

Nasjonal kartlegging av mat og måltider i sykehus

Først publisert: 03. april 2024

Siste faglige endring: 03. april 2024



Rapporten er basert på en nasjonal spørreundersøkelse gjennomført av en prosjektgruppe ved St. Olavs hospital, på oppdrag fra Helsedirektoratet for å få et kunnskapsgrunnlag for revidering av Kosthåndboken.

Innhold

1. Sammendrag	3
2. Innledning	5
3. Metode	7
4. Resultater	10
5. Diskusjon	37
6. Anbefalinger	48
7. Referanser	50
8. Vedlegg	51
9. PDF av rapporten	52

Sammendrag

Kosthåndboken fra 2012 er et av hovedrammeverkene for god ernæringspraksis i helse- og omsorgstjenesten, og den skal snart revideres. Denne rapporten gir resultatene av hvordan sengepostledere, kjøkkenledere, fagdirektører og kliniske ernæringsfysiologer mener at mattilbudet og ernæringspraksisen er, for innlagte pasienter over 18 år innen somatikk og psykiatri. Rapporten er basert på en nasjonal spørreundersøkelse gjennomført av en prosjektgruppe ved St. Olavs hospital, på oppdrag fra Helsedirektoratet for å få et kunnskapsgrunnlag for revidering av Kosthåndboken.

Alle ansatte innen responsgruppene i landet ble invitert (n=964), hvorav 513 besvarte sine respektive spørreskjema slik at den samlede svarresponsen ble på 53%. Vi fikk svar fra 304 sengepostledere (svarrespons 45%), 84 kjøkkenledere (svarrespons 83%), 24 fagdirektører (svarrespons 77%) og 101 kliniske ernæringsfysiologer (svarrespons 65%).

Kosthåndboken var kjent blant vel halvparten av sengepostlederne, to tredjedeler av fagdirektørene, nesten alle kjøkkenlederne og blant alle kliniske ernæringsfysiologene. Alle fikk spørsmål om Kosthåndbokens og andre faktors betydning for mattilbudet. En rangering etter hvor mange til sammen som hadde svart «i stor grad» på en faktor, plasserte Kosthåndboken først, dernest «anbefalinger fra klinisk ernæringsfysiolog», «kulturelle og religiøse hensyn», «helseforetakets ernæringsstrategi», «brukermedvirkning», og til sist «budsjett». Detaljene fra hver responsgruppe viste store forskjeller i hvordan de ulike faktorene ble vektet.

Fire femtedeler av sengepostlederne svarte positivt på at bestillingssystemet sikret at pasientene fikk rett mat til rett tid og at måltidenes konsistens var tilpasset pasientene. Kliniske ernæringsfysiologer problematiserte begge tema i sin fritekst, de etterlyste forenklede og brukervennlige bestillingssystem og kompetanse på tilberedning av mat med ulik konsistens.

Nesten alle kjøkkenlederne oppga at de fulgte anbefalingene om en menyplan over minst tre uker for standardkosten, og at de hadde tilbud om to standardkoster og ønskekost, alternativer til den faste menyen og at de evaluerte mattilbudet. Tre fjerdedeler benyttet standardoppskrifter og næringsberegnet standardkosten, mens under en tredjedel hadde tilgjengelige foto av standardporsjoner. Hvilke kanaler kjøkkenet brukte til å informere sengepostene om mattilbudet, ble rapportert forskjellig av kjøkken- og sengepostledere.

Tidspunktene flest sengepostledere rapporterte for når måltidene ble servert på hverdager, var kl. 8 eller 8.30 for frokost, kl. 11.30 eller 12 for lunsj, kl. 15.30 eller 16 for middag og kl. 19 eller 19.30 for kveldsmaten, men flere andre tidspunkt ble også rapportert. To tredjedeler rapporterte at de ikke tilbød faste mellommåltid, mens til sammen en tredjedel tilbød enten ett, to eller tre faste mellommåltid.

Sengepostlederne ga viktig informasjon om hvilke måltider som ble laget hvor, og en figur i rapporten gir en god illustrasjon av hvordan ansvaret var delt mellom kjøkken og sengeposter. Oppfølgingsspørsmål til både sengepost- og kjøkkenlederne avdekket at ansvarsfordelingen var noe uoversiktlig for dem det gjaldt. Videre at sengepostlederne som har ansvar for de fleste måltidene, i liten grad oppfattet seg selv som målgruppe for de veiledende føringene for det enkelte måltid (inkludert spesialkostene) i Kosthåndboken, og dens krav om næringsberegning og konsistenstilpasning av både ulike koster og alle døgnetts måltider.

Kliniske ernæringsfysiologer rapporterte at screening for risiko for underernæring blant de fleste ble utført med det nye verktøyet MST (Malnutrition Screening Tool), men de kunne i liten grad gi opplysninger om hvor stor andel av alle innlagte pasienter som ble screenet, hvor mange som ble funnet å være i risiko for underernæring og hvor mange av dem som hadde fått tiltak som foreslått i Ernæringstrappen. Dette fordi slik rapportering enten ikke ble praktisert, eller så var resultatene utilgjengelige i institusjonen.

På spørsmålet om det er tilstrekkelig med ernæringskompetanse ved sengeposten/kjøkkenet/institusjonen, svarte de fire responsgruppene såpass forskjellig at det er vel verdt å granske figuren som illustrerer svarene.

En betydelig del av rapporten omfatter sammenskrivinger av fritekst gitt fra alle responsgruppene, særlig vedrørende hvilken ernæringskompetanse som fantes (på kjøkkenet, på sengepostene), hvilken ernæringskompetanse de skulle ønske det var mer av, og forslag til hvordan mat- og måltidstilbudet kunne bli bedre. Innholdet i disse punktene kan Helsedirektoratet forhåpentligvis vurdere nytten av i arbeidet med revidering av Kosthåndboken.

Diskusjonen omfatter resultatene av kjennskap til og bruk av Kosthåndboken, måltidstilbudet, ernæringspraksis og –kompetanse. Resultatene for tidspunkt for måltider ble diskutert opp mot anbefalingen om at nattfasten ikke skal overskride 11 timer.

Prosjektgruppen har på bakgrunn av diskusjonen av resultatene vedrørende de viktigste punktene i oppdraget fra Helsedirektoratet, gitt 13 anbefalinger som forhåpentligvis kan vurderes for revisjonen av Kosthåndboken. Anbefalingene er fordelt på følgende tema: informasjon, standardisering, næringsberegning, kartlegging og rapportering, samt forbedring av mat- og måltidstilbudet.

De gitte anbefalingene kan måles på hvorvidt de etterleves, som er viktig for at framtidige rapporter fra spesialisthelsetjenestens institusjoner om mattilbud og ernæringspraksis blir så presise som mulig. Vi foreslår at Kosthåndboken blir endret til å bli en nasjonal faglig retningslinje, som sammenlignet med nåværende «veileder i ernæringsarbeid» kan gi både tydeligere anbefalinger, og et tydeligere mandat for å innhente rapporter som grunnlag for evaluering av konkrete tema i ernæringspraksisen.

Innledning

Takk

Vi ønsker først og fremst å takke alle som har tatt seg tid til å svare på spørreundersøkelsen i en travel arbeidshverdag. Vi ønsker også å takke Mat & Café ved St. Olavs hospital for verdifullt samarbeid i oppstarten av prosjektet og Kommunikasjonsavdelingen for teknisk hjelp.

Det redaksjonelle arbeidet med rapporten ble sluttført 15. januar 2024

Ingrid Løvold Mostad, klinisk ernæringsfysiolog, Dr. philos.
(Koordinator for Ernæringsutvalget^[1], Rehabiliteringsklinikken, St. Olavs hospital)

Kari Meli, klinisk ernæringsfysiolog, M. Sc.
(Prosjektmedarbeider^[1], Mat & Café - stab, St. Olavs hospital)

Referanse

Ved henvisning til rapporten, oppgi følgende referanse:

Mostad IL, Meli K. Nasjonal kartlegging av mat og måltider i sykehus. Oppdragsrapport for Helsedirektoratet v/prosjektgruppe på St. Olavs hospital, 2024.

[1] ansatt inntil 31.12.2023

Bakgrunn for undersøkelsen

Kunnskap om mattilbudet og ernæringspraksis i sykehusene er et viktig grunnlag for arbeidet med kvalitetsforbedring innen mat og ernæring i helse- og omsorgstjenesten. Kosthåndboken (2012) (1) og Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring utgjør hovedrammeverkene for god ernæringspraksis i helse- og omsorgstjenesten (2). Kosthåndboken gir nasjonale føringer for mattilbudet i helse- og omsorgstjenesten og erstatter tidligere retningslinjer for kostholdet i helseinstitusjoner (1995) (3). Det fremgår av Prop 1 S (2019-2020) (4) at Kosthåndboken skal revideres for å følge opp nye nasjonale faglige retningslinjer på området.

Det mangler en oversikt over kvaliteten på mattilbudet i norske sykehus og i hvilken grad mattilbudet i sykehus og andre institusjoner i spesialisthelsetjenesten følger nasjonale retningslinjer og anbefalinger (5). Koordinator for Ernæringsutvalget ved St. Olavs hospital ble bedt om ta oppdraget med å gjennomføre en nasjonal kartlegging blant ulike grupper ansatte (responsgrupper). En prosjektgruppe (Mostad og Meli) tok dette oppdraget sammen. Vi avgrenset responsgruppene til sentral ledelse, kjøkkenledere, sengepostledere og kliniske ernæringsfysiologer i helseforetak og private/ideelle institusjoner i spesialisthelsetjenesten. Målgruppene for mat- og måltidstilbudet som ble kartlagt var innlagte pasienter over 18 år innen somatikk og psykiatri.

Målet var å kartlegge om sykehusene har prosedyrer eller rutiner for mat- og måltidstilbudet i henhold til Kosthåndboken, avgrenset til:

- kjennskap til Kosthåndboken og dens betydning for mattilbudet
- andre faktorer av betydning for mattilbudet
- måltidsrytme og mellommåltider
- standard- og spesialkost, menyarbeid og næringsberegning
- produksjon, distribusjon og servering av måltider
- ernæringspraksis, -kompetanse og –strategi.

Mange spørsmål ble stilt til hver av responsgruppene og resultatene er sammenstilt i rapporten. Kapittel 3 presenterer alle resultater, kapittel 4 diskuterer dem, før anbefalinger basert på disse, gis i kapittel 5.

Metode

Design

Først ble det gjort en kartlegging av alle norske offentlige og private sykehus som har sengeposter med døgntilbud for voksne pasienter over 18 år. Til sammen 20 helseforetak ble inkludert i spørreundersøkelsen, med i alt 65 sykehus (derav 59 innen helseforetakene og seks private) og 83 psykiatriske klinikker/institusjoner (derav fire private/ideelle), samt fire distriktsmedisinske senter (DMS) (Vedleggstabell A).

Habiliterings- og rehabiliteringsinstitusjoner ble ikke inkludert. Spørreundersøkelsen ble utført i 2023 og er en tverrsnittundersøkelse med fire ulike responsgrupper.

Utvalg

Til den første responsgruppen ble en person fra sentral stab (fortrinnsvis fagdirektør) fra hvert sykehus i Norge forespurt om å delta. Til sammen 31 fra sentral stab ble invitert. Det ble innhentet e-postadresser via nettsiden til sykehuset eller henvendelse til HR-direktør hvis den ikke var oppgitt på nettsiden.

Til den andre responsgruppen ble 101 kjøkkenledere fra alle norske sykehus forespurt om å delta.

Til den tredje responsgruppen fikk 676 sengepostledere invitasjon om deltakelse. Organisasjonskartene ble brukt til å finne alle sengeposter. For flere sykehus fantes ikke kart med slike detaljer, og sykehusets HR- eller kommunikasjonsleder ble kontaktet for hjelp. Blant sengeposter for voksne ble ledere for somatiske akuttinntak, intensivavdelinger og føde-/barselavdelinger ikke invitert. Sengepostledere som jobber nærmest pasientene ble valgt, og individuelle e-postadresse ble innhentet. Spørsmål 3 og 4 i spørreskjemaet lister opp hvilke somatiske og psykiatriske sengeposter som var inkludert (se vedlegg).

Til den fjerde og siste responsgruppen ble 156 kliniske ernæringsfysiologer invitert, som hadde en stillingsprosent for inneliggende voksne pasienter.

Spørreskjema

De fire ulike spørreskjema ble laget ved hjelp av Questback. Det ble sendt e-post til hver av deltakerne med en individuell lenke til spørreskjemaet. Svarfristen ble satt til 14 dager, og det ble innledningsvis sendt ut purring etter 7, 10 og 13 dager til dem som ikke hadde fullført innen fristen.

De to første responsgruppene fikk spørreskjema rett før St. Hans, så purringen ble startet på nytt etter sommerferien (i midten av august). De to siste ble purret i 1-1,5 mnd etter utsendelsen. Datainnsamlingen ble avsluttet 20. november i 2023.

Gjennomføring



Figur 1. Illustrasjon av gjennomføring av oppdraget

2.4.1 Pilot og hovedundersøkelse

Målet med piloten var å teste første versjon av spørreskjemaene på et utvalg av deltakere fra alle tre helseforetak i Helse Midt-Norge (Helse Møre og Romsdal, Helse Nord-Trøndelag og St. Olavs hospital, ved somatiske og psykiatriske sengeposter). De ble i tillegg stilt følgende spørsmål:

- Hvor lang tid tok det å fylle ut skjemaet?
- Er spørsmålene i undersøkelsen forståelige?
- Opplevs spørsmålene som relevante?
- Hvordan opplevs den tekniske og visuelle utformingen av skjemaet?
- Har du andre tilbakemeldinger?

Alle spørreskjema i piloten ble sendt 31. mars 2023.

Antall inviterte og svar

	Inviterte	Besvart		Ikke besvart
	Antall	Antall	%	Antall
Sengepostledere	19	6	32	13
Kjøkkenledere	3	3	100	0
Fagdirektører	3	3	100	0
Total	25	12	49	13

Det ble gjort endringer i spørsmålene på bakgrunn av responsen fra deltakerne i piloten.

Hovedundersøkelsens spørreskjemaer (Vedlegg spørreskjema) var som følger:

- Spørreskjema sengeposter. Mat og måltider i spesialisthelsetjenesten (44 spørsmål)
- Spørreskjema kjøkken. Mat og måltider i spesialisthelsetjenesten (47 spørsmål)
- Spørreskjema sentral stab. Mat og måltider i spesialisthelsetjenesten (21 spørsmål)
- Spørreskjema kliniske ernæringsfysiologer. Mat og måltider i spesialisthelsetjenesten (33 spørsmål).

Etikk

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) Midt-Norge ble forespurt om det var nødvendig med REK-godkjenning. Prosjektet ble ikke vurdert som helsefaglig forskning, og vi kunne derfor gjennomføre spørreundersøkelsen uten etisk godkjenning fra REK. I rapporten er svarene anonymiserte.

Grafisk fremstilling

Vi har kombinert grafisk fremstilling fra uttrekk fra rapport i Questback i tillegg til rådata i Microsoft Excel som vi har laget selv. Tabeller og figurer i resultatkapitlet er benevnt slik: Tabell 1, Vedlegg 1 osv, og i vedlegget slik: Vedleggstabell 1, Vedleggsfigur 1 osv. Vedleggstabellene gir hele tallmaterialet (som hvor mange som svarte «ja», «nei» og «vet ikke»), der noen av figurene i resultatkapitlet har trukket ut kun deler av svaret, f.eks. hvor mange som svarte «ja».

Resultater

Beskrivelse av utvalget

Totalt antall deltakere var 513 av 964 inviterte. Total svarprosent var 53% for hele utvalget med variasjon fra 45% for sengepostledere til 83% for kjøkkenledere (Tabell 1 og figur 1).

Tabell 1. Antall inviterte og antall besvart for hvert av fire spørreskjema

	Inviterte	Besvart		Ufullført ¹		Ikke besvart ²	
	Antall	Antall	%	Antall	%	Antall	%
Sengepostledere	676	304	45	152	22	220	33
Kjøkkenledere	101	84	83	13	12	4	4
Fagdirektører	31	24	77	3	10	4	13
Kliniske ernæringsfysiologer	156	101	65	19	12	36	23
Total	964	513	53	187	20	264	27

¹ betyr at spørreskjemaet påbegynt, men ikke fullført. Svarene som måtte finnes, er ikke tilgjengelige

² betyr at spørreskjemaet ikke er åpnet

Fordelingen i helseregionene som helseforetakene hører til var ganske lik med høyest andel i Helse Sør-Øst og lavest i Helse Nord (Figur 2). Det var svar fra alle helseregionene for alle responsgruppene.

Av sengepostledere var 54% tilknyttet en somatisk sengepost (Vedleggstabell 1) og 46% tilknyttet en psykiatrisk sengepost eller innen rusbehandling (Vedleggstabell 2).

Blant kliniske ernæringsfysiologer som deltok hadde en tredjedel 91-100% stilling tilknyttet inneliggende voksne pasienter (33 av 101 personer), en fjerdedel hadde 51-90% stilling (25 personer) og resten hadde 50% stilling eller lavere (38 personer) (Vedleggsfigur 1).

Fagdirektører fikk spørsmål om hvor mange somatiske/psykiatriske senger som finnes i helseforetaket/institusjonen. Det var spredning fra 10 eller færre senger, til over 700 senger. Henholdsvis seks og fem oppga at det var 101-200 somatiske og psykiatriske senger, fem oppga 301-500 somatiske senger, mens tre oppga over 700 somatiske senger. For detaljer, se vedleggstabell 3.

