



SAHLGRENKA AKADEMIN

RÄTT MAT FÖR PATIENTENS BÄSTA

Mat på sjukhus – Rätt Maträtt till Rätt Patient

Heléne Ambjörnson

Självständigt arbete:	30 hp
Kurs:	MED730, Självständigt arbete i klinisk nutrition
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Ht/2016
Handledare:	Heléne Bertéus Forslund
Examinator:	Frode Slinde
Examinationsdatum:	2016-09-16

Sammanfattning

Kurs:	MED730, Självständigt arbete i klinisk nutrition, 30 hp
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Ht/2016
Handledare:	Heléne Bertéus Forslund
Examinator:	Frode Slinde
Titel:	Rätt mat för patientens bästa - Mat på sjukhus – rätt maträtt till rätt patient
Nyckelord:	<i>pleasure, comfort, survival</i> , undernäring, E-kost, A-kost, albumin, CRP

Bakgrund:	Undernäring på sjukhus förekommer frekvent och är associerat med flertalet negativa konsekvenser. Studier visar att det är vanligt att patienter inte äter upp sjukhusmat. Risk att utveckla eller förvärra undernäring ökar således under vårdtiden. Sjukdom påverkar patienters upplevelse av måltidens utseende, doft, konsistens och smak. Studier har visat att måltidskonceptet <i>pleasure, comfort</i> och <i>survival</i> , kan främja patienters matintag och vara ett nytt måltidsalternativ för vården.
Syfte:	Syftet med studien var att undersöka om sjukdomsgrad påverkar preferens av maträtter enligt konceptet <i>pleasure, comfort</i> och <i>survival</i> , samt att undersöka patienters förmåga att äta upp serverad mängd mat och deras åsikt kring sjukhusmat och mellanmål.
Metod:	I studien ingick 13 kvinnor och 15 män, 58-94 år, inneliggande på somatisk vårdavdelning. Intervjuer genomfördes med semistrukturerade frågor för att undersöka patienternas uppfattning om fiskrätter och kycklingrätter enligt konceptet <i>pleasure-comfort-survival</i> samt deras förmåga att äta upp serverad portion och inställning till mellanmål. Albumin och CRP mättes för att bedöma sjukdomsgrad. Både kvantitativa och kvalitativa analyser genomfördes.
Resultat:	Dubbelt så många patienter med högre albumin valde <i>pleasure</i> av kycklingrätten jämfört med patienter med lägre albumin. I gruppen med lågt albumin valde fler <i>comfort</i> och <i>survival</i> ($p=0,057$). Inget statistiskt signifikant samband fanns mellan fiskrätten eller CRP. Av de patienter som inte ätit upp serverad mat valde flest <i>comfort</i> och <i>survival</i> . <i>Pleasure</i> valdes i större omfattning av de som angett att de ätit upp den serverade maten (fiskrätt $p=0,035$ och kycklingrätt $p=0,036$) De flesta patienterna var positiva till sjukhusmaten, även om flertalet inte kunnat äta upp serverad mängd mat. Hälften av patienterna hade serverats mellanmål i form av aptitretare eller kosttillskott. Patienterna var mycket positiva till aptitretarna.
Konklusion	Sjukdomsgrad verkar påverka patienters preferens för typ av måltid samt val av portionsstorlek. Resultatet indikerar att de patienter som uppger nedsatt aptit och inte äter upp den serverade maten bör serveras en mindre och energität portion. Maträtter komponerade utifrån <i>comfort</i> och <i>survival</i> förefaller passa dem bättre än <i>pleasure</i> . Det är av stor vikt att patienterna får möjlighet att välja maträtt och att de blir erbjudna mellanmål och aptitretare, för att förebygga och behandla undernäring på sjukhus.

Abstract

Course: MED730, Research thesis in Clinical Nutrition, 30 ECTS
Level: Second Cycle
Semester/year: At/2016
Supervisor: Heléne Bertéus Forslund
Examiner: Frode Slinde
Title: The right food for the patient's best -Food in hospitals-the right dish to the right patient
Keywords: *pleasure, comfort, survival*, malnutrition, E-diet, A-diet, albumin, CRP

Background: Malnutrition is frequently observed among hospitalized patients and is associated with several negative consequences. Studies show that it is common that patients eat considerably less food than prescribed and provided during their hospital stay. Subsequently, the risk of developing or aggravating malnutrition increases during hospital stay. Somatic disease can affect the perception of appearance, aroma, texture and taste of a meal. Previous research suggests that meal composition based on the concepts of *pleasure, comfort* and *survival* can promote patients food intake and be a new meal option for hospitals.

