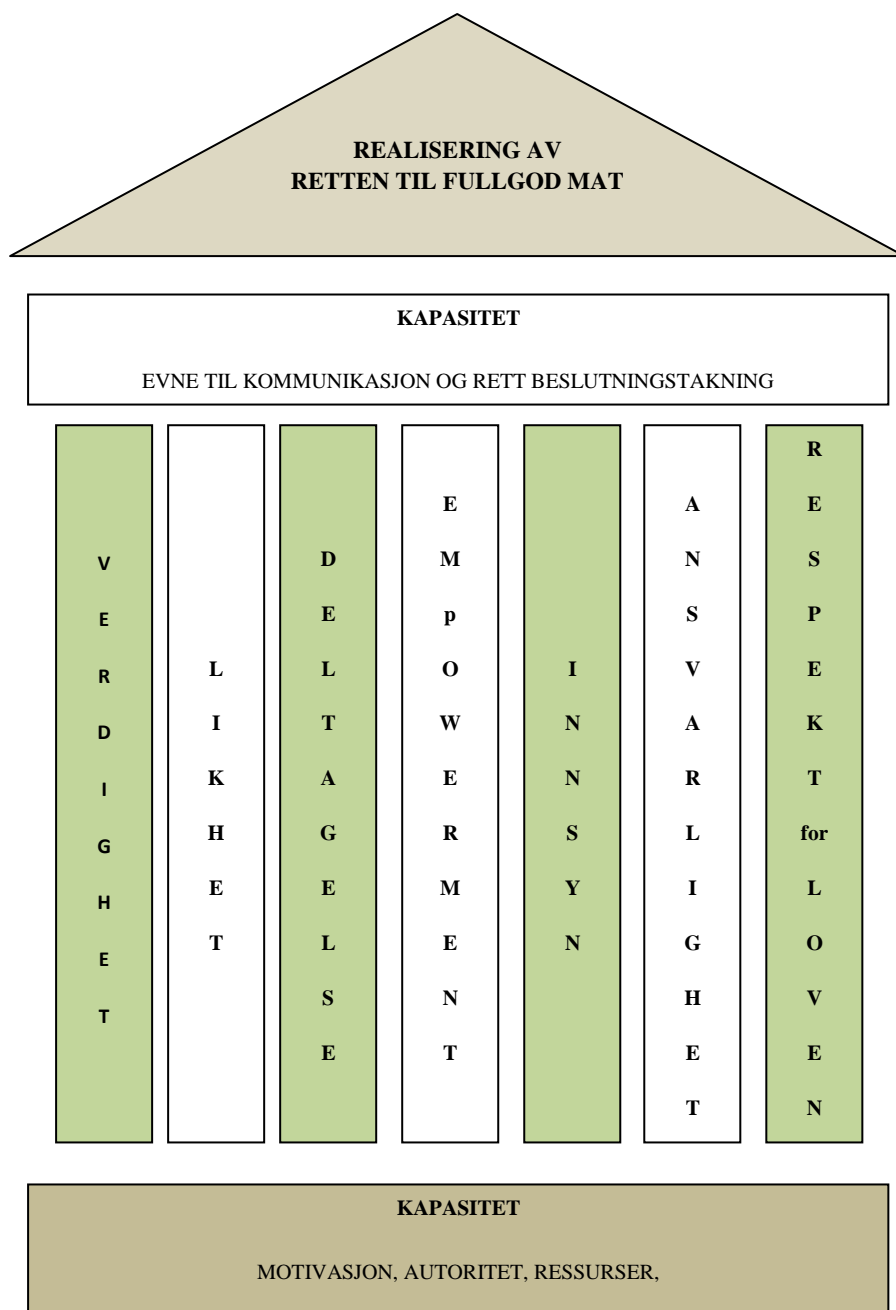
Staten har det endelige ansvaret for at menneskerettighetene i konvensjonene sikres. Samtidig som innholdet i konvensjonene skal være tilstede i landets lovverk, må det legges føringer for en politikk som sikrer at rettighetene blir realisert. Denne studien har stadfestet at Norge gjennom ratifisering av de internasjonale konvensjonene er forpliktet til å realisere retten til fullgod mat for alle. På tross av at vi lever i et velferdssamfunn er ikke retten til fullgod mat realisert for alle, og en sårbar gruppe er eldre ved sykehjem. Staten Norge er ansvarlig for å respektere, beskytte og tilrettelegge for realisering av ØSK og realisering av retten til fullgod mat. Det er særdeles det siste nivå av forpliktelser som er relevant for beboere ved sykehjem.

Ved å benytte en menneskerettslig tilnærming ved metode, analyse og diskusjon kom det frem en dimensjon som kan gi en forståelse av hvorfor beboere er feilernærte ved sykehjem i dag. Funn ble først drøftet i lys av prinsippene ved en menneskerettslig tilnærming og deretter i lys av en rolle- og kapasitetsanalyse. Resultatene fra studien viser at måltider har en stor betydning i sykehjem. Likevel, viser studien at rammene rundt måltidene ikke er tilstrekkelig for å oppnå målet med retten til fullgod mat. Rammene rundt måltidene styres av strukturelle faktorer som turnus og økonomi fremfor beboernes rettighet til mat. Disse rammene utfordrer ivaretagelsen av beboernes iboende verdighet. Deltakerne beskriver at beboerne kan trakassere hverandre ved måltidene, som er den arenaen hvor alle møtes. Det er fordel når personalet er til stede ved måltidene, men tidspress fører til at det ikke alltid gjennomføres. Sykehjemmene skildres både som en arbeidsplass og et hjem. Det kan gi konflikter mellom ulike hensyn. Videre viser studien at ulike organisatoriske løsninger og ideologier kan ha en betydning i realisering av rettigheten til fullgod mat. Ved sykehjemmet med en visjon om at dette er beboernes hjem var det større handlingsrom for tilrettelegging etter beboernes ønsker relatert til organisering av mat, meny og måltider. Dette kan bidra til empowerment hos både deltakerne og beboerne. Sykehjemmet som hadde eget kjøkken kunne tilrettelegge ved måltider og variere meny etter beboernes ønsker. Det inkluderte beboerne i større grad. Felles for begge sykehjem var at deltakerne uttrykte at de opplevde flere etiske dilemmaer i livets siste fase for beboerne, relatert til mat, ernæring og beboernes verdighet.