Kjennskap til og bruk av Kosthåndboken

3.2.1 Kjennskap til Kosthåndboken

Blant kjøkkenledere og kliniske ernæringsfysiologer svarte 96-100% at de har kjennskap til Kosthåndboken, samt 67% av fagdirektørene og 55% av sengepostledere (Tabell 2).

Tabell 2. Respondentenes kjennskap til Kosthåndboken. Tallene er oppgitt i prosent (%)

	Ja	Nei	Vet ikke
Sengepostledere (n=304)	55	40	5
Kjøkkenledere (n=84)	96	3	1
Fagdirektører (n=24)	67	33	0
Kliniske ernæringsfysiologer (n=101)	100	0	0

3.2.2 Anbefalinger fra Kosthåndboken

Kjøkkenledere oppga i stor grad å følge anbefalingene i Kosthåndboken for mattilbudet listet opp i Tabell 3. Unntaket er at 70% oppga at de ikke har foto av standardporsjoner tilgjengelige.

På et eget spørsmål svarte 70% av kjøkkenlederne at de bruker Kosthåndboken aktivt for å utarbeide menyen (Vedleggstabell 4).

Tabell 3. Anbefalinger som følges fra Kosthåndboken ifølge kjøkkenledere (n=84). Tallene er oppgitt i prosent (%)

	Ja	Nei	Vet ikke
Vi har en menyplan for standardkosten	95	4	1
Menyen går over minst 3 uker	87	12	1
Menyen for standardkosten er næringsberegnet	75	19	6
Foto av standardporsjoner er tilgjengelige	27	70	2
Standardoppskrifter benyttes	79	18	4
Valgmuligheter utenom fast meny finnes for dem som har behov for andre alternativer	96	4	0
Mattilbudet evalueres	86	10	5

De fleste sengepostledere (78% og 83%) oppga å følge anbefalingene om at bestillingssystemet sikrer at pasientene får rett mat til rett tid og at måltidenes konsistens er tilpasset pasientene (Tabell 4).

Tabell 4. Anbefalinger som følges fra Kosthåndboken ifølge sengepostledere (n=304). Tallene er oppgitt i prosent (%)

	Ja	Nei	Vet ikke
Bestillingssystemet sikrer at pasientene får rett mat til rett tid	78	7	14
Måltidenes konsistens er tilpasset pasientene	83	7	10

3.2.3 Kosthåndbokens betydning for mattilbudet

Mellom 21 og 65% svarte at Kosthåndboken i stor grad har betydning for mattilbudet (Figur 3).

3.2.4 Andre faktorer av betydning for mat- og måltidstilbudet

Spørsmålet om betydning av budsjett ble stilt alle responsgruppene, mens spørsmålet om betydningen av anbud ble stilt til to av dem (kjøkkenledere og fagdirektører).

Blant kjøkkenlederne oppga 5% at budsjett i stor grad har betydning for mattilbudet (Figur 4) og 33% at anbud har betydning i stor grad (Figur 5). Alle responsgruppene mente at budsjett i noen grad har betydning, derav nesten halvparten av fagdirektørene (Figur 4).

Av kjøkkenledere oppga 49% at helseforetakets ernæringsstrategi har stor betydning for mattilbudet, mens 16% av kliniske ernæringsfysiologer oppga det samme (Figur 6).

Mange oppga at brukermedvirkning i noen grad har betydning for mattilbudet (fra 33% for kliniske ernæringsfysiologer til 63% for kjøkkenledere) (Figur 7). Av kliniske ernæringsfysiologer rapporterte 37% «vet ikke».

Sengepostledere og kliniske ernæringsfysiologer var de eneste som fikk spørsmål om tilbakemelding fra pasienter har betydning for mattilbudet (Figur 8). De fleste sengepostlederne svarte «i noen grad» (39%) eller «i stor grad» (28%). Av kliniske ernæringsfysiologer svarte de fleste «vet ikke» (37%) eller «i noen grad» (32%).

De fleste svarte at kulturelle og religiøse hensyn i noen eller stor grad har betydning for mattilbudet (Figur 9).

De fleste svarte at anbefalinger fra klinisk ernæringsfysiolog i noen eller stor grad har betydning for mattilbudet (Figur 10).

En oversikt over tallmaterialet bak figurene 3-10 står i vedlegget (Vedleggstabell 5).

3.2.5 Brukerundersøkelser

I alt 49% av sengepostledere og 46% av fagdirektører svarte «vet ikke» på spørsmålet om gjennomføring av brukerundersøkelser om mattilbudet ved institusjonen (Figur 11). Henholdsvis 26% og 25% av kjøkkenledere svarte at det var gjennomført brukerundersøkelser årlig eller to eller flere ganger i løpet av de ti siste årene.

De fleste rapporterte at pasientene svarte på alle spørsmålene selv i brukerundersøkelsene (Figur 12).

3.2.6 Informasjon om mattilbudet

Sengepostledere og kjøkkenledere ble spurt om hvilken informasjon om mattilbudet sengeposter fikk fra kjøkkenet og på hvilken måte. Rundt 60% svarte at de har plakater med informasjon om menyen og tidspunkt for når måltidene serveres (Tabell 5). Tabellen viser at sengepostlederne fikk ingen informasjon gjennom matbestillingsprogrammet og minimalt fra sykehusets intranett, om ønskekostmenyen og alternative porsjonsstørrelser (les: liten, standard, stor, ekstra stor porsjon). Kjøkkenlederne rapporterte på sin side hyppigst disse to kanalene for å gi informasjon om nettopp ønskekost og porsjonsstørrelser. Mange sengepostledere oppga at de ringte kjøkkenet (innhentet muntlig informasjon) om dagens og neste dags meny, tidspunkt for måltider samt ønskekostmenyen, noe som ikke ble bekreftet i like stor grad fra kjøkkenledernes ståsted. Av kjøkkenledere svarte 69% og 77% at de ikke har bilder av menyen eller porsjonsstørrelser.

Tabell 5. Ulike måter sengepostene får informasjon om mattilbudet ifølge sengepostledere (SP, n=304) og kjøkkenledere (KJ, n=84). Tallene er oppgitt i prosent (%)

	Skriftlig 1	Muntlig 2	Plakat 3	Digital informasjons kanal 4	Møter 5	Egne retningslinjer 6	Matbestillingsprogram
Dagens meny SP	26	43	65	5			
Dagens meny KJ	31	8	57	37	6	4	36
Neste dags meny SP	21	22	65	5			
Neste dags meny KJ	25	6	55	33	5	2	35
Ønskekostmeny SP	23	50	12	2			
Ønskekostmeny KJ	15	29	26	29	5	10	38
Alternative porsjonsstørrelser SP	4	40	3	1			
Alternative porsjonsstørrelser KJ	12	27	7	13	12	11	31
Bilder av menyen SP	4	1	5	2			
Bilder av menyen KJ	6	1	12	13	2	2	6
Bilder av porsjonsstørrelser SP	1	1	3	2			
Bilder av porsjonsstørrelser KJ	4	1	6	11	2	2	5
Ukesmeny SP	29	10	70	5			
Ukesmeny KJ	39	8	57	37	5	4	32
Tidspunkt for når måltidene serveres SP	42	37	61	2			

Tidspunkt for når måltidene serveres KJ	17	5	57	30	7	5	15
---	----	---	----	----	---	---	----

¹ Sendes med matvogn osv

² Svarer på telefonhenvendelser

³ På sengeposten

⁴ Sykehusets virksomhet portal/intranett

⁵ Regelmessige møter med ansatte på sengeposten

⁶ Egne retningslinjer i kvalitetssystemet

Språk

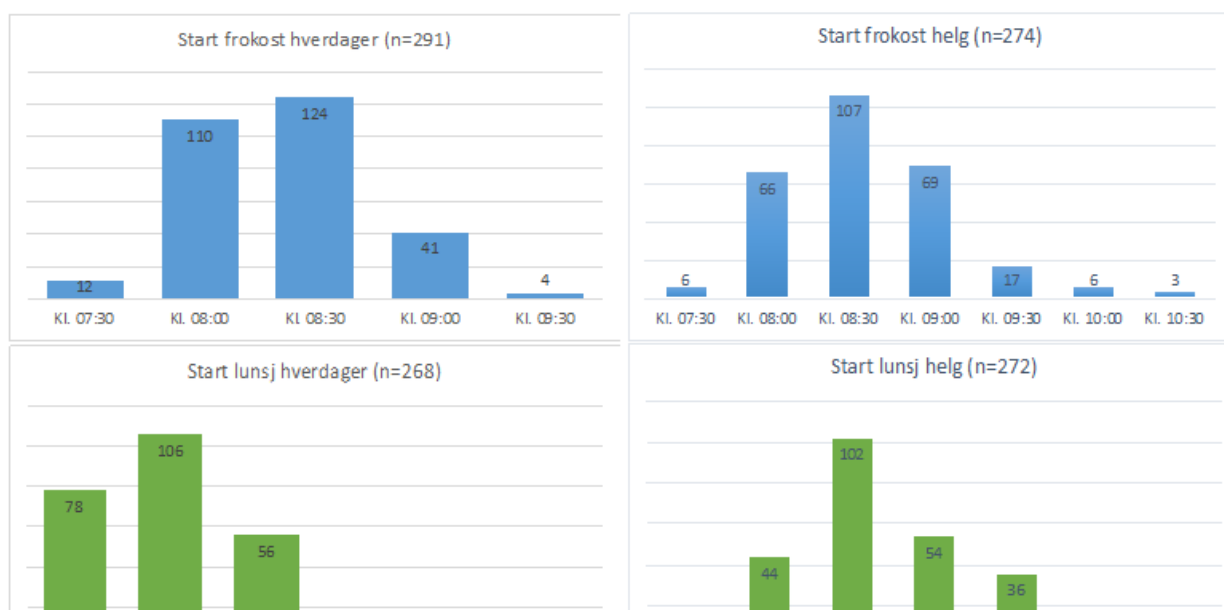
Rundt 12 % av kjøkkenlederne (n=10) svarte at informasjon om mattilbudet sengeposter får fra kjøkkenet gis på andre språk enn norsk (Vedleggsfigur 2).

Av sengepostledere svarte 22% (n=68) at mattilbudet gis på andre språk enn norsk (Vedleggsfigur 3).

Måltidstilbudet

3.3.1 Måltidsrytme

Ledere ved sengepostene ble spurt om når hovedmåltidene (frokost, lunsj, middag og kvelds) blir servert på sengeposten på hverdager og helgedager. Rundt 97% av sengepostlederne oppga at sengeposten er åpen på helg. Klokkeslett for måltidene på hverdager står i venstre halvdel og for måltidene på helg i høyre halvdel av figur 13:





Figur 13. Tidspunkter for når hovedmåltidene ifølge sengepostledere serveres på hverdager (mandag-fredag, n=304) og når middag og kveldsmat serveres på helgedager (n=295). Tallene på søylene er antall sengepostledere som har svart det aktuelle tidspunktet.

[Se større figur](#)

De fleste sengepostledere svarte at frokost på hverdager starter før kl. 09.00 (85% av n=291), mens 65% (av n=274) svarte at frokosten på helg starter før kl. 09.00 (Figur 13). På hverdager ble servering av lunsj rapportert av de fleste til kl. 11.30 eller 12.00 (69%) og til kl. 12.00 eller 12.30 på helg (57%). Middagen ble hos de fleste servert kl. 15.30 eller kl. 16.00 på både hverdager (61%) og helg (56%). Kveldsmaten ble rapportert av de fleste å starte kl. 19.00 eller kl. 19.30 (58% på hverdager og 55% på helg).

Rundt 10% oppga at de ikke har faste tidspunkt, men at pasientene henter måltidene når de selv ønsker dem. Noen oppga at dette bare gjaldt for noen måltider, andre hadde for eksempel 1-2-3 serveringssystem eller buffet. Rundt 12% oppga at de ikke har faste tidspunkt for måltidene på helg.

3.3.2 Mellommåltider

Et stort flertall av sengepostlederne (61%) rapporterte å ikke tilby faste mellommåltider (Tabell 6). Rundt 35% rapporterte å tilby ett til flere mellommåltider fast per dag.

Tabell 6. Antall mellommåltider som tilbys fast ved sengeposten ifølge sengepostledere (n=304)

	Prosent
Vi tilbyr ikke faste mellommåltid	61
Vi tilbyr ett mellommåltid fast per dag	13
Vi tilbyr to mellommåltider fast per dag	11
Vi tilbyr tre eller flere mellommåltider fast per dag	11
Vet ikke	4

Mange sengepostledere (68%) rapporterte at de aktivt tilbyr mat og næringsdrikker utenom hovedmåltider og faste mellommåltid, og enda flere hvis pasienten (95%) eller pårørende (72%) ber om det (Tabell 7). Halvparten rapporterte at de også tilbyr dette på natt. Rundt to tredjedeler energiforsterker hoved- og mellommåltider.

Tabell 7. Hvordan individuelle ønsker og behov for mat og næringsdrikker tilbys ifølge sengepostledere (n=304). Tallene er oppgitt i prosent (%)

	Ja	Nei	Ikke aktuelt	Vet ikke
Tilbyr aktivt	68	18	10	4
Tilbyr hvis pasienten ber om det	95	2	3	1
Tilbyr hvis pårørende ber om det	72	6	17	5
Energiforsterker hoved- og mellommåltid	67	8	16	9
Energiforsterker hoved- og mellommåltid i stedet for å tilby ekstra måltid/ekstra drikke	44	24	17	15
Tilbyr dag	78	6	11	5
Tilbyr natt	51	27	13	9

Menyarbeid

3.4.1 Standardkost

Mellom 68 og 94% av sengepostledere, kjøkkenledere og kliniske ernæringsfysiologer svarte at de har nøkkelråds-kost, energi- og næringstett kost og ønskekost som standardkost (Tabell 8).

Tabell 8. Type standardkost som tilbys ved institusjonen fordelt på responsgruppe. Tallene er oppgitt i prosent (%)

Type standardkost	Sengepostledere (n=304)	Kjøkkenledere (n=84)	Kliniske ernæringsfysiologer (n=101)
Nøkkelråds-kost	68	93	78
Energi- og næringstett kost	76	88	85
Ønskekost	77	94	90

3.4.2 Spesialkost og konsistens

Spørsmål om hvilke spesialkost som tilbys ved institusjonen ble stilt til sengepostledere, kjøkkenledere og kliniske ernæringsfysiologer (Vedleggsfigurer 4-6). Sengepostledere (Vedleggsfigur 4) rapporterte mye av det samme som kliniske ernæringsfysiologer (Vedleggsfigur 6). Topp tre var glutenfri kost, laktoseredusert kost og melkeproteinfri kost. De to førstnevnte ble rapportert av 97 og 96% av begge responsgrupper, mens sistnevnte ble rapportert av 84% av sengepostledere og av 91% av kliniske ernæringsfysiologer.

Kjøkkenledernes spørsmål var litt annerledes, i det de ble spurt om hvilke spesialkost det var utarbeidet menyplan for («ikke bare» om spesialkosten ble tilbudt). De rapporterte en lavere % som topp tre: glutenfri (74%), laktoseredusert (71%) og ekstra energitett kost (70%) (Vedleggsfigur 5). Vedleggsfigurene 4-6 illustrerer cirka 15 ulike spesialkost.

Alle responsgruppene ble spurt om det ble tilbudt andre spesialkost enn de som var listet opp for avkrysning, og svarene er sammenstilt i vedleggstabell 6. Da ble til sammen 56 andre spesialkost nevnt (noen var de samme som allerede var kryssset av for av de opplistede i vedleggsfigurene 4-6). Om en hadde telt spesialkostene hver for seg der det var brukt ulike begrep om samme spesialkost, ville summen blitt 81.

Spørsmål om hvilke konsistenstilpassede kost ifølge Kosthåndboken som ble tilbudt, ble stilt til de samme tre responsgruppene (Vedleggsfigurer 7-9). Findelt kost (puré, konsistensnivå II) og lett-tyggelig (konsistensnivå II) var topp to hos alle responsgruppene, deretter ble rekkefølgen noe forskjellig. Eksempelvis rapporterte 26% av sengepostlederne at geleringskost var et tilbud, mens dette tilbudet ble rapportert blant 63% av kjøkkenlederne og 50% av de kliniske ernæringsfysiologene. Alternativet «vi bruker andre kategorier for konsistens» ble rapportert av 9% sengepostledere, 19% kjøkkenledere og 14% kliniske ernæringsfysiologer (Vedleggsfigurer 7-9).

Ingen av kjøkkenlederne kryssset av for «vet ikke» på dette spørsmålet, mens henholdsvis 27% og 23% av sengepostledere og kliniske ernæringsfysiologer svarte «vet ikke».

3.4.2.1 IDDSI (The International Dysphagia Diet Standardisation Initiative)

De samme responsgruppene ble spurt om IDDSI (8) var tatt i bruk. Av sengepostlederne svarte 7% at IDDSI var tatt i bruk og 84% svarte vet ikke (Vedleggstabell 7). Av kjøkkenlederne svarte 24% at det var tatt i bruk, og 27% av kliniske ernæringsfysiologer svarte det samme.

Mens 20% svarte «vet ikke» av kjøkkenlederne, ga dobbelt så mange av ernæringsfysiologene dette svaret (39%).

3.4.3 Næringsberegning av måltider og menyer

Sengepostledere, kjøkkenledere og kliniske ernæringsfysiologer ble spurt om hvem som næringsberegner de ulike måltidene (Tabell 9). Mellom 21 og 29% oppga at frokost ikke ble næringsberegnet, mens 19-30% at den ble beregnet ved hovedkjøkkenet. Rundt en tredjedel rapporterte at lunsj ble næringsberegnet ved hovedkjøkkenet. Mellom 39 og 54% rapporterte at middag og dessert ble næringsberegnet ved hovedkjøkkenet.

