

Mat og måltider i hjemmesykepleien: undersøkelse utført for Helsedirektoratet

**Heidi Aagaard
Vigdis Abrahamsen Grøndahl**

**Høgskolen i Østfold
Oppdragsrapport 2013:4**

Online-versjon (pdf)

Utgivelsessted: Halden

Det må ikke kopieres fra rapporten i strid med åndsverkloven og fotografiloven eller i strid med avtaler om kopiering inngått med KOPINOR, interesseorgan for rettighetshavere til åndsverk.

Høgskolen i Østfold har en godkjenningsordning for publikasjoner som skal gis ut i Høgskolens Rapport- og Arbeidsrapportserier.

Høgskolen i Østfold. Oppdragsrapport 2013:4

© Forfatterne/Høgskolen i Østfold

ISBN: 978-82-7825-380-9

ISSN: 1504-5331

INNHALDSFORTEGNELSE

INNHALDSFORTEGNELSE.....	1
SAMMENDRAG	3
1. INNLEDNING	7
1.1 Bakgrunn for undersøkelsen.....	8
2 METODE	13
2.1 Design.....	13
2.2 Utvalget	13
2.3 Spørreskjemaet	14
2.4 Gjennomføring	14
2.5 Etske overveielser	15
2.6 Statistisk analyse	16
3 RESULTATER	17
3.1 Beskrivelse av utvalget.....	17
3.2 Ansvarlig for valg av kost og vurdering av kostens kvalitet	18
3.3 Samarbeidet med matombringningstjenesten.....	22
3.4 Rutiner og tiltak knyttet til beboernes ernæringstilstand.....	23
3.5 Kunnskap om ernæringsarbeidet	30
3.6 Forslag til forbedringstiltak	33
4 DISKUSJON	37
4.1 Om utvalget	37
4.2 Vurdering av maten	37
4.3 Tilrettelegging av måltidsmiljø	41
4.4 Kartlegging og ivaretagelse av brukerens ernæringstilstand.....	42
4.5 Forslag til forbedringstiltak: Økte kunnskaper	45
REFERANSELISTE	47
VEDLEGG – SPØRRESKJEMA TIL HELSEPERSONELL	53

SAMMENDRAG

Denne rapporten bygger på en nasjonal undersøkelse blant ledere, og en undersøkelse blant et utvalg av helsepersonell om mat og måltider i hjemmesykepleien, utført i 2011. En god ernæringsstilstand er viktig for helse og livskvalitet, og kan ha stor betydning for resultater av behandling og for rehabilitering. Myndighetene ønsker at flere eldre skal bo hjemme lengre, noe som kan medføre at flere eldre får problemer med selv å handle og lage sin egen mat. I tillegg er konsekvenser av samhandlingsreformen raskere utskrivning av pasienter fra sykehus til hjemkommune, og ernæringsbehandling som er påbegynt i sykehus, må fortsette i hjemmet. Ernæringsarbeid har blitt en viktig del av hjemmesykepleiens hverdag. Kravene til ernæringskompetanse blant ansatte i hjemmesykepleien øker. Allikevel kan mye tyde på at ernæring fortsatt er et forsømt område.

Hensikten med denne undersøkelsen var todelt: kartlegge hvordan ledere og helsepersonell i hjemmesykepleien vurderer maten som serveres brukere, samt kartlegge hvilke rutiner som finnes for å kvalitetssikre ernæringsarbeidet i hjemmesykepleien. Undersøkelsen hadde en deskriptiv design med en kvantitativ tilnærming, og bestod av to tverrsnittsundersøkelser (del 1 og del 2). Del 1 var en nasjonal undersøkelse der alle kommunene i Norge fikk forespørsel om å delta. Målgruppen var faglig leder eller den som var fagansvarlig for hjemmesykepleietjenesten i den enkelte kommune. Det kom inn 273 svar fordelt på samtlige fylker. Svarprosenten var 59. I del 2 ble det trukket ut 13 kommuner fra de fem helseregionene i Norge. Kriteriet var at det i hver helseregion skulle trekkes ut en kommune tilknyttet undervisningshjemmetjenesten, og en kommune uten denne tilknytningen. Målgruppen var helsepersonell som arbeidet i kommunenes hjemmesykepleie. Det kom inn 212 svar fordelt på to til tre kommuner fra hver av de fem helseregionene i Norge. Svarprosenten var 74. Datainnsamlingen ble foretatt ved hjelp av et strukturert spørreskjema hvor

spørsmålene tok utgangspunkt i Aagaards undersøkelse om mat og måltider i sykehjem (2008). Disse ble tilpasset hjemmesykepleien. Dataene fra undersøkelsen ble analysert med deskriptiv statistikk ved hjelp av statistikkprogrammet SPSS versjon 17.0.

Undersøkelsen er gjennomført ved Høgskolen i Østfold v/førstelektor Heidi Aagaard som har vært utførende for arbeidet, inkludert utarbeidelsen av denne rapporten og førsteamanuensis Vigdis Abrahamsen Grøndahl som har deltatt i rapportutarbeidelsen. TNS Gallup ble benyttet til datainnsamlingen i undersøkelsens del 1.

Resultater

Resultatene viser at de faglig ansvarlige som var respondenter i del 1 i all hovedsak hadde sykepleierutdanning, mens helsepersonellet i del 2 i hovedsak var sykepleiere og hjelpepleiere, hvorav rundt halvparten var tilknyttet utviklingssenter for hjemmetjenesten.

Undersøkelsen viste at det først og fremst er brukeren selv som bestemmer hvilken kosttype som skal benyttes. Pålitelig kostveiledning er da viktig for valget brukeren tar. Men en av tre ledere og omtrent halvparten av helsepersonellet oppgav at det sjelden eller aldri gis kostveiledning eller undervisning om kost til brukere i hjemmesykepleien. Dessuten var det ikke vanlig at brukeren hadde mulighet til å velge mellom ulike retter. Det var også mest vanlig å benytte ferdigprodusert middag. Kun en av ti lagde middag i brukerens hjem.

Anbefalingene fra Helsedirektoratet om å benytte næringstett kost og mellommåltider, følges i liten grad. Det kan derfor stilles spørsmål ved om maten som tilbys brukerne tilfredsstillende den enkeltes energibehov. Resultatene

viste også at det ikke var vanlig at helsepersonellet satt sammen med brukeren under måltidet, noe som i seg selv kan bidra til at man spiser mer.

Flere ledere enn helsepersonell mente at brukerne var fornøyde med maten, og at den var appetittvekkende og delikat. Desserten var de mest fornøyd med, mens grønnsakene kom dårligst ut. Allikevel kunne en av fire ledere ikke tenkt seg å spise den serverte middagsmaten.

To av tre ledere kjente «Nasjonale faglige retningslinjene for forebygging og behandling av underernæring» utgitt av Helsedirektoratet, mens bare rundt en av tre helsepersonell kjente til disse. Over halvparten av lederne svarte at hjemmesykepleien ikke har rutiner for å vurdere brukernes ernæringstilstand, mens over halvparten av helsepersonellet ikke visste eller svarte at de ikke hadde rutiner.

I følge lederne og helsepersonellet var det kun halvparten som svarte at sykepleieplanen ved overføring fra sykehus til hjemmesykepleie, inneholder et punkt om ernæring. I hjemmesykepleiens dokumentasjon er ikke ernæring et sentralt punkt ifølge en av fire respondenter, og det er heller ikke omtalt i individuell plan.

Ledere og helsepersonell ble spurt om å komme med forslag til hvordan ernæringsarbeidet kunne gjøres bedre. Både ledere og helsepersonell ønsket mer kunnskap om ernæringsarbeidet, samt bedre rutiner og prosedyrer, og mer tid og ressurser. Det ble etterlyst mer kunnskap om det å vurdere ernæringstilstand, beregne energibehovet, hvordan gjennomføre kostveiledning, og kunnskaper om de ulike næringsstoffene i maten. Dette bør prioriteres når kommunene planlegger sine undervisningsdager.

1. INNLEDNING

En god ernæringstilstand er viktig for helse og livskvalitet (Arvanitakis, Coppens, Doughan, & Gossum, 2008, s.34), og ved sykdom kan den ha betydning for behandlingsresultat og rehabilitering. For eldre kan også en god ernæringstilstand bidra til at de bevarer funksjonsdyktigheten lengre (Mowè, 2007). Allikevel kan mye tyde på at ernæring fortsatt er et forsømt område.

Helsepersonell bør jevnlig vurdere brukernes ernæringstilstand. I de nasjonale faglige retningslinjene for behandling og forebygging av underernæring er følgende framhevet:

«Personer innskrevet i hjemmesykepleie skal vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse/vedtak, og deretter månedlig, eller etter et annet faglig begrunnet individuelt opplegg» (Helsedirektoratet, 2009 s.8).

Forutsetningen for å oppnå en god ernæringstilstand og at brukeren dermed ikke er i ernæringsmessig risiko, er at brukeren har et tilstrekkelig inntak av næring. At maten er næringsrik, men også velsmakende, er derfor viktig. I tillegg er det viktig at maten blir servert i hyggelige omgivelser og med hyggelig selskap, slik at rammen rundt måltidet blir best mulig for brukeren. Ernæringsarbeid har blitt viktigere i hjemmesykepleien ettersom myndighetene ønsker at flere eldre skal bo hjemme lengre. Dette kan medføre at flere brukere får problemer med å handle selv og lage sin egen mat. Samhandlingsreformens budskap (St. meld. nr. 47 (2008-2009)) til kommunene er at pasienter raskere skal overflyttes fra sykehuset til hjemkommunen, og mange pasienter må dermed fortsette en allerede oppstartet ernæringsbehandling etter at de er utskrevet fra sykehuset. I det etterfølgende gis en kort omtale av bakgrunnen for undersøkelsen, samt noe bakgrunns teori relatert til spørreskjemaene som ble sendt til ledere og helsepersonell i hjemmesykepleien.

1.1 Bakgrunn for undersøkelsen

Helsedirektoratet har fått i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å gjennomføre en kartleggingsundersøkelse av ernæringsarbeidet i de hjemmebaserte tjenestene i kommunene. Bakgrunnen for oppdraget er blant annet Stortingsmelding nr. 25 (2005–2006) ”Mestring, muligheter og mening”, der regjeringen framhever betydningen av mat og måltid som en viktig del av omsorgstjenestens virksomhet, både i sykehjem og i hjemmetjenesten (s. 99). I juni 2007 gjennomførte Helsedirektoratet en landsomfattende undersøkelse av mat og måltider i sykehjem (Aagaard, 2008). Undersøkelsen besto av 2 delundersøkelser, der målgruppen for del 1 var de som var ansvarlige for sykepleietjenesten ved sykehjemmene, og målgruppen for del 2 var kjøkkensjefene eller kjøkkenansvarlige ved de kjøkken som lagde maten til beboerne. I tillegg ble det i 2009 utført en undersøkelse blant beboere ved sykehjem i Østfold om mat og måltider (Aagaard, 2010). I den undersøkelsen som her presenteres, er fokuset mat og måltider i hjemmesykepleien.

Ernæring skal være en integrert del av behandlingen eller tilbudet som kommunen gir. Kommunene skal i følge Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester i kommunene (2012) sørge for at alle som bor i kommunen får nødvendig helsetjeneste, og helsetjenesten skal blant annet omfatte pleie og omsorg. Ivaretagelse av menneskets grunnleggende behov er utdypet i Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (2003). Kommunene har plikt til å utvikle egne kvalitetskrav for tjenesten. For å sikre at kvalitetskravene blir ivaretatt, har ledelsen av hjemmetjenesten/hjemmesykepleien ansvar for at brukerne sikres et forsvarlig kosthold, og at det utarbeides skriftlige prosedyrer for å sikre at brukerne får tilfredsstilt sine grunnleggende behov.

I en rapport utgitt av Nasjonalt råd for ernæring – «Når matinntaket blir for lite» (2006), er det foreslått at Statens helsetilsyn prioriterer ernæring i helseinstitusjoner og åpen omsorg (hjemmesykepleien) i sine tilsyn.