Objective: The aim of this study was to evaluate if disease severity affects preference of meals according to *pleasure, comfort* and *survival*, and to examine the patient's ability to eat the served amount of food and their attitude to hospital food and snacks.

Methods: The study included 28 hospitalized patients, 13 female and 15 male, 58-94 yrs. Interviews were conducted with semi-structured questions to examine patients perception of fish and chicken dishes under the concept of *pleasure-comfort-survival*, their ability to eat the served portions and their attitude towards snacks. Albumin and CRP were measured to assess disease severity. Both quantitative and qualitative analyses were conducted.

Results: Twice as many patients with higher serum albumin levels chose a chicken meal based on the *pleasure*-concept as compared to patients with lower serum albumin levels. In the latter group, more patients chose composition based on *comfort* and *survival* ($p=0.057$). No statistically significant association was found between fish meals or CRP. Most of the patients who had not eaten the food served to them preferred *comfort* and *survival*. *Pleasure* were selected to a greater extent by those who indicated that they had eaten the served food (fish dish $p=0,035$ and chicken dish $p=0,036$). Most of the patients were positive to the hospital food, although most are not able to complete the served amount of food. Half of the patients had been served snacks as appetizers or oral nutritional supplements. The patients were very positive about the appetizers.

Conclusion: Disease severity affects patient's preferences with regards to both the kind of food and the portion size. The results suggest that those patients that state loss of appetite and are not consuming the served food, portions should be served smaller and more enriched. Meals composed with emphasis to *comfort* and *survival* appear to suit them better than those emphasizing *pleasure*. It's of great importance that patients have the opportunity to select meals and that they get offered snacks, to prevent and treat malnutrition in hospital.

Förkortningar

A-kost	Allmän kost för sjuka
BMI	Body Mass Index
CRP	C-reaktivt protein
E-kost	Energi- och proteinrik kost
FFMI	Fat free index (fettfrimasseindex)
FMI	Fat mass index (fettmasseindex)
NNR-kost	Nordiska näringsrekommendationer kost

Innehållsförteckning

Abstract.....	3
Förkortningar.....	5
Bakgrund.....	8
Risk för undernäring/undernäring.....	9
Definition av undernäring.....	9
Grundkostnader på sjukhus i Sverige.....	10
Måltidsundersökning på Kungälvssjukhus.....	10
Omarbetning av E-kost.....	11
Uppföljande måltidsundersökning 2015.....	11
Sensorik.....	12
Syfte.....	13
Hypotes.....	13
Frågeställning.....	13
Metod.....	14
Studiens design.....	14
Etiska aspekter.....	14
Material.....	14
Inklusionskriterier till patientintervjudelen.....	15
Maträtter enligt pleasure, komfort och survival.....	15
Datainsamling.....	16
Statistisk bearbetning.....	16
Kvalitativ analys.....	16
Resultat.....	17
Vald maträtt.....	18
Vald maträtt i jämförelse med albuminnivå.....	19
Vald maträtt i jämförelse med risk för undernäring.....	20
Vald maträtt i jämförelse med längd på vårdtid.....	21
Portionsstorlek - Har du kunnat äta upp den mat som serverats på sjukhuset?.....	21
Har du serverats aptitretare eller mellanmål?.....	22
Citat från patienter som blivit serverade aptitretare;.....	22
Har du övriga tankar/synpunkter om sjukhusmaten?.....	23
Åsikter om maten/menyn.....	23
Positiva kommentarer:.....	23
Negativa kommentarer.....	23
Åsikter om mötet med avdelningspersonal vid servering och möjlighet att välja.....	24

Positiva kommentarer:.....	24
Negativa kommentarer:.....	24
Nedsatt aptit/påverkad av sjukdom	24
Diskussion	25
Sammanfattning av resultatet	25
Metoddiskussion.....	25
Resultatdiskussion	26
Konklusion	28
Egen insats.....	29
Tack	29
Bilaga 1.....	
Bilaga 2.....	
Bilaga 3.....	
Bilaga 4.....	
Bilaga 5.....	
Bilaga 6.....	
Bilaga 7.....	
Bilaga 8.....	