Tabell 9. Næringsberegning av måltidene besvart av sengepostledere (SP, n=304), kjøkkenledere (KJ, n=84) og kliniske ernæringsfysiologer (kef, n=101), tallene er oppgitt i prosent (%)

	Måltidet næringsberegnes ikke	Næringsberegnes ved (hoved) kjøkkenet	Næringsberegnes ved sengepost	Næringsberegnes av klinisk ernæringsfysiolog	Næringsberegnes av klinisk ernæringsfysiolog
Frokost SP	29	20	24	4	3

Frokost KJ	26	30	12	14	2
Frokost kef	21	19	22	9	2
Lunsj SP	24	31	20	4	2
Lunsj KJ	23	36	7	15	5
Lunsj kef	16	35	13	14	5
Middag SP	11	50	11	5	3
Middag KJ	14	54	2	12	6
Middag kef	8	46	6	11	14
Dessert SP	14	41	11	5	3
Dessert KJ	15	50	6	12	5
Dessert kef	9	39	10	12	13
Kveldsmat SP	31	15	27	4	2
Kveldsmat KJ	29	24	13	14	2
Kveldsmat kef	21	18	23	8	2
Mellommåltider SP	29	10	27	4	3
Mellommåltider KJ	27	23	10	14	5
Mellommåltider kef	18	17	26	8	4

Kjøkkenledere ble spurt om hvilke spesialkost med menyplan som ble næringsberegnet. Vel 60% svarte at de hadde en næringsberegnet menyplan for ekstra energitett kost og vel 50% for glutenfri kost (Figur 14). Tilsvarende tall for det å ha en menyplan som sådan, var rapportert for henholdsvis 70% og 74% (Vedleggsfigur 5).

Under 25% svarte at de hadde næringsberegnete menyplaner for væskekontrollert, fosfatredusert, laktovegetarisk og lakto-ovo-vegetarisk kost (Figur 14), mens omtrent dobbelt så mange oppga at de hadde menyplaner for disse (Vedleggsfigur 5).

Kjøkkenledernes svar på hvorvidt standardkostene med menyplan var næringsberegnet, står i kap 3.2.2, tabell 3.

De fleste sengepostledere (83%) svarte «vet ikke» på spørsmålet om hvilket næringsberegnsprogram som ble brukt, og 31% av kjøkkenledere og 45% av kliniske ernæringsfysiologer svarte det samme (Tabell 10). Kjøkkenledere rapporterte at næringsberegnsprogrammet Aivo ble brukt mest (32%). Kliniske ernæringsfysiologer rapporterte Nutshell (12%), Aivo (10%) og Matilda (8%) som de mest brukte programmer.

Tabell 10. Type næringsberegnsprogram som brukes fordelt på responsgruppe. Tallene er oppgitt i prosent (%)

Mat på data	Sengepostledere (n=304)	Kjøkkenledere (n=84)	Kliniske ernæringsfysiologer (n=101)
Kostplanleggeren	1		
Aivo	1	32	10

Nutshell	0	11	12
Manuelt	0	1	2
Excel	0	1	0
Matilda	0	11	8
Meona	3	0	3
Dietist net pro	0	0	4
Metavision	2	0	1
Kostlister	1	0	3
Ernæringskalkulatoren	1	0	1
Annet	0	0	1
Har ikke/Ikke aktuelt	1	7	3
Vet ikke	83	31	45

3.4.4 Dekkes pasientenes dagsbehov for energi ifølge anbefalinger fra Kosthåndboken?

Spørsmålet gikk til kjøkkenlederne, hvor 84% svarte «ja» på spørsmålet om dagsbehovet på 10,4 MJ (2400 kcal) energi ble dekket for gjennomsnittspasienten, 11% svarte «nei» og 5% «vet ikke». Det oppgitte energinivået var beregnet ut fra en gjennomsnittsvekt på 80 kg og at pasienten har lavt aktivitetsnivå, og det ble forklart i spørsmålet at energibehovet skal dekkas av det samlede antall måltider per dag.

Kjøkkenlederne ble videre stilt spørsmål om hvor stor del av dagsbehovet som det enkelte måltid dekket. De fikk svaralternativ for hvert måltid, hvor første alternativ var den anbefalingen Kosthåndboken gir for hver av standardkostene. Kun svarene for dette alternativet gjengis i kulepunktene nedenfor. Detaljer for også øvrige svaralternativ står i vedleggstabellene.

- Til anbefalingene for nøkkelrådskosten svarte 68% at frokosten dekker 20%; 58% at lunsjen dekker 25%; 60% at middagen dekker 30%, 56% at kveldsmaten dekker 15% og 39% at mellommåltidene dekker 10% av dagsbehovet for energi (vedleggstabellene 8-12).
- Til anbefalingene for energi- og næringstett kost svarte 55% at frokosten dekker 15%; 57% at lunsjen dekker 20%; 50% at middagen dekker 25%, 47% at kveldsmaten dekker 20% og 35% at mellommåltidene dekker 20% av dagsbehovet for energi (vedleggstabellene 13-17).

Andelen kjøkkenledere som svarte «vet ikke» på disse spørsmålene var størst for kveldsmat og mellommåltider (vedleggstabellene 11-12 og 16-17).

Produksjon, distribusjon og servering

3.5.1 Type kjøkken

Flertallet av kjøkkenlederne som svarte har kjøkken på sengeposter (88%) og internt hovedkjøkken (80%) (Tabell 11). Kjøkkenlederne ved 17 institusjoner rapporterte at de ikke har internt hovedkjøkken, og ved 10 institusjoner at de ikke har kjøkken på sengepost. Tabellen synliggjør at de fleste sykehus har flere typer kjøkken.

Tabell 11. Type kjøkken som finnes i helseforetaket/på institusjonen ifølge kjøkkenledere (n=84)

	Ja (antall)	%	Nei (antall)	%	Vet ikke (antall)	%
Eksternt produksjonskjøkken	28	33	55	65	1	1
Hovedkjøkken internt	67	80	17	20	0	0
Underkjøkken/mottakskjøkken internt	38	45	45	54	1	1
Postkjøkken/kjøkken på sengeposter	74	88	10	12	0	0

3.5.2 Tilberedning av måltider

Både sengepost- og kjøkkenledere ble spurt om hvor de enkelte måltider gjennom døgnet blir laget. Sengepostledernes svar er illustrert i figur 15. Kjøkkenledernes svar står i vedleggstabell 18.

Sengepostlederne rapporterte i større grad at frokost og kveldsmat i sin helhet lages på sengeposten (Figur 15) enn hva kjøkkenlederne rapporterte (Vedleggstabell 18).

Sengepostlederne rapporterte videre at lunsj lages omtrent like mye på sengeposten som på hoved/underkjøkken, mens middag og dessert i hovedsak lages på hoved-/underkjøkken (Figur 15), og kjøkkenlederne rapporterte omtrent det samme (Vedleggstabell 18) for disse måltidene.

Tidlig morgenmåltid og nattmat ble rapportert å ikke bli tilbudt til vanlig, blant 54 og 56 % av sengepostledere og blant 27 og 29 % av kjøkkenlederne. Andre måltid som sengepostlederne rapporterte at ikke tilbys til vanlig, ble rapportert av 45% for sen kveldsmat, av 37% for kaffemåltid, av 21% for dessert og av 25% for mellommåltid utenom de to sistnevnte (Figur 15).

3.5.3 Produksjonssystem for varme måltid

Kjøkkenledere ble spurt om hvilke(t) produksjonssystem som blir benyttet for varme måltider. Figur 16 viser søyler for svarene «ja» og «vet ikke». De resterende svarte «nei» (Vedleggstabell 19). Flest kjøkkenledere rapporterte produksjonssystemet kok-server (77%), deretter systemene kok-kjøl, sous-vide, en-porsjonspakker for mikrotilberedning og til 50% som rapporterte vakuumering (Figur 16). Knappt 30% brukte hot-fill og modifisert atmosfære og 12% hadde et annet produksjonssystem.

3.5.4 Servering av varme måltider

Svarene fra kjøkkenlederne viser at alle brukte flere enn ett serveringssystem for varme måltider (Figur 17). Figuren graderer fra de mest brukte til de minst brukte systemene. Systemene nevnt i figuren dekker 81% av aktuelle serveringssystemer i bruk (les: de som «ikke svarte nei» på alternativet «Annet serveringssystem»). Kjøkkenledere rapporterte at 64% ikke har bordservering og at 42% ikke har bulk (se detaljer for svaralternativene «ja», «nei» og «vet ikke» i Vedleggstabell 20).

Til sammen 223 rapporterte at den varme maten porsjoneres ut av postvert/matvert/annet kjøkkenpersonell, 197 rapporterte at maten porsjoneres ut av helsepersonell og 126 rapporterte at

pasienten forsyner seg selv (Tabell 12). Dette er uavhengig av distribusjonssystem (brettssystem, i bulk til sengeavdeling, i bulk til mottakskjøkken).

Tabell 12. Distribusjon og servering av varme måltider ifølge sengepostledere

	Porsjoneres ut av matvert / annet kjøkkenpersonell	Porsjoneres ut av helsepersonell	Pasienten forsyner seg selv	Vet ikke
Brettservering (n=209)	112	104	56	5
I bulk til sengeavdeling (n=181)	72	70	46	23
I bulk til mottakskjøkken (n=119)	39	23	24	44

Brødmåltider og andre måltider (ikke varme) serveres i hovedsak ved at pasienten forsyner seg selv (55%) (Tabell 13). Resten rapporterte at de porsjoneres ut og serveres av kjøkken- eller helsepersonell på sengeposten (29 og 37%).

Tabell 13. Hvordan brødmåltider og andre måltider (ikke varme) serveres ifølge sengepostledere (n=304)

	Prosent
Brettservering	39
Buffet, porsjoneres ut av matvert/ postvert/annet kjøkkenpersonell	29
Buffet, porsjoneres ut av helsepersonell	37
Pasienten forsyner seg selv	55
Vet ikke	0
Annen servering	8

Rundt 46% av sengepostlederne (140 av 304) svarte «ja» på at de hadde informasjon om hvor mye som blir spist av den serverte mengden. De øvrige svarte «nei» (43%) eller «vet ikke» (11%).

Blant dem som hadde informasjon, rapporterte 44% at rundt tre fjerdedeler (75%) ble spist og 38% at alt/nesten alt ble spist (Tabell 14). En tiendedel (12%) svarte at de ikke visste, 6% rapporterte at rundt halvparten ble spist og ingen rapporterte at mindre enn halvparten ble spist.

Tabell 14. Hvor mye blir spist av den serverte mengden ifølge sengepostledere (n=140)

	Prosent
Alt/nesten alt blir spist	38
Rundt tre fjerdedeler (75%) blir spist	44
Rundt halvparten blir spist	6
Mindre enn halvparten blir spist	0
Vet ikke	12

3.5.5 Matsvinn

Rundt 54% av kjøkkenlederne (45 av 84) svarte «ja» på at de hadde informasjon om hvor mye som ble servert av den bestilte mengden. De øvrige svarte nei (43%) eller vet ikke (3%).

Blant dem som hadde informasjon, opplyste 60% at over 90 % av den bestilte mengden ble servert og 22% svarte at 80-89% av bestilt mengde ble servert (Figur 18). De resterende rapporterte en lavere mengde servert, av bestilt mengde.

3.5.6 Samarbeid mellom kliniske ernæringsfysiologer og kjøkken

Av 101 kliniske ernæringsfysiologer, rapporterte 49 at de i liten grad samarbeider med hovedkjøkken og 42 at de i noen grad samarbeider med sengepostkjøkken (Tabell 15). De rapporterte videre å samarbeide i liten (n=28) eller i noen grad (n=35) med postvert/matvert.

Vedrørende samarbeid med klinisk ernæringsfysiolog tilknyttet kjøkken, rapporterte 69 at det var «ikke aktuelt» (som tolkes til at det ikke finnes klinisk ernæringsfysiolog tilknyttet kjøkken).

Tabell 15. I hvilken grad kliniske ernæringsfysiologer samarbeider med ulike kjøkken/kjøkkenansatte ved institusjonen (n=101). Tallene er oppgitt i antall

	I liten grad	I noen grad	I stor grad	Ikke aktuelt
Hovedkjøkken	49	36	10	6
Sengepostkjøkken	30	42	9	20
Postvert/matvert	28	35	10	28
Klinisk ernæringsfysiolog tilknyttet kjøkken	8	13	11	69

Ernæringspraksis

3.6.1 Overordnet om ernæringspraksis

Fagdirektørene var eneste responsgruppe som fikk spørsmål om ernæringsstrategi. Nesten halvparten av fagdirektørene rapporterte at helseforetaket har en separat og overordnet ernæringsstrategi (Tabell 16). Av dem som svarte at de ikke har en separat strategi, rapporterte 54% at de i stedet har en helhetlig strategi på overordnet nivå. Strategien var ledelsesforankret ifølge 8 fagdirektører. Halvparten svarte at institusjonen har et ernæringsutvalg/-råd/-komité.

Tabell 16. Spørsmål om ernæringsstrategi for fagdirektører. Tallene er oppgitt i prosent (%)

	Ja	Nei	Vet ikke
Har helseforetaket en separat og overordnet ernæringsstrategi? (n=24)	46	42	13

Er det slik at helseforetaket i stedet for separate strategier på enkelt-tema, kun har én helhetlig plan eller strategi på overordnet nivå? (n=13)	54	23	23
Inngår en plan for ernæringsarbeidet i denne helhetlige planen/strategien? (n=7)	29	57	14
Er ernæringsstrategien ledelsesforankret? (n=11)	73	9	18
Har institusjonen et ernæringsutvalg/-råd/-komité? (n=24)	50	29	21

De fagdirektørene som hadde svart «ja» på spørsmålet om de hadde ernæringsutvalg/-råd/-komité (n=12), fikk oppfølgingsspørsmål om sammensetning og ledelse.

Vedrørende sammensetning oppga alle å ha sykepleier (somatisk) og kjøkkenleder i ernæringsutvalget/-rådet/-komiteen (Tabell 17). Nesten alle rapporterte å ha klinisk ernæringsfysiolog og lege og over halvparten oppga at de hadde brukerrepresentant, kjøkkenpersonell og en fra hovedledelsen i utvalget.

Tabell 17. Grupper som sitter i ernæringsutvalget/-rådet/-komiteen ifølge fagdirektører (n=12). Tallene er oppgitt i prosent (%)

	Ja	Nei	Vet ikke
En fra hovedledelsen	58	33	8
Klinisk ernæringsfysiolog	92	8	0
Sykepleier, somatisk	100	0	0
Sykepleier, psykiatrisk	42	42	17
Kjøkkenleder	100	0	0
Kjøkkenpersonell	58	42	0
Logoped	8	83	8
Lege	75	17	8
Psykiater/psykolog	25	58	17
Brukerrepresentant	58	33	8

Vedrørende ledelse rapporterte en fjerdedel at klinikkssjef eller annen hovedleder ledet ernæringsutvalget/-rådet/-komiteen, mens 33% og 17% svarte at klinisk ernæringsfysiolog eller lege ledet utvalget (Tabell 18).

Tabell 18. Profesjon som leder ernæringsutvalget/-rådet/-komiteen ifølge fagdirektører (n=12)

	Prosent
Klinikkssjef eller annen hovedleder	25
Klinisk ernæringsfysiolog	33
Sykepleier	8
Lege	17
Kjøkkenleder	8
Vet ikke	0
Annen profesjon	8

Spørsmål om ernæringspraksis til kliniske ernæringsfysiologer.

Halvparten av kliniske ernæringsfysiologer rapporterte at de opplever ernæringspraksisen på sitt sykehus/institusjon som «grad 4», på en skala fra 1-6 hvor 1 er dårlig og 6 er svært bra (Figur 19). Ingen rapporterte at ernæringspraksisen er svært bra.

Blant de kliniske ernæringsfysiologene som deltok i denne spørreundersøkelsen hadde 36% jobbet i nåværende stilling i 1-5 år, 17% i 5-10 år og 26% i 10-20 år (Vedleggstabell 21).

3.6.2 Ernæringsrelaterte retningslinjer

Blant sengepostledere svarte 37% «ja» på spørsmålet om Kosthåndboken ligger til grunn for ernæringsrelaterte retningslinjer på egen avdeling, 59% av kjøkkenledere og 46% av kliniske ernæringsfysiologer (Tabell 19). Lignende tall ble rapportert for nivå 1 retningslinjer i egen institusjon (sykehus/helseforetak). Vedrørende ernæringsrelaterte retningslinjer på regionalt nivå, rapporterte 26% av sengepostledere, 76% av kjøkkenledere og 48% av kliniske ernæringsfysiologer at Kosthåndboken ligger til grunn.

Tabell 19. Kosthåndboken ligger til grunn for følgende egne retningslinjer om ernæringspraksis fordelt etter responsgruppe. Tallene er oppgitt i prosent (%)

	Retningslinjer på egen klinikk / eget kjøkken/ avdeling/ profesjon (nivå 2)	Retningslinjer på eget helseforetak/ sykehus/ institusjon (nivå 1)	Retningslinjer regionalt
Sengepostledere (n=292/296/291)	37	37	26
Kjøkkenledere (n=81)	59	56	76
Kliniske ernæringsfysiologer (n=101)	46	55	49

Kliniske ernæringsfysiologer fikk følgende spørsmål i tillegg: «Hvis du har svart «nei» eller «delvis» på forrige spørsmål, kan du utdype nærmere hvorfor Kosthåndboken ikke ligger til grunn for retningslinjene? F.eks. at den er lite kjent, oppleves som utdatert, andre (internasjonale) retningslinjer følges, andre begrunnelser». De skulle svare med fritekst.