I 2010 gjennomførte Statens helsetilsyn tilsyn knyttet til ernæring i tjueen kommuner i sju fylker i Norge (Helsetilsynet, 2011). Resultatene fra tilsynene viste at det ved to av tre kommuner var brudd på aktuelle lovkrav. Tilsynets konklusjon var at det i mange kommuner var lite fokus og for lite kunnskap om ernæring, og spesielt knyttet til gruppen eldre (Helsetilsynet, 2011).

Målet med å gi hjelp i hjemmet er blant annet at eldre skal kunne få bo hjemme så lenge som mulig, noe som vil føre til økt press på de kommunale tjenestene som hjemmesykepleie og hjemmehjelp. I tillegg er presset stort vedrørende om sykehusene skal behandle så mange pasienter som mulig på kortest mulig tid. Målrettet ernæringsbehandling kan derimot føre til kortere liggetid (Kruizenga et al., 2005).

Antall eldre over 67 år har økt betydelig i løpet av de siste 30 år, og spesielt er det aldersgruppen 80 år og eldre som har økt mest (Falnes-Dalheim og Slaastad, 2007). I tidsrommet 2008 til 2009 økte antall personer som fikk hjelp i hjemmet med 4 % (SSB, 2010). Tall fra SSB viser også at gruppen yngre som trenger hjelp, er økende. Selv om brukerne som mottar hjemmesykepleie er en sammensatt gruppe, er allikevel mange av hjemmesykepleiens brukere eldre med omfattende behov for stell og pleie (Hofseth og Norvoll, 2003).

Undersøkelser viser at eldre som får hjelp fra hjemmesykepleien er utsatt for underernæring. En prevalensstudie utført blant 340 eldre som mottok hjelp fra hjemmesykepleien i Oslo og Bærum, viste at 46 % var i ernæringsmessig risiko eller underernærte (Sørbye, 2003). Hofseth og Norvoll (2003) fant i sin kartleggingsundersøkelse at halvparten av brukerne av hjemmetjenesten hadde ernæringsproblemer, og 25 % hadde nedsatt appetitt eller problemer med underernæring.

Salleti (2007) vurderte i en svensk studie ernæringsstatusen til 1305 eldre som bodde i spesielle boenheter for eldre eller som fikk hjelp i hjemmet. Resultatet

viste at kun halvparten (51 %) av de som fikk hjelp i hjemmet ble vurdert som velernærte. En dansk studie viste at annenhver pasient som trengte pleie hadde en lavere KMI-verdi enn det som var anbefalt (Beck, Nadelmann-Pedersen, & Schroll, 2005). Sørbye (2008) fant i sin undersøkelse at eldre som hadde problemer med selv å komme seg ut av ”huset / leiligheten”, var mer utsatt for ernæringsproblemer enn eldre som var mer mobile (Sørbye et al., 2008).

De fleste eldre som bor hjemme klarer seg bra, er velfungerende og spiser godt. Likevel finnes det en gruppe eldre som er utsatt for underernæring og/eller feilernæring. I en undersøkelse i Sør-Norge ble hjemmeboende eldre i alderen 65-96 år bedt om å kartlegge sin ernæringstilstand ved hjelp av to ulike kartleggingsverktøy (MNA-SF (Kondrup, Allison, Elia, Vellas, & Plauth, 2002) og NUFFE (Söderhamn og Söderhamn, 2002) (Søderhamn, Dale, Sundsli, & Söderhamn, 2012). Av totalt 6033 personer var det 2106 som returnerte utfylte kartleggings skjemaer. Resultatet viste at 13,5 % (MNA-SF) og 22,5 % (NUFFE-NO) av personene sto i fare for å bli underernært (Søderhamn et al., 2012). Undersøkelsen viste at hvilket kartleggingsverktøy som ble benyttet for å vurdere ernæringstilstanden til den hjemmeboende eldre, påvirket resultatet. Helsedirektoratet har derfor i sine nasjonale retningslinjer kommet med anbefalinger om hvilke kartleggingsverktøy som bør benyttes. Anbefalingen er knyttet til hvorvidt personen er syk og innlagt på sykehus eller sykehjem, eller om personen er innskrevet i hjemmesykepleien. Det finnes også skjemaer som er spesielt tilpasset eldre (Helsedirektoratet, 2009). Det aller viktigste er imidlertid at brukeren får vurdert sin ernæringstilstand. Skjemaet bør derfor være enkelt utformet, og alle ansatte må få opplæring i bruken. I tillegg må det være gode rutiner for at brukere som blir vurdert å være i risiko eller allerede er underernært, får en individuell ernæringsplan (Helsedirektoratet, 2009).

Underernæring har mange uheldige konsekvenser som kan påvirke både fysisk og mental funksjon. Underernæring fører til tap av proteinholdig celledmasse i

musklene. Reduksjon av muskelmasse skjer ikke bare i ekstremitetenes muskler, men også i andre muskler, som blant annet intercostal-, diafragma- og hjertemuskulatur (Borre, Jacobsen, & Beck, 2011). Samtidig er eldre utsatt for sarkopeni på grunn av endring i kroppssammensetningen med ytterligere tap av muskelmasse som medfører nedsatt muskelstyrke og muskelfunksjon (Borre et al., 2011). Konsekvenser av underernæring kan også være av psykologisk karakter, slik som konsentrasjonsvansker, apati og depresjon (Cederholm, 2011).

En god ernæringstilstand kan bidra til trivsel og helse. En svensk studie blant eldre viste at det å være i ernæringsmessig risiko var forbundet med dårligere opplevd helse (Søderhamn et al., 2007). I tillegg viste en norsk levekårsundersøkelse at dess høyere alder dess færre vurderer egen helse som god, mens andelen av personer med god helse har økt for aldersgruppen 65-74 år (Grøtvedt, Grøholt, & Hånes, 2010).

Maten som tilbys skal sørge for at hver bruker får dekket sitt næringsbehov. Maten som tilbys hjemmeboende har i media vært gjenstand for kritikk (f.eks. i VG 02.09.11). Kritikken har omhandlet både smak og kaloriinnhold. En norsk undersøkelse om maten i sykehjem viste at mange produsenter/kjøkken ikke næringsberegner maten, og dermed ikke vet om den tilfredsstillter brukernes energibehov (Aagaard, 2008).

Maten er ikke bare viktig for å dekke kroppens fysiske behov, men den har også en viktig sosial og kulturell betydning (Sydner, 2002). Eldre som har mistet ektefellen, kan derfor oppleve at måltidets sosiale betydning endres, og at det å spise "alene" kan påvirke matlysten og motivasjonen til å tilberede mat. Noen, f.eks. eldre menn, kan også mangle ferdigheter i matlaging. Salleti (2007) har intervjuet beboere både i sykehjem og i omsorgsleiligheter. De som bodde i omsorgsleiligheter mente at selskapet rundt måltidet var viktig for appetitten, men at dette skulle være selskap som man selv hadde valgt. En mindre

undersøkelse fra USA viste at god mat for eldre kan symbolisere velvære og vekke til live minner om de lykkelige stundene i livet (Evans, Crogan, & Schultz, 2005).

Hensikten med denne undersøkelsen var todelt: kartlegge hvordan ledere og helsepersonell vurderer maten som serveres brukere, samt kartlegge hvilke rutiner som finnes for å kvalitetssikre ernæringsarbeidet i hjemmesykepleien.

Problemstillingene/forskningsspørsmål var:

- ✓ Hvordan kartlegges og ivaretas brukernes ernæringstilstand?
- ✓ Hvordan vurderes maten som tilbys brukerne av hjemmesykepleien?
- ✓ Hvordan tilrettelegges måltidet for brukerne av hjemmesykepleien?
- ✓ Hvilke forbedringer knyttet til kartlegging og vurdering av brukernes ernæringstilstand foreslår ledere og helsepersonell?

2 METODE

2.1 Design

Undersøkelsen hadde en deskriptiv design med en kvantitativ tilnærming, og har bestått av to tverrsnittsundersøkelser (del 1 og del 2). Undersøkelsen ble gjennomført i 2011.

2.2 Utvalget

Del 1 var en nasjonal undersøkelse der alle kommunene i Norge fikk forespørsel om å delta. I de store byene ble det også sendt forespørsel til hver bydel.

Målgruppen for undersøkelsen i del 1 var faglig leder eller den som var fagansvarlig for hjemmesykepleietjenesten i den enkelte kommune. Denne personen skulle svare på vegne av sin kommune. Det ble i alt sendt ut 460 forespørsler om deltakelse. Til sammen kom det inn 273 svar fordelt på samtlige fylker. Svarprosenten var 59.

I del 2 ble det trukket ut i alt 13 kommuner fra de fem helseregionene i Norge. Kriteriet var at det i hver helseregion skulle trekkes ut en kommune som var tilknyttet undervisningshjemmetjenesten, og en kommune som ikke hadde denne tilknytningen. Kommunene ble valgt ut tilfeldig. En kommune ønsket ikke å delta i undersøkelsen. En ny kommune ble trukket ut tilfeldig. Målgruppen for del 2 av undersøkelsen var helsepersonell som arbeidet i kommunenes hjemmesykepleie. For å beregne hvor mange respondenter som skulle delta fra hver kommune, ble det innhentet opplysninger om antall årsverk for helsepersonell fra de respektive kommunene. Et forholdsmessig antall av respondenter i hver kommune ble deretter trukket ut tilfeldig. Til sammen kom det inn 212 svar fordelt på to til tre kommuner fra hver av de fem helseregionene i Norge. Svarprosenten var 74.

2.3 Spørreskjemaet

Data ble samlet inn ved hjelp av et strukturert spørreskjema. Spørsmålene tok utgangspunkt i undersøkelsen om mat og måltider i sykehjem (Aagaard 2008). Disse ble tilpasset hjemmesykepleien. En del nye spørsmål knyttet til mat og måltid i hjemmetjenesten ble utarbeidet etter en grundig litteraturgjennomgang. I tillegg ble det gitt tilbakemeldinger på spørreskjema fra ekspertgrupper og personer som arbeider med mat og ernæringsproblemer.

Spørreskjemaet i undersøkelsens del 1 besto av totalt 61 spørsmål, og undersøkelsens del 2 besto av totalt 67 spørsmål. Flere spørsmål var formulert som hvor ofte et tiltak forekom med svarkategorier som «aldri» / «nesten aldri» / «nesten alltid» / «alltid» / «vet ikke». Andre spørsmål var formulert som påstander som respondentene skulle si seg mer eller mindre enige i med svarkategoriene «uenig»/«noe uenig»/«noe enig»/«helt enig».

To pilotstudier ble gjennomført for å øke undersøkelsens validitet.

Spørreskjemaene ble besvart av en gruppe høgskolelektorer, og en gruppe som ble valgt ut fra den samme populasjonen som hovedstudien. Respondentene i pilotstudien vurderte tidsbruken, om spørsmål og svarkategorier var klare og tydelige, og om spørsmål manglet eller var overflødige. Resultatet av pilotstudiene medførte at noen spørsmål ble omformulert.

2.4 Gjennomføring

I undersøkelsens del 1 stod TNS Gallup for utsendingen av informasjonsskriv og spørreskjema til kommunene. Informasjon og forespørsel ble sendt via email til kommunenes postmottak. Spørreskjemaene var nettbaserte og ble utfylt på en internettside via en link. De kommunene som ikke hadde svart innen fristen, ble purret en gang elektronisk av TNS Gallup. I tillegg gjennomførte TNS Gallup en purrerunde på telefon.

I undersøkelsens del 2 opprettet prosjektansvarlig telefonkontakt med alle lederne for hjemmetjenesten eller kontaktperson for undervisningshjemmetjenesten hos de 13 kommunene som var trukket ut, med forespørsel om deltakelse i undersøkelsen. Av praktiske årsaker ble spørreskjemaene distribuert av tjenestestedene.

Det ble det oppnevnt en kontaktperson i hver av de 13 kommunene. Kontaktpersonen fikk tilsendt skriftlig informasjon som beskrev hvordan respondentene i kommunen skulle velges ut for å sikre tilfeldig utvelging. Spørreskjemaene og frankerte svarkonvolutter ble sendt i posten til kontaktpersonen i kommunen. I en kommune ble spørreskjemaene og informasjonsskrivet levert personlig til kontaktpersonen. Hver respondent fikk utlevert et spørreskjema og en svarkonvolutt som skulle limes igjen. Svarkonvolutten skulle enten sendes direkte til Høgskolen i Østfold, eller leveres kontaktpersonen som samlet sendte alle spørreskjemaene fra sin kommune.