Bakgrund

En gott näringstillstånd är en förutsättning för god hälsa. På sjukhus är maten en del av vården som starkt påverkar resultat av övrig vård och behandling (1). Det är därför viktigt att patientens nutritionstatus uppmärksammas i det dagliga arbetet precis som all annan medicinsk behandling och har samma krav på utredning, diagnostik, planering, uppföljning och dokumentation. En patient med ett så bra näringstillstånd som möjligt tillfrisknar fortare och risken att drabbas av vårdrelaterade skador minskar. För att använda vårdens resurser på bästa sätt bör vi aktivt arbeta för att förebygga och behandla undernäring. Det är viktigt att sträva mot att alla patienter får i sig tillräckligt med energi och näring under vårdtiden, så att de kan skrivas ut i ett bättre allmäntillstånd.

Att vara sjuk och att vårdas ineliggande på sjukhus innebär oftast att man under vårdtiden är utlämnad till den mat och de måltider vårdavdelningen valt att beställa och erbjuda patienten. Den vanliga maten rekommenderas som förstahandsval för att förebygga eller behandla undernäring (2) Sjukhusmaten är därför en viktig strategisk del för att behandla undernäring inom sjukhusvården. Maten som serveras ska innehålla den mängd energi och näringsämnen som patienten behöver, samtidigt smaka och dofta gott och vara en trevlig upplevelse. Det är också viktigt att ta hänsyn till måltidsmiljön och matens utseende (3). Måltiderna bör vara en höjdpunkt under dagen. Många sjukdomar medför att aptiten påverkas negativt vilket ofta gör det svårt att tillgodose energi- och näringsbehovet under sjukhusvistelsen. För patienter som besvärar av t.ex. nedsatt aptit, illamående eller smakförändringar får ofta måltiden en annan betydelse, från att ha varit något positivt till att istället bli ett nödvändigt ont. För att öka möjligheterna att patienten får i sig tillräckligt med energi och näring krävs flexibilitet och att patienten erbjuds mat som hon/han kan äta av (4).

Sjukdomsrelaterad undernäring är vanligt, speciellt vid kronisk sjukdom. Undernäring förekommer hos ungefär var tredje patient på sjukhus (1). Det uppkommer ofta i en kombination av otillräckligt intag av mat och näring, förlust av muskelmassa och en katabolism associerad med inflammation och sjukdom (5). Undernäring är väsentligt mycket enklare att förebygga än att behandla. Sjukdomsrelaterad undernäring leder bl.a. till nedsatt funktionsförmåga, långsammare rehabilitering, försämrad sårhäkning, trycksår, muskelsvaghet och ökad infektionsrisk. Konsekvens av undernäring leder till nedsatt livskvalitet, förlängda vårdtider, ökad dödlighet och ökade kostnader (6). Man ser dock att detta går att vända genom att patienter med risk för undernäring ges en adekvat nutritionsbehandling (7,8,9,10). Nutritionsbehandling har visats förbättra funktionsförmåga och livskvalitet liksom minskade komplikationer, återinskrivning på sjukhus och dödlighet (11). Flertal studier har visat att det går att öka energi- och näringsintaget och på så vis förbättra patientens nutritionstatus. Genom att servera energiberikad ofta mindre portionsstorlek, tät måltidsordning med tillägg av extra mellanmål ökar energiintaget och nutritionstatus hos patienten förbättras (12,13,14,15). O'Flynn med medarbetare visade att utöver att införa mellanmål och utbilda personal men även att byta från bricksystem till kantinsystem, minskade förekomsten av undernäring på sjukhus (16).

Flera studier om patienters inställning till sjukhusmaten visar att de oftast är positivt inställda och tycker att maten smakar gott (17,18). De som hade längre vårdtid var de som var mest negativt inställda till menyn och sjukhusmaten. Det var också de som hade sämst aptit och åt minst av den serverade maten. Det framkom även synpunkter kring tidpunkter då maten

serverades; att det mellan vissa måltider var täta intervall då patienterna inte hann bli hungriga. Flertal patienter uppgav att de var hungriga delar av dygnet då det serverades få måltider, t.ex. på kvällen. Man såg att med en meny där patienterna har möjlighet att välja maträtt samt att kunna påverka portionsstorlek, är patienterna mer nöjda (19). Studier visar att det är vanligt att patienter inte äter upp den mat som de serverats på sjukhus och då inte täcker sitt rekommenderade behov av energi och näring (20,21). Nutrition Day; en multinationell punktprevalens studie som undersökte nutritionsstatus, risk för sjukdom och död samt matintag under sjukhusvistelse, rapporterar att knappt hälften av patienterna åt upp en hel portion. Man fann ett tydligt samband mellan minskat intag av mat och dödlighet (22). I en holländsk studie undersökte man sjukhusmatens innehåll och hur mycket av maten som slängdes. En jämförelse hur mycket patienterna åt upp jämfört med deras energibehov genomfördes i samma studie på en liten grupp av 42 patienter. Maten som serverades innehöll tillräckligt med energi och protein men man såg att de flesta patienterna inte åt upp en komplett måltid (23). De patienter som var mest sjuka var också de som åt sämst. Patienter som är i riskzon för undernäring har ofta olika ätproblem i varierande grad såsom nedsatt aptit, tidig mättnad, sväljproblem, muntorrhet, smakförändringar, illamående och kräkningar (24,25).