Svarene fra 29 kliniske ernæringsfysiologer viste at spørsmålet ble oppfattet på to forskjellige måter, og her sammenfattes de viktigste punktene for hver.

1) eksemplifisering av måter føringer i Kosthåndboken ikke ble brukt eller fulgt i ernæringspraksisen:

- mellommåltider er vanskelig å gjennomføre på energi- og næringstett kost
- litt for lite rom for tilpasninger til den enkelte pasient
- vi har et redusert mattilbud; vi har ikke ønskekost; det er for lite protein i middagen og det brukes for lite fet fisk, frukt og grønt; typene kost som presenteres i Kosthåndboken er ikke de samme som dem vi kan bestille fra sykehuskjøkkenet
- dagsmenyen på sykehuset er ikke beregnet for å dekke ernæringsmessige anbefalinger i Kosthåndboken (i alle fall ikke når det gjelder energi)
- det brukes mindre penger på mat; tilbudet er økonomistyr

- retningslinjene for nøkkelråds kost og energi- og næringstett kost blir ikke ivaretatt (menyen er ikke dekkende for nøkkelråds kost, energi- og næringstett kost slutttilberedes på postkjøkken uten standardisering).

2) begrunnelser for hvorfor Kosthåndboken ikke lå til grunn for egne retningslinjer om ernæringspraksis, med antallet (n=) hvor flere mente det samme:

- finner ingen egne retningslinjer eller prosedyrer vedrørende mattilbudet, uansett nivå (n=6)
- Kosthåndboken er lite kjent (på sengeavdelingene, blant matverter og sykepleiere (n=4)
- Kosthåndboken oppleves som utdatert eller mangelfull på enkelte områder (n=4)
- annen oppdatert faglitteratur og internasjonale/europeiske retningslinjer brukes (i tillegg til Kosthåndboken) for retningslinjer for kef (n=3)
- vi har gått over til IDDSI-klassifisering, som betyr at vi ikke har samme terminologi for konsistentilpasset kost som i Kosthåndboken (n=2)
- i praksis gjør vi ganske likt som det Kosthåndboken anbefaler, men menysystemet vårt er ikke basert på den; anbefalinger fra Kosthåndboken når det gjelder utvalg av matvarer og matretter, spesialkost osv, følges; sykehuskjøkkenet følger retningslinjene, men vanskelig på en knapp kef-ressurs å vite om de følges godt nok på sengeposter
- Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinje for forebygging og behandling av underernæring refererer til Kosthåndboken. Vi har utarbeidet en regional retningslinje basert på denne nasjonale, dermed ligger Kosthåndboken delvis til grunn for vår regionale retningslinje
- maten blir produsert på egen lokasjon, uten informasjon til oss om hvilke retningslinjer som følges, og vi har heller ingen innflytelse på hva som serveres
- Kosthåndboken er lite relevant for mange psykiatriske diagnoser, særlig spiseforstyrrelser.

3.6.3 Risiko for underernæring

Figur 20 viser at en tredjedel av sengepostlederne rapporterte at screening for risiko for underernæring alltid gjennomføres, mens 8% av fagdirektørene rapporterte det samme (Vedleggstabell 22). En knapp tredjedel av sengepostlederne rapporterte at screening vanligvis gjennomføres, mens to tredjedeler av fagdirektørene ga samme svar.

Like stor andel av begge responsgrupper rapporterte at screeningen utføres av og til (17-18%). Blant sengepostlederne rapporterte 13% en sjelden gang/aldri, mens ingen av fagdirektørene rapporterte det.

Kliniske ernæringsfysiologer ble spurt om resultater av screening for risiko for underernæring ble rapportert i institusjonen (hvis screening ble gjennomført), og 35 av dem svarte «ja» (35%), 21 svarte «nei» og 45 «vet ikke» (45%).

De som svarte «ja» til at rapportering ble praktisert, fikk oppfølgingsspørsmål. En fjerdedel av dem rapporterte at tallene for screening ikke var tilgjengelige og like mange opplyste at de ikke kjente til resultatet (Figur 21). Blant den halvparten av de 35 som hadde tilgang på dokumentasjon av denne praksisen, var resultatet som vist i figuren. Hovedresultatet var at en tredjedel (n=12) rapporterte at 31-50% ble screenet for risiko for underernæring.

Kliniske ernæringsfysiologer ble også spurt om mulig kjennskap til resultatet av screeningen, altså de samme 35 som hadde svart at resultater vedrørende ernæringscreening ble rapportert i institusjonen. Av dem svarte 13 at tallene ikke var tilgjengelige for dem, ni at de ikke visste, og åtte at 11-20% av innlagte pasienter var funnet å være i risiko for underernæring (Tabell 20). Tre rapporterte en forekomst på under 10%, og to en forekomst på 21-40%.

Tabell 20. Prosent totalt av antall innlagte som ble funnet å være i risiko for underernæring i 2022 ifølge kliniske ernæringsfysiologer (n=35)

	Antall
Tallene er ikke tilgjengelige for meg	13
0%	0
1-10%	3
11-20%	8
21-30%	1
31-40%	1
41-100%	0
Vet ikke	9

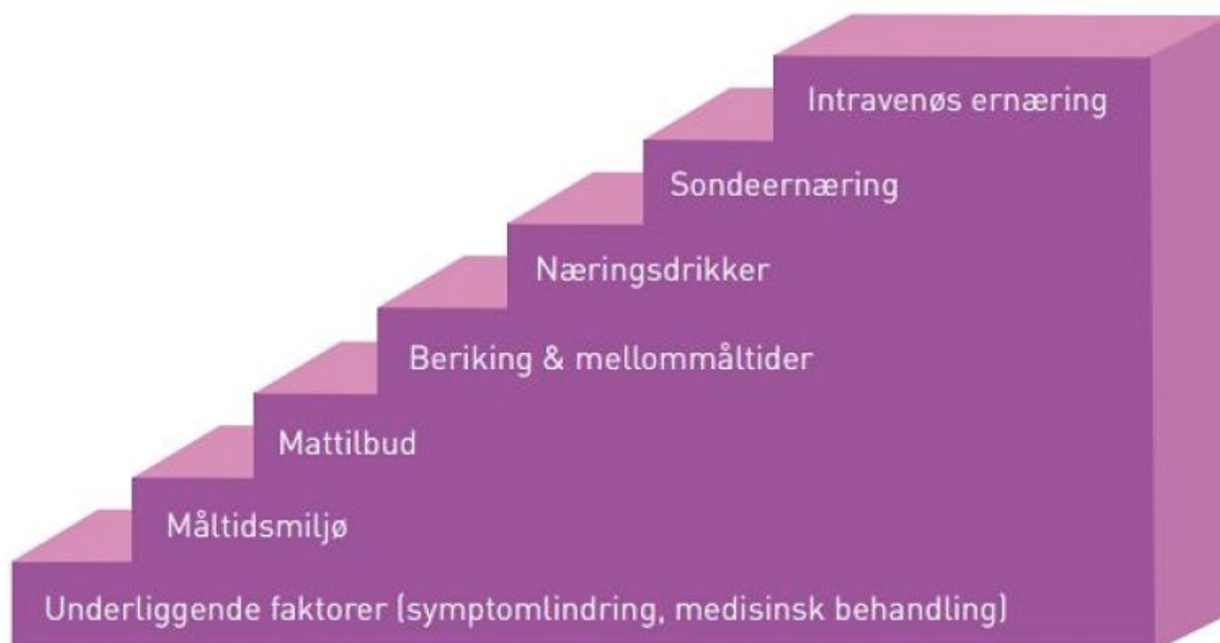
Alle unntatt kjøkkenlederne fikk spørsmål om hvilket verktøy som brukes til screening/vurdering av risiko for underernæring. Flertallet av sengepostlederne visste ikke hvilket verktøy som brukes, halvparten av fagdirektørene visste heller ikke, men blant fagdirektørene som visste og blant kliniske ernæringsfysiologer, var det to verktøy som ble rapportert: NRS-2002 (Nutritional Risk Screening 2002) og MST (Malnutrition Screening Tool).

Tabell 21. Verktøy som brukes for screening/vurdering av risiko for underernæring. Tallene er oppgitt i prosent (%)

Verktøy	Sengepostledere (n=304)	Fagdirektører (n=24)	Kliniske ernæringsfysiologer (n=101)
Nutritional Risk Screening 2002 (NRS-2002)	18	25	48
Malnutrition Screening Tool (MST)	6	25	57
Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)	2	0	1
Mini Nutritional Assessment (MNA)	2	0	1
Scored Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA)	0	0	0
Subjective Global Assessment (SGA)	0	4	1
Vi screener/risikovurderer ikke	5	0	4
Vet ikke	60	54	3
Annet verktøy	17	0	2

3.6.4 Tiltak til pasienter i risiko for underernæring

Forklaringstekst til spørsmålet om bruk av ernæringstrappen (Figur 22) var som følger: "Mattilbudet inngår som et av flere tiltak som må benyttes for å legge til rette for nok og riktig mat/ernæring for den enkelte pasient. Kosthåndboken presenterer den såkalte ERNÆRINGSTRAPPEN med ulike trinn (tiltak) som på individnivå kan entres både ovenfra og nedenfra. Optimal bruk av trinnene i trappen ved en sengepost (i kombinasjon eller hver for seg) vil muliggjøre at den enkeltes behov for mat og/eller ernæring kan dekkes".



Figur 22. Ernæringstrappen (1) - modell for prioritering av ernæringstiltak

Kliniske ernæringsfysiologer ble bedt om å vurdere bruken av hvert tiltaksområde (Tabell 22). Optimal bruk av trinnene rapporteres kun av noen få. Tilfredsstillende eller mindre tilfredsstillende bruk ble rapportert hyppigst. Næringsdrikker og symptomlindring ble rapportert av flest som tilfredsstillende brukt. Beriking og mellommåltider, måltidsmiljø og sondeernæring ble rapportert som mindre tilfredsstillende brukt.

Tabell 22. På hvilken måte de ulike trinn i ERNÆRINGSTRAPPEN brukes ved sengeavdelingene ifølge kliniske ernæringsfysiologer (n=101). Tallene er antall personer

	Brukes optimalt	Brukes tilfredsstillende	Brukes mindre tilfredsstillende	Brukes lite/brukes ikke	Ikke aktuelt å bruke	Vet ikke
Intravenøs ernæring	4	43	38	3	8	5
Sondeernæring	3	40	49	3	1	5
Næringsdrikker	5	63	26	1	0	5
Berikning og mellommåltider	2	29	59	4	0	6
Mattilbud	4	39	43	7	0	8
Måltidsmiljø	2	26	51	10	1	10
Underliggende faktorer (symptomlindring, medisinsk behandling)	5	50	29	2	0	14

3.6.5 Forutsetninger for oppfølging av pasienters ernæringstilstand

Kliniske ernæringsfysiologer ble spurt om å prioritere to av i alt åtte forhåndsdefinerte forutsetninger for å få til gode rutiner og oppfølging av pasientenes ernæringstilstand.

Ressurser, kunnskap og ledelse var topp tre av de prioriterte forutsetningene (Figur 23).

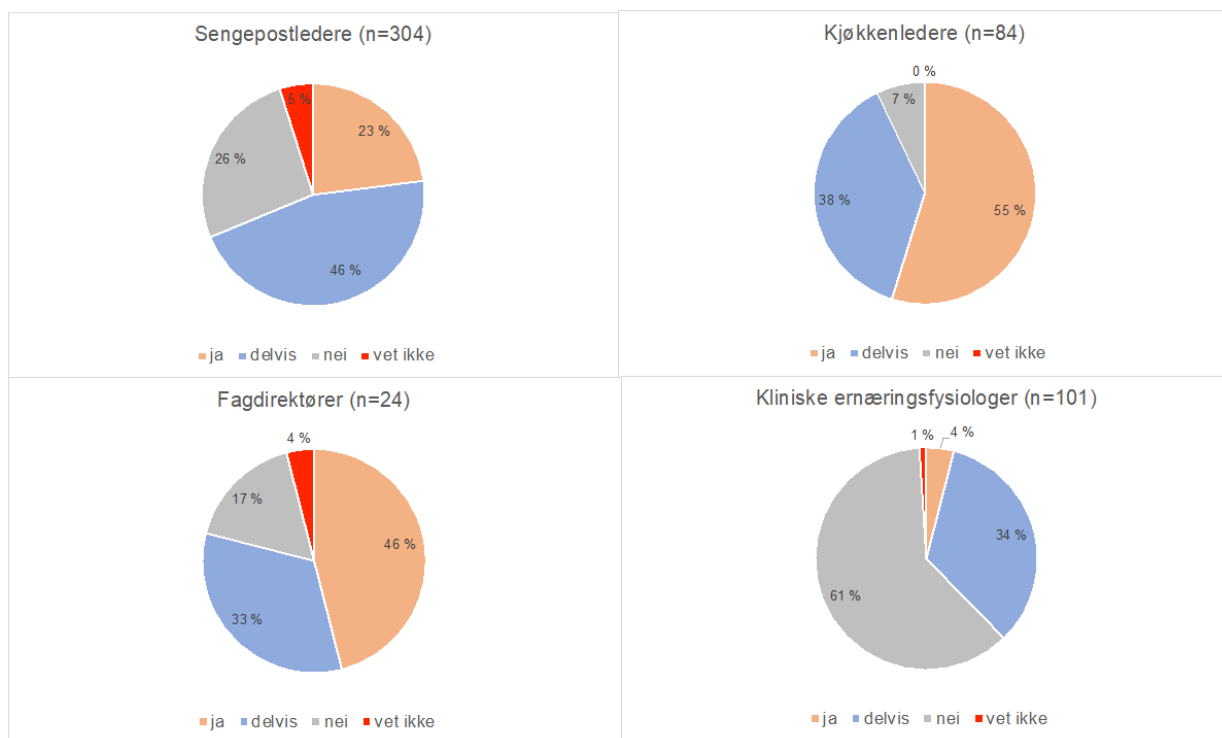
Ernæringskompetanse

3.7.1 Overordnet om ernæringskompetanse

De ulike responsgruppene hadde forskjellig mening om hvorvidt det var tilstrekkelig med ernæringskompetanse eller ikke, bortsett fra at omtrent like stor andel i hver gruppe svarte «delvis» (Figur 24):

- blant sengepostlederne svarte 23% «ja», og omtrent like mange svarte «nei» (26%)
- blant kjøkkenlederne svarte 55% «ja», mens svært få svarte «nei» (7%)
- blant fagdirektørene svarte 46% «ja», og langt færre svarte «nei» (17%)
- blant de kliniske ernæringsfysiologene svarte 4% «ja», mens flertallet svarte «nei» (61%), på dette overordnede spørsmålet.

Vi tar med oss denne overordnede informasjonen når vi presenterer hvilken ernæringskompetanse ulike responsgrupper beskrev at fantes (kap 3.7.2), og hvilken ernæringskompetanse de ønsket mer av (kap. 3.7.3).



Figur 24. Er det tilstrekkelig med ernæringskompetanse ved sengeposten/kjøkkenet/institusjonen?

[Se større figur](#)

3.7.2 Eksisterende kompetanse ved institusjonen

Kjøkkenlederne ble spurt om hvilke type stillinger som finnes på hvilke kjøkken i helseforetaket i institusjonen, ved å krysse av for aktuelle stillinger i en forhåndsdefinert liste. Alle kjøkkenlederne (n=83) krysset av for minst én type stilling.

Forekomst av de ulike typer stillinger ble rapportert samlet sett til å være slik:

- kjøkkenassistent, 22%
- ernæringskokk, 17%
- hotellkokk, 16%
- matvert/postvert/annen kjøkkenfaglig stilling, 14%
- ansatte i oppvask og renhold, 11%
- kostøkonom, 7%
- kvalitetskoordinator/-rådgiver, 6%
- lagermedarbeider, 5%
- matteknolog, 2%

Fordeling av stillingene samlet sett, fordelt på de ulike typene kjøkken:

- internt hovedkjøkken 55%
- postkjøkken på sengeposter 24%
- internt underkjøkken/mottakskjøkken 13%
- eksternt produksjonskjøkken 8%

Resultatene i detalj, se vedleggstabell 23. For helheten gir vi også resultatet av hvor mange som krysset av for «vet ikke» for den enkelte type stilling, se vedleggstabell 24. På spørsmålet om de hadde andre typer stillinger enn de opplistede, var svarene slik: lederstillinger (n=3), kliniske ernæringsfysiologer (n=2), miljøpersonal (n=1), sjåfør (n=1).

Sengepostlederne fikk et åpent spørsmål om hvilken ernæringskompetanse som finnes på sengeposten. Deres svar i fritext er gruppert etter svar som ble nokså likelydende, med hvilket antall respondenter som svarte slik, ordnet kronologisk med hyppigste alternativ først (Tabell 23).