Totalt ble det distribuert 758 spørreskjemaer; 460 i del 1 og 298 i del 2. Svarprosenten i del 1 var 59 (n=273) og i del 2 var svarprosenten 74 (n=212).

2.5 Ethiske overveielser

For del 1: TNS Gallup som sto for den praktiske gjennomføringen av del 1, forholder seg til enhver tid til gjeldende lover og regler. Spørreskjemaet inneholdt ingen personopplysninger. Konfidensialitet og frivillighet ble ivaretatt. Liste over hvilke kommuner som deltok og besvarte undersøkelsen, var kun tilgjengelig for TNS Gallup i forbindelse med puring.

For del 2: Spørreskjemaet var anonymt, og det var frivillig å svare. Alle kommuner svarte innen fristen, og det ble da ikke sendt noen puringer. På bakgrunn av at undersøkelsen ikke inneholdt personopplysninger og at

spørreskjemaet var anonymt, ble det etter samråd med Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste, ikke sendt inn meldeskjema for del 2.

2.6 Statistisk analyse

Dataene fra undersøkelsen ble analysert med deskriptiv statistikk ved hjelp av statistikkprogrammet SPSS versjon 17.0.

3 RESULTATER

I dette kapittelet presenteres resultatene fra spørreundersøkelsen. Først presenteres en oversikt over fylker og antall kommuner/bydeler som deltok. Deretter presenteres bakgrunnsvariablene i form av utdanning og arbeidserfaring. Så følger resultater i forhold til hvem som er ansvarlig for valg av kost og vurdering av kostens kvalitet, erfaringer med samarbeidet med matombringningstjenesten, og rutiner og tiltak knyttet til beboernes ernæringstilstand. Avslutningsvis presenteres barrierer for kartlegging og oppfølging av brukernes ernæringstilstand, og forslag til forbedringstiltak. Det vil framgå av presentasjonen hvilke resultater som tilhører undersøkelsens del 1 og hvilke som tilhører del 2. Dette gjøres ved at respondentene i del 1 omtales som «ledere» og respondentene i del 2 omtales som «helsepersonell».

3.1 Beskrivelse av utvalget

Totalt deltok 273 (59 %) kommuner/bydeler i del 1 av undersøkelsen. Antall som deltok fra hvert fylke var:

Akershus	16	Aust-Agder	5	Buskerud	12
Finnmark	12	Hedmark	14	Hordaland	23
Møre og Romsdal	22	Nordland	20	Nord-Trøndelag	15
Oppland	17	Oslo	11	Rogaland	12
Sogn og Fjordane	19	Sør-Trøndelag	23	Svalbard	1
Telemark	10	Troms	14	Vest-Agder	10
Vestfold	5	Østfold	12		

I del 2 av undersøkelsen deltok to til tre kommuner i hver av de fem helseregionene i Norge. Til sammen kom det inn 212 svar, og svarprosenten var 74.

Målgruppen for del 1 av undersøkelsen var den faglig ansvarlige for hjemmetjenesten i kommunen (eks. enhetsleder /virksomhetsleder/ avdelingsleder). I del 2 var målgruppen helsepersonell. I hver helseregion ble

invitasjon sendt til en kommune som var tilknyttet utviklingscenter for hjemmetjenesten, og en kommune som ikke hadde denne tilknyttingen. Se kapittel 2 der metoden for utvelgning av respondenter blir beskrevet.

Respondentene i begge undersøkelsene svarte på spørsmål vedrørende to bakgrunnsvariabler: utdanning og arbeidserfaring. Arbeidserfaring var knyttet til antall år i nåværende stilling. I del 1 hadde 97 % av respondentene sykepleierutdanning, 2 % hadde vernepleierutdanning og 1 % hadde hjelpepleier-, ergoterapeut- eller barnevernspedagogutdanning. I del 2 var 46 % av respondentene sykepleiere, 33 % var hjelpepleiere, 16 % var omsorgsarbeidere/helsefagarbeider, under 1 % hadde vernepleierutdanning og 4 % hadde ikke noe helsefaglig utdanning. Femtifem prosent av respondentene var ansatt i en kommune som var tilknyttet utviklingscenter for hjemmetjenesten, mens 45 % ikke var tilknyttet utviklingscenter.

Antall år respondentene hadde arbeidet i nåværende stilling vises i tabell 1.

Arbeidserfaring	Ledere N=273 Antall (%)	Helsepersonell n=198 Antall (%)
0-3 år	72 (26)	60 (30)
Fra 4 til og med 7 år	50 (18)	36 (18)
Over 7 år	151 (55)	102 (52)

Tabell 1. Arbeidserfaring (del 1 spørsmål 22, del 2 spørsmål 66)

3.2 Ansvarlig for valg av kost og vurdering av kostens kvalitet

På spørsmålet om hvem som hadde ansvar for å bestemme brukernes kost, var det mulig å gi flere svar. Som tabell 2 viser, svarte henholdsvis 96 % og 91 % av respondentene at det er brukeren selv som bestemmer hvilken kost som skal bestilles fra matombringningstjenesten eller lages i brukerens hjem. I tillegg svarte 54 % av respondentene i del 1 (ledere) og 35 % av respondentene i del 2 (helsepersonell) at det er sykepleieren som bestemmer kosttypen.

Hvem bestemmer kosttypen?	Ledere N=273 Antall (%)	Helsepersonell N=212 Antall (%)
Brukeren selv	261 (96)	193 (91)
Sykepleier	148 (54)	74 (35)
Pårørende	140 (51)	82 (39)
Hjelpepleier/fagarbeider	122 (45)	47 (22)
Lege	77 (28)	44 (21)
Vernepleier	28 (10)	12 (6)
Ernæringsfysiolog	12 (4)	27 (13)
Ingen bestemt	5 (2)	6 (3)
Andre	35 (35)	10 (5)

Tabell 2. Ansvarlig for valg av kost (del 1 spørsmål 1, del 2 spørsmål 1)
(Svaralternativene er ikke gjensidig utelukkende.)

I de fleste kommunene (93 %) i undersøkelsens del 1 hadde hjemmeboende brukere et tilbud om å få tilkjørt middag, enten fra et eksternt kjøkken eller fra en matombringingsjeneste. Syv prosent av kommunene hadde ikke tilbud om matombringning til sine brukere (N=273). I del 2 av undersøkelsen svarte 4 % av respondentene at deres kommune ikke hadde en ordning med tilkjørt mat til hjemmeboende brukere (N=211).

Respondentene ble deretter bedt om å vurdere en rekke påstander om den maten som blir levert til brukerne. Tabell 3 viser hvordan ledere og helsepersonell i hjemmetjenesten vurderte maten.

Vurdering av maten		Helt uenig %	Noe uenig %	Noe enig %	Helt enig %	Vet ikke / ikke aktuelt %
Maten er appetittvekkende og delikat	Ledere (N=273)	0	6	42	51	0
	Helsepersonell (n=206)	3	23	55	14	5
Maten tilfredsstillende norske næringsstoff-anbefalingene	Ledere (N=273)	0	2	14	80	4
	Helsepersonell (n=204)	1	10	41	30	18
Maten er tilpasset den enkelte brukers energibehov	Ledere (N=273)	7	22	47	19	5
	Helsepersonell (n=205)	18	27	30	13	12
Brukeren kan velge mellom ulike retter	Ledere (N=273)	42	21	18	16	2
	Helsepersonell (n=205)	42	18	18	13	9
Jeg kunne selv tenke meg å spise denne middagsmaten hver dag	Ledere (N=273)	5	20	35	37	2
	Helsepersonell (n=127)	42	19	23	13	4
Brukerne ser ut til å være fornøyd med maten	Ledere (N=273)	0	2	44	52	0
	Helsepersonell (n=205)	3	13	64	17	2
Det serveres ofte tradisjonelle retter	Ledere (N=273)	0	0	23	77	0
	Helsepersonell (n=205)	2	5	36	53	4
Det serveres alltid dessert	Ledere (N=273)	8	6	17	66	3
	Helsepersonell (n=204)	12	8	14	54	12

Tabell 3. Vurdering av maten (del 1 spørsmål 4, del 2 spørsmål 4 - 11)

Omtrent halvparten av lederne svarte at de er « helt enig» og 42 % svarte «noe enig» i at maten som tilbys brukerne er appetittvekkende og delikat. Seks prosent var «noe uenig» i denne påstanden. I tillegg var 52 % «helt enig» og 44 % «noe enig» i at brukerne så ut til å være fornøyd med maten, mens 25 % av lederne ikke selv kunne tenke seg å spise denne middagsmaten hver dag (svart «helt uenig»/«noe uenig»). Helsepersonellet i hjemmetjenesten (del 2) var mindre fornøyd med maten. Der svarte 14 % at de var «helt enig» og 55 % «noe enig» i at maten som tilbys er appetittvekkende og delikat. 66 % av respondentene i del 2 var også «helt uenig» eller «noe uenig» i at de kunne tenke seg å spise denne middagsmaten hver dag. 80 % av lederne (del 1) og 30 % av helsepersonellet (del 2) svarte at de var «helt enig» i at maten tilfredsstiller de norske næringsstoffanbefalingene, mens 18 % henholdsvis 13 % var «helt enige» i at maten er tilpasset brukernes energibehov. Seksten prosent av lederne i del 1 og 13 % av helsepersonellet i del 2 svarte at det er vanlig at brukeren kan velge mellom ulike retter.

I del 2 av undersøkelsen svarte helsepersonellet i samråd med brukerne på flere spesifikke spørsmål om selve maten. Se tabell 4.

En nærmere vurdering av maten	Helt uenig %	Noe uenig %	Noe enig %	Helt enig %	Vet ikke / ikke aktuelt %
Desserten er god (n=179)	3	11	45	31	11
Fisken til middag er veltillaget (n=178)	5	19	47	22	7
Grønnsakene er varierte og godt tilberedt (n=179)	10	29	37	17	7
Potetene er gode og godt tilberedt (n=178)	12	21	38	23	6
Sausen er god og godt tilberedt (n=178)	6	17	37	32	9
Kjøttet til middag er tilstrekkelig mørt (n=179)	9	21	44	18	8

Tabell 4. Vurdering av maten (del 2 spørsmål 12-17)

Undersøkelsen viste at flesteparten av respondentene (del 2) var mest fornøyd med den desserten som tilbys brukerne, og minst fornøyd med grønnsakene. I tillegg var det flere som svarte at fisken er mer veltillaget enn at kjøttet er tilstrekkelig mørt.

3.3 Samarbeidet med matombringningstjenesten

I både undersøkelsens del 1 og del 2 skulle respondentene som var knyttet til kommuner som hadde matombringningstjeneste, besvare spørsmålet om hvordan de vurderte samarbeidet med denne tjenesten (tabell 5).

Samarbeid med eksternt kjøkken/matombringningstjenesten	Ledere n=255 Antall (%)	Helsepersonell n=202 Antall (%)
Meget bra	175 (69)	53 (26)
Bra	72 (28)	127 (63)
Mindre bra	5 (2)	11 (5)
Dårlig	0 (0)	3 (1)
Har ikke noe samarbeid	3 (1)	8 (4)

Tabell 5. Samarbeidet med kjøkken/matombringningstjenesten (del 1 og 2 spørsmål 3)

En stor andel av lederne (69 %) vurderte samarbeidet med matombringningstjenesten til å være «meget bra», mens cirka en fjerdedel (26 %) av helsepersonellet vurderte samarbeidet til å være «meget bra». I underkant av halvparten (48 %) av lederne (del 1) svarte at det er rutine i deres kommune at brukerne kan gi tilbakemelding på maten som tilbys, 42 % svarte at det ikke er rutine, mens 10 % svarte at de ikke vet om det er rutine i deres kommune (n=252). På tilsvarende spørsmål i undersøkelsen del 2, svarte 26 % av helsepersonellet at i deres kommune var det rutiner for tilbakemelding fra brukerne, 28 % svarte nei, og 46 % svarte «vet ikke» på spørsmålet (n=200).