Det kommer frem av studien at ressurstilførselen til sykehjem og deltakernes kapasitet ikke tilsvarende beboernes behov. Neglisjering av en gruppe i et samfunn kan vise seg gjennom krenkelse av deres menneskerettighet til mat.

Gjennom en progressiv realisering av retten til fullgod mat vektlegges menneskerettighetsprinsippene som en rettesnor (etter inspirasjon fra FAO, 2009). Et hjem for beboerne krever motivasjon, autoritet og tilstrekkelig med ressurser for plikthavere. Gjennom

anvendelse av menneskerettighetsprinsippene kan en stimulere til en god dialog som gir føringer for en rasjonell beslutningstaking med progressiv realisering av retten til fullgod mat. Ifølge Kent (2005) skal ikke plikthaverne lengst ut i ”ringen”, overta ansvaret men støtte de nærmeste plikthaverne for at de skal ha muligheter til å møte sine plikter. Da må personalets kapasitet styrkes.



Figur 6. En progressiv realisering av menneskerettigheten til mat ved sykehjem, etter inspirasjon fra FAO (2009)

Implikasjoner

Rapporten ”Ernæring i helsetjenesten” konkluderer blant annet med at det er behov for opprettelse av etter- og videreutdanning innenfor ernæring for helsepersonell og styrking av ernæring i grunnutdanningen (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Det åpner for muligheter til styring av kapasitet, og for muligheten til å kombinere ernæring og menneskerettigheter under utdanning for helsepersonell.

Menneskerettighetene er stadfestet av rettssikkerhet og styrket gjennom legitime krav til plikthaverne gjennom ansvarliggjøring ovenfor internasjonal lov. Et økt fokus på menneskerettighetene og en menneskerettslig tilnærming i møte med beboere vil være ønskelig ved sykehjem i Norge. Menneskerettighetene er universelle, gjensidig avhengig av hverandre og gjensidig forsterkende. Aktualiteten til flere av menneskerettighetene kom frem ved fokus på mat og måltider.

Veien videre for en progressiv realisering av retten til mat må involvere beboerne. Videre forskning bør inkludere kvalitative studier med observasjon som metode, og kvantitative studier for å oppnå en større oversikt over utfordringer og muligheter ved realiseringen av retten til mat for sykehjemsbeboere i Norge.

Litteraturliste

- Aagard, H. (2008). *Mat og måltider i sykehjem: undersøkelse utført for Sosial- og helsedirektoratet*. Høgskolen i Østfold. Rapport 2008:3
- Aagard, H. (2010). "Ærlig talt". *Mat og måltider i sykehjem: En undersøkelse blant beboere i somatiske sykehjem i Østfold*. Høgskolen i Østfold. Oppdragsrapport 2010:1
- Andresen, E.C. (2009). *A human rights-based approach to assess disadvantaged mothers' experiences with a nutrition supplementation programme provided at primary health care clinics*. A study from Cape Town, South Africa. Master of Science Thesis, University of Oslo, Norway.
- Beck, A.M. (2009). Ernæringsproblemer på plejehjem kan afhjælpes. *Nordisk Nutrition* 2:15-17.
- Daatland, S.O. & Herlofsen, K. (2004). Familie, velferdsstat og aldring. Familiesolidaritet i et europeisk perspektiv. Rapport 7/04. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA).
- Den norske legeförening. (2001). *Statusrapport om situasjonen i helsetjenesten: Når du blir gammel – og ingen vil ha deg*. Den Norske legeförening.
- Departementene. (2007). *Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen 2007-2011: Oppskrift for et sunnere kosthold*. Oslo: Departementene. I-1121 B.
- Engesveen, K. (2005). *Monitoring the realisation of the human right to adequate food: roles and capacity in breastfeeding policy and practice*. Cand.scient thesis, University of Oslo, Norway.
- FAO. (Food and Agriculture Organization) (1996). *The World Food Summit 1996: Plan of Action*, Commitment 7, Objective 7.4, Rome, Italy.
- FAO. (1996). Rome Declaration on World Food Security and World Food Summit Plan of Action. Retrieved Jan 25th, 2011 from <http://www.fao.org/docrep/003/w3613e/w3613e00.HTM>
- FAO. (1999). *The State of Food Insecurity in the World*. Rome: United Nations Food and Agriculture Organisation.
- FAO. (2004). *Voluntary Guidelines to Support the Progressive Realization of the Right to Adequate Food in the Context of National Food Security*. Rome: United Nations Food and Agriculture Organization.
- FAO. (2009). *A Human Right Obligations and Responsibilities – PANTHER*. Retrieved Jan 25th, 2011 from http://www.fao.org/docs/up/easypol/772/rtf_panther_233en.pdf