Tabell 23. Ernæringskompetanse på sengepostene, rapportert av sengepostlederne (n=304)

Sammenstilling av likelydende svar	Antall sengepostledere som ga slike svar
Generell (ernærings)kompetanse hos sykepleiere/vernepleiere/hjelpepleiere/helsefagarbeidere, standard, ingen spesialkompetanse, bruker sunn fornuft ¹	104
Ingen, men har tilgang på/kan kontakte klinisk ernæringsfysiolog (kef)/vi samarbeider med kef ²	79
Sykepleiere m/videreutdanning innen ernæring, ernæringskontakter (spl/vpl), ressurspersoner ernæring, diabetes-, kreft-, stomi- og kontinens-, rehabiliterings- eller slagsykepleiere, opplæring i sykehusets ernæringsnettverk	54
Kef (-er) er tilknyttet sengeposten fast/er ansatt på sengeposten i en gitt stillingsandel	43
Vi har ingen eller liten ernæringskompetanse i sengeposten	41
Leger	36
Matvert/kostvert/postvert/husmor/fagpersoner ved kjøkkenet kan kontaktes	34

Kokker	26
Logoped	2
Vet ikke	14

¹Eksempel på svar: «Generell ernæringskompetanse hos sykepleiere», «grunnleggende ernæringskompetanse fra sykepleierstudiet», «Vi har ingen med spesialkompetanse på avdelingen, men vi er flere som er svært engasjerte i hvordan få i pasienten nok mat», «Ingen, ut over at vi er vanlige mennesker med noenlunde sunn fornuft, som jobber med stort sett friske oppegående pasienter, som stort sett styrer sitt eget matinntak»

²Eksempel på svar: «Ingen med spesialkompetanse på dette området, men har tilgang på kef», «Ingen, bruker kef ved behov»

3.7.3 Konkretisering av ønsket kompetanse

Sengepostlederne er den eneste gruppen hvor flertallet svarte at det ikke var tilstrekkelig ernæringskompetanse ved sengepostene (3.7.1), og når de i fritekst kunne konkretisere hvilken ernæringskompetanse de skulle ønske det var mer av, kan svarene grupperes slik (n=93 totalt):

- Kliniske ernæringsfysiologer, eller flere kliniske ernæringsfysiologer (n=55, Figur 25)
- Klinisk ernæringsfysiolog fast tilknyttet sengeposten (n=21, Figur 25)
- Mer generell ernæringskunnskap (n=5)
- Ja, mer ernæringskompetanse (uten nærmere konkretisering) (n=12)

Kjøkkenlederne ønsket også flere kef-er (Figur 25). Øvrige ønsker om mer ernæringskompetanse kan oppsummeres slik:

- mer ernæring i utdanningen
- flere (ernærings) kokker med fagbrev, kostøkonomer, kef-er som kan praktisk matlaging
- standard kompetanse hos matverter

Fagdirektører ønsket også flere kef-er (Figur 25).

Kliniske ernæringsfysiologer ønsket flere kef-er generelt, kef-er på sengepost og kjøkken (Figur 25).

Alle responsgruppene oppga deretter mer spesifikke ønsker vedrørende innholdet i kompetansen.

Sengepostledere:

- spesialkost generelt, sondeernæring, mer kunnskap om kreft og kosthold og om re-ernæringssyndrom, kost til nyresviktpasienter predialytisk og i dialyse HD og PD, diabetes, næringsberikning, hjertevennlig mat, mer omkring allergier, vegetarisk og plantebasert kosthold, vegansk og ved spiseforstyrrelser
- mer kompetanse på tilberedning av mat med konsistens til pasienter med svelgproblematikk
- generell kompetanse innen ernæring til eldre pasienter, underernærte eldre, palliative pasienter
- mer info om tilpassede måltider. Fokus på å gjøre det delikat og fristende for blant annet kreftpasientene.
- hvorfor viktig med ernæringsfokus ved sårtilheling, pasienter med kroniske sår, store kirurgiske sår
- videreutdanning/kurs i ernæring for helsepersonell, kurs i håndtering av spiseforstyrrelser, kostholdskurs

- våre pasienter får medisiner som påvirker kolesterol og vektoppgang. Ønskelig med kostråd som kunne fortsette hjemme uten spesialopplegg
- ønskelig at det var lettere for pasientene å bestille ønskekost. Dette burde vært laget av kjøkkenpersonell og ikke av helsepersonell
- ja, ved sykkelig overvekt. Ja, med tanke på overvekt, sunn ernæring, "lettvint sunn ernæring» som pasienter kan fortsette med etter utskrivelse, mat til overvektige, da største delen av pasientene er overvektige
- beregning av energibehov til akutt syke pasienter, og beregning av næringsinntak, mer om næringsdrikker
- ernæringsinformasjon for langtidsinnlagte pasienter, ernæringsplaner, optimalisere
- kurs er nevnt av mange, konkretisert slik hos noen:
 - E-læringskurs for personalet omkring ernæring
 - interne kurs i regi av ernæringsfysiolog
 - bruk av ernæringsverktøy - bedre informasjon om hvorfor og hvordan
 - økt generelt fokus på ernæringskompetanse
 - mulighet for videreutdanning av helsepersonell?
 - økt opplæring innen ernæring for de ansatte
 - enklere programmer for beregning av næringsinntak/kalorier etc
 - systematisk opplæring eller fokusgruppe på sykehusnivå med deltagere fra enhetene.

Kjøkkenledere:

- ønsker mer kompetanse på spesialkost, som fettreduert, glutenfri, laktosefri, vegetarisk, den grønne bølgen, mat og ernæring for revmatikere
- ønsker kurs for pasientgrupper som ligger på sykehus. Finner bare kurs for eldre på sykehjem. IDDSI hadde vært fint. Nye trender på sykehus

Fagdirektører:

- det trengs absolutt bedre kompetanse hos helsepersonell og leger. Bedre tilgang på ernæringskokker. I dag må mye av dette arbeidet utføres av ufaglært personell
- i hht tidligere vurderinger har det vært pekt på behov for økt kompetanse innen psykisk helsevern, barn og unge og intensivheter

Kliniske ernæringsfysiologer:

- generell forståelse for at ernæring er avgjørende som del av behandlingen og at det hensyntas selv om liggetid er kort for enkelte pas
- generelt økte ressurser til å følge opp sengepostene, kompetanse/rutiner for korrekte forordninger i elektronisk kurve
- øremerkede ansatte som har fokus på ernæring på sengeposter - eks. helsefagarbeidere som har ansvar for screening, servering og berikning av måltider og oppfølging av ernæringstiltak
- øremerket kef-ressurs til fagarbeid og kjøkken
- grunnleggende forståelse av hvordan ernæringsstatus påvirker rehabiliteringspotensial
- mer kompetanse om spesialkost hos kjøkkenansvarlige, mer kunnskap blant pleiepersonell på spesifikke poster hvor det er naturlig med spesialkost
- bedre oversikt og forståelse for ulike tiltak i ernæringstrappen hos pleiepersonell. Kunnskap om hvordan tilpasse måltider til spesialkost, f.eks. ved nyresykdom, fettreduert osv.
- kunnskap om at å forebygge underernæring er enklere enn å behandle underernæring
- skulle ønske at det var automatikk i at når en pasient blir screenet med risiko for underernæring, så fikk vedkommende automatisk energi- og næringstett kost
- mer fokus i ledelsen, tenke forebygging, ernæringskompetanse på overordnet nivå/ledelse
- hvordan gjøre korrekt kostregistrering, spesialkost, intensivernæring

- annet helsepersonell bør vite hvorfor ernæringsbehandling av inneliggende pasienter er viktig og ha grunnleggende kunnskap om sondeernæring, intravenøs ernæring, beriking, næringsdrikker
- grunnleggende ernæringskompetanse hos sykepleier, generell mer kompetanse om viktigheten av god ernæringspraksis blant leger og sykepleiere
- kompetanse om underernæring og viktighet av screening, mer kompetanse blant leger og sykepleiere
- egne ansatte i kjøkken med ansvar for god ernæringspraksis som kunne samarbeidet med kef
- på kjøkkenet, mer kunnskap om behov ift forskjellige vanlige tilstander som diabetes og hypertensjon
- mer kompetanse når man skal igangsette ernæringstiltak etter større gastrointestinale operasjoner
- hjelp for inneliggende pas. til å øve på konkret matlaging + bedre rutiner på kartlegging av vitamin/mineralmangler
- det er lite ressurser og lite tid satt av til ernæring, så flere kefer og flere f.eks hjelpepleiere/matverter som kan fokusere på mat/måltider/ernæring. Spl og leger bør på avsatt tid til å oppdatere seg på tema ernæring

Forslag til hvordan mat- og måltidstilbudet kan bli bedre

Kliniske ernæringsfysiologer (n=101) fikk et obligatorisk spørsmål som åtte svarte «nei» og fire svarte «blankt» på: «Har du noen forslag til hvordan mat- og måltidstilbudet kan bli bedre ved ditt sykehus/institusjon? Svar i stikkordsform».

Svarene overlappet delvis hva de svarte i spørsmålet om ønsket kompetanse (3.7.3), særlig dette om at det bør være **kliniske ernæringsfysiologer som er ansatt på eller tilknyttet sykehuskjøkkenet**. Nå var det 24 som foreslo det (mot 14 i kap. 3.7.3). Siden svarene ble gitt som fritekst brukes det ulike formuleringer, som «bør være en kef ansatt på kjøkkenet», «øremerkede kef-ressurser til kjøkkensamarbeid», «ansettelse av klinisk ernæringsfysiolog som kan jobbe aktivt inn mot kjøkken og kvalitetssikring av mattilbud/standardisering av oppskrifter», «ønsker egen kef-stilling på vårt sykehus som jobber dedikert med ernæringsstrategien og samarbeider tettere med kjøkken».

Det kom en rekke **andre forbedringsforslag** også fra denne responsgruppen:

- Samarbeid/samhandling/informasjon
 - bedre samarbeid mellom kjøkken, matvert og pleiepersonell
 - bedre samhandling mellom kjøkken/postkjøkken/avdeling/pasient + kef
 - bedre logistikk og samarbeid mellom kjøkken, sengepost, spisestuer og kef
 - bedre informasjon og kommunikasjon fra sentrallager og sentralkjøkken til alle de ulike enhetene
 - samarbeid kjøkken og kef, standardiserte kostformer
 - samarbeid kef og kjøkken
 - ved digital overføring til skjermene på pasientrommene. Vise dagens meny, porsjonsstørrelse, ønskekost og mer.
- Næringsberegning
 - kvalitetssikring av næringsberegning på sykehusets måltider
 - tydeligere næringsberegning (gjøres bare ved forespørsel)
 - energiberegne alle måltider
 - næringsbergene alle koster (ikke bare standardkost), optimalisering av næringsinnhold slik at protein og kcal (energi) dekkes
 - få implementert ernæringsstrategien, bla næringsberegne maten

- næringsberegning av måltider
- næringsberegnet ønskekost, standardisering av menyer
- måltidstilbudet burde vært et samarbeid mellom kjøkken og klinisk ernæringsfysiolog, hvor en næringsberegner standardmenyene til å dekke ernæringsmessige behov. Per nå er vi avhengige av at spl tilbyr ekstra mellommåltider på eget initiativ
- Ipad registrering av spist/drukket som regner ut kcal spist automatisk. Kvalitetssikret av kef.
- Næringsberikning
 - mulighet til å bestille proteinberiket kost
 - energiberikning, proteinberikning.
- Kjøkkenets tilbud
 - i større grad tilby ønskekost
 - enklere rutiner for ønskekost (må ordineres av kef/lege, ark printes ut)
 - innføre energi- og næringstett kost som standardkost på avdelinger med mange skrøpelige og ofte underernærte pasienter. Lik pris for spesialkost og standardkost
 - standardisering av EN kost, tilby dette som standard ved aktuelle avdelinger
 - flere alternativer til lunsj/middag
 - energitett kost med mindre porsjoner og samme kcal-innhold som hverdagskosten (standardkosten)
 - flere mellommåltid tilgjengelig, oftere energi- og næringstett kost som standard
 - flere alternativer til lunsj/middag
 - stor variasjon i næringsinnholdet i middag/lunsj, er avhengig av dessert. EN som standardkost på mange avdelinger
 - tilbud om halve porsjoner
 - mer variasjon, ferskere råvarer, konsistens tilpasset kost ved svelgeproblemer
 - mer utstrakt bruk av hjertevennlig- og middelhavskost
 - energi- og proteintett kost som STANDARD til alle pasienter, i stedet for at nøkkelråd er standard og at 80 % må berikes.....
 - a la carte/små retter i stil med tapas. Mer appetittvekkende små skåler med næringstett mat.
 - større utvalg, spesielt til middag
 - vi har en liste med ønskekost, hvis denne hadde inneholdt litt mer inspirerende og variert mat hadde det vært et flott tiltak for pasienter med lav matlyst
 - lage og printe ut fargerike menyer som viser pasientene mattilbudet, samt egne ønskekostmenyer som pasienter kan få se
 - økte utvalg av middagsmat, bedre kommunikasjon mellom kjøkken og avdeling
 - økt tilbud av energitette/proteinrike middagsmåltider som er mulig å servere i små porsjoner uten at næringsinntaket går ned
 - fast meny for mellommåltider som kan bestilles
 - mer energitette middager
 - grøt kokt på melk, ikke bare vann
 - bedre middagsmeny, bedre råvarer, mer variasjon
 - bedre middagstilbud. Mer grønnsaker og fiskestykker per porsjon
 - kjøkkenet har meget positiv holdning, men de kunne spørre avdeling mer til råds om hva behovet er.
- Bestilling av mat
 - bedre bestillingsverktøy- hvor pas. kan bestille meny selv
 - forenkle bestillingsrutiner, kompetanseheving blant pleiepersonell og buffetverter
 - bedre logistikk og brukervennlig bestillingssystem
 - mer systematisk og brukervennlig ift bestilling og levering av mat. Lite fleksibel og treg system for bestilling av spesialkost.
- Måltidsordning
 - flytte middag til ettermiddagstid (er nå ca kl 1230). Bytte ut ettermiddagsmåltidet som nå er suppe, eventuelt gjøre noe med det for å øke næringsinnholdet
 - senere middag og legge til organisert lunsjmåltid. Bedre struktur for mellommåltider

- middag senere på dagen (nå serveres den i 13-tiden)
- hyppigere måltider (serveres nå kun 3 per dag), ernæringsstralle, mer energitette middager (flere alternativer ligger på maks 300kcal)
- rutine på å tilby energiholdig drikke og mellommåltider
- serveringsklare mellommåltider, flere hender
- standardiserte mellommåltid på 300 kcal.
- Spesialkost
 - mer info om spesialkost som kan bestilles og ferdig næringsberegnete retter til spesialkostene
 - kvalitetssikre at kosttypene er i tråd med IDSSI og andre veiledere når det gjelder spesialkost
 - rett mat til rett pas (spesialkost) osv.
- Kompetansesammensetning
 - flere helsefagarbeidere på sengepost som kan sikre at riktig mat kommer til riktig pasient
 - fremme fokuset på riktig mat til riktig pasient, og løfte viktigheten av matverter og kjøkken
 - tverrfaglig jobbing mellom kjøkken, ledelse og ernæringsmiljø
 - postverter, optimalisering av utseende av maten
 - henvise tidlig til ernæringsfysiolog ved behov.
- Forslag på overordnet nivå
 - stedsnært kjøkken
 - sykehusets fasiliteter samt at sykehuset mangler en ernæringsstrategi pr i dag
 - nytt sykehus med nye fysiske rammer for tilbud
 - ernæringspolitikk må være utarbeidet/grunnlagt på øverste ledelsesnivå
 - det må bygges nytt kjøkken på nye sykehuset vårt, hvis ikke blir logistikken helt håpløs
 - økte budsjetter, postverter tilgjengelig på kveldstid og ikke kun dagtid, enda mer spesifikke og utdypende anbefalinger og føringer fra Helsedirektoratet ala den britiske Hydration and Digest veilederen
 - at matomsorgen blir en del av sykehusets drift (ikke outsources til bedrifter som søker profit)
 - mer fokus på mattilbudet fra ledelsens side
 - større budsjett til sykehuskjøkken
 - tenke at maten skal være næringsrik, ikke billig. Så lenge svinn måles, ikke pasienttilfredshet, blir det ikke bedre. Bedre logistikk rutiner, hindre at ønskekost kastes fordi det var for mange ledd mellom tilbereder og pasient og maten forsvant
 - trenger strategisk og systematisk arbeid med ernæring på overordnet nivå, med spesifikke tiltaksplaner., og det må settes av ressurser til å jobbe med det da det er umulig å få til dette i ordinær seksjonsdrift
 - bedre ernæringskompetanse blant beslutningstakere
 - økonomisk prioritering; bemanne tilstrekkelig med matverter på alle postkjøkken. Pga. innsparing kan det bli ubemannede kjøkken. Det er også snakk om å flytte middagen til kl 13 pga. økonomi, med brødmåltid på ettermiddag
 - endre økonomisk modell (nå betaler avd for det de bestiller, som medfører at man eks. dropper dessert pga pris og totalt energimengde blir for lav pr middag)
 - økt kompetanse om sammenheng mellom sykdom og ernæring hos ansatte
 - tydelige retningslinjer som er tilpasset den virkeligheten som er på institusjoner
 - følge bedre opp kosthåndboken
 - krav om standardiserte måltider til diagnoser og generelt som er likt for hele institusjonen
 - standardisering av måltider til frokost/kveldsmat.

Noen svar kan klassifiseres som eksempler på «beste praksis», da de heller beskrev hva de gjorde eller planla å gjøre, framfor å presentere forbedringsforslag:

- vi har buffet til alle måltider med et bredt utvalg av sunn mat som inkluderer både salatbuffet, suppe og varmrrett til lunsj. Frokost består av grøt og påleggssbuffet, samt grove hjemmelagde rundstykker. Mye frukt og grønt er også tilgjengelig

- mye bra med postverter og egne spiserom med matdisk på avdelingene. Mye tilbys i små enheter (smoothie, pålegg) og porsjonspakker med suppe og middag. Kjøkkenet tilbyr det meste ved behov, men mest etterspørsel etter GF, LR, MF og Vegetar som spesialkost
- det arbeides med revisjon av foretakets ernæringsstrategi. I tillegg er det nedsatt en egen arbeidsgruppe som skal jobbe med fremtidens Matomsorg. P.t. er det store utfordringer knyttet til at matproduksjon er outsourcet pga manglende fagkompetanse på kjøkken.