3.4 Rutiner og tiltak knyttet til beboernes ernæringstilstand

Respondentene i del 1 og 2 skulle svare på hvor ofte det var brukere med dårlig ernæringstilstand i hjemmesykepleien der de arbeidet.

Brukernes ernæringstilstand	Ledere N=273 Antall (%)	Helsepersonell n=208 Antall (%)
Alltid	29 (11)	32 (15)
Ofte	154 (56)	126 (61)
Sjelden	82 (30)	43 (21)
Aldri	0 (0)	0 (0)
Vet ikke	7 (3)	7 (3)

Tabell 6. Vurdering av brukernes ernæringstilstand (del 1 og del 2 spørsmål 6)

Som tabell 6 viser svarte 67 % av lederne og 76 % av helsepersonellet, at det «alltid» og/eller «ofte» er brukere i hjemmesykepleien med dårlig ernæringstilstand.

Omtrent halvparten (48 % ledere og 50 % helsepersonell) svarte at det ikke er tydeliggjort hvem som er ansvarlig for at brukeren får tilgodesett sitt ernæringsbehov, mens 6 % henholdsvis 20 % svarte «vet ikke» på spørsmålet (del 1 N=273, del 2 n=207).

I 2009 utga Helsedirektoratet nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. To tredjedeler av lederne kjente til de nasjonale faglige retningslinjene, mens en tredjedel ikke kjente til retningslinjene (N=273). Blant helsepersonellet var det 37 % som kjente til retningslinjene og 63 % kjente ikke til retningslinjene (n=204).

Observasjon av brukernes vekt er det viktigste enkelttiltaket for å bedømme ernæringstilstanden. På spørsmålet om kommunen har bærbar vekt eller personvekt som helsepersonell kan benytte overfor brukere av hjemmesykepleien, svarte 44 % av lederne «ja», 55 % svarte «nei» og 1 %

svarte «vet ikke» (N=273). Blant helsepersonell svarte 36 % «ja» og 55 % «nei», samt 10 % svarte at de «ikke vet» om kommunen har bærbar vekt (n=208).

Tabellene 7 og 8 viser hvilke rutiner og tiltak kommunene har knyttet til brukernes ernæringsstatus.

Rutiner ernæringsstatus		Ja %	Nei %	Vet ikke %
Har hjemmesykepleien rutiner for kartlegging og oppfølging av ernæringsstatus?	Ledere (N=273)	40	59	1
	Helsepersonell (n=209)	45	32	23
Foreligger det skriftlige prosedyrer for vurdering av ernæringsstatus?	Ledere (N=273)	33	63	3
	Helsepersonell (n=209)	32	29	36
Er det rutine å veie brukerne ved innskriving i hjemmesykepleien?	Ledere (N=273)	20	80	0
	Helsepersonell (n=208)	18	69	13
Er det rutine å veie brukeren med faste intervaller?	Ledere (N=273)	37	62	2
	Helsepersonell (n=207)	49	43	8
Er det rutine å beregne KMI/BMI?	Ledere (N=273)	12	88	<1
	Helsepersonell (n=203)	15	72	12
Er det rutine å registrere matinntaket hos brukere som har dårlig ernæringsstatus?	Ledere (N=273)	71	27	3
	Helsepersonell (n=206)	64	26	10

Tabell 7. Rutiner ernæringsstatus (del 1 spørsmål 10.1-10.6, del 2 spørsmål 23-28)

Tabell 7 viser at 40 % av kommunene i del 1 har rutiner for kartlegging og oppfølging av ernæringsstatus og 33 % har skriftlige prosedyrer for å vurdere ernæringsstatus. Til sammenlikning svarte 45 % i undersøkelsens del 2 at de har rutiner for kartlegging og oppfølging, og 32 % har skriftlige prosedyrer for å vurdere ernæringsstatus. I tillegg er andelen som beregner KMI henholdsvis 12 % (del 1) og 15 % (del 2). Dersom pasienten har dårlig ernæringsstatus svarte 71 % av lederne i del 1 og 64 % av helsepersonell i del 2 at det er rutine å registrere matinntaket.

De forskjellige tiltakene som iverksettes ved dårlig ernæringsstatus presenteres i tabell 8.

Tiltak ved dårlig ernæringsstatus		Aldri %	Nesten aldri %	Nesten alltid %	Alltid %	Vet ikke / ikke aktuelt %
Kostinntaket blir registrert	Ledere (N=273)	0	22	54	21	2
	Helsepersonell (n=204)	2	30	44	17	7
Væskeinntaket blir registrert	Ledere (N=273)	0	13	58	27	2
	Helsepersonell (n=206)	<1	24	50	23	3
Vekten blir registrert	Ledere (N=273)	1	21	38	37	2
	Helsepersonell (n=203)	1	21	40	34	4
Det blir benyttet næringstett kost (energitett)	Ledere (N=273)	2	26	44	17	12
	Helsepersonell (n=203)	3	22	36	16	24
Mellommåltider blir benyttet	Ledere (N=273)	1	27	51	13	7
	Helsepersonell (n=203)	8	35	33	12	12
Ønskekost blir benyttet	Ledere (n=272)	3	20	46	24	7
	Helsepersonell (n=206)	3	25	37	18	16

Tiltak ved dårlig ernæringsstatus		Aldri %	Nesten aldri %	Nesten alltid %	Alltid %	Vet ikke / ikke aktuelt %
Næringsdrikker blir benyttet	Ledere (N=273)	0	6	64	28	2
	Helsepersonell (n=208)	0	5	54	40	2
Sondeernæring blir benyttet	Ledere (N=273)	13	63	9	5	10
	Helsepersonell (n=205)	13	38	13	12	25
Parenteral/intravenøs ernæring benyttes	Ledere (N=273)	16	62	11	4	8
	Helsepersonell (n=205)	14	37	11	7	30

Tabell 8. Tiltak ved dårlig ernæringsstatus (del 1 spørsmål 10.1-10.6, del 2 spørsmål 23-28)

Til spørsmålene om hvilke tiltak som blir iverksatt hos brukere med dårlig ernæringsstatus, var næringsdrikker det tiltaket som hyppigst ble iverksatt. Dersom kategoriene «alltid» og «nesten alltid» slås sammen, har 92 % av lederne og 94 % av helsepersonellet krysset av i disse to kategoriene. Som tabellen viser har næringstett kost og mellommåltider fått lavere score enn næringsdrikker. Parenteral (intravenøs ernæring) eller sondeernæring knyttet til brukere som har dårlig ernæringsstatus var det tiltaket som færrest respondenter oppgav ble benyttet.

Respondentene i begge undersøkelsene ble også bedt om å svare på spørsmål om rutiner ved ernæringsarbeid og tiltak knyttet til brukere som trenger hjelp til matlaging og tilrettelegging av måltider i eget hjem. Se tabell 9 og 10.

Rutiner ved ernæringsarbeid i brukerens hjem		Ja %	Nei %	Vet ikke %
Er ernæring et punkt i den sykepleieplanen som dere mottar om pasienter som kommer fra sykehuset?	Ledere (N=273)	49	43	8
	Helsepersonell (n=208)	50	27	23
Er innhenting av brukernes matvaner en standard prosedyre ved innskriving i hjemmesykepleien?	Ledere (N=273)	41	57	2
	Helsepersonell (n=209)	30	54	16
Er ernæring et sentralt punkt i pasientdokumentasjonen?	Ledere (N=273)	76	20	4
	Helsepersonell (n=206)	67	20	13
Er mat og måltider en del av den individuelle planen?	Ledere (N=273)	55	25	20
	Helsepersonell (n=209)	56	23	21
Rettes oppmerksomheten mot årsaken til hvorfor brukeren spiser lite?	Ledere (N=273)	98	2	<1
	Helsepersonell (n=208)	89	7	3
Settes det opp mål for ernæringstiltak hos brukere med dårlig ernæringstilstand?	Ledere (N=273)	57	38	5
	Helsepersonell (n=207)	59	28	13
Foreligger det skriftlige prosedyrer for sondeernæring?	Ledere (N=273)	69	22	8
	Helsepersonell (n=208)	64	13	24
Foreligger det skriftlige prosedyrer for parenteral ernæring?	Ledere (N=273)	71	21	7
	Helsepersonell (n=208)	58	11	31

Tabell 9. Rutiner ved ernæringsarbeid i brukerens hjem (del 1 spørsmål 10.1-10.14, del 2 spørsmål 23-36)

Tabellen viser at drøyt halvparten av lederne og helsepersonellet svarte bekræftende på at ernæring er et punkt i sykepleieplanen som hjemmesykepleien mottar fra sykehuset. Når det gjelder innhenting av matvaner som en del av prosedyren ved innskrivning til hjemmesykepleien, svarte 57 % av lederne og 54 % av helsepersonellet «nei» på dette spørsmålet. I tillegg svarte 16 % av helsepersonellet «vet ikke». Tabellen viser videre at det å rette oppmerksomheten mot årsaken til hvorfor brukeren spiser lite, er den kategorien som flest ledere og helsepersonell svarte bekræftende på.

Tabell 10 viser tiltak knyttet til ernæringsarbeid for brukere som trenger hjelp til matlaging og tilrettelegging av måltider.

Tiltak ernæringsarbeid i brukerens hjem		Aldri %	Nesten aldri %	Nesten alltid %	Alltid %	Vet ikke / ikke aktuelt %
Lages det middag (ferdigmat ikke medregnet) i brukernes hjem?	Ledere (N=273)	39	52	6	1	1
	Helsepersonell (n=205)	51	35	6	5	2
Benyttes det kun ferdig produsert mat som varmes opp i brukernes hjem?	Ledere (N=273)	8	17	40	34	1
	Helsepersonell (n=207)	3	10	40	45	2
Har dere prosedyrer på hvordan bordet skal se ut?	Ledere (N=273)	41	25	11	6	17
	Helsepersonell (n=206)	47	16	16	6	15
Har de ansatte mulighet til å sitte sammen med brukeren, slik at han/hun får selskap?	Ledere (N=273)	9	59	28	2	2
	Helsepersonell (n=207)	34	47	10	5	3

Tiltak ernæringsarbeid i brukerens hjem		Aldri %	Nesten aldri %	Nesten alltid %	Alltid %	Vet ikke / ikke aktuelt %
Finnes det sjekklister for hvilke matvarer som bør finnes i kjøleskap og /eller matskap?	Ledere (N=273)	47	20	12	2	11
	Helsepersonell (n=205)	53	26	9	5	7
Har de ansatte mulighet til å hjelpe brukeren med innkjøp av matvarer?	Ledere (N=273)	4	15	44	36	1
	Helsepersonell (n=206)	18	33	26	20	3
Hvis brukeren ikke kan spise selv, gis det da tilstrekkelig spisehjelp?	Ledere (N=273)	0	3	31	60	1
	Helsepersonell (n=206)	3	9	28	50	10
Er tiden mellom siste måltid om kvelden og første måltid neste dag mer enn 11 timer?	Ledere (N=273)	4	26	42	6	20
	Helsepersonell (n=207)	8	16	53	10	14
Gis det kostveiledning og /eller undervisning om kost til brukerne?	Ledere (N=273)	4	33	50	9	4
	Helsepersonell (n=207)	12	42	28	7	12
Har ansatte mulighet til å få råd/veiledning fra ernæringsfysiolog?	Ledere (N=273)	24	37	22	11	7
	Helsepersonell (n=207)	15	19	19	20	27
Tror du brukerne som trenger hjelp til matstell hygger seg under måltidet?	Ledere (N=273)	1	11	52	6	29
	Helsepersonell (n=205)	2	22	33	10	33

Tabell 10. Tiltak ernæringsarbeid i brukerens hjem (del 1 spørsmål 12.1-12.11, del 2 spørsmål 46-56)

Tre av fire kommuner i del 1 oppgav at det kun benyttes ferdigprodusert mat som varmes opp i brukernes hjem. At det lages lite mat bekrefter også

undersøkelsens del 2 der 85 % av helsepersonellet oppgav at det kun benyttes ferdigprodusert mat. De aller fleste (91 %) av lederne og 78 % av helsepersonellet oppgav at det gis tilstrekkelig spisehjelp til brukere som ikke kan spise selv. Det å ta seg tid til å sitte sammen med brukeren for å gi selskap under måltidet, er det bare 30 % av lederne og 15 % av helsepersonellet som oppgav at de «alltid» eller «nesten alltid» har mulighet til å gjøre. Femtiåtte prosent av lederne og 43 % av helsepersonellet trodde at brukere som trengte hjelp til matstell «alltid» eller «nesten alltid» hygger seg under måltidet. På spørsmålet om det gis kostveiledning eller undervisning om kost til brukerne, svarte 59 % av lederne og 35 % av helsepersonellet at dette gjøres «nesten alltid»/«alltid». En av tre ledere oppgav at de ansatte kan få råd og veiledning av ernæringsfysiolog (svarkategoriene «nesten alltid» og «alltid»). Sammenlignet viser svarene fra helsepersonell at 39 % svarte at de kan få råd og veiledning fra ernæringsfysiolog. I underkant av halvparten av lederne og i underkant av en av tre helsepersonell, svarte at det «alltid» eller «nesten alltid» er mer enn 11 timer mellom det siste måltidet om kvelden og det første måltidet neste dag.