Trots potentiellt goda effekter av nutritionsbehandling fortsätter undernäring vara ett problem på sjukhus. Brister i rutiner, ansvarsfördelning och kunskaper leder till att nutritionsstatus ofta försämras under sjukhusvistelse och leder till längre vårdtider (26,27). Enligt en studie från Storbritannien nyttjar undernärda patienter betydligt större vårdresurser än välnärda patienter (28,29). Undernärda patienters sjukdomsvistelse ökar i genomsnitt med 3,4 dagar. En besparingspotential i sjukvården på 0,5-1 miljard kronor per år, uppskattades från Socialstyrelsen (1). Således är upptäckten och behandlingen av undernäring av stor betydelse.

Risk för undernäring/undernäring

För att på ett tidigt stadium identifiera patienter som är i risk för undernäring bör en nutritionsscreening göras på alla patienter. Detta ska göras inom ett dygn efter inskrivning genom en samlad bedömning av olika data.

1. Ofrivillig viktnedgång oavsett tidsomfattning och tidsförlopp
2. Ätsvårigheter – t.ex. aptitlöshet, tugg- och sväljsvårigheter
3. BMI (vikt i kg/längd x längd i m)
patienter under 70 år BMI mindre än 20 kg/m²
Patienter över 70 år BMI mindre än 22 kg/m²

Risk för undernäring föreligger om patienten har en eller flera av dessa riskfaktorer, men det behöver inte betyda att patienten är undernärdd. Syftet med att riskbedöma för undernäring är att på ett enkelt sätt identifiera patienter som behöver ytterligare bedömning och nutritionsbehandling, för att förebygga försämrat nutritionsstatus vilket leder till undernäring (30).

Definition av undernäring

Enligt expertgrupp inom ESPEN – The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism, definieras undernäring i två alternativ (31)

1. BMI <18,5 kg/m² enligt WHO's definition

2. Ofrivillig viktförlust >10% oavsett tidsförlopp, >5% senaste tre månader i kombination av något av följande
BMI <20 kg/m²<70 år
BMI <22 kg/m²≥70 år
FFMI (fat free mass index) <15kg/ m² för kvinnor och <17 kg/m² för män

SWESPEN och Socialstyrelsen 2011 har definierat undernäring enligt; 10 % viktförlust tillsammans med något av följande; BMI <19 kg/m²<70 år och <21 kg/m²≥70 år, nedsatt FFMI (fettfrimasseindex), FMI (fettmasseindex), gånghastighet < 1m/s eller nedsatt handgreppsstyrka (2).

Grundkost på sjukhus i Sverige

På sjukhus serveras tre grundkost: **NNR-kost** (Nordiska näringsrekommendationer) som är avsedd för friska personer och personer med sjukdomar som inte påverkar näringstillstånd eller kräver särskild kostbehandling. **A-kost** (Allmän kost för sjuka) är en grundkost för de flesta patienter när aptit eller förmåga till fysisk aktivitet påverkas av sjukdomen. Den har ett förhöjt protein- och fettinnehåll jämfört med NNR-kosten. A-kosten utformas så att näringsbehovet ryms i en mindre mängd mat än i NNR-kosten. **E-kost** (energi- och proteinrik kost) är till patienter som bedöms undernärda eller i riskzon att utveckla undernäring i kombination av nedsatt aptit eller andra ätsvårigheter. E-kost rekommenderas till de patienter som inte bedöms täcka sitt energi- och näringsbehov med A-kost. Den har ett förhöjt protein och fettinnehåll. Livsmedelsvalet stämmer i stort sett överens med A-kost men då portionsstorleken är betydligt mindre. Då en portion E-kost motsvarar ungefär halva eller två tredjedelar av volymen i A-kost, kräver detta att olika berikningsmedel tillsätts för att uppnå full energi och näringsnivå. Huvudsakligen arbetar sjukvården med varmmatsproduktion. Maten tillagas i ett storkök och distribueras sedan till respektive avdelning i kantin eller på färdigdukad bricka (2).