Kommentarer til hvordan det var å svare på spørsmålene

Alle responsgruppene fikk spørsmål om de hadde kommentarer til hvordan det var å svare på spørsmålene i spørreskjemaet, hvor de kunne svare med fritekst. Tabell 24 gir en sammenfatning av hva de svarte. Mange hadde ingen kommentarer (de svarte «nei» eller oppga et betydningsløst tegn), til sammen 59 (12% av totalt 513 respondenter). Til sammen 52 (10% av totalt 513 respondenter) svarte at det var vanskelig å svare, mens til sammen 37 (7% av totalt 513 respondenter) svarte at det var OK/helt greit/lett å fylle ut.

Det var også en del som rapporterte et ønske om å kunne kommentere i fritekst på flere spørsmål og at undersøkelsen var for omfattende og ikke relevant. Til sammen 6 (1%) rapporterte at det var en fin undersøkelse på grunn av at «jeg måtte reflektere over temaet» og «da dette ikke er noe vi er like bevisst på i hverdagen».

Under er det listet opp flere utdypende svar fra dem som rapporterte at det var vanskelig å svare:

- ingen av valgene passer
- vanskelig med kommunikasjon mellom avdelinger og kjøkken og Kef
- vanskelig å svare på næringsberegning da det ikke er tilknyttet ernæringsfysiolog
- ikke nødvendigvis oversikt over hva som foregår
- ikke har så mye kommunikasjon med kjøkkenet og ikke vet hvordan de jobber
- ulike DPS har ulike kjøkken- og kantine-løsninger
- mye blir styrt av hovedkjøkken, men de har et veldig godt tilbud og lager mat på forespørsel ved behov
- noe av dette er ikke like aktuelt på en akuttpsykiatrisk avdeling
- veldig detaljnivå som leder ikke sitter med informasjon om.

Tabell 24. Kommentarer til hvordan det var å svare på spørsmålene

	Sengepostledere (n=147)	Kjøkkenledere (n=28)	Fagdirektører (n=9)	Kliniske ernæringsfysiologer (n=44)
Nei	48	2	3	6
OK/helt greit/lett å fylle ut	26	8	1	2
Vanskelig å svare	28	9		15
For omfattende	8			
Fin undersøkelse	3	3		
Ikke relevant	5	2	1	

Noen spørsmål/svaralternativ passet ikke inn. Upresise spørsmål	4		1	
Ønske om å kommentere flere spørsmål/flere svaralternativer	4	1	1	

Diskusjon

«Det mangler en oversikt over kvaliteten på mattilbudet i norske sykehus og i hvilken grad mattilbudet i sykehus følger nasjonale retningslinjer og anbefalinger». Helsedirektoratet ga en prosjektgruppe ved St. Olavs hospital oppdraget, som ble gjennomført med en spørreundersøkelse blant sengepostledere, kjøkkenledere, fagdirektører og kliniske ernæringsfysiologer i spesialisthelsetjenesten. Oversikten er resultatene av hvordan disse responsgruppene mener at mattilbudet og ernæringspraksisen er.

Prosjektgruppen anbefaler at resultatene leses uavhengig av hvilke vi har trukket fram i den følgende diskusjonen. Den enkelte leser eller bruker av rapporten kan ha spesifikk interesse av resultater vi ikke har diskutert. Vår diskusjon er avgrenset til de viktigste punktene i oppdraget fra Helsedirektoratet (kap 1.1).

Diskusjon av metode

En uavhengig måling eller dokumentasjon av tilbudet og praksisen ville kanskje ha gitt et annet (og riktigere?) bilde av virkeligheten, men spørreskjema ble valgt for å få til en nasjonal undersøkelse innen de gitte tidsrammer. Vi styrket denne metoden ved å ikke begrense utvalget av respondenter innledningsvis, men bestrebet oss på at absolutt alle ansatte innen hver responsgruppe i landet skulle bli invitert. Helseinstitusjonene hadde svært forskjellig størrelse, fra 10 eller færre senger, til over 700 senger. På hvilket grunnlag skulle vi ha plukket ut noen sengepostledere, kjøkkenledere, fagdirektører og kliniske ernæringsfysiologer, om ikke alle? Dermed ble eneste kompliserende faktor selve svarresponsen. Omtrent alle spørsmål var obligatoriske, som gjorde at vi fikk svar fra alle, selvsagt med muligheten til å svare «vet ikke» eller «ikke aktuelt». I flere spørsmål med opplistede tema som skulle tas stilling til, valgte vi å ha svaralternativene «ja», «nei» eller «vet ikke» for hvert tema, i stedet for at de selv kun skulle sette kryss ved de tema som var aktuelle (underforstått «ja»). Slik måtte de ta stilling til hvert tema, med feilmelding om noen ble hoppet over. Alternativet med å krysse av kun på de aktuelle, kunne ha gitt oss tolkningsproblemer hvis mange eller alle tema manglet kryss, hadde de glemt å krysse av? På den annen side ville det med valgfrie kryss ha gått raskere for respondentene å komme gjennom spørreskjemaet.

Kjente svakheter med spørreskjema er begrensningene med faste svaralternativ som respondentene ikke synes er dekkende, og utfordringen med å sammenfatte fritekst fra hundrevis av svar på åpne spørsmål. Ordlyd i spørsmål kan misforstås eller tolkes forskjellig, slik at verken den som svarer eller den som skal tolke svaret, helt vet hva svaret gir av informasjon. Ut fra hva respondentene svarte på hvordan det var å fylle ut spørreskjemaet, vet vi at en del syntes at det var vanskelig å fylle ut, blant annet grunnet lite kommunikasjon mellom kjøkken og sengeposter, og at sengepostledere/kliniske ernæringsfysiologer sa de ikke hadde oversikt over hva som foregår på kjøkkenet. Noen oppga at spørsmålene var lite aktuelle for psykiatriske avdelinger. Andre rapporterte at det var greit å fylle ut skjemaet og det var fint å bli mer bevisst på temaet.

Et svaralternativ vi tar selvkritikk på at vi ikke forklarte bedre, var dette med «brettssystem» for servering av varme måltider. Brettssystem betyr ifølge Kosthåndboken at «maten porsjoneres ferdig på tallerkenen på et sentralkjøkken, for deretter å bli transportert til brukeravdelingene». Denne forklaringen oppga vi dessverre ikke i spørreskjemaet. Vi har grunn til å tro at kjøkkenlederne er fortrolige med begrepet og svarte deretter (Figur 17 i kapittel 3.5.4). Sengepostlederne fikk dette alternativet i en krysstabell, hvor vi med en glipp fra vår side til overmål brukte et litt annet begrep også («brettservering», ikke «brettssystem»). Måten de krysset av på, ble selvmotsigende siden flere oppga at de varme måltidene med dette systemet enten

porsjoneres ut av helsepersonell, eller ved at pasientene forsyner seg selv. Brettsystemet er per definisjon utporsjonert ferdig av kjøkkenpersonell, men det kunne ikke sengepostlederne vite, tenker vi i ettertid. Konsekvensen er at vi ikke kan legge vekt på svarene på dette alternativet i tabell 12 i kap 3.5.4.

En annen glipp er at mens vi spurte fagdirektørene om helseforetaket hadde en overordnet ernæringsstrategi, dessverre glemte å stille de øvrige responsgruppene samme spørsmål. Heldigvis var svarprosenten blant fagdirektørene høy, så vi kan tro at deres svar er nokså representative for hvordan praksisen med ernæringsstrategier er. Om alle respondentene hadde fått spørsmålet, ville vi teoretisk ha fått svar fra noen ved alle sykehus/institusjoner.

Med unntak av hvilken helseregion respondentene tilhørte, var svarene anonymiserte. Det var et aktivt valg fra vår side for å oppnå at terskelen for å delta skulle være så lav som mulig. Da mistet vi muligheten til å sammenligne svarene fra ulike responsgrupper innen samme helseforetak, men slik informasjon ville ikke nødvendigvis ha allmenn interesse. Derimot kunne en mulighet til å sammenligne svar fra somatiske versus psykiatriske sengepostledere vært av større interesse?

Alt i alt er vi godt fornøyd med hvordan spørreskjemaene fungerte og med hvor mye spennende informasjon om mattilbudet og andre deler av ernæringspraksisen innen spesialisthelsetjenesten som slik lot seg gjøre å innhente, fra det ganske land.

Diskusjon av resultater

Deltakelsen

Svarprosenten fra kjøkkenledere, fagdirektører og kliniske ernæringsfysiologer var vi meget godt fornøyd med, vel vitende om at noen ble lei av purringene. Men de hjalp, og bidro til en svarprosent i snitt for disse tre responsgruppene på 73% (Tabell 1, kap 3.1). En svarrespons på 45% blant sengepostlederne tillater vi oss også å betegne som god, og slik ble den samlede responsen for hele utvalget på 53%. Fordi mer enn dobbelt så mange sengepostledere enn alle de andre responsgruppene til sammen fikk tilsendt spørreundersøkelsen, bidro de med flest svar totalt, selv om de hadde den laveste deltagelsen (Tabell 1, kap 3.1).

Vi legger merke til at dobbelt så stor prosentandel av sengepostlederne hadde «ufullførte» spørreskjema, sammenlignet med de øvrige (se resultat og forklaring i nevnte tabell). En kan spekulere i om disse ledernes arbeidssituasjon er særlig preget av avbrytelser som kan gjøre det vanskelig å fullføre, mens vi fra vår side håpet i det lengste at alle med ufullførte skjema fullførte dem, som i så fall ville ha økt sengepostledernes respons fra 45% til 65%. Det at vi fikk svar fra alle responsgruppene i alle helseregionene, og at fordelingen mellom dem ble nokså lik innen hver helseregion (Figur 2, kap 3.1), er en styrke. Vi finner det interessant at nesten like mange sengepostledere innen psykiatri/rusbehandling svarte, som innen somatisk behandling.

På bakgrunn av god og jevn deltakelse landet over antar vi at første del av oppdraget fra Helsedirektoratet er fullført, nemlig å ha gjennomført en nasjonal og representativ kartlegging blant ledere og ansatte i landets sykehus.

Kjennskap til og bruk av Kosthåndboken

Kjennskap til Kosthåndboken

Vi tar til etterretning at mens to tredjedeler av fagdirektørene og alle/nesten alle kliniske ernæringsfysiologer og kjøkkenledere kjente til Kosthåndboken, var den kun kjent blant vel halvparten av sengepostlederne. Da Helsedirektoratet lanserte Kosthåndboken i 2012, sendte de bøker ut til sykehusene. Kan det tenkes at den interne distribusjonen sviktet overfor sengepostlederne, eller overfor slike ledere innen psykisk helsevern og rusbehandling? Det kan selvsagt være andre årsaker til manglende kjennskap, like fullt synes det viktig å sørge for i framtida at informasjon til denne målgruppen ivaretas spesifikt.

Anbefalinger fra Kosthåndboken

Anbefalinger fra Kosthåndboken **vedrørende følgende tema** var viktige punkt i oppdraget vårt å kartlegge: om det var utarbeidet menyer for standard- og spesialkost, hvilke spesialkost og konsistenstilpasninger det var tilbud om, hvordan informasjon om mattilbudet ble gitt, hvorvidt de ulike kosttyper ble evaluert, og hvilke av alle nevnte kosttyper som også var næringsberegnet.

Menyarbeid

Spørsmål om dette ble kun stilt til kjøkkenlederne. Nesten alle hadde en menyplan for standardkosten og hadde alternative valgmuligheter utenom den faste menyen, og nesten like mange oppga at menyen går over minst 3 uker og at mattilbudet evalueres. Ikke riktig like mange oppga at standardoppskrifter benyttes og at menyen er næringsberegnet (Tabell 3, kap 3.2.2). Hvis disse svarene er representative (som vi har grunn til å tro, da kjøkkenlederne hadde en svarrespons på hele 83%), kan vi anta at her ble anbefalingene fra Kosthåndboken fulgt. Unntaket var anbefalingen om å ha tilgjengelige foto av standardporsjoner eller porsjonsstørrelser som ble etterspurt i to ulike spørsmål: 70% rapporterte at de ikke hadde det i det ene spørsmålet (Tabell 3, kap 3.2.2) og 77% i det andre (Tabell 5, kap 3.2.6). Med dette unntaket, mener vi at kjøkkenlederne utmerker seg ved å oppgi at anbefalingene i Kosthåndboken for mattilbudet følges. En forklaring kan være at Kosthåndboken oppleves som konkret og svært aktuell for deres arbeid. Kjøkken ved institusjoner kan også ha en sterkere «tradisjon» for å utarbeide ernæringsrelaterte retningslinjer, styrket av hvordan kjøkkenlederne svarer på spørsmål om dette (Tabell 19 i kap 3.6.2).

Informasjon om mattilbudet

Både sengepost- og kjøkkenledere fikk mer utdypende spørsmål om hvordan sengepostene fikk informasjon om mattilbudet (Tabell 5, kap 3.2.6). Begge responsgruppene rapporterte plakater på sengeposten som den største kilden til informasjon om dagens og neste dags meny, samt tidspunkt for måltidene. Deretter er det «interessant» å legge merke til hvor forskjellig de to responsgruppene oppfatter bruken av noen av de andre informasjonskanalene: kjøkkenlederne rangerer matbestillingsprogrammet og sykehusets intranett høyest for å gi informasjon om ønskekostmenyen og de ulike porsjonsstørrelser på maten som kan bestilles, mens sengepostlederne enten ikke bruker matbestillingsprogrammet for å innhente slik informasjon, eller bruker intranettet i svært liten grad for dette. Er dette en utfordring for kommunikasjonen mellom kjøkken og sengeposter? Vi tolker at kjøkkenlederne synes å være i forkant med å ta i bruk «nye» måter å gi informasjon på, uten at målgruppen for informasjonen synes å være klar over at så har skjedd. Kan revisjonen av Kosthåndboka anvende dette resultatet positivt og foreslå at bruk av informasjonskanalene evalueres?

Ikke alle innlagte pasienter behersker norsk, verken muntlig eller skriftlig. Språklig tilpasset informasjon er viktig, selv om mye kan avhjelpes gjennom tolketjenester som bistår konsultasjoner under innleggelse. Spørsmålet vi stilte sengepost- og kjøkkenledere om hvorvidt informasjon om mattilbudet ble gitt på andre språk enn norsk ble litt overflatisk, men svarene gir dog en pekepinn. Mens en femtedel av

sengepostlederne kunne bekrefte at informasjonen ble gitt på (en rekke) andre språk, ble samme svar gitt av kun en tiendedel av kjøkkenlederne (kap 3.2.16, Vedleggsfigurene 3 og 2). Språklig tilgjengelighet og egnede oversettelsestjenester bør etter vår mening kartlegges og evalueres.

To standardkoster

Kosthåndboken anbefaler to standardkoster for bruk i institusjoner, nøkkelråds-kost og energi- og næringstett kost. Blant sengepostledere og kliniske ernæringsfysiologer var det flere som rapporterte at energi- og næringstett kost ble tilbudt, enn nøkkelråds-kost, mens kjøkkenlederne rapporterte motsatt, nøkkelråds-kosten var i førersetet (Tabell 8, kap 3.4.1). Ut fra begrensninger med metoden nevnt i kap 4.1 trenger ikke dette bety noen motsetning, da de ulike responsgruppene nok ikke representerte nøyaktig de samme sykehusene/institusjonene. Like fullt er spørsmålet et eksempel på at en uavhengig måling eller dokumentasjon kunne vært en god metode framfor spørreskjema, for å få fram hvordan tilbudet virkelig var. Om en ser stort på tallene i tabell 8, gir de et viktig og positivt budskap: sykehusene/institusjonen har i stor grad endret fra én til to standardkoster, som ikke var tilfellet før Kosthåndboken ble lansert i 2012. Det vi synes er bekymringsfullt med tallene i tabell 8 er at tilbudet om ønskekost var mindre kjent blant sengepostlederne enn blant kjøkkenledere og kliniske ernæringsfysiologer. Det vil vi tro går ut over pasientene, da det er de ansatte på sengepostene som må bestille ønskekost for at pasientene skal få den.

Spesialkoster

Tilbud om spesialkoster til innlagte pasienter er en av hjørnesteinene for god ernæringspraksis i spesialisthelsetjenesten. Vi listet opp 15 spesialkoster med samme benevnelser som er brukt i Kosthåndboken og ba responsgruppene krysse av for «ja», «nei» eller «vet ikke» på spørsmålet om disse ble tilbudt. Sengepostledere og kliniske ernæringsfysiologer var samstemte i at topp tre på tilbudslista var glutenfri, laktoseredusert og melkeproteinfri kost (Vedleggsfigurene 4 og 6). Kjøkkenlederne fikk spørsmålet stilt litt annerledes, de ble spurt om hvilke spesialkoster fra lista de hadde utarbeidet menyplan for. Deres topp to samstemte med de øvrige responsgruppene svar. Det kan være flere grunner til at rekkefølgen deretter varierte såpass som den gjorde: responsgruppene representerte ikke nødvendigvis de samme sykehusene fullt ut, sengepostlederne trengte ikke å ha kjennskap til spesialkoster deres egne pasienter vanligvis ikke hadde behov for, og/eller at informasjon fra kjøkkenet om hva som er på tilbudslista, ikke var nådd fram. Dertil kan spørsmålet ha blitt oppfattet som vanskelig å svare på.