3.5 Kunnskap om ernæringsarbeidet

Åttiåtte prosent av lederne i hjemmesykepleien opplevde at de ansatte trengte mer kunnskap om ernæringsarbeid, mens 7 % svarte «nei» og 5 % svarte «vet ikke». Åtti prosent av helsepersonell opplevde også at de ønsket seg mer kunnskap i ernæringsarbeid, 11 % svarte «vet ikke», og 9 % svarte «nei».

På spørsmålet om hvor godt lederne trodde at de ansatte vurderte betydningen av kartlegging og vurdering av brukernes ernæringstilstand, svarte 14 % «svært godt» og 66 % svarte «godt», mens 18 % svarte «dårlig» og under 1 % svarte «svært dårlig». På samme måte skulle helsepersonell i del 2 av undersøkelsen svare på hvordan de trodde ledelsen vurderte betydningen av kartlegging og vurdering av brukernes ernæringstilstand. Femten prosent svarte «svært godt», 58 % svarte «godt», 26 % svarte «dårlig» og under 1 % svarte «svært dårlig» I

tillegg er det 15 % som svarte «vet ikke». Respondentene skulle deretter svare på et spørsmål om hvor godt de synes oppfølgingen av brukernes ernæringstilstand ble ivaretatt. Tabell 11 viser svarfordelingen.

Oppfølging av brukernes ernæringstilstand	Ledere N=273 Antall (%)	Helsepersonell n=204 Antall (%)
Svært godt	15 (5)	16 (8)
Godt	203 (75)	122 (60)
Dårlig	46 (17)	55 (27)
Svært dårlig	1 (<1)	2 (1)
Vet ikke/ikke aktuelt	7 (3)	9 (4)

Tabell 11. Oppfølging av ernæringstilstanden (del 1 spørsmål 16, del 2 spørsmål 60)

Ledere og helsepersonell ble spurt om å beskrive barrierer som kan ha betydning for at det ikke er gode nok rutiner for kartlegging og oppfølging av brukernes ernæringstilstand. Tabell 12 viser hva respondentene har svart. Det var mulig å sette flere kryss.

Hindringer/barrierer for gode rutiner vedrørende brukernes ernæringstilstand	Ledere N=273 % (Antall)	Helsepersonell n=208 % (Antall)
Kunnskap	76 (208)	57 (120)
Tid	61 (166)	78 (166)
Ressurser	52 (145)	52 (111)
Engasjement	45 (124)	35 (75)
Organisering	39 (107)	33 (69)
Samhandling	38 (104)	27 (58)
Annet	6 (16)	4 (9)

Tabell 12. Barrierer (del 1 spørsmål 17, del 2 spørsmål 61)

Kunnskap var den barrieren flest ledere mente hadde betydning for at det ikke er gode nok rutiner for kartlegging og oppfølging av brukernes ernæringstilstand, mens tid er den barrieren som flest helsepersonell oppgav.

Lederne ble så spurt om å krysse av for den/de kategoriene de trodde personalet trengte mer kunnskaper i. Helsepersonellet skulle på tilsvarende spørsmål krysse av for den/de svarkategoriene de ønsket mer kunnskap om. Det var mulig å sette flere kryss. Tabell 13 viser svarfordelingen.

Kunnskapsområder	Lederne N=273 Antall (%)	Helsepersonell n=208 Antall (%)
Hvordan vurdere brukernes ernæringstilstand?	211 (88)	136 (64)
Hvordan beregne brukernes energibehov?	191 (80)	125 (59)
Kostholdsveiledning til brukerne	167 (70)	97 (46)
Hvilke tiltak som bør settes inn overfor brukere som spiser lite?	164 (68)	96 (45)
Kunnskaper om de ulike næringsstoffene	150 (63)	99 (47)
Konsekvenser hvis brukerne spiser lite	142 (59)	73 (34)
Om kostregistrering	142 (59)	97 (46)
Kost ved svelgeproblemer	120 (54)	93 (44)
Mathygiene i hjemmet	100 (42)	52 (25)
Sondeernæring	89 (37)	82 (39)
Parenteral/intravenøs ernæring	81 (34)	70 (33)

Tabell 13 Kunnskapsområder (del 1 spørsmål 14, del 2 spørsmål 58)

Kunnskap knyttet til vurdering av ernæringstilstanden var det området både flest ledere og helsepersonell oppgav, mens færrest oppgav parenteral/intravenøs ernæring.

I 38 % av kommunene i del 1 oppgav lederne at det i deres kommune hadde vært arrangert undervisning for ansatte i temaet kartlegging og vurdering av brukernes ernæringstilstand, mens noe over halvparten (55 %) svarte «nei» og 7 % svarte «vet ikke». På spørsmålet om når denne undervisningen sist ble gjennomført, varierte svarene fra 1990 til 2011. Av andelen som svarte «ja» at de hadde hatt undervisning, hadde de aller fleste (74 %) av kommunene gjennomført undervisningen i 2010 og 2011. I undersøkelsen del 2 oppgav 29 % av helsepersonellet at deres kommune har hatt undervisning for ansatte i temaet

kartlegging og vurdering av brukernes ernæringstilstand og 31 % svarte «nei». I tillegg oppgav to av fem at de ikke vet om kommunen har arrangert undervisning i dette temaet.

3.6 Forslag til forbedringstiltak

Både ledere (del 1) og helsepersonell (del 2) ble bedt om foreslå tiltak til hvordan rutinene for oppfølging av brukernes ernæringstilstand kan bli bedre i egen kommune. Svarene fra lederne kan grupperes i seks kategorier, og svarene fra helsepersonellet kan grupperes i fire kategorier. Den kategorien som forekommer hyppigst er plassert øverst i tabellen. Se tabell 14. Nedenfor er også en del av forslagene gjengitt i sitatform.

Forslag til forbedringer (ledere)
Økte kunnskaper
Bedre rutiner og prosedyrer
Ansvarliggjøring
Samarbeid
Tid/ressurser
Matmeny
Forslag til forbedringer (helsepersonell)
Økte kunnskaper
Tid/ressurser
Bedre rutiner og prosedyrer
Matmeny

Tabell 14. Kategorisering av forslag til forbedringer (del 1 spørsmål 20, del 2 spørsmål 64)

Som tabell 14 viser, er økt kunnskap den kategorien som samler de fleste svarene til både ledere og helsepersonell. Følgende sitater kan illustrere kategoriene:

Økte kunnskaper (ledere)

«Undervisning til ansatte»

«Ved at noen ansatte får kompetanse innen ernæring. Disse kan danne en "ernæringsgruppe" som kan veilede kollegaer for å få opp kompetansen i hele personalgruppen. Denne gruppa må ha ansvar for å holde oppe fokuset på ernæring.»

«Det må få like stort fokus på fagmøtene som andre medisinske problemstillinger»

Økte kunnskaper (helsepersonell)

«Bedre opplæring»

«Send helsepersonell på kurs»

«Økt kunnskap også hos matombringningstjenesten»

Utarbeide prosedyrer, rutiner (ledere)

«Utarbeide prosedyrer for kartlegging og oppfølging»

«Utarbeide enkle prosedyrer, ernæringsplanen er for avansert»

«Kommunen har per i dag ingen rutiner eller prosedyrer på oppfølging og kartlegging av dårlig ernæringsstatus hos hjemmeboende brukere. De må lages først, for så etterpå gjøre ansatte kjent med dem.»

«Vi bør bli flinkere til å kartlegge ernæringsstatusen til hver enkelt. Vi er flinkest der pasienten sliter med kroniske sår. Da er ernæring alltid tema.»

«Bedre rutiner for vurdering av ernæringstilstand hos alle»

Utarbeide prosedyrer og rutiner (helsepersonell)

«Kartlegges i førstegangssamtale med bruker ved oppstart med hjemmetjeneste-oppfølging videre ut i fra den enkeltes behov, livssituasjon mm.»

«Ta i bruk enkle kartleggings skjema»

«En felles ernæringsprosedyre som skal følges ved synlig vekttap og nedsatt matlyst»

Ansvarliggjøring (ledere)

«Ansvarliggjøring av den enkelte ansatt»

«Viktig å ha prosedyrer/rutiner som plasserer ansvar, samt at personalet gjennom opplæring får auka forståing og engasjement for temaet»

«Forankring og ansvars plassering i alle ledd, også på leiarnivå»

Samarbeid (ledere)

«Samarbeid med brukar, lege og kjøkken (middagsleverandør)»

«Bedre samarbeidet med pårørende»

«Bedre samarbeidet med kommunelege»

«Økt ressurser, slik at de ansatte har tid til å vurdere ernæringsstatus og tid til å hjelpe brukeren under måltid»

«Tid til å gjennomføre kartleggingen og videre oppfølging»

«De som jobber ute i hjemmetjenesten, må få tid til å jobbe med dette området»

Tid/ressurser (helsepersonell)

«Ansatte må få mer tid til å følge opp brukere som man går ofte til»

Meny (ledere)

«Mer valgfrihet på tillaget mat»

«Ellers bør det være mulighet for ønskekost levert fra storkjøkken, slik at den som har nedsatt matlyst får noe en har lyst å spise»

Meny (helsepersonell)

«... for lite grønnsaker i ferdigmiddagene»

«... god næringstett kost der en ikke trenger å spise mye for å få i seg nok»

«Mine brukere får mat fra et eksternt kjøkken da kjøkken på senter er lagt ned pga økonomi. Ser at mange har gått ned i vekt etter nedleggelse. Maten er ikke lengre like tiltalende.»

«Brukere med diverse diagnoser har ikke mulighet til tilrettelagt kost fra ekstern kjøkken»

4 DISKUSJON

Hensikten med denne studien var å undersøke hvordan ernæringsarbeidet ble utført for brukere av hjemmesykepleien. Kartleggingen ble utført som en tverrsnittundersøkelse og besto av to studier med til sammen 485 svar.

Respondentene i de to kartleggingsundersøkelsene omfattet ledere av hjemmesykepleien i 273 kommuner, dvs. 59 % av alle kommuner i Norge (del 1). Alle fylker er representert i del 1. Del 2 omfattet 212 helsepersonell i 13 kommuner, dvs 71 % av alle som fikk forespørsel om å delta i undersøkelsen. Alle helseregioner har deltatt i begge undersøkelsene.

4.1 Om utvalget

Målgruppen for undersøkelsens del 1, var den som var faglig ansvarlig for hjemmesykepleien i kommunen. Denne personen skulle svare på vegne av sin kommune. Ikke uventet opplyste de fleste respondentene i undersøkelsen del 1 at de hadde sykepleierutdanning. I del to var målgruppen helsepersonell, og her var de fleste sykepleiere og hjelpepleiere. Det er også verd å merke seg at i del 2 var det 4 % som ikke hadde noen helsefaglig utdanning, selv om de arbeidet som helsepersonell. Omtrent halvparten av respondentene i del 2 var tilknyttet utviklingssenter for hjemmetjenesten.