- Fjellström, C. & Sydner, Y.M. (2009). Måltidens sociale betydelse – ett äldreperspektiv. *Nordisk Nutrition* 2:10-11.
- Forskrift for sykehjem m.v.* (1998). Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie. FOR 1988-11-14-932. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Hansen, E. (2011). Sykehjem – langtidsopphold. Lest 25. jan, 2011, http://www.oslo.kommune.no/eldre/sykehjem_langtidsopphold/article47884-15671.html
- Helsedirektoratet. (2009). *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Hånes, H. (2007). *Eldre helse – faktaark*. Folkehelseinstituttet. Retrieved Jan 25th, 2011 from http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5648&MainArea_5661=5648:0:15,2917:1:0:0:::0:0&MainLeft_5648=5544:65779:::1:5647:16:::0:0
- Husebø, S. & Husebø B, S. (2005). *Omsorg ved livets slutt eller aktiv dødshjelp?* Tidsskrift Norsk Lægeforening 13(125):1848-9.
- Johannessen, A., Tufte, P.A. & Kristoffersen, L. (2008). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. (3. utg). Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Jonsson, U. (2003). *Human Rights approach to development programming*. UNICEF: Eastern and Southern Africa Regional Office, Nairobi, Kenya.
- Kent, G. (2005). *Freedom from Want: The Human right to Adequate Food*. Georgetown. University Press, USA.
- Kikomeko, K. M. (2010). *Challenges of Realising the Human Right to Adequate Food of Slum Dwellers of Banda Parish-Kampala City*. Master of Science Thesis, Akershus University College, Lillestrom, Norway.
- Kofod, J. (2000). *Du er dem du spiser sammen med – et brukerperspektiv på den offentlige måltidsservice*. Fødevarerapport. Fødevaredirektoratet, Danmark.
- Kommunehelsetjenesteloven. (1982). *Lov om helsetjenesten i kommunene*. LOV-1982-11-19-66
- Krueger, R.A. (1994). *Focus Groups. A Practical Guide for Applied Research*. Sage Publications.
- Kvale, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. (2. Utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Langballe, E.M. (2009). *Demens – faktaark*. Folkehelseinstituttet. Retrieved Jan 25th, 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

Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring.* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

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

Milton, R.P. (2007). *A role and capacity analysis of actors in the progressive realization of the human right to adequate food in Uganda.* Master of Science Thesis, Akershus University College, Lillestrom, Norway.

Moen, K.E. & Holte, G. (2004, 27.september). *En fest å bli gammel.* Nr. Retrieved Jan 25th, 2011 from <http://www.nrk.no/programmer/tv/puls/4122564.html>

Morgan D. L. & Krueger R.A. (1997). *The Focus Group Kit.* SAGE Publications, Thousand Oaks, London, New Delhi.

Mowe, M. (2002). Behandlinga av underernæring hos eldre pasienter. *Tidsskrift Norsk Lægeforening* 8(122):815-8.

Mowé, M. Bøhmer, T. & Kindt E. (1994). *Reduced nutritional status in an elderly population (> 70y) is probable before disease and possibly contributes to the development of disease.* American Journal of Clinical Nutrition. 59:317-24

Mowe, M., Bosaeus, I., Rasmussen, H.H., Kondrup, J., Unosson, M. & Irtun, Ø. (2006). Nutritional routines and attitudes among doctors and nurses in Scandinavia: a questionnaire based survey. *Clinical Nutrition* 25:524–32.

Mowe, M., Bosaeus, I., Rasmussen, H.H., Kondrup, J., Unosson, M. & Irtun, Ø. (2008). Scandinavian Nutrition Group. Insufficient nutritional knowledge among health care workers? *Clinical Nutrition* nr 27:196–202.

Nasjonalt råd for ernæring. (2006, juni). *Når matinntaket blir for lite. Forslag til strukturelle tiltak for forebygging og behandling av underernæring.* Rapport IS-1327. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

Nygaard, H. A. (2002). Sykehjemmet som medisinsk institusjon – et fatamorgana? *Tidsskrift Norsk Lægeforening* 8(122):823-5.

Pasientrettighetsloven. (1999). *Lov om pasientrettigheter.* LOV-1999-07-02-63

Riis, B. (2009). Oversikt over sykehjemstilbudet i Oslo. *Sykehjemskatalogen.* Oslo kommune: Sykehjemsetaten. Retrieved Jan 25th, 2011 from [http://www.sykehjemsetaten.oslo.kommune.no/getfile.php/Sykehjemsetaten%20\(SYE\)/Internett%20\(SYE\)/Dokumenter/Sykehjemstilbudet%202009-bokmerke%20MTI0ODg2OTY1MzEwMTAzNDA3Mz.pdf](http://www.sykehjemsetaten.oslo.kommune.no/getfile.php/Sykehjemsetaten%20(SYE)/Internett%20(SYE)/Dokumenter/Sykehjemstilbudet%202009-bokmerke%20MTI0ODg2OTY1MzEwMTAzNDA3Mz.pdf)

- Ringdal, K. (2007). *Enhet og mangfold*. (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Rugås, L. & Martinsen, K. (2003). Underernæring er vanlig på sykehjem. *Tidsskriftet Sykepleien* 6:34-37.
- Saletti, A., Lindgren, E.Y., Johansson, L. & Cederholm, T. (2000). Nutritional status according to mini nutritional assessment in an institutionalized elderly population in Sweden. *Gerontology*. 46(3):139-45.
- Saletti, A. & Törmä, J. (2009). Implementera nutritionsrutiner inom äldreomsorgen – räcker utbildning og riktlinjer? *Nordisk Nutrition* 2:24-26.
- Saletti, A. (2007). *Nutritional Status and Mealtime Experiences in Elderly Care Recipients*. Stockholm. Stockholm, Department of Neurobiology, Care Sciences and Society, Division of Clinical Nutrition, Karolinska Institutet.
- SCN. (UN System Standing Committee on Nutrition), (2001). *Monitoring the realization of rights 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 sykehjems pasienter: et kvalitetssikringsprosjekt*. Rapport nr. 1/05. Bergen: Nasjonalt formidlingssenter i geriatri.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2007). *Ernæring i helsetjenesten*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Stupar, D. (2007). *The nutrition transition and the right to adequate food for adolescents in South Africa*. Master of Science Thesis, University of Oslo, Norway.
- Sykehjemsetaten. (2009). "Lotte-modellen" åpner nye muligheter. Oslo kommune, Sykehjemsetaten. Retrieved Jan 25th, 2011 from <http://www.sykehjemsetaten.oslo.kommune.no/article.php?articleID=134356&categoryID=24307>
- Sæland, M. (2000). *Mat på livets skyggeside*. Stabekk: Høgskolen i Akershus.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Tjernshaugen, K. & Dommerud, T. (2011, 29. januar). Lover alle over 90 år sykehjemsplass. *Aftenposten*, s. 2-3.
- Tesen, J. & Malterud, K. (2001). "Empowerment" og pasientstyrking - et undervisningsopplegg. *Tidsskrift Norsk Lægeforening*. 121:1624-8.
- UNFPA. (2009). Human rights. *Human Rights Principles*. Retrieved Jan 25th, 2011 from <http://www.unfpa.org/rights/principles.htm>