Måltidsundersökning på Kungälvssjukhus

Mot denna teoretiska bakgrund och med statistik om sjunkande antal beställda E-kost portioner på Kungälvssjukhus genomfördes en Måltidsundersökning 2013. Maten som tillagas i produktionskök på Kungälvssjukhus distribueras till respektive avdelning i kantin. Avdelningspersonal serverar maten till patienterna. Frågeställningen var om man genom att införa E-kost som standardkost till lunch och middag på sjukhus kan uppnå att patienterna i högre grad äter upp sina portioner och om man ser ett minskat matsvinn?

Måltidsundersökningen genomfördes vardagar under fyra veckor på fyra vårdavdelningar. Testavdelningarna, en medicinavdelning och en kirurgavdelning, serverade E-kost till lunch och middag till samtliga patienter. Undantaget var om det medicinska tillståndet eller patientens uttryckliga önskemål medförde annan specificerad kost. Referensavdelningarna, en medicinavdelning och en kirurgavdelning, serverade lunch och middag enligt normal rutin där A-kost var normen. Undantaget var om det medicinska tillståndet eller patientens uttryckliga önskemål medförde annan specificerad kost. På samtliga avdelningar standardiserades portionsstorlek med hjälp av portioneringsguide och redskap såsom slevar och vågar. Data som samlades in var patientenkäter, matsvinn (mätt i kg och antal portioner) samt synpunkter från avdelnings- och kökspersonal efter studien. På E-kostavdelningar (testavdelningar) åt ca 60 % på kirurgavdelning och över 75 % på medicinavdelning upp en hel näringsberäknad portion. Motsvarande siffror för referensavdelningarna som serverade A-kost åt endast en knapp fjärdedel på kirurgavdelning och mindre än hälften på medicinavdelning upp en hel

näringsberäknad portion. Slutsatsen var då att patienter som serverades E-kost i högre grad får i sig tillräckligt med energi- och näringsämnen och att matsvinn minskar. I samband med måltidsundersökningen framkom det en del negativa åsikter om E-kostens portionsstorlek, utseende och till viss del smak. Efter de resultat som framgick i denna undersökning bildades en arbetsgrupp med uppdrag från sjukhusledningen att utveckla och förbättra patientmåltiden och i ett första steg arbeta om E-kostens receptur. Som ett led i detta arbete utfördes en ny mätning 2015 under en vecka med samma frågeställningar och på samma avdelningar som 2013 (32).

Omarbetning av E-kost

Det framkom synpunkter på E-kostens utseende, portionsstorlek och smak från såväl patienter som personal från avdelning och kök via måltidsundersökningen. Enligt beslut och stöd via sjukhusledningen påbörjades ett arbete med mål om ökad beställning av E-kost, men då med en förbättrad och utvecklad E-kost.

E-kosten utgår från A-kostens meny, halverad portionsstorlek med berikning av flytande margarin och Resource proteinpulver i grytor och varma såser mm. Kritiken som framfördes var att den berikade såsen inte smakade så gott, att den ändrade färg och konsistens. Det framkom även att portionsstorlek ibland var för liten. En recepturförändring genomfördes maj 2014.

E-kost enligt ”gamla receptur”	E-kost efter förändrad receptur
Huvudkomponent (kött, fisk mm) 50 % av A-kost	Kött/kötträtter 75 % av A-kost, Fisk/fiskrätter 100 %
Dessert, ”enkla” kräm, konserverad frukt, chokladbit	Ny dessertmeny – glassbägare, hembakad kaka, fruktsallad med mezeyoghurt, bärpaj, pannacotta mm
Berikning 17.5 g/portion, flytande margarin + Resource protein (6 g proteinpulver)	Berikning 8 g/portion, flytande margarin + Resource protein (2,5 g proteinpulver). I sås 5 g flytande margarin

Uppföljande måltidsundersökning 2015

Vid uppföljande måltidsundersökning 2015 åt patienterna på avdelningen som enbart serverade E-kost upp hela sin portion i ca 62 % av måltiderna enligt enkätsvaren. Motsvarande siffra för referensavdelning kirurgi var 40 %. På E-kostavdelning respektive referensavdelning medicin åt 69 % respektive 62 % upp sin mat. Medicinavdelningarna följde dock inte studieupplägget och har i mycket begränsad del serverad E-kost (29 % på E-kostavdelning). Det framgick tydligt att färre patienter som ätit E-kost 2015 angav att de inte tyckte om maten, jämfört med 2013. Detta oavsett om man tittar på samtliga patienter, män, kvinnor, kirurgavdelning eller medicinavdelning. Fler patienter som åt E-kost åt upp hel portion jämfört med A-kost och färre angav att de inte tyckte om maten som anledning att de ej ätit upp hel portion jämfört med 2013. Via fokusgruppsintervjuer med avdelningspersonal bekräftas att E-kosten klart förbättrats efter recepturförändring. Detta framkom tydligast på den kirurgavdelning som har E-kost som ”standard” (33).