4.2 Vurdering av maten

Undersøkelsen viser at det først og fremst er brukeren selv som bestemmer hvilken kosttype som skal benyttes. For at brukeren skal kunne velge riktig kosttype, er det viktig at personen får pålitelig kostveiledning. Eksempelvis kan en bruker som spiser lite ha behov for en mer næringstett kost som har et høyere innhold av protein og fett enn den anbefalte nøkkelkosten (Helsedirektoratet, 2012). Det er derfor etter vår mening betenkelig at omtrent en av tre ledere og omtrent halvparten av helsepersonellet svarer at det sjelden eller aldri gis kostveiledning eller undervisning om kost til brukerne i hjemmesykepleien.

Det er positivt å merke seg at både ledere og helsepersonell mente at maten som tilbys brukere som mottar hjemmesykepleie, tilfredsstillende de norske næringsstoffanbefalingene. Når det gjelder hvorvidt maten er tilpasset den enkelte brukers energibehov, var det færre av respondentene som var enige i dette. En undersøkelse blant sykehjemmenes kjøkken i Norge, tydet på at flere kjøkken ikke hadde tilstrekkelig kunnskap til å estimere det gjennomsnittlige ernæringsinnholdet i den middagen som de produserte (Aagaard, 2008). Man kan derfor stille spørsmål ved om maten som tilbys dekker den enkeltes energibehov. I tillegg har kun en fjerdedel av helsepersonellet og 30 % av lederne svart at tiden mellom kveldsmåltidet og første måltid neste dag er mindre enn elleve timer. Dette funnet stemmer overens med resultater fra undersøkelser i sykehjem i Norge der det heller ikke var uvanlig at det gikk for lang tid mellom kveldsmåltidet og første måltid neste dag (Aagaard, 2008, Aagaard, 2010). Dette til tross for at det er anbefalt at tiden ikke bør være lengre enn elleve timer (Helsedirektoratet, 2012). Hvis maten som tilbys brukerne ikke er tilpasset energibehovet, og det er for lang nattfaste, kan det føre til at brukerne står i fare for ikke få dekket sitt energibehov.

Selv om undersøkelsen viser at brukeren selv kan bestemme kosttypen, er det fremdeles ikke vanlig at brukeren i hjemmesykepleien selv kan velge mellom ulike retter. Dette funnet samsvarer også i stor grad med svarene fra sykehjem i Norge (Aagaard, 2008), der det heller ikke er vanlig at beboerne kan velge mellom flere retter til middag. Derimot har mange sykehus alternative menyer der pasienter kan velge mellom ulike retter til lunsj og middag. At valgmuligheter er spesielt viktig for den gruppen som spiser lite, viste en dansk undersøkelse (Nielsen, Biltz, Freil, Gut, & Almdal, 2004). Der ble pasientene ved sykehuset presentert for et menykort hvor de selv kunne sette sammen måltidet. Samtidig ble porsjonene laget mindre og mer energitette. Resultatene viste at de pasientene som spiste lite, hadde et høyere energiinntak når de selv fikk velge fra en meny (Nielsen et al., 2004). Manglende valgmulighet kan føre

til tap av selvstendighet. I en svensk undersøkelse blant hjemmeboende eldre som mottok matombringing fra kommunen, opplevde deltakerne økt selvfølelse når de hadde mulighet til å påvirke ved for eksempel å velge mat fra en meny (Pajalic, Persson, Westergren, & Skovdahl 2012). I tillegg viste undersøkelsen at det var tradisjonsmat som ble mest verdsatt og ansett som «riktig mat» av de eldre (Pajalic et al., 2012). Derfor er det positivt at det i vår undersøkelse framkommer at det serveres tradisjonelle retter som kanskje er den maten de fleste er vant med fra tidligere.

Maten skal sørge for at hver enkelt beboer får dekket sitt næringsbehov, og dermed bidra til en god ernæringsstatus. En god ernæringsstatus hos eldre fører normalt til at personen bevarer funksjonsdyktigheten lengre, noe som har betydning for trivsel og livslyst. En svensk studie fra en geriatrisk rehabiliteringsavdeling tydet på at det å være i ernæringsmessig risiko, var forbundet med dårligere opplevd helse (Söderhamn, Bachrach-Lindström, & Ek, 2007).

Matlysten er en viktig faktor som er med på å regulere matinntaket, slik at energiinntaket tilpasses energibehovet. Vi «spiser» maten først med øynene, og det hender at «tennene løper i vann». En undersøkelse blant aldersgruppen 55-85 år i Nederland, viste at det var sammenheng mellom nedsatt appetitt og underernæring (Schilp, Wijnhoven, Deeg, & Visser, 2011). Det er derfor spesielt viktig at pasienter som spiser lite, får servert appetittvekkende og delikat mat. Det er positivt at så mange av lederne mente at maten var appetittvekkende og delikat, og at de mente at brukerne så ut til å være fornøyd med maten. Helsepersonellet i undersøkelsen var noe mindre fornøyd med maten som ble tilbudt, og færre mente at brukerne så ut til å være fornøyde med maten. En mulig årsak til forskjellen i synspunkter mellom ledere og helsepersonell kan være at helsepersonell oftere er til stede når maten blir servert, og dermed

opplever hvordan brukeren reagerer på maten. Undersøkelsen blant sykehjemmenes kjøkken, ledere av sykehjem (Aagaard, 2008) og beboere på sykehjem (Aagaard, 2010), viste at det var kjøkkenene selv som var mest fornøyde med maten som ble servert. Selv om beboerne for det meste var fornøyde, kom det i den undersøkelsen fram at de hadde mange forslag om forbedringer (Aagaard, 2010).

I de fleste kommunene var det vanlig at det ble benyttet ferdigprodusert middag, og meget få opplyste at det ble laget middag i den enkeltes hjem. Det å lage middag sammen med en ansatt, skrive handlelister, eller være med å handle inn matvarer, kan være viktig for selvbestemmelse og deltakelse (Edfors og Westergren, 2012). Gode matlukter er også en viktig faktor for å fremme appetitten og gleden over å innta et velsmakende måltid. Undersøkelsen blant beboere på sykehjem i Østfold, viste også at beboerne satte pris på god mat som er lagd fra bunnen av (Aagaard, 2010). Selv om dette var svar fra beboere på sykehjem, er det ingen grunn til å tro at brukerne i hjemmesykepleien har et annet syn på maten. En undersøkelse blant hjemmeboende eldre i en svensk kommune viste at de eldres tidligere liv hadde en sterk innflytelse på hva de foretrakk av mat, og dermed var hjemmelaget mat å foretrekke (Edfors og Westergren, 2012). Flere ønsket ingredienser som blant annet fersk fisk, kalvekjøtt, lam og grønnsaker (Edfors og Westergren, 2012).

De nye kostholdsrådene som ble publisert i 2011, anbefaler at vi øker inntaket av frukt og grønnsaker til minst 5 porsjoner daglig (Helsedirektoratet, 2011). Grønnsakene inneholder viktige mineraler og vitaminer som er like viktige for eldre som for yngre. Derfor er det viktig at grønnsakene som tilbys brukerne i hjemmesykepleien er varierte og godt tilberedt. Funn fra denne undersøkelsen viste at det var grønnsakene som respondentene var minst fornøyde med, og ikke overraskende var de mest fornøyd med desserten. Dette funnet stemmer overens med hva beboere i sykehjem mente om maten (Aagaard, 2010). Der var

det også grønnsakene som fikk dårligst vurdering, og desserten fikk best vurdering (Aagaard 2010). Å få til gode og varierte grønnsaker bør derfor være et prioritert område for de som tilbereder maten som tilbys brukerne. Det er videre verdt å merke seg at en av fire ledere ikke kunne tenke seg å spise den middagsmaten som blir servert brukere av hjemmesykepleien hver dag. Dessverre har sjelden brukeren noe valg.

4.3 Tilrettelegging av måltidsmiljø

Ikke bare maten, men bordet bør også dekkes pent, slik at måltidet blir en god opplevelse. I denne undersøkelsen var det kun en av fem som opplyste at det fantes prosedyrer for borddekking. Hvis det ikke finnes prosedyrer for å dekke bordet, er det fare for at det blir opp til den enkelte ansatt hvordan dette løses. Det er uansett viktig at bordet dekkes i samsvar med brukernes ønsker og vaner.

Ikke uventet viste undersøkelsen at det ikke er vanlig at helsepersonell sitter sammen med brukeren under måltidet. Har man dårlig matlyst kan det å spise sammen med noen gjøre en forskjell. Medspising eller å ha selskap under måltidet kan bidra til at man spiser mer (Arvanitakis, et al., 2008b). En engelsk undersøkelse foretatt blant studenter og ansatte ved et universitet, viste at det å spise sammen med venner økte matinntaket sammenlignet med å spise alene (Hetherington, 2006). Dette stemmer også med funn fra en dansk undersøkelse der det kom fram at identiteten var knyttet til hvem man spiste sammen med (Kofod, 2000). Salleti (2007) har intervjuet seks eldre som bodde i omsorgsleilighet, og disse mente at selskapet rundt måltidet var viktig for appetitten, men at dette skulle være selskap som man selv hadde valgt. Derfor er det ikke sikkert at alle brukere vil ha selskap av helsepersonell under måltidet. Noen brukere vil nok foretrekke å spise alene.

En annen mulighet kan være at brukeren blir hentet hjemme og kjørt til et eldresenter med restaurant. Hensikten vil være at brukerne både kan hygge seg

sammen med andre, og spise god og næringsrik mat laget for det meste av ferske råvarer. Ivaretagelse av brukerens selvstendighet til selv å velge hva som er best for seg, vil være et viktig mål.

4.4 Kartlegging og ivaretagelse av brukerens ernæringstilstand

Undersøkelsen viste at det er vanlig at hjemmesykepleien har brukere som lider av underernæring. Det framkom ikke hvor mange som lider av underernæring. Det finnes bare et fåtall undersøkelser som beskriver forekomsten av underernæring blant eldre som bor hjemme og som får hjelp av hjemmetjenesten i Norge. En nylig publisert undersøkelse blant eldre hjemmeboende i Norge, viste at en femtedel sto i fare for å bli underernært (Söderhamn, et al., 2012). Undersøkelsen viste også at det å ha et tilstrekkelig inntak av mat og sosial kontakt kunne beskytte mot risiko for underernæring. Det var videre en sammenheng mellom det å ha en kronisk sykdom eller handicap, samt motta hjelp fra hjemmesykepleie og familie, og risiko for underernæring (Söderhamn, et al., 2012). I en svensk undersøkelse av et tilfeldig utvalg eldre som bodde hjemme, var 14,5 % i risiko for underernæring, og risikofaktorer som ble avdekket i studien var høyere alder, lavere selvopplevd helse og flere symptomer på depresjon. I tillegg hadde menn med symptomer på depresjon en høyere risiko for å utvikle underernæring enn kvinner (Johansson, Bachrach-Lindström, & Carstensen, 2009a). I aldersgruppen født 1916-1925 var omtrent 17 % enten underernærte eller utsatt for underernæring (Johansson, Sidenvall, Malmberg, & Christensson, 2009b). Blant denne gruppen eldre var kognitiv svikt, lavere selvopplevd helse og det å motta mat fra en matombringningstjeneste, forbundet med å være i fare for underernæring (Johansson et al., 2009b). I Danmark er underernæring vanlig hos eldre pasienter som innlegges både i sykehus og i sykehjem (Beck et al., 2005).