Undervisningssykehjem. (2009). *Undervisningssykehjem – ressursentra for undervisning, fagutvikling og forskning i sykehjemmene og de kommunale helse – og omsorgstjenestene*. Retrieved Jan 25th, 2011 from

http://www.undervisningssykehjem.no/?page_id=6

UN. (United Nations)(1948). *Universal Declaration of Human Rights*. Retrieved Jan 25th, 2011 from

<http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=nrr>

UN. (1966). *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (ICESCR)*.

Retrieved Jan 25th, 2011 from

<http://www2.ohchr.org/english/law/cescr.htm>

UN. (1982). *Vienna International Plan of Action on Ageing*. Retrieved Jan 25th, 2011 from

http://www.un.org/ageing/vienna_intlplanofaction.html

UN. (1995). *General comment No. 6. The economic, social and cultural rights of older persons*. Retrieved Jan 25th, 2011 from

[http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/\(Symbol\)/482a0aced8049067c12563ed005acf9e?Opendocument](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(Symbol)/482a0aced8049067c12563ed005acf9e?Opendocument)

UN. (1999). *General Comment No.12. The Right to adequate food*. Retrieved Jan 25th, 2011 from

<http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/0/3d02758c707031d58025677f003b73b9>

UN. (2000). *General Comment No. 14. The Right to health*. Retrieved Jan 25th, 2011 from

[http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/E.C.12.2000.4.En](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/E.C.12.2000.4.En)

Verdighetsgarantien. (2010). *Forskrift om en verdig eldreomsorg*. FOR-2010-11-12-1426. Helse- og omsorgsdepartementet.

Vedlegg

Vedlegg 1: Informasjonsskriv styrer/institusjonssjef ved sykehjem

Vedlegg 2: Samtykkeerklæring

Vedlegg 3: Avtale med moderator

Vedlegg 4: Intervjuguide fokusgrupper

Vedlegg 5: Intervjuguide individuelt intervju

Vedlegg 6: Vedtaksbrev REK

Vedlegg 7: Vedtaksbrev NSD

Vedlegg 8: Meny sykehjem A

Vedlegg 9: Meny sykehjem B

Vedlegg 10: FNs prinsipper for eldre

Vedlegg 1: Informasjonsskriv styrer/institusjonssjef ved sykehjem

Til institusjonsleder ved x

Dato: xx

Deres ref.: Elisabeth Irene Karlsen

Forespørsel om gjennomføring av en studie om utfordringer og muligheter ved matomsorg ved sykehjem

Mitt navn er Elisabeth Irene Karlsen. Jeg ber med dette om tillatelse til å gjennomføre deler av min studie ved ditt sykehjem. Jeg har bakgrunn som sykepleier og har flere års arbeidserfaring fra sykehus og sykehjem. For tiden er jeg masterstudent i mat, ernæring og helse ved Høgskolen i Akershus og holder nå på med den avsluttende masteroppgaven.

Temaet for oppgaven er matomsorg ved sykehjem fra et menneskerettighetsperspektiv, og studien fokuserer på de utfordringer og muligheter personalet møter ved ivaretagelsen av et fullverdig kosthold for sykehjemsbeboerne. Tittel på studien er: Hvordan ivaretas retten til fullgod mat for sykehjemsbeboere fra et menneskerettighetsperspektiv?

Innhenting av data og informasjon vil foregå i fokusgrupper med personale fra langtidsavdelingen og separat med noen "nøkkelpersoner" som kjøkkensjef, fagutviklingssykepleier, lege og husøkonom enkeltvis. Deltakelse er frivillig og personalet gjøres oppmerksomme på dette samt muligheten til å trekke seg fra studien uten at det vil få konsekvenser for dem i et informasjonsskriv fra meg. Det er ønskelig med totalt to fokusgrupper med 4-6 deltakere i hver gruppe. Hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og pleieassistenter vil være i en gruppe. Mens den andre fokusgruppen vil bestå av sykepleiere. Det er ønskelig å intervju "nøkkelpersoner" da de kan bidra til å belyse problemstillingen fra andre sider.

Selve fokusgruppeintervjuet vil ta omtrent to timer med rom for oppsummering og oppklarende spørsmål. Jeg vil bruke en medhjelper. Intervjuet med nøkkeldeltakerne vil utføres av meg og vare i ca en time. Jeg vil bruke båndopptaker og data vil bli anonymisert ved transkripsjon. Vi vil sammen bli enige om et gunstig tidspunkt og sted. Alle samtalene vil være taushetsbelagte. Dette vil også gjelde for deltakerne innad i

gruppen. Det vil ikke komme frem av studien hvilket sykehjem studien er utført. Intervjuene ønskes gjennomført i løpet av januar. Om det skulle dukke opp nye spørsmål i etterkant av intervjuet, ber jeg om tillatelse til å kontakte deltakerne på nytt. Studien er meldt til Personverneombudet ved Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste og Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk og følger de norske regler som gjelder ved deltakelser til slike forskningsprosjekt.