Sensorik

I måltidsundersökningen framkom att många patienter önskade och orkade äta upp en mindre portionsstorlek. En mindre och berikad portion tillsammans med mellanmål har visat öka intaget av energi och protein hos patienter i risk för undernäring i flera studier (12,13,14,15). För en del patienter passar den traditionella portionsstorleken (A-kost) bättre för att de skall uppleva en god mättnad och måltidssituation. På sjukhus finns en variation av olika patientkategorier med en mängd olika diagnoser och olika anledningar till att man behöver vara inlagd på vårdavdelning. Måltidens uppbyggnad och sensorik med utseende, doft, konsistens och smak har stor betydelse. I samband med sjukdom påverkas denna upplevelse av maten sannolikt extra mycket. Sorensen et al. har studerat detta och delat in patienters ätande i tre kategorier: **Pleasure** -de vars sjukdom inte påverkar deras aptit i någon större omfattning, **Comfort** -de som föredrar livsmedel som kan motverka muntorrhet, mättande på ett bekvämt sätt, snälla för magen, uppfriskande och som maskerar dålig smak i munnen, och **Survival**- de som i hög grad har nutritionsproblem som påverkar deras aptit och enbart äter för sin överlevnad. En ny syn på patientmåltiden med menyer som bygger på de tre kategorierna *pleasure*, *comfort* och *survival* är ett alternativ till dagens system för att främja att patienter äter upp sin måltid och kan leda till minskad undernäring och minskat matsvinn (34).

Food choice	↑	Examples of existing foods to promote intake	Elaborate and garnished meals with varied side-dishes	Soup, Porridge, Yoghurt, Fresh fruit, Ice lolly, Cola, Traditional dishes	Oral nutritional supplements, Beverages, Yoghurt
	↑	Food sensory needs	Appearance, Aroma, Taste, Variety	Refreshing, Thirst quenching, Gastrointestinal comfort, Pleasantly satiating, Familiar	Texture & consistency, Easy to eat, Simple
	↑	Food sensory perception and eating ability	Mild eating symptoms (e.g., lack of appetite, early satiety)	Desired positive post-ingestive response, Desire to return to eating normally	Severe eating symptoms (e.g., anorexia, dyspepsia, nausea, emesis, xerostomia, dysgeusia, dysphagia)
			Pleasure	Comfort	Survival
			Motivation to eat		

Figur 1. Modell över matens sensoriska kvalitet för respektive motivationskategori. Sorensen et al. 2013

Efter måltidsundersökningen och uppföljningen väcktes frågan om man utöver att fokusera på portionsstorlek även bör skraddarsy patientmenyn utifrån hur påverkade patienterna är av sin sjukdom. Är de standardiserade menyerna på väg ut och de individuellt anpassade som tar hänsyn till sjukdomsbild in? Passar samma maträtt till alla patienter oavsett diagnos och sjukdomstillstånd eller kan vi skraddarsy det utbud vi erbjuder patienter? För att på bästa sätt undersöka detta önskade vi involvera patienter som är inlagda och hänvisade till sjukhusmaten att tycka till genom intervjuer.

Syfte

Syftet var att undersöka om sjukdomsgrad påverkar preferens av maträtter enligt konceptet *pleasure, comfort* och *survival*, samt att undersöka patienters förmåga att äta upp serverad mängd mat och deras åsikt kring sjukhusmat och mellanmål.

Hypotes

Portionsstorlek samt vilken typ av maträtt man önskar och har förmåga att äta är kopplat till sjukdomstillstånd.

Frågeställning

1. Hur påverkar sjukdomsgrad preferens av maträtter enligt konceptet *pleasure, comfort* och *survival*?
2. Har patienterna förmåga att äta upp serverad mängd mat?
3. Blir patienterna erbjudna aptitretare eller mellanmål och vad tycker patienterna om dem?
4. Vad har patienter som är inneliggande på vårdavdelning för synpunkter och erfarenheter av sjukhusmat?