At temaet spesialkoster kan være både komplisert og forvirrende, blir tydelig illustrert av hvordan de tre responsgruppene svarte på tilleggsspørsmålet om de hadde tilbud om andre spesialkoster (altså utover de 15 opplistede). Med fritekst kunne de bruke egne benevnelser (Vedleggstabell 6), og slik fikk vi et innblikk i et mangfold på til sammen over 50 ulike, eller vel 80 «spesialkoster», alt etter hvordan en teller (kap 3.4.2). Noen av de nevnte går under det som i Kosthåndboken omtales som «kosthold ved ulike diagnoser og sykdomstilstander». Vår forenkling var å kun spørre etter «andre spesialkoster» siden det på en helseinstitusjon i praksis blir betraktet som «spesialkost», alt som ikke er standardkost. Det er positivt at såpass mange beskrev fleksible og gode løsninger fra kjøkkenets side, («bestilles og tilpasses ved hjelp av kjøkkenet v/spesielle behov», se første rad i Vedleggstabell 6). Komplexiteten ble tydelig når tiltak som næringsdrikker og energiberikning til pasienter i risiko for underernæring også ble listet opp som «spesialkost» (Tabell 22 i kap 3.6.4), ønskekost likeså.

En nødvendig opprydning i «spesialkoster» må gjerne sammenholdes med hva kliniske ernæringsfysiologer etterlyser av standardisering (kap 3.8), samt ønsket om flere kef-er på kjøkken (Figur 25, kap 3.7.3). Vi anbefaler at revisjonen av Kosthåndboken oppnå en større standardisering av mattilbudet ved ulike diagnoser og sykdomstilstander.

Anbefalinger til sengepostledere

Sikrer bestillingssystemet at pasientene får rett mat til rett tid, og er måltidenes konsistens tilpasset pasientene? Sengepostlederne svarte overveiende positivt på at disse anbefalingene følges (Tabell 4 i kap 3.2.2). Men kliniske ernæringsfysiologer problematiserte disse temaene i sin fritekst, idet de etterlyste forenklete og brukervennlige bestillingssystem (kap 3.8). Dertil påpekte de at terminologien i IDDSI-klassifiseringen ikke sammenfalt med klassifiseringen av konsistens i Kosthåndboken (kap 3.6.2). I sengepostledernes egen fritekst om hvilken ernæringskompetanse de skulle ønske det var mer av, ble «mer kompetanse på tilberedning av mat med konsistens til pasienter med svelgproblematikk» nevnt (kap 3.7.3). I forslagene til hvordan mat- og måltidstilbudet kan bli bedre (kap 3.8), var «konsistenstilpasset kost ved svelgeproblemer» et av forslagene. Vi tolker de nevnte svar til at det er rom for forbedringer hva tilpasning av måltidenes konsistens angår.

IDDSI (the International Dysphagia Diet Standardisation Initiative). Etter at Kosthåndboken ble lansert i 2012, har Helsedirektoratet gitt oppdaterte råd om kosthold ved ulike diagnoser og sykdomstilstander under fanen «faglige råd» på hjemmesiden. Et av disse er «Kosthold ved dysfagi (tygge- og svelgevansker)», sist oppdatert i 2022, hvor rådet er å følge IDDSIs inndeling av mat og drikke i konsistensnivåer fra nivå 0 (tynn drikke) til nivå 7 (normal kost) (6, 7). Ut fra resultater vi ovenfor har trukket fram fra kap 3.4.2, 3.6.2, 3.7.3 og 3.8, kommer det fram at ikke alle hadde oppfattet informasjonen om at det er de oppdaterte rådene på hjemmesiden til Helsedirektoratet om overgang til bruk av IDDSI som gjelder, ikke informasjonen i Kosthåndboken fra 2012. Manglende informasjon eller manglende oppfatning av informasjon kan forklare hvorfor så få innen responsgruppene svarte at de har tatt i bruk IDDSI (kap 3.4.2.1).

Menyene på institusjoner skal være næringsberegnet

Kosthåndboken sier at menyene på institusjoner skal være næringsberegnet for å sikre at maten har ernæringsmessig god kvalitet. Vi har allerede omtalt at standardkostene i relativt stor grad var næringsberegnet (tre fjerdedeler av kjøkkenlederne sa de var det, mens en femtedel sa at de ikke var det, Tabell 3, kap 3.2.2). Når samme spørsmålet ble stilt vedrørende spesialkostene, var svaret mer nedslående (Figur 14, kap 3.4.3), og det er vanskelig å hevde at anbefalingen fra Kosthåndboken er fulgt. Kjøkkenlederne ble også spurt om hvilket program som ble brukt til næringsberegninger (fritekst), hvor to tredjedeler oppga et program, en knapp tredjedel skrev «vet ikke» og resten svarte at de ikke hadde næringsberegningsprogram, eller at det ikke var aktuelt.

Vi tenker at et slikt kvalitetsarbeid som næringsberegning er, krever kompetanse ikke alle kjøkken nødvendigvis har. Resultatene kan ses i lys av kap 3.7 om ernæringskompetanse.

Næringsberegning av de enkelte måltid er diskutert i kapittelet om måltidstilbudet.

Betydning av Kosthåndboken

Over to tredjedeler av kjøkkenlederne svarte at Kosthåndboken brukes aktivt for å utarbeide menyen, som understreker hvor viktig og relevant boken er, og at den er jevnlig i bruk i deres arbeidshverdag. De fikk et spørsmål til om betydning, hvor Kosthåndboken ble listet opp sammen med flere faktorer av mulig betydning for menyen og mattilbudet fra hovedkjøkkenet, og hvor de ble bedt om å gradere betydningen av hver faktor. Samme spørsmål fikk sengepostlederne, men da om faktorer av betydning for mattilbudet på sengeposten, og fagdirektører og kliniske ernæringsfysiologer om betydning for mattilbudet for pasientene.

Hvor mange som svarte at Kosthåndboken i stor grad har betydning for mattilbudet, varierte slik mellom responsgruppene: en femtedel av sengepostlederne, to tredjedeler av kjøkkenlederne og vel en tredjedel av fagdirektørene og de kliniske ernæringsfysiologene. Svarene bør nok vurderes i sammenheng med hvilke andre faktorer som ble rapportert å ha samme betydningsgrad (les: «i stor grad»). Figurene av hver faktor gitt i kap 3.2.4 viser at Kosthåndbokens betydning forblir den største (samlet sett på andel som rapporterer «i stor grad», Figur 3), dernest kommer «anbefalinger fra klinisk ernæringsfysiolog» (Figur 10),

«kulturelle og religiøse hensyn» (Figur 9), «helseforetakets ernæringsstrategi» (Figur 6), «brukermedvirkning» (Figur 7) og til sist: «budsjett» (Figur 4). Betydningen av anbud er vanskelig å tolke størrelsen på, siden kun fagdirektører og kjøkkenledere ble spurt om det. Vesentlig flere i de to responsgruppene rapporterte «anbud» til å ha stor betydning sammenlignet med «budsjett» (Figur 5 sammenlignet med figur 4).

Sengepostlederne pekte seg ut ved at nesten halvparten ikke visste om Kosthåndboken hadde betydning for mattilbudet, mens rundt en tredjedel av fagdirektørene og kliniske ernæringsfysiologer var av samme oppfatning (Figur 3, kap 3.2.3).

Når vi ser hvordan faktorene av betydning varierte mellom de ulike responsgruppene, virker det som at det er et stort handlingsrom for å påvirke mattilbudet! Det kan gå i ulike retninger, så det er viktig med tydelige stemmer som ivaretar pasientenes rettigheter og ernæringsmessige behov mens de er innlagt på en helseinstitusjon. Av hensyn til pasientene kan de ulike faktorene vektes i forhold til hverandre når retningslinjer utarbeides.

Måltidstilbudet

Måltidsrytmen

Vi ba sengepostlederne krysse av for hvilket tidspunkt hovedmåltidene (frokost, lunsj, middag, kvelds) startet[2], med alternativer for hver halvtime fra kl. 07-22 både hverdager og helg (Figur 13, kap 3.3.1). Hvilke tidspunkt sengepostlederne rapporterte, tror vi blir nyttig informasjon til revisjonen av Kosthåndboken.

Det ligger en klar anbefaling om nattfastens lengde i Kosthåndboken, som gir føringer for tidspunkt måltidene bør serveres: «*Nattfasten (tid mellom siste kveldsmåltid og måltid neste morgen) bør ikke være mer enn 11 timer. For å lykkes med dette må frokosten serveres før kl. 09.00 og siste måltid etter kl. 21.00 om kvelden*» (1). Resultatene i vår undersøkelse viste at et overveiende flertall serverte frokost før kl. 09 på hverdager og noen færre på helg, og at nesten ingen serverte kveldsmaten etter kl. 21, verken på hverdager eller helg. De fleste serverte kveldsmat i tidsrommet kl. 19-20. Ut fra dette resultatet kan vi vanskelig si annet enn at nattfasten overskred 11 timer, om en legger tidspunktene for kveldsmat og frokost til grunn. Men Kosthåndboken foreslår jo at mellommåltid eller en næringsdrikk kan serveres ved sengetid for å forkorte nattfasten. Resultatene i figur 13 viser klart at kveldsmaten for de fleste var servert før kl. 20, dermed skulle det være tid for «en liten snack» før leggetid, som kunne sikre at nattfasten ikke blir for lang. Generelt bør det være en viss avstand mellom hvert av hovedmåltidene for at det skal bli plass til de nødvendige mellommåltid mange pasienter har behov for.

Mellommåltid

Sengepostlederne fikk et separat spørsmål om mellommåltid som tilbys fast, men uten at de ble spurt om tidspunkt for servering. En tredjedel svarte at de tilbød enten ett, to eller tre faste mellommåltider per dag (Tabell 6, kap 3.3.2), så blant disse kunne det finnes mellommåltid ved sengetid. Imidlertid svarte nesten to tredjedeler at de ikke tilbød faste mellommåltid overhodet (Tabell 6, kap 3.3.2). Ut fra det kan vi vanskelig tolke at det er fokus på å bruke mellommåltid til å forkorte nattfasten blant flertallet. Like fullt ser vi et realistisk potensiale for forbedring når det var like mange som fast tilbød to eller tre, som ett mellommåltid. Videre er det gledelig at så mange som to tredjedeler oppga at de tilbød mat og næringsdrikker aktivt til pasientene (utenom hovedmåltider og faste mellommåltid), og nesten alle tilbød hvis pasienten ba om det (Tabell 7, kap 3.3.2).

Tilberedning av måltider

Det var viktig for oss å få fram informasjon om hvor de ulike måltid ble tillaget, for å synliggjøre ansvarsfordelingen i det komplekse arbeidet som pasientenes mat- og måltidstilbud tross alt er. Vi aner hvor stor forskjell det var i praksisen fra sykehus til sykehus når vi gransker figur 15 (kap 3.5.2) og vedleggstabell 18. Vi kan gjette at sengepostlederne og kjøkkenlederne ikke representerte riktig de samme institusjonene når «begge påberopte seg» å være dem som i hovedsak lager frokosten (Vedleggstabell 18). Da var enigheten langt større hva middagen angår, den ble rapportert hos nærmere 100% at ble tillaget på hoved-/underkjøkken, og lunsjen var det også enighet om at hos cirka en tredjedel ble den tillaget på sengepostene, mens hos resten på hoved-/underkjøkken. Kveldsmaten var det noenlunde enighet om da flertallet rapporterte at den primært ble tillaget på sengepostene. Ansvarsfordelingen for hovedmåltidene framstår som noe uoversiktlig, basert på disse svarene.

Som nevnt vedrørende rapporteringen om Kosthåndbokens betydning for mattilbudet, svarte nesten halvparten av sengepostlederne «vet ikke», og kun en femtedel rapporterte at Kosthåndboken i stor grad hadde betydning. Da er det rimelig å spørre om hvilke kriterier sengepostene komponerer etter, de måltidene de helt eller delvis har ansvar for å lage? Vi blir usikre på hvilke målgrupper som oppfatter Kosthåndbokens føringer for frokost og kveldsmat, og er det mulig at de uansett er for vage? Dette resonnementet støttes av punkter i fritekst fra kliniske ernæringsfysiologer, som etterlyste at alle måltider standardiseres, «ikke bare» lunsj og middag, og at alle spesialkost standardiseres, «ikke bare» nøkkelrådkost og energi- og næringstett kost (kap 3.8).

Næringsberegning og dekning av energibehov

Rundt en fjerdedel av sengepostlederne oppga at både frokost, lunsj, kveldsmat og mellommåltider ble næringsberegnet ved sengepostene (Tabell 9, kap 3.4.3), men samtidig svarte 83% av dem at de ikke visste hvilket næringsberegningsprogram som brukes (Tabell 10, kap 3.4.3). Vi mener at næringsberegning er et komplekst kvalitetsarbeid som krever kompetanse som heller ikke sengepostene nødvendigvis har. Det virker betryggende når nesten 85% av kjøkkenlederne svarte at gjennomsnittspasientens dagsbehov for energi ble dekket (kap 3.4.4). Dette var et overordnet spørsmål med enkle svaralternativ («ja», «nei», «vet ikke»). Men da de ble bedt om å vurdere det enkeltes måltids bidrag med energi, ble det ikke rapportert samme dekningsgrad som Kosthåndboken anbefaler, fra like mange som i svaret på det overordnede spørsmålet. Til kjøkkenledernes forsvar vil vi hevde at disse spørsmålene var vanskelige: for det første er det ikke bare enkelt å oppfatte føringene/anbefalingene i Kosthåndboken for hva det enkelte måltid bør bidra med av energi. For det andre varierer anbefalingene mellom de to standardkostene, og for det tredje har ulike aktører ansvar for ulike måltider gjennom døgnet, som gjør at bruk av spørreskjema ikke er en optimal metode for å finne svar på spørsmålene. Like fullt skulle vi gjerne visst svaret på disse spørsmålene. Enda viktigere er at den enkelte helseinstitusjon skulle hatt en oversikt for egen del over i hvilken grad det samlede antall måltider per døgn sikrer at deres innlagte pasienter får dekket sine dagsbehov for energi (men også for protein og andre næringsstoffer).

Kunnskap om hvor mye av den serverte maten som blir spist av pasientene, er avgjørende for at næringsberegningene kan gi realistisk informasjon om hvorvidt næringsbehovet er dekket. Sengepostlederne i vår undersøkelse bidrar litt til dette kunnskapsfeltet i det knapt halvparten kan bekrefte at de har informasjon om hvor mye som blir spist. Blant disse var det flere (44%) som rapporterte at pasientene spiste rundt tre fjerdedeler av det som var blitt servert (Tabell 14, kap 3.5.4), enn at de spiste alt (rapportert av 38%), mens det var langt færre som rapporterte at ikke mer enn rundt halvparten ble spist (6%). I denne sammenheng vil vi poengtere at det alltid vil være et sammensatt årsaksbilde til hvorfor noen pasienter spiser lite eller for lite, og presisere at dette ikke handler om matsvinn. Matsvinn kan og bør avdekkes og unngås tidligere i produksjonskjeden, men ikke være en problemstilling knyttet til eventuelle matrester på pasientens tallerken. Satt litt på spissen kan matrester etter et godt og tilpasset måltid være et uttrykk for at måltidet var tilstrekkelig stort.

Hvorvidt all mat som er bestilt blir servert, kan handle om matsvinn, men ikke nødvendigvis. Vel halvparten av kjøkkenlederne bekreftet at de hadde informasjon om hvor mye som ble servert, og av dem rapporterte

nesten to tredjedeler at over 90% ble servert av den bestilte mengden til sengepostene, og ytterligere en femtedel rapporterte at 80-89% av bestilt mengde ble servert (Figur 18, kap 3.5.5). Det hadde vært interessant om dette var bekreftet av sengepostlederne, men de fikk ikke dette spørsmålet. Etter vår mening beveger vi oss her i et område som også omfatter pasientsikkerhet. En spissformulering er at vi kan ikke være sikre på at alle har fått forsynt seg eller blitt servert det de har behov for, uten at det er litt mat igjen. Vi oppfordrer derfor til å evaluere hvor mye «matsvinn» en skal godta, som sikrer at alle pasienter virkelig kan bli tilbudt det de trenger.

Ernæringspraksis

Overordnet

Kunnskap om ernæringspraksis i sykehusene inngår i grunnlaget for arbeid med kvalitetsforbedring innen mat og ernæring i helse- og omsorgstjenesten. Kosthåndboken løfter fram at kvalitetssikring av mattilbudet og oppfølging av ernæringstilstanden til pasientene krever en klar ansvarsfordeling og bør være integrert i kvalitetssystemet gjennom rutiner og prosedyrer, samt at institusjonens ledelse bør utarbeide en overordnet ernæringsstrategi som sørger for kvalitetssikring av ernæringsarbeidet (1).

Knappt halvparten av fagdirektørene i vår undersøkelse rapporterte at helseforetaket hadde en separat og overordnet ernæringsstrategi (som dertil var ledelsesforankret) (Tabell 16, kap 3.6.1). Blant dem som ikke hadde ernæringsstrategi, svarte halvparten at de i stedet for separate strategier på enkelt-tema hadde én helhetlig plan eller strategi på overordnet nivå, men kun en knapp tredjedel av dem igjen kunne bekrefte at en plan for ernæringsarbeidet inngikk i denne strategien. Så, alt i alt synes det å være enda et stykke igjen før alle helseforetak har en overordnet ernæringsstrategi.