Hvis det er noe du lurer på kan du gjerne ringe meg på telefonnummer 980 77 372, eller sende en e-post til ElisabethIrene.Karlsen@stud.hiak.no. Du kan også kontakte min hovedveileder førsteamanuensis Laura Terragni ved Avdeling for helse, ernæring og ledelse på e-post, Laura.Terragni@hiak.no, eller på telefonnummer 64 84 96 08. De andre veilederne er førsteamanuensis Wenche Barth Eide og professor Per Ole Iversen ved Avdeling for ernæringsvitenskap, Universitetet i Oslo.

Jeg håper at du synes denne studien virker relevant og interessant og ønsker at ditt sykehjem deltar i denne studien. Jeg kommer gjerne og forteller om funn i studien i etterkant av ferdigstillingen av masteroppgaven hvis det er ønskelig.

Med vennlig hilsen

Elisabeth Irene Karlsen

VEDLEGG:

1. Godkjent studie - protokoll
2. Samtykke-erklæring til deltakere

Tillatelse fra institusjonssjef ved sykehjemmet for deltakelse i studien

Jeg har mottatt skriftlig informasjon om studien av matomsorg ved sykehjem og ønsker at sykehjemmet deltar i studien. Jeg har mottatt ett av to eksemplarer av denne samtykkeerklæringen. Ved å signere nedenfor tillater jeg Elisabeth Irene Karlsen sammen med medhjelper å innhente data i perioden januar-februar 2010.

Navn på sykehjemmet.....

Sted/dato.....Signatur.....

Jeg bekrefter at slik informasjon er gitt.

Sted/dato.....Signatur.....

Ett av to eksemplarer av denne samtykkeerklæringen oppbevares av Elisabeth Irene Karlsen

Vedlegg 2: Samtykkeerklæring

Dato: xx

Deres ref.: Elisabeth Irene Karlsen

Forespørsel om deltakelse i studie om matomsorg ved sykehjem

Mitt navn er Elisabeth Irene Karlsen. Jeg er utdannet sykepleier og har arbeidet flere år på sykehus og sykehjem. For tiden er jeg student i mat, ernæring og helse ved Høgskolen i Akershus, og holder nå på med den avsluttende masteroppgaven. Temaet for oppgaven er matomsorg ved sykehjem, som vil belyses fra et menneskerettighetsperspektiv med utfordringer og muligheter dere møter ved ivaretagelsen av kostholdet for sykehjemsbeboerne.

Ditt sykehjem er invitert til å delta i denne studien. Din deltakelse vil **enten** foregå i gruppe (fokusgrupper) eller du vil bli intervjuet alene (nøkkelperson). Fokusgruppen vil bestå av 4-6 deltakere. Den første gruppen vil bestå av hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og pleieassistenter, mens den andre gruppen vil bestå av sykepleiere. For å kunne belyse temaet ytterligere vil det gjennomføres intervju en til en separat med nøkkelpersoner som kjøkkensjef, fagutviklingssykepleier, lege og kostøkonom eller andre.

Spørsmålene vil for alle dreie seg om hvilke utfordringer og muligheter dere møter i hverdagen for å kunne ivareta et fullverdig kosthold for beboerne. Spørsmålene vil innbefatte organisering av måltider, og utfordringer og muligheter for forebygging av under- og feilernæring. Spørsmålene vil være åpne med muligheter for flere svar for at dere skal kunne komme med deres tanker, erfaringer og meninger. Etter at både gruppeintervjuene og intervjuene med nøkkeldeltakerne er ferdig, oppsummeres de viktigste hovedpunktene.

Jeg vil bruke båndopptaker og ta notater mens vi snakker sammen. Ved **fokusgruppeintervjuet** vil jeg ha med meg en medhjelper som ut ifra en temaguide vil styre samtalen og hjelpe til hvis samtalen skulle komme til å stoppe opp. Jeg vil selv være observatør, ta notater underveis og komme med en oppsummering etter samtalen og eventuelle oppklarende spørsmål. Fokusgruppeintervjuet vil ta omtrent to timer med pause. Intervjuet med **nøkkeldeltakerne** vil vare i ca en time. Jeg vil selv utføre intervju med nøkkeldeltakerne. Vi vil sammen bli enige om tid og sted. Alle samtaler vil være taushetsbelagte. Dette vil også gjelde for deltakerne innad i gruppen, og informasjonen som kommer frem i gruppa skal ikke diskuteres etter at intervjuet er ferdig.

Studien er meldt til Personverneombudet ved Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste og Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk og følger de regler som gjelder ved deltakelser til slike forskningsprosjekt. Det er frivillig å være med og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis uten å måtte begrunne dette nærmere, og uten at det får konsekvenser for ditt ansettelsesforhold. Dersom du trekker deg vil alle innsamlede data om deg bli slettet. Opplysningene som kommer frem i intervju vil brukes i min masteroppgave og kanskje også i en publikasjon i et tidsskrift basert på masteroppgaven. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne kjenne seg igjen i de endelige publikasjonene. Det vil bare være undertegnede og mine tre veiledere som har tilgang til data som kan identifisere deg. Opplysningene som publiseres anonymiseres og opptakene slettes når oppgaven er ferdig, senest innen utgangen av 2010.

Du vil ikke få noen særskilt godtgjørelse for å delta, men kan påregne at deltakelsen vil foregå innenfor normal arbeidstid. Dersom du har lyst å være med på intervjuet, er det fint om du skriver under på de to vedlagte samtykke- erklæringene og gir ett eksemplar til meg. Det andre eksemplaret beholder du selv. Jeg kommer ikke til å vite din identitet før du skriver under på denne samtykkeerklæringen.