Metod

Studiens design

Studien genomfördes på Kungälvssjukhus och utfördes genom patientintervju om sjukhusmat med semistrukturerade frågor på somatisk vårdavdelning under perioden oktober 2015 till februari 2016. Frågorna fanns nedtecknade i en intervjuguide som användes som stöd under intervjuerna (bilaga 1). Dietist ansvarade för och genomförde patientintervjuerna samt sammanställning av data.

Etiska aspekter

Under förberedelsen till denna uppsats har förfrågan om Kungälvssjukhus medverkan gått till chefsläkare, verksamhetschefer och vårdenhetschefer. Undersökningen följer forskningsetiska krav enligt Codex, 2013;

Informationskravet innebär att forskaren är skyldig att informera patienter som är tänkbara deltagare om studiens syfte, deras uppgift under studien och om vilka villkor som gäller för deras deltagande. Patienterna ska upplysas om att deras deltagande är frivilligt samt att de har möjlighet att avbryta sin medverkan. Detta görs genom muntlig och skriftlig information i form av en forskningspersoninformation.

Samtyckeskravet innebär att forskaren ska inhämta samtycke från patienterna i studien. Inga data får samlas in från patienter utan att samtycke medgivits. Den som deltar i studien har rätt att avbryta deltagande när som helst utan negativa följder.

Konfidentialitetskravet innebär att personuppgifter ska förvaras på ett sådant sätt att obehöriga inte kan ta del av dem och att en enskild person inte kan identifieras av utomstående. Deltagarna i min studie har informerats om detta i forskningspersoninformationen. All insamlad data redovisas i resultat på ett sådant sätt att enskilda patienter inte kan identifieras.

Nyttjandekravet innebär att insamlad data om enskilda patienter endast får användas i forskningsändamål. Som deltagare i en studie bör man få återge resultat av undersökningen på egen begäran. Deltagare i denna studie tillfrågades i samband med intervjun om de vill ta del av rapporten.

Risk/nyttoanalys. Det finns inga risker för patienterna att delta i denna studie. Eventuellt kan det väcka en del känslor att prata om sin sjukhusvistelse och upplevelser kring måltidssituationer, men det kan också upplevas positivt att få dela med sig av sina erfarenheter och åsikter.

Material

För att fånga en bredd av patienter genomfördes intervjuer inklusive insamling av bakgrundsdata på samtliga av Kungälvssjukhus somatiska avdelningar, vilket omfattar två geriatrik, två medicin, en akutvårdsavdelning AVA (medicin och kirurgi) en kirurgi och en ortopedisk avdelning. Detta speglar patienter inom somatisk vård på ett medelstort akutsjukhus. Målsättning var fyra patienter per avdelning, totalt 28 patientintervjuer. Ansvarig sjuksköterska på avdelning tillfrågades om lämpliga patienter att inkludera i studien, där två av patienterna skulle vara påverkade av sjukdom med avvikande blodprover (lågt

albumin, högt CRP och nedsatt aptit) och två patienter som inte var så påverkade av sjukdom (ej så avvikande blodprover och ej nedsatt aptit). Patienterna tillfrågades om deltagande i studien under sin vårdtid och försågs med muntlig och skriftlig information. Samtyckeskravet bifogades forskningspersoninformationen och skrevs under vid intervjutillfället (bilaga 2). Totalt tillfrågades 30 patienter att delta i studien.

Inklusionskriterier till patientintervjudelen

- Patienten ska kunna tala och förstå svenska
- Patienten ska vara helt orienterad till person, tid och rum
- Patienten ska vara inläggad på sjukhus i minimum två dygn

Bakgrundsdata: ålder, kön, riskbedömning för undernäring (längd, vikt, BMI, viktnedgång, aptitförändring), huvuddiagnos, inskrivningsorsak, CRP, albumin och vårdtid via patientjournal. Sjukdomsgrad utgår från albuminnivå och CRP med tillägg av risk för undernäring och oförmåga att äta upp serverad mat på sjukhus.

Maträtter enligt *pleasure*, *comfort* och *survival*

Grunden till intervjuerna har varit bilder på maträtter inklusive dessert enligt konceptet *pleasure*, *comfort* och *survival*. Tillsammans med sektionschef och kock inom Regionservice Område Måltider Kungälv, planerades dessa menyer och därefter tillagades de i kök på Kungälv's sjukhus och fotograferades av vår informatör. Menyerna bygger på fiskrätter samt kycklingrätter, för att visa på olika alternativ till huvudråvara och undvika bortfall för patienter som inte äter av viss råvara. Menyerna konstruerades för att visuellt illustrera konceptet *pleasure*, *comfort* och *survival*, men de var inte näringsberäknade. Patienterna tillfrågades vilken av maträtterna de skulle välja som de mår idag utifrån bilderna med *pleasure*, *comfort* och *survival* med fisk- och kycklingrätter. Vid intervjutillfället visades varje maträtt som en enskild bild för patienterna (bilaga 3-8). De tittade på alla tre; *pleasure*, *comfort* och *survival* innan de gjorde sitt val av maträtt. De ombads motivera sitt val av maträtt.