Det aller beste er å forebygge at underernæring oppstår. Gode rutiner for å oppdage om noen av brukerne står i fare for å utvikle underernæring, er av stor betydning. Det er derfor positivt at to av tre ledere kjenner til «retningslinjene for forebygging og behandling av underernæring» utgitt av Helsedirektoratet (2009). Men det er verdt å merke seg at når det gjelder helsepersonell er det færre (37 %) som kjenner til retningslinjene. Det bør derfor være et prioritert område å sørge for at retningslinjene blir kjent, og i tillegg sørge for at helsepersonell får opplæring i å anvende retningslinjene. Brukerens ernæringstilstand må vurderes jevnlig for å forebygge utvikling av en underernæringstilstand. Over halvparten av lederne svarte at hjemmesykepleien ikke har rutiner for å vurdere brukernes ernæringstilstand. Blant helsepersonellet var det omtrent en av tre som svarte at hjemmesykepleien ikke har rutiner for å vurdere brukernes ernæringstilstand og 23 % svarte «vet ikke». Det var kun 1/3 som opplyste at de har skriftlige prosedyrer for å vurdere ernæringsstatus, og bare omtrent en av fem har rutiner for å veie brukeren ved innskriving i hjemmesykepleien. Dette er lavere enn hva en mindre svensk undersøkelse viste (Alfengård og Klevsgård, 2005). Undersøkelsen foretatt blant personalet som arbeidet ved ulike boenheter for eldre i den kommunale omsorgen, viste at 31 % veide samtlige brukere ved innskriving (Alfengård og Klevsgård, 2005). I norske sykehjem viste en undersøkelse at kun 16 % hadde skriftlige prosedyrer for vurdering av ernæringsstatus (Aagaard, 2008).

Dersom brukeren har dårlig ernæringstilstand svarte de fleste ledere og helsepersonell at det var rutine å registrere brukerens matinntak. En undersøkelse blant sykepleiere og deres ledere i både kommunal omsorg og i sykehus i ett fylke i Sverige, viste at energiinntak og BMI/KMI (kroppsmasseindeks) sjelden ble vurdert, mens de fleste dokumenterte pasientens ernæringsstatus (Persenius, Hall-Lord, Bååth, & Larsson, 2008). I vår undersøkelse svarte omtrent 75 % at vekten ble registrert hvis brukeren hadde dårlig ernæringsstatus. Spørsmålet man kan stille er hvordan helsepersonell kan

vite om brukeren har dårlig ernæringstilstand når det ikke er rutiner for å kartlegge ernæringstilstanden hos brukeren. Ernæringsvurdering bør være en del av rutinen i hjemmesykepleien, og hjemmesykepleien bør iverksette tiltak for å forebygge og behandle underernæring (Arvanitakis et al., 2008b).

For gruppen brukere med dårlig ernæringstilstand framkom det av resultatene at det er flere som benytter næringsdrikker og ønskekost enn næringstett kost og mellommåltider. I følge anbefalinger fra Helsedirektoratet (2009, 2012) er det foreslått at pasienter som spiser lite i hovedsak skal benytte «ernæringstrappen» der næringstett og beriket kost, samt øke antall måltider, anvendes før eller samtidig med næringsdrikker. Selv om næringsdrikker kan være et aktuelt tilskudd for å øke næringsinntaket for mange brukere, bør det ikke erstatte næringstett kost, men heller være et tillegg til nevnte tiltak.

For pasienter som overføres fra sykehuset og til hjemmesykepleien, bør sykepleieplanen omfatte ernæringsvurdering og intervensjon knyttet til eventuelle ernæringsproblemer. I denne undersøkelsen svarte omtrent halvparten av lederne og helsepersonellet at sykepleieplanen fra sykehuset inneholdt et punkt om ernæring. Samtidig var det omtrent en fjerdedel av helsepersonellet som svarte «vet ikke» på spørsmålet, noe som kan tyde på at det kan være færre som har svart bekreftende på spørsmålet. Resultatet indikerer at det trengs bedre kommunikasjon mellom sykehuset og hjemmesykepleien knyttet til brukernes ernæringssituasjon. Dette til tross for at tidligere forskning viser at sykehusoppholdet kan forverre ernæringssituasjonen og da spesielt hos eldre pasienter (Stratton, Elia, & Green, 2003). Forverring av ernæringstilstanden kan øke faren for komplikasjoner og risikoen for re-innleggelse (Arvanitakis et al., 2008b). Hvis man sørger for god ernæringsomsorg på sykehuset og fortsetter med dette opplegget når pasienten kommer hjem, kan denne onde sirkelen brytes (Arvanitakis et al., 2008b). Samtidig framkom det i vår undersøkelse at en av fem blant både ledere og helsepersonell opplyste at ernæring ikke er et sentralt

punkt i pasientdokumentasjonen i hjemmesykepleien, og omtrent en av fire svarte at det heller ikke var en del av den individuelle planen. I retningslinjene fra helsedirektoratet kan man lese følgende om dokumentasjon:

«Opplysninger som ernæringsstatus (vektutvikling og matinntak) og energibehov, samt ernæringsrettede tiltak er relevante opplysninger å ha med i pasientjournalen. Dersom man fraviker faglige anbefalinger, må dette dokumenteres» (Helsedirektoratet s. 21, 2012).

4.5 Forslag til forbedringstiltak: Økte kunnskaper

Det var 17 % av lederne og 28 % av helsepersonellet som mente at vurdering av ernæringstilstanden til brukerne av hjemmesykepleien ikke var godt nok ivare tatt. Når man leser resultatene ovenfor, viste undersøkelsen at det er store forbedringspotensialer i hjemmesykepleiens oppgaver knyttet til vurdering av brukernes ernæringstilstand.

Respondentene i denne undersøkelsen framhevet kunnskap og tilgjengelig tid som de to viktigste hindringene for å få til gode rutiner for å kunne vurdere brukernes ernæringsstatus.

Åtti prosent av lederne og åtti prosent av helsepersonellet mente at det var behov for mer kunnskap. Dette samsvarer med svar lederne på sykehjem oppgav i en tidligere studie (Aagaard, 2008). At opplæring av helsepersonell hjelper, viste en mindre dansk undersøkelse der grundig opplæring av ansatte i sykehus medførte at flere pasienter tok opp sine spiseproblemer med personalet og flere pasienter fikk hjelp for sine spiseproblemer. Undersøkelsen viste også at flere pasienter fikk riktig kosttype (Pedersen, Tewes, & Bjerrum, 2012).

Lederne og helsepersonellet svarte også på et åpent spørsmål der de kunne komme med forslag til hvordan rutinene for oppfølging av brukernes ernæringstilstand kunne bli bedre. Her framhevet begge respondentgruppene betydningen av økte kunnskaper, bedre rutiner og prosedyrer, samt tid og

ressurser til å utføre ernæringsarbeid. Samtidig framhevet lederne betydningen av ansvarliggjøring av alt personalet, også på ledernivå. Begge gruppene kom med forslag knyttet til maten som tilbys brukerne i hjemmesykepleien.

Eksempler på dette var at det burde være større valgfrihet for brukeren, og at maten burde inneholde mer grønnsaker og være næringstett. Dette er viktige signaler til de som produserer maten, og bør være et område for forbedring.

Denne undersøkelsen viser at det er behov for mer kunnskap knyttet til vurdering av ernæringstilstanden, beregning av energibehovet til brukerne, hvordan gjennomføre kostveiledning og om de ulike næringsstoffene i maten. Dette bør derfor være prioriterte temaer når kommunene planlegger undervisningsdager.

REFERANSELISTE

Aagaard, H. (2008). *Mat og måltider i sykehjem*. Rapport, 3. Halden: Høgskolen i Østfold.

Aagaard, H. (2010). «Ærlig talt». *Mat og måltider i sykehjem: En undersøkelse blant beboere i somatiske sykehjem i Østfold*. Oppdragsrapport, 1. Halden: Høgskolen i Østfold.

Alfengård, K., & Klevesgård, R. (2005). Nutrition inom vård och omsorg. Kartläggning av rutiner och utbildningsbehov avseende nutrition inom slutenvården av äldre i olika boendeformer i ett län i söndra Sverige. *Vård i Norden*, 25 (2), 42-47.

Arvanitakis, M., Coppens, P., Doughan, L. & Gossum, A. (2008a) *Nutrition in care home and home care. Report and recommendations to action*. Strasbourg: Council of Europe .

Arvanitakis, M., Beck, A., Coppens, P., De Man, F., Elia, M., Hebuterne, X., Henry, S., Kohl, O., Lesourd, B., Lochs, H., Pepersack, T., Pichard, C., Planas, M., Schindler, K., Schols, J., Sobotka, L., & Van Gossum, A. (2008b). Nutrition in care homes and home care: How to implement adequate strategies (report of the Brussels Forum (22e23 November 2007)). *Clinical Nutrition* 27, 481-488.

Assev, M., Svendsby, E., & von der Fehr, A-L. (2011, 2.september). Verre enn fengsesmat. VG s. 5. Hentet fra http://pluss.vg.no/2011/09/02/535/535_20095083.

Beck, A.M., Pedersen, A.N., & Schroll, M. (2005). Undervægt og utilsigtet vægttab hos ældre på plejecentre og i hjemmepleje – problemer, der bør gøres noget ved. *Ugeskr Laeger*, 167(3), 272-274.

Borre, M., Jacobsen, L.H., & Beck, A.M. (2011). Hvordan vurdere patienters ernæringstilstand? I Ib Hesselø og Palle Bekker Jeppesen (Red.) *Klinisk ernæring*. 5. udg. København: Munksgaard.

Cederholm, T. (2011). Ernæring og aldring. I Ib Hesselø og Palle Bekker Jeppesen (Red.) *Klinisk ernæring*. 5. udg. København: Munksgaard.

Edfors, E., & Westergren, A. (2012). Home-Living Elderly People's Views on Food and Meals. *J Aging Res*. Hentet fra:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3443996/>

Evans, B.C., Crogan, N.L., & Shultz, J.A. (2005). The meaning of mealtimes: connection to the social world of the nursing home. *J Gerontol Nurs.* 31(2):11-7.

Falnes-Dalheim, A. & Slaastad, T.I. (2007). Færre unge – flere eldre. *Samfunnsspeilet*, 21 (5-6), 9-23.

Grøtvedt, L., Grøholt, E.K. & Hånes H. (2010) *Helse til eldre*, i Folkehelse rapport Helsetilstanden i Norge Nasjonalt folkehelseinstitutt . Folkehelse rapport nr 2.

Helsedirektoratet. (2009). *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2012). *Kosthåndsboken – veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*, Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra
<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/kosthandboken-veileder-i-ernæringsarbeid-i-helse-og-omsorgstjenesten/Publikasjoner/Kosth%C3%A5ndboken.pdf>

Helsedirektoratet (2011). *Kostråd for å fremme folkehelsen og forebygge kroniske sykdommer. Metodologi og vitenskapelig kunnskapsgrunnlag, Nasjonalt råd for ernæring 2011*. Oslo, Helsedirektoratet. Hentet fra

<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/kostrad-for-a-fremme-folkehelsen-og-forebygge-kroniske-sykdommer/Sider/default.aspx>

Helse- og omsorgstjenesteloven (2012). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*. Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet (2003). *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.*

Helsetilsynet (2011). *Helsetilsynets årsrapport for 2010*. Hentet fra <http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/aarsrapporter/aarsrapport2010.pdf>

Hetherington (2006): Situational effects on meal intake: A comparison of eating alone and eating with others. *Physiology & Behavior*, 88: 498-505.

Hofseth, C., & Norvoll, R. (2003). *Kommunehelsetjenesten – gamle og nye utfordringer. En studie av sykepleietjenesten i sykehjem og hjemmesykepleien*. Oslo: SINTEF rapport.

Johansson, Y., Bachrach-Lindström, M., Carstensen, J., & Ek, A.C. (2009a) Malnutrition in a home-living older population: prevalence, incidence and risk factors. A prospective study. *J Clin Nurs*, 18(9),1354-64 .

Johansson, L., Sidenvall, B., Malmberg, B., & Christensson, L. (2009b). Who will become malnourished? A prospective study of factors associated with malnutrition in older persons living at home. *J Nutr Health Aging*.13(10), 855-61 (b).

Kondrup, J., Allison, S.P., Elia, M., Vellas, B., & Plauth, M. (2003) ESPEN guidelines for Nutrition Screening 2002. *Clin Nutr*. 22(4), 415–421.

Kruizenga, H.M., Van Tulder, M.W., Seidell, J.C., Thijs, A., Ader, H.J., & Van Bokhorst-de van der Schueren, M.A. (2005). Effectiveness and cost-effectiveness of early screening and treatment of malnourished patients. *Am J Clin Nutr*, 82(5), 1082-1089.