Hvis det er noe du lurer på kan du ringe meg på telefonnummer 980 77 372, eller sende en e-post til ElisabethIrene.Karlsen@stud.hiak.no. Du kan også kontakte min hovedveileder førsteamanuensis Laura Terragni ved Avdeling for helse, ernæring og ledelse, på e-post Laura.Terragni@hiak.no, eller på telefonnummer 64 84 96 08. De andre veilederne er førsteamanuensis Wenche Barth Eide og professor Per Ole Iversen ved Avdeling for ernæringsvitenskap, Universitetet i Oslo.

Med vennlig hilsen

Elisabeth Irene Karlsen

VEDLEGG:

1. Samtykke-erklæring

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt skriftlig informasjon om studien av matomsorg ved sykehjem og ønsker å delta. Jeg har mottatt ett av to eksemplarer av denne samtykkeerklæringen.

Sted/dato..... Tittel/signatur.....

Jeg bekrefter at slik informasjon er gitt.

Sted/dato..... Tittel/signatur.....

Ett av to eksemplarer av denne samtykkeerklæringen oppbevares av Elisabeth Irene Karlsen

Vedlegg 3: Avtale mellom moderator og u. t

Dato: Des 2009

Deres ref.: Elisabeth Irene Karlsen

Avtale om taushetsplikt og arbeidsfordeling mellom medhjelper Kristin Lundanes Jonvik og forsker Elisabeth Irene Karlsen

Arbeidsfordeling

All informasjon om studien og formelle henvendelser til deltakerne eller deres arbeidssted i forkant og etterkant av intervjuet gjøres av forskeren. Det er forskeren som har ansvar for den praktiske tilretteleggingen før intervjuet.

Forskeren ønsker velkommen til intervjuet og presenterer medhjelperen som setter i gang introduksjonsrunde. Forskeren er taus under intervjuet og tar notater. Siste halvtimen settes av til oppsummering og eventuelle oppklarende spørsmål fra forskeren.

Medhjelper skal styre tiden og skal være den som samtaler med gruppen under selve intervjuet. Det er ønskelig at samtalen i gruppen går uten innblanding fra medhjelper, men om samtalen faller utenfor tema eller går i stå, er det medhjelperen som ut fra en intervjuguide som forskeren har laget skal sørge for at samtalen i gruppen går videre. Det er ønskelig at spørsmålene i guiden blir besvart.

Forskeren og medhjelper møtes rett før tid for intervju for forberedning, og bruker noe tid rett etter intervjuet for å diskutere selve fokusgruppeintervjuet.

Det er avtalt 4 fokusgruppeintervju i studien ved to ulike sykehjem. I tillegg et fokusgruppeintervju for å teste guiden.

Taushetsplikt

Jeg er kjent med at jeg som medhjelper i denne studien har taushetsplikt om opplysninger jeg får kjennskap til på lik linje med forskeren. Jeg vil ikke ha tilgang til data etter intervjuene er over eller oppbevare notater fra intervjuene. Intervjuene tas opp på bånd.

Studien er meldt til Personverneombudet ved Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste og Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk og følger de norske regler som gjelder ved deltakelser til slike forskningsprosjekt.

Med vennlig hilsen

Elisabeth Irene Karlsen

VEDLEGG

1. Samtykke - erklæring i to eksemplar

Samtykke-erklæring

Jeg har mottatt ett av to eksemplarer av denne samtykkeerklæringen.

Sted/dato.....Signatur.....

Jeg bekrefter at slik informasjon er gitt.

Sted/dato.....Signatur.....

Ett av to eksemplarer av denne samtykkeerklæringen oppbevares av Elisabeth Irene
Karlsen

Vedlegg 4: Intervjuguide fokusgrupper

Til fokusgruppene

Temaguide

Matideologi

1. Hvilke inntrykk har dere av hva maten og måltidene betyr for beboerne?
2. Hva mener dere bidrar til en positiv opplevelse for beboerne ved måltidene?

Beboernes innflytelse (*Delaktighet/medvirkning, empowerment, verdighet, ikke-diskriminering*)

3. I hvilken grad deltar beboerne ved måltidene?
4. Hvilken innflytelse har beboerne på måltidsrytmen?
5. I hvilken grad kan beboerne velge hva de skal spise?
6. Hva skjer når noen ønsker å stå over eller vente med et måltid?
7. Hvilke valgmuligheter har beboerne mellom måltidene eller om natten?
8. Hvilke valgmuligheter finnes for beboere med annen religiøs eller kulturell bakgrunn som ønsker tilpasset kost?

Organisering av måltidene og påvirkningsmuligheter (*Ansvarlighet, gjennomsiktig/åpent*)

9. Mener dere at noe kunne vært annerledes ved måltidene eller ved menyen?
10. Hvem tar vanligvis initiativ til endring av rutiner? Hvilke utfordringer kan endring av rutiner by på?

Ernæringsmessig helse (*Ansvarlighet, verdighet*)

11. Hva mener dere er sunn mat for beboerne?
12. Opplever dere at maten påvirker beboernes helse? På hvilken måte?
13. Hva gjør dere hvis dere oppdager at noen spiser eller drikker for lite?
14. Hva gjør dere hvis noen er under- eller feilernærte?
15. Hvor har dere lært det dere vet om kosthold til eldre?

Menneskerettigheter ("Rule of law")

I der siste har menneskerettighetene også blitt mer aktuelt i Norge.

16. Hva tenker dere om menneskerettighetene i forhold til mat og måltider på institusjon?
17. Har dere hørt om menneskerettigheter i sammenheng med mat og helse?
18. Med tanke på det vi har pratet om i dag. Hva tenker dere det kan innebære?
19. Er det noe dere ønsker å tilføye som vi ikke har snakket om?