Tre fjerdedeler av responsgruppen kliniske ernæringsfysiologer i vår undersøkelse rapporterte grad 3 eller 4 på spørsmålet om hvordan de opplevde at ernæringspraksisen var på sitt sykehus/institusjon (hvor grad 1 er dårlig og 6 er svært bra, Figur 19, kap 3.6.1). Vi vet ikke nøyaktig hva de hadde i tankene rundt begrepet «ernæringspraksis», men vi vet at Kosthåndboken sier at «rammene for god ernæringspraksis er et ledelsesansvar», «gjennomføring krever ressurser til kompetanseheving», «god ernæringspraksis innebærer kartlegging, vurdering og dokumentasjon av pasientens ernæringsstatus, vurdering av matinntak i forhold til behov, igangsetting av målrettede ernæringstiltak, samt oppfølging og evaluering», og «innebærer gode rutiner i alle ledd» (1). På denne bakgrunn er det interessant at ressurser, kunnskap og ledelse ble prioritert som de viktigste forutsetningene for å få til gode rutiner og oppfølging av pasientenes ernæringstilstand, blant kliniske ernæringsfysiologer (Figur 23, kap. 3.6.5).

Vår erfaring er at det primært er retningslinjer (framfor prosedyrer) som utarbeides i kvalitetssystemene i helseforetakene, derfor etterspurte vi alle unntatt fagdirektørene om hvorvidt Kosthåndboken lå til grunn for utarbeidelsen av egne, ernæringsrelaterte retningslinjer (regionalt, lokalt). Resultatet grovt sett var at Kosthåndboken ble rapportert å ligge til grunn for rundt halvparten av slike retningslinjer (Tabell 19, kap 3.6.2). Kliniske ernæringsfysiologer som svarte «nei» eller «delvis» ble bedt om å utdype nærmere hvorfor. Svarene (kap 3.6.2) håper vi blir nyttige innspill til revisjonen av Kosthåndboken.

Forekomst av risiko for underernæring

Sengepostlederne og fagdirektørene ble spurt om med hvilken regularitet innlagte pasienter ble screenet/vurdert for risiko for underernæring («alltid», «vanligvis», «av og til», «en sjelden gang», «aldri», «vet ikke»). En tredjedel av sengepostledere svarte «alltid», mens vel halvparten fordelte seg på svarene «vanligvis», «av og til» og «en sjelden gang» (Figur 20, kap 3.6.3). De synes å være langt fra Helsedirektoratets anbefaling om at minst 80% av pasientene skal screenes/vurderes for risiko for underernæring i løpet av første døgnet etter innleggelsen. Like fullt viser figuren at potensialet er godt, og at fagdirektørene var mer optimistiske. Avstanden mellom svarene kan trolig også speile en forholdsvis

stor representasjon fra psykiatrien blant sengepostlederne, hvor det erfaringsmessig screenes mindre enn i somatikken.

Hvilket verktøy som ble brukt til screeningen/vurderingen visste sengepostlederne lite om, (Tabell 20, kap 3.6.3). Kliniske ernæringsfysiologers svar på samme spørsmål, var NRS2002 eller MST. MST (Malnutrition Screening Tool) ble rapportert av flest, som er oppløftende siden det bare er halvannet år siden Helsedirektoratet anbefalte dette verktøyet som det eneste som burde brukes, både i spesialist- og kommunehelsetjenesten (2).

Kliniske ernæringsfysiologer fikk noen tilleggsspørsmål, som hvor mange av alle innlagte ved deres institusjon som ble screenet for risiko for underernæring, og hvor mange av alle innlagte som faktisk var i en slik risiko. Resultatene viser at det ikke var enkelt for dem å svare (kap 3.6.3), først og fremst fordi slike resultater i utgangspunktet ikke ble rapportert på mer enn en tredjedel av institusjonene. Selv der hvor resultater ble rapportert, var resultatene enten ikke tilgjengelige, eller ukjente. Det hele kokte ned til at 17 av 101 kliniske ernæringsfysiologer kunne rapportere andeler av alle innlagte pasienter som var blitt screenet (Figur 21, kap 3.6.3). Tusenkronersspørsmålet er jo hvor mange som vitterlig var funnet å være i risiko for underernæring, og slike resultater kunne kun rapporteres av 13 av 101 kliniske ernæringsfysiologer (Tabell 21, kap 3.6.3).

Vi synes det er viktigere å løfte fram hvor få av denne profesjonen som kunne bidra med et svar her, enn hva svaret faktisk var. Disse spørsmålene i undersøkelsen vår har aktualisert hvor lite informasjon som finnes om forekomst av risiko for underernæring blant innlagte pasienter i norske sykehus, og hvor lavt fokuset er på rapportering av forekomsten. Det er etter vår mening bekymringsfullt, og kan bare bli (mye) bedre.

Tiltak ved risiko for underernæring

ERNÆRINGSTRAPPEN gir konkrete og gode råd for tiltak ved risiko for underernæring, til hjelp for ansatte på sengeområdene (1). Kliniske ernæringsfysiologer ble bedt om å vurdere hvordan tiltakene ble benyttet. Svarene ble en dokumentasjon av hvordan de mente at ernæringspraksisen var på dette området (Tabell 22, kap 3.6.4). De kan gi incentiver på hvor det er viktigst å forsøke å motivere til forbedring, til pasientenes beste. Vi anbefaler selvsagt at ERNÆRINGSTRAPPEN blir videreført når Kosthåndboken revideres, og dertil anbefaler vi at institusjoner i spesialisthelsetjenesten rapporterer på i hvilken grad de ulike trinnene (tiltakene) i trappen implementeres.

Ernæringskompetanse

Overordnet

Den overordnede informasjonen om hvor forskjellig de fire responsgruppene svarte på hvorvidt det var tilstrekkelig ernæringskompetanse eller ikke ved sengeposten/kjøkkenet/institusjonen, var tankevekkende (Figur 24, kap 3.7.1). Styrken er selvsagt at alle responsgruppene fikk dette spørsmålet, og vi kan i det minste hevde at de ikke lot seg «lede» fram til likelydende svar, til tross for at mange vil mene at dette var et såkalt ledende spørsmål. Vi anbefaler å sammenholde disse overordnede svarene med hvordan de senere konkretiserte i fritekst sine svar på spørsmålet om hvilke typer ernæringskompetanse de skulle ønske det var mer av.

Eksisterende ernæringskompetanse

Det var interessant å få oversikt over hvilke stillinger som kjøkkenlederne rapporterte at var tilknyttet de ulike typer kjøkken, hvor over 90% var internt på sykehuset/institusjonen (kap 3.7.2, Vedleggstabell 23 og 24). Vi har ingen tall å sammenligne med hva andelen stillinger ved eksterne produksjonskjøkken angår

(8%), eller hva det kan bety opp mot rapporteringen av at slike kjøkken finnes i 33% av helseforetakene/institusjonene (Tabell 11, kap 3.5.1). Vi anbefaler at dette følges med på, og at kvaliteten på mattilbudet fra både interne kjøkken og eksterne produksjonskjøkken blir evaluert opp mot pasientenes behov. Vår undersøkelse gir mange forslag til hvordan mat- og måltidstilbudet kan bli bedre, blant dem også betydningen av stednære kjøkken som del av sykehusets egen drift (kap 3.8).

Hvilken ernæringskompetanse finnes på sengeposten? Det fikk sengepostlederne uttale seg om (Tabell 23, kap 3.7.2). Vi vil beskrive svarene fra disse som til daglig er nærmest de innlagte pasientene, som verdifull dokumentasjon, og et utgangspunkt for alles ønsker om (mer) ernæringskompetanse (se neste avsnitt). Vi legger merke til at sengepostlederne her nesten uten unntak beskrev ernæringskompetanse i kraft av ulike profesjoner (som sykepleiere, kliniske ernæringsfysiologer, spesialsykepleiere, leger, matverter, kokker,...). Er det konkret nok med tanke på utfordringer ved sengepostene som krever ernæringskompetanse, som vi har løftet fram tidligere i diskusjonen? Vi nevner arbeidet med spesialkost, konsistentstilpasning, næringsberegning og sengepostenes ansvar for frokost, (lunsj), kveldsmat og mellommåltider, både matfaglig og ernæringsfaglig.

Ønsket ernæringskompetanse

Vedrørende konkretisering av ønsker om (mer) ernæringskompetanse (besvart av alle fire responsgrupper som fritekst), nevnte alle spesifikt profesjonen klinisk ernæringsfysiolog (kef), underforstått at den per definisjon besitter den ønskede ernæringskompetansen de trenger (Figur 25, kap 3.7.3). Hver av responsgruppene rapporterte i tillegg konkrete ønsker for innholdet i ernæringskompetansen, som gjaldt flere profesjoner og ikke «bare» kliniske ernæringsfysiologer (se kulepunktene i kap 3.7.3). Det vil føre for langt å diskutere disse detaljene her. Dog håper vi de kan komme til nytte i revisjonen av Kosthåndboken, samt med tanke på kompetansesammensetning i spesialisthelsetjenesten.

Vi er vel kjent med at anbefalingen fra Helsedirektoratet om en minstestandard for tilgang på kliniske ernæringsfysiologer i forhold til antall senger (minst 1,5 årsverk per 100 voksensenger) ikke er oppnådd i mange av landets helseforetak (8). Det er viktig å poengtere at behovet for kliniske ernæringsfysiologer til poliklinisk behandling, psykiatri, undervisning og forskning kommer i tillegg, så det bør komme tydelig fram hvis foretakene skal rapportere egne tall for dette. Men, på bakgrunn av svarene fra ulike responsgrupper i vår undersøkelse, reiser vi spørsmålet om det ikke bør utarbeides en annen (minste)standard også, for å dekke det meldte behovet for kompetanse fra klinisk ernæringsfysiolog mer på systemnivå, ved sengeposter og kjøkken. Skulle en standard settes for dette behovet, kan det parallelt virke ansporende på innholdet i utdanningene av både kliniske ernæringsfysiologer og andre helsepersonellgrupper som er belyst i denne undersøkelsen. Vi glemmer heller ikke de meldte ønskene om mer ernæringskompetanse i kjøkkenfaglige utdanninger. Det var forstemmende å se hvor få stillinger for kostøkonomer og kvalitetskoordinatorer/-rådgivere som fantes på kjøkken i norske helseforetak anno 2023 (kap 3.7.2, Vedleggstabell 23). Hvor lenge kan det gå før kostøkonomutdanningen (eller en tilsvarende utdanning) igjen blir en realitet, for hvordan kan det bli flere om det ikke finnes utdanning?

Hva vi ikke fikk svar på

I oppdraget vårt stod det også at «i den grad det finnes kunnskap (studier eller andre relevante data fra norske sykehus), kartlegge a) om næringsstoffene i maten som tilbys er i tråd med nasjonale anbefalinger og b) om maten som tilbys blir spist». Vi hadde ikke kapasitet til å innhente mulige studier eller andre relevante data på dette. Men spørsmålene er meget gode, og eksempler på hva vi mener både kan og bør undersøkes med andre og mer uavhengige metoder enn spørreskjema. Vårt bidrag ble å bane litt vei for hvordan dette kan undersøkes i fortsettelsen, ved at vi spurte a) om praksis rundt næringsberegning (som må være på plass om en skal kunne si noe om næringsstoffene i maten er i tråd med anbefalinger), b) om næringsberegning gjennomføres for alle måltidene pasientene tilbys gjennom døgnet, og c) om det finnes kunnskap om hvor mye av maten som tilbys, blir spist. Sistnevnte er avgjørende informasjon, da det er

næringsinnholdet i det som pasientene faktisk spiser, som gir svar på om deres ernæringsmessige behov er dekket.

[2] Vi ba dem også krysse av for når måltidet sluttet. Med anonyme svar ble den informasjonen vanskelig å håndtere, da det ikke lot seg gjøre å koble tidspunkt for start og slutt på en hensiktsmessig måte. Derfor presenterer vi «kun» resultatene for når måltidene startet, som vi likevel mener gir verdifull informasjon.

Anbefalinger

Følgende anbefalinger er basert på noen av resultatene løftet fram i ovenstående diskusjon.

Informasjon

1. Sikre at målgruppene blir informert om den reviderte Kosthåndboken. Informasjonen bør gis så direkte som mulig, og som et minimum til de fire responsgruppene som deltok i denne undersøkelsen.
2. Informasjonskanalene som anvendes av ulike aktører med ansvar for mat- og måltidsstilbudet, bør evalueres.
3. Behovet for informasjon innlagte pasienter har, bør ivaretas på et språk de forstår.

Standardisering

1. Tilbud om «en liten snack» ved leggetid vil sikre at nattfasten ikke overskrider 11 timer, og sengepostene bør dertil tilstrebe å tilby faste mellommåltid til dem som har behov.
2. Spesialkost og mattilbudet ved ulike sykdomstilstander og benevnelsene av disse, bør standardiseres.
3. Porsjonsstørrelser bør standardiseres for både standard- og spesialkost. En billedbank av alle døgnets måltider kan tilknyttes Kosthåndboken og være tilgjengelig for aktuelle brukere.
4. Definere og sikre den nødvendige ernæringskompetanse på kjøkken og sengeposter for å ivareta nevnte standardisering, og gi kvalitet i lokale og regionale ernæringsretningslinjer.

Næringsberegning

1. Menyer for alle døgnets måltider for inneliggende pasienter bør næringsberegnes. Dette gjelder standard- og spesialkost samt mattilbudet ved ulike sykdomstilstander.
2. Definere og sikre den nødvendige ernæringskompetanse på kjøkken og sengeposter for å ivareta næringsberegningen.

Kartlegging og rapportering

1. Kartlegge
 - innlagte pasienter for risiko for underernæring med screeningsverktøyet MST
 - andel pasienter som er i risiko for underernæring (skår ≥ 2 med MST)
 - andel pasienter i risiko for underernæring som har fått tiltak (jf. Ernæringstrappen eller andre).
2. Rapportere resultatene fra hvert av kartleggingspunktene over og gjøre dem tilgjengelige i helseforetaket/sykehuset/helseinstitusjonen.

Forbedring av mat- og måltidstilbudet

1. Vurdere og implementere aktuelle forbedringsforslag fra kliniske ernæringsfysiologer i denne undersøkelsen, i revisjon av Kosthåndboken.
2. Vekte ulike faktorer av betydning for mat- og måltidstilbudet når nasjonale anbefalinger utarbeides i Kosthåndboken.

Fra nasjonal veileder til nasjonal faglig retningslinje?

For snart tretti år siden ga Helsedirektoratet ut nasjonale retningslinjer for kostholdet i helseinstitusjoner (1995). Senere ble disse revidert til nasjonale føringer for mattilbudet i helse- og omsorgstjenesten, nemlig «Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten (2012)».

Vi undrer om resultatene vi har presentert om hvorvidt føringene fra Kosthåndboken følges i spesialisthelsetjenestens institusjoner i landet, peker i retning av at Helsedirektoratet bør revurdere, og gi oss tilbake en nasjonal retningslinje? Vi tolker usikkerhet og uklare ansvarsforhold på flere områder, som hvem som har ansvar for hovedmåltidene og ernæringsmessige krav til disse.

Vi har prøvd å framskaffe et kunnskapsgrunnlag for revidering av Kosthåndboken. Anbefalingene vi har gitt kan Helsedirektoratet vurdere å ta inn i Kosthåndboken, og de kan alle måles på hvorvidt de etterleves. Om de inngår i en nasjonal retningslinje, har en et mandat for å gjennomføre undersøkelser som måler kvalitet og praksis, og et mandat for å innhente mer presise rapporter fra spesialisthelsetjenestens institusjoner. Med rapporter kan en evaluere ernæringspraksisen, og deretter oppdatere den reviderte Kosthåndboken etter behov.

Trondheim, 15. januar 2024

Ingrid Løvold Mostad, klinisk ernæringsfysiolog, Dr. philos.

(Koordinator for Ernæringsutvalget[3], Rehabiliteringsklinikken, St. Olavs hospital)

Kari Meli, klinisk ernæringsfysiolog, M. Sc.

(Prosjektmedarbeider[3], Mat & Café - stab, St. Olavs hospital)

[3] ansatt inntil 31.12.2023

Referanser

1. Helsedirektoratet. Kosthåndboken: Veileder i ernæringsarbeid i helse - og omsorgstjenesten. Oslo: Helsedirektoratet; 2012.
2. Guttormsen, AB, Hensrud A, Irtun Ø, Mowé M, Sørbye LW, Thoresen L, Øien H, Alhaug J, Smedshaug GB. Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. Rapport IS-1580. Oslo: Helsedirektoratet; 2013. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-ur>
3. Statens Ernæringsråd. Retningslinjer for kostholdet i helseinstitusjoner. Universitetsforlaget; 1995. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/god-og-riktig-mat-hele-livet/id2849251/>
4. Helse- og omsorgsdepartementet. Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak (20192020); 2019. Tilgjengelig fra: Prop. 1 S (2019-2020) ([regjeringen.no](https://www.regjeringen.no))
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-1-s-20192020/id2671450/>
5. Helsedirektoratet. Ernæring i helse- og omsorgstjenesten. Status, utfordringer og eksempler på gode tiltak. Kunnskapsgrunnlag for ny handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen. Oslo: Helsedirektoratet; 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/ernaering-i-helse-og-omsorgstjenesten/Ern%C3%A6ring%20i%20helse-og-omsorgstjenesten>
6. Helsedirektoratet. Kosthold ved dysfagi, tygge- og svelgevansker [Internett]. [oppdatert 30. jun 2023; hentet 18. des 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/kosthold-ved-diagnoser-og-sykdomstilstander/rad-om-kosthold-ved-dysfagi-tygge-og-svelgevansker>
7. IDDSI. Framework [Internett]. [hentet 18. des 2023]. Tilgjengelig fra: <https://iddsi.org/framework/>
8. Helsedirektoratet. Kompetansebehov innen ernæring hos nøkkelgrupper, IS-2592. Oslo: Helsedirektoratet; 2017

Vedlegg

[Resultater og oversikt over inviterte helseinstitusjoner \(pdf\)](#)

[Vedlegg spørreskjemaene \(pdf\)](#)

PDF av rapporten

[Last ned PDF av rapporten](#)