Mowé, M. (2007). Eldre. I: Christian A. Drevon, Rune Blomhoff, & Gunn-Elin Aa. Bjørneboe (Red.) *Mat og medisin*. 5.utg. Kristiansand S: Høyskoleforlaget .

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

Nielsen, M.A., Biltz, C., Freil, M., Gut, R., & Almdal, T.P. (2004). Menuvalg til aftensmåltidet øger energi- og proteinindtag hos småtspisende patienter og mindsker det samlede madspild. *Ugeskr læger*.166: 267-70.

Pajalic, Z., Persson, L., Westergren, A., Vanja, B., & Skovdahl, K. (2012). The experiences of elderly people living at home related to their receiving meals distributed by a municipality in Sweden. *Journal of Food Research*, 1 (1),68-78.

Pedersen, P.U., Tewes, M., & Bjerrum, M. (2012). Implementing nutritional guidelines the effect of systematic training for nurse nutrition practitioners. *Scan J Caring Sci*, 26 (1), 178-85.

Persenius, M.W., Hall-Lord, M.L., Bååth, C., & Larsson, B.W. (2008). Assessment and documentation of patients' nutritional status: perceptions of registered nurses and their chief nurses. *J Clin Nurs*. 17(16), 2125-36.

Saletti, A. (2007). *Nutritional status and mealtime experiences in elderly care recipients*. Doktoravhandling. Karolinska Institutet, Stockholm, 2007. Hentet fra http://www.fightmalnutrition.eu/fileadmin/images/nursing_homes/literatuur/The_sis_Anja_Saletti.pdf .

Schilp, J., Wijnhoven, H., Deeg, D., & Visser, M. (2011). Early determinants for the development of undernutrition in an older general population: Longitudinal Aging Study Amsterdam. *The British Journal of Nutrition*, 106 (5), 708-17.

Statistisk sentralbyrå. (2010) Hentet fra

http://statbank.ssb.no/statistikkbanken/Default_FR.asp?PXSid=0&nvl=true&PLanguage=0&tilside=selecttable/MenuSelS.asp&SubjectCode=03.

St.meld. nr. 25 (2005–2006). (2006). *Mestring, muligheter og mening. Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 22. september 2006, godkjend i statsråd samme dag*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

St. meld. nr. 47 (2008-2009).(2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Det kongelige.

Sydner, Y.M. (2002). Den maktelösa måltiden. Dr avhandling. Uppsala universitet

Söderhamn, U.,& Söderhamn, O. (2002).Reliability and validity of the Nutritional Form For the Elderly (NUFFE). *J Adv Nurs*. 37(1), 28–34.

Söderhamn U, Dale B, Sundsli K, & Söderhamn O. (2012). Nutritional screening of older home-dwelling Norwegians: a comparison between two instruments. *Clin Interv Aging*.7:383-91.

Söderhamn, U.,Bachrach-Lindström, M., & Ek, A.C. (2007). Nutritional screening and perceived health in a group of geriatric rehabilitation patients. *Journal of Clinical Nursing*, 16: 1997–2006

Sørbye, L.W. (2003). *Hjemmetjenester til eldre i Bærum og Ullern. Sammenlignende data fra AdHOC studiet*. Oslo, Diakonhjemmets høgskole.

Sørbye, L.W., Schroll, M., Finne, S.H., Jonsson, P.V., Topinkova, E.,& Ljunggren, G. (2008). Unintended Weight Loss in the Elderly Living at Home:

the Aged in Home Care Project (AdHOC). *J Nutr Health Aging*. 2008, 12(1), 10-6.

VEDLEGG – SPØRRESKJEMA TIL HELSEPERSONELL

Spørreskjema om mat og ernæringsarbeid i hjemmesykepleien

Del 1. Spørsmål om maten

1. Hvem har ansvaret for å bestemme brukerens kost? (Sett ett eller flere kryss)

Ernæringsfysiolog Lege Sykepleier Hjelpepleier/omsorgsarbeider Vernepleier
Brukeren selv Pårørende Ingen bestemt Andre: spesifiser

2. Har brukerne i din kommune muligheter til å få tilkjørt ferdiglaget middag fra et eksternt kjøkken/matombringningstjeneste?

Ja Nei

3. Hvis Ja: Hvordan vurderer du samarbeidet med eksternt kjøkken / matombringningstjenesten?

Meget bra Bra Mindre bra Dårlig Har ikke noe samarbeid

Hvordan vurderer du maten som blir levert av matombringningstjenesten? På en skala fra 1 – 4: sett kun ett kryss for hvert spørsmål.	Helt uenig	Noe uenig	Noe enig	Helt enig	Vet ikke / uaktuelt
	1	2	3	4	
4. Maten er appetittvekkende og delikat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Maten tilfredsstillende de norske næringsstoffanbefalingene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Maten er tilpasset den enkelte brukers energibehov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Brukerne kan velge mellom ulike menyer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Jeg kunne selv tenkt meg og spise denne middagsmaten hver dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Brukerne ser ut til å være fornøyd med maten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Det serveres ofte tradisjonelle retter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Det serveres alltid dessert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spørsmål 12-17 besvares i samråd med brukeren					
12. Desserten er god og veltillaget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Fisken til middag er veltillaget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Grønnsakene er varierte og godt tilberedt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Potetene er gode og godt tilberedt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvordan vurderer du maten som blir levert av matombringningstjenesten? På en skala fra 1 – 4: sett kun ett kryss for hvert spørsmål.	Helt uenig	Noe uenig	Noe enig	Helt enig	Vet ikke / uaktuelt
	1	2	3	4	
16. Sausen er god og godt tilberedt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Kjøttet til middag er tilstrekkelig mørt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Er det rutiner i din kommune for at brukerne kan gi tilbakemelding på maten som matombringningstjenesten tilbyr?

Ja Nei Vet ikke

Del 2. Spørsmål om rutiner

19. Hvor ofte er det brukere med dårlig ernæringsstilstand i hjemmesykepleien der du arbeider?

Alltid Ofte Sjelden Aldri Vet ikke

20. Er det tydeliggjort hvem som er ansvarlig for at brukeren får tilgodesett sitt ernæringsbehov?

Ja Nei Vet ikke

21. Kjenner du til "Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring" utgitt av Helsedirektoratet?

Ja Nei

22. Har kommunen bærbare personveker eller badeveker som helsepersonell kan benytte overfor brukere av hjemmesykepleien?

Ja Nei Vet ikke

Nedenfor er det listet opp en del spørsmål om rutiner i din kommune. Sett kun ett kryss for hvert spørsmål.	Ja	Nei	Vet ikke
23. Har hjemmesykepleien rutiner for kartlegging og oppfølging av ernæringsstatus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Foreligger det skriftlige prosedyrer for vurdering av ernæringsstatus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Foreligger det skriftlige prosedyrer for sondeernæring?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Foreligger det skriftlige prosedyrer for parenteral/intravenøs ernæring?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nedenfor er det listet opp en del spørsmål om rutiner i din kommune. Sett kun ett kryss for hvert spørsmål.	Ja	Nei	Vet ikke
27. Er innhenting av brukerens matvaner en standardprosedyre ved innskriving i hjemmesykepleien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Er mat og måltider en del av den individuelle planen for brukeren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Rettes oppmerksomheten mot årsaker til hvorfor brukeren spiser lite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Er det rutine å veie brukerne ved innskriving i hjemmesykepleien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Er det rutine å beregne KMI//BMI?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Er det rutine å veie brukeren ved faste intervaller?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Er det rutine å registreres matinntaket hos brukere som har dårlig ernæringstilstand?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Settes det opp mål for ernæringstiltak hos brukere med dårlig ernæringstilstand?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Er ernæring et sentralt punkt i pasientdokumentasjonen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Er ernæring et punkt i den sykepleieplanen dere mottar om pasienter som kommer fra sykehuset?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvilke tiltak blir iverksatt for brukere med dårlig ernæringstilstand? På en skala fra 1 – 4: sett kun ett kryss for hvert spørsmål.	Aldri	Nesten aldri	Nesten alltid	Alltid	Vet ikke / uaktuelt
	1	2	3	4	
37. Kostinntaket blir registrert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Væskeinntaket blir registrert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Vekten blir registrert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Det blir benyttet næringstett kost (energitett)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Mellommåltider blir benyttet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Næringsdrikker blir benyttet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Ønskekost blir benyttet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Sondeernæring blir benyttet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Parenteral/intravenøs ernæring benyttes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Spørsmål knyttet til brukere som trenger hjelp til matlaging og /eller tilrettelegging av måltider. På en skala fra 1 – 4: sett kun ett kryss for hvert spørsmål.	Aldri	Nesten aldri	Nesten alltid	Alltid	Vet ikke / uaktuelt
	1	2	3	4	
46. Lages det middag (ferdigmat ikke medregnet) i brukernes hjem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Benyttes det kun ferdigprodusert varm mat som varmes opp i brukernes hjem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Har dere prosedyrer på hvordan bordet skal se pent ut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Har de ansatte mulighet til å sitte sammen med brukeren slik at han/hun får selskap under måltidet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Finnes det sjekklister for hvilke matvarer som bør finnes i kjøleskap og/eller matskap hos brukere som må ha hjelp til matstell?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Har de ansatte mulighet til å hjelpe brukeren med innkjøp av matvarer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Hvis brukeren ikke kan spise selv, gis det da tilstrekkelig spisehjelp?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Er tiden mellom siste måltid om kvelden og første måltid neste dag mer enn 11 timer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Gis det kostveiledning og/eller undervisning om kost til brukerne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. Har ansatte mulighet til å søke råd/veiledning fra ernæringsfysiolog?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Tror du brukerne som trenger hjelp til matstell hygger seg under måltidet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Del 3. Spørsmål om kunnskap

57. Ønsker du deg mer kunnskap i ernæringsarbeid?

Ja Nei, har nok kunnskaper Vet ikke

58. Hvis ja, på hvilke områder innenfor ernæringsarbeidet ønsker du deg mer kunnskaper? (Sett ett eller flere kryss)

Kunnskaper om de ulike næringsstoffene

Hvordan beregne brukernes energibehov

Om kostregistrering

Hvordan vurdere brukernes ernæringsstilstand

- Konsekvenser hvis brukerne spiser lite
- Hvilke tiltak som bør settes inn overfor beboere som spiser lite
- Kost ved svelgeproblemer
- Sondeernæring
- Parenteral/intravenøs ernæring
- Kostholdsveiledning til brukerne
- Mat hygiene i hjemmet
- Annet: spesifiser

På en skala fra 1 – 4: sett kun ett kryss for hvert spørsmål.	Svært dårlig	Dårlig	Godt	Svært godt	Vet ikke / uaktuelt
	1	2	3	4	
59. Hvor godt eller dårlig tror du ledelsen i hjemmesykepleien vurderer viktigheten av kartlegging og oppfølging av ernæringstilstanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. Hvor godt synes du oppfølging av ernæringstilstanden til brukerne blir ivaretatt i hjemmesykepleien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

61. Hvilke barrierer mener du er de viktigste for å få til gode rutiner for kartlegging og oppfølging av brukernes ernæringstilstand?

Sett ett kryss eller flere kryss

Tid Ressurser Organisering Kunnskap Engasjement
 Samhandling Annet: spesifiser

62. Har kommunen arrangert undervisning i kartlegging og vurdering av brukernes ernæringstilstand for sine ansatte (internt eller eksternt)?

Ja Nei Vet ikke

63. Hvis ja, hvilket år ble undervisningen sist gjennomført? (notér årstall)

--	--	--	--

64. Har du noen forslag til hvordan rutineene for oppfølging av ernæringstilstanden til brukerne kan bli bedre i din kommune? (Vennligst noter – gjerne kortfattet/Svar i stikkordsmessig)

.....

Til slutt noen bakgrunnsopplysninger:

65. Hvilken utdanning har du?

- Sykepleierutdanning
- Vernepleierutdanning
- Hjelpepleierutdanning
- Omsorgsarbeider
- Annet: Spesifiser

66. Hvor lang arbeidserfaring har du i den stillingen du har nå? (antall år)

--	--

67. Er din kommune tilknyttet utviklingscenter for hjemmetjenesten?

- Ja Nei Vet ikke

Takk for at du deltok i undersøkelsen!

--	--	--