Vedlegg 5: Intervjuguide individuelt intervju

Veiledende intervjuguide –

Intervju med nøkkelpersoner enkeltvis:

Liknende spørsmål som i fokusgruppene vil bli stilt for å få frem ulike perspektiver. Ikke alle spørsmålene passer til alle, og intervjuguiden vil tilpasses hver enkelt intervjudeltaker.

Åpningsspørsmål, matideologi

1. Hvilke inntrykk har du av hva måltidene betyr for beboerne?

Beboernes innflytelse (*Delaktighet/medvirkning, empowerment, verdighet, ikke-diskriminering*)

1. Hvordan foregår tilberedningen av måltidene? Hvem lager maten ved sykehjemmet/avdelingen?
2. Hvem deltar ved planlegging av menyen?
3. I hvilken grad deltar beboerne ved måltidene? I hvilken grad kan beboerne velge maten de spiser?
4. Hvor vanlig er det å spise i tillegg til de faste måltidene? Hva skjer når noen ønsker å stå over eller vente med et måltid?
5. Hvor vanlig er det for beboerne å spise utenom de faste måltidene? Hvilke valmuligheter har beboeren mellom måltidene eller om natten?
6. Hvilke valgmuligheter finnes for beboere med annen religiøs eller kulturell bakgrunn som ønsker tilpasset kost?

Organisering av måltidene og påvirkningsmuligheter (*Ansvarlighet, gjennomsiktig/åpent*)

7. Er det noe du ønsker var annerledes ved organiseringen av måltidene eller ved menyen? I tilfelle hva?
8. Hva gjør du hvis du ønsker å endre på rutiner? Hva slags utfordringer møter du?

Ernæringsmessig helse (*Ansvarlighet, verdighet*)

9. Hva mener du er sunn mat for beboerne?
10. Opplever du at maten innvirker på beboernes helse? På hvilken måte?
11. Hva gjør du hvis du opplever at noen spiser eller drikker for lite?
12. Fanges det opp når beboere er feil- eller underernærte? Hvordan?
13. Hvor har du lært det du vet om kosthold til eldre? Kurs ved sykehjemmet?

Menneskerettighetene ("Rule of law")

14. I det siste har menneskerettighetene og retten til mat og helse fått mer fokus og blitt mer aktuelt også i Norge. Har du noen tanker om menneskerettigheter i forhold til måltider og mat i intitusjon?
15. Er det noe du ønsker å tilføye som vi ikke har snakket om?

Vedlegg 6: Vedtaksbrev REK



UNIVERSITETET I OSLO

DET MEDISINSKE FAKULTET

Mastergradsstudent Elisabeth Irene Karlsen
Høgskolen i Akershus
Pb 423
2001 Lillestrøm

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

Telefon: 22 85 05 93

Telefaks: 22 85 05 90

E-post: i.m.middelthon@medisin.uio.no

Nettadresse: www.etikkom.no

Dato: 02.12.09

Deres ref.:

Vår ref.: 2009/1797

Matomsorg ved sykehjem

Prosjektleder: Førsteamanuensis Laura Terragni
Forskningsansvarlig: Høgskolen i Akershus ved øverste ledelse
Utdanningsprosjekt Masterstudent: Elisabeth Irene Karlsen

Prosjekttema

Blant sykehjemsbeboere har kostholdet vist seg å være mangelfullt og flere har under- eller feilernæring. I nordiske studier etterspør helsepersonell kunnskap om ernæring. I norske studier kommer det frem at helsepersonell ikke har tid til å hjelpe alle som trenger det ved måltider. Studien utføres ved rolle- og kapasitetsanalyse ved metode foreslått av FN's "Standing Committee on Nutrition". Rolleanalyser i studien har utgangspunkt i henholdsvis plikthavere eller rettighetshavere. Forsknings spørsmål i studien er hvordan plikthaverne som stat, kommune, institusjonsledelse og personalet møter sine forpliktelser. Plikthaverne møter sine forpliktelser for at rettighetshaverne kan få oppfylt sine rettigheter.

Komiteen har vurdert søknaden i sitt møte 5. november 2009.

Etter søknaden fremstår prosjektet ikke som et medisinsk eller helsefaglig forskningsprosjekt, og faller derfor utenfor komiteens mandat, jf. Helseforskningsloven § 2. Prosjektet er ikke fremleggelsespliktig jf. Helseforskningsloven § 10, jf. Forskningsetikkloven § 4 annet ledd.

Vedtak

Prosjektet ansees ikke som et medisinsk eller helsefaglig prosjekt og faller derved utenfor retningslinjene for hva som skal legges fram for komiteen.

Vedtaket var enstemmig

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


REK har gått over til elektronisk saksbehandling og fått ny saksportal:

<http://helseforskning.etikkom.no>. Vi ber om at svar på merknader og henvendelser til REK

sendes inn via denne portalen eller på epost: post@helseforskning.etikkom.no. Vennligst oppgi REKs saksnummer.

Med vennlig hilsen

Stein A. Evensen (sign.)
Professor dr.med.
komitéleder


Katrine Ore
Komitésekretær (Vikar november 2009)

Kopi: Rektor Jan Grund, Høgskolen i Akershus

Vedlegg 7: Vedtaksbrev NSD



Laura Terragni
Avdeling for helse, ernæring og ledelse
Høgskolen i Akershus
Postboks 423
2001 LILLESTRØM

Harald Hårfages gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Vår dato: 05.01.2010

Vår ref: 23209 / 2 / RKH

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 09.12.2009. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 04.01.2010. Meldingen gjelder prosjektet:

23209	<i>Matomsorg ved sykehjem fra et menneskerettighetsperspektiv</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Akershus, ved institusjonens overste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Laura Terragni</i>
<i>Student</i>	<i>Elisabeth Irene Karlsen</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

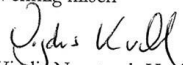
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, vedlagte prosjektvurdering - kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

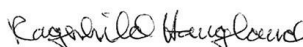
Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2010, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Ragnhild Kise Haugland

Kontaktperson: Ragnhild Kise Haugland tlf: 55 58 83 34
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Elisabeth Irene Karlsen, Sofienberggt. 57 C, 0563 OSLO

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no



REK har vurdert prosjektet som ikke fremleggelsespliktig for REK.

Utvalget består av 30-40 ansatte ved sykehjem (sykepleiere, hjelpe- og vernepleiere, pleieassistenter, omsorgsarbeidere, bestyrer, kostøkonom og lege). Utvalget rekrutteres gjennom ledelsen ved sykehjemmet.

Opplysningene samles inn gjennom gruppeintervju og personlig intervju. Det benyttes lydopptak under intervju. Innsamlede opplysninger registreres på privat PC, og Personvernombudet legger til grunn at bruk av privat PC er i tråd med Høgskolen i Akershus sine rutiner for datasikkerhet.

Utvalget informeres skriftlig om studien og bes om skriftlig samtykke til deltakelse. Studenten godkjente personvernombudets forslag til informasjonsskriv, sendt fra personvernombudet 4. januar 2010.

Senest innen prosjektslutt, 31. desember 2010, skal datamaterialet anonymiseres ved at lydopptak slettes og indirekte identifiserende bakgrunnsopplysninger slettes eller omskrives slik at det ikke lenger er mulig å føre opplysningene tilbake til enkeltpersoner.

Vedlegg 8: Meny sykehjem A

Middagsmeny fra sykehjem A

Mandag: Spinatsuppe,
Fisk i form av blandede grønnsaker

Tirsdag: Hønefrikasse
Hermetisk frukt

Onsdag: Kjøttpudding med ertestuing
Semulepudding

Torsdag: Fiskesuppe
Panert, fylt sei med remulade

Fredag: Østerdalshakk
Yoghurt

Lørdag: Risgrøt

Søndag: Røkt svinekam med surkål
Fromasj

Vedlegg 9: Meny sykehjem B

Middagsmeny fra sykehjem B

Mandag:	Dampet fiskepudding, hvit saus, kokte gulrøtter og poteter Kirsebærkompott
Tirsdag:	Kjøttkaker, brun saus, kålstuing, poteter Blandet fruktsuppe
Onsdag:	Ertesuppe Pannekaker
Torsdag:	Aspargessuppe, kjøttpølser, brunsaus, amerikansk blanding, poteter
Fredag:	Dampet torsk, smeltet smør, gulrotstuing Mandelkjernepudding med rød saus
Lørdag:	Risengrynsgrot eller betasuppe Frisk frukt
Søndag:	Biff stroganoff, babygulrot, poteter Bringebærgele, vaniljeis

Vedlegg 10: FNs prinsipper for eldre

FNs prinsipper for eldre i verden

Resolusjon 46/91 vedtatt av FNs generalforsamling 16. des. 1991 med mottoet:

"Å legge liv til de årene som har blitt lagt til livet"

Uavhengighet

Eldre skal:

- ha adgang til tilstrekkelig med mat, vann, husly, klær og helsetjenester gjennom inntekt, familie, selvhjelp og offentlige tiltak
- ha anledning til å arbeide eller ha adgang til andre inntekter
- ha muligheter for å delta i avgjørelsen om, når og på hvilken måte en skal trekke seg tilbake og tre ut av arbeidslivet
- ha adgang til å ta del i utdanning og kursvirksomhet
- ha mulighet for å leve i omgivelser som er trygge og tilpasset personlige behov til enhver tid
- ha anledning til å bo hjemme så lenge som mulig.

Deltakelse

Eldre skal:

- forbli integrert i samfunnet, delta aktivt i utforming og gjennomføring av politikken som direkte angår deres velferd, og dele sine kunnskaper, ferdigheter og erfaringer med yngre generasjoner
- ha anledning til å se på muligheter til å yte tjenester og hjelp til samfunnet og å yte frivillig hjelp på områder eldre har interesse for og er skikket til
- ha mulighet for å opprette foreninger og organisasjoner for eldre.

Omsorg

Eldre skal:

- få støtte fra familien og samfunnet ved behov for omsorg og beskyttelse i overensstemmelse med det enkelte samfunns system og kulturelle verdier
- ha adgang til helsetjenester som hjelp til å opprettholde eller gjenvinne fysisk, psykisk og sjelelig velvære og forebygge eller utsette sykdom
- ha adgang til sosiale og lovmessige tjenester som ivaretar selvstendighet, trygghet og omsorg
- ha mulighet for å utnytte tilfredsstillende nivå på institusjonsomsorg som tilbyr trygghet, rehabilitering og sosial og mental stimulering i et menneskelig og trygt miljø
- ha mulighet for å omfattes av menneskerettigheter og grunnleggende frihet når de bor i institusjon, mottar annen form for omsorg eller får behandling, - inkludert full respekt til å ta beslutninger om egen omsorg og kvaliteten av eget liv.

Selvutfoldelse

Eldre skal:

- ha mulighet for å utvikle sitt eget potensiale
- ha adgang til å delta i utdanning, kulturelle, åndelig og rekreasjonsrettede tilbud.

Verdighet

Eldre skal:

- ha mulighet for å leve i verdighet og trygghet, uten å bli utnyttet eller utsatt for fysiske eller mentale overgrep
- bli behandlet rettferdig uavhengig av alder, kjønn, rase eller etnisk bakgrunn, funksjonshemming eller annen situasjon, og bli verdsatt uavhengig av sin økonomiske situasjon.

Oversatt og utgitt av Statens eldreråd