Bild 1 Fiskrätter



Bild 2 Kycklingrätter

Pleasure

Comfort

Survival



Datainsamling

Insamling av data med enskilda intervjuer med semistrukturerade frågor som spelades in på band (n25) för att sedan skrivas ner. Tre patienter är inte inspelade på band, utan enbart nedskrivna i samband med intervjutillfället av författaren. Två patienter ville inte bli inspelade men deltog gärna i studien och en person talade väldigt tyst så det var således svårt att tyda inspelningen. I de fall där riskbedömning för undernäring inte var dokumenterad i patientjournal av vårdpersonal, tillfrågades patienterna i samband med intervjun om ofrivillig viktnedgång och/eller nedsatt aptit. Patienterna tillfrågades också om de kunnat äta upp av den mat som de serverats på sjukhuset, om de blivit serverade aptitretare eller mellanmål och om de hade övriga synpunkter eller tankar om sjukhusmaten. Både kvantitativa och kvalitativa analyser genomfördes.

Statistisk bearbetning

Resultat redovisas på grupp nivå och presenteras som medel- och medianvärden. Fishers exakta test användes för att undersöka om det fanns samband mellan patienters val av maträtter utifrån albuminnivå, CRP, vårdtid, risk för undernäring och om de ätit upp serverad mat eller ej på sjukhuset. Resultat redovisas i tabeller och text. Analyser har gjorts med beskrivande statistik med hjälp av SPSS och Excel. $P=0,05$ ansågs som signifikant.

Kvalitativ analys

Den kvalitativa analysen började vid nedskrivning av de inspelade intervjuerna. Den nedskrivna texten avpersonifierades och gavs en kod. Analysen av texten gjordes genom en kvalitativ innehållsanalys. Texten från intervjuerna lästes flera gånger för att skapa en känsla för innehållet. När texten lästes flera gånger plockades meningar eller fraser ut, som har betydelse för syftet. Dessa kallas för meningsbärande enheter. Tolkningarna jämfördes och grupperades för att sedan delas in i tema och subteman. Karakteristiska citat från patienterna lyftes fram (35).

Resultat

Totalt intervjuades 13 kvinnor och 15 män. Endast två patienter tackade nej att delta och står för bortfallet. Det var en äldre kvinna som var mycket trött och hade nedsatt hörsel och en äldre man som inte ville delta. Ålder, vikt, längd, BMI, albumin, CRP och vårdtid presenteras totalt för studien i tabell 1 samt fördelat per avdelning i tabell 2. Det var endast tre patienter som hade ett albuminvärde inom referensvärde (41-70 år:36-45 g/L, >71 år 34-45 g/L) medan resterande 25 patienter hade albuminvärden som låg under referensvärde. Fem patienter hade CRP inom referensvärde (< 5 mg/L) och resterande 23 patienter hade förhöjt CRP värde. De flesta av patienterna hade normalt BMI men fem patienter hade ett BMI <20 kg/m² och sex patienter BMI >30 kg/m². Hälften av patienterna uttryckte nedsatt aptit (14 av 28) och nästan lika stor andel (13 av 28) hade ofrivillig viktnedgång. Huvuddiagnos var av varierande slag. Som exempel kan nämnas cancer, infektion, diabetes, KOL och obstipation. Vad gäller inskrivningsorsak var även det varierande men där dyspné stod för 18 % (fem patienter) och infektion 10 % (tre patienter). Övriga orsaker till inskrivning på sjukhus i studien var buksmärta, nedsatt allmäntillstånd. Vårdtid varierade mellan tre till 49 dygn.

Tabell 1. Deskriptiva data

Variabel	n	Median	Mean	SD
kvinnor	13			
män	15			
ålder (år)	28	77	76	10.1
vikt (kg)	28	73.7	77.3	27.8
längd (cm)	28	169	171	9.9
BMI (kg/ m ²)	28	24.3	26.5	8.3
albumin (g/L)	28	26	27	5.9
CRP (mg/L)	28	34.5	66.3	73
vårdtid (dgr)	28	14.5	19.4	13.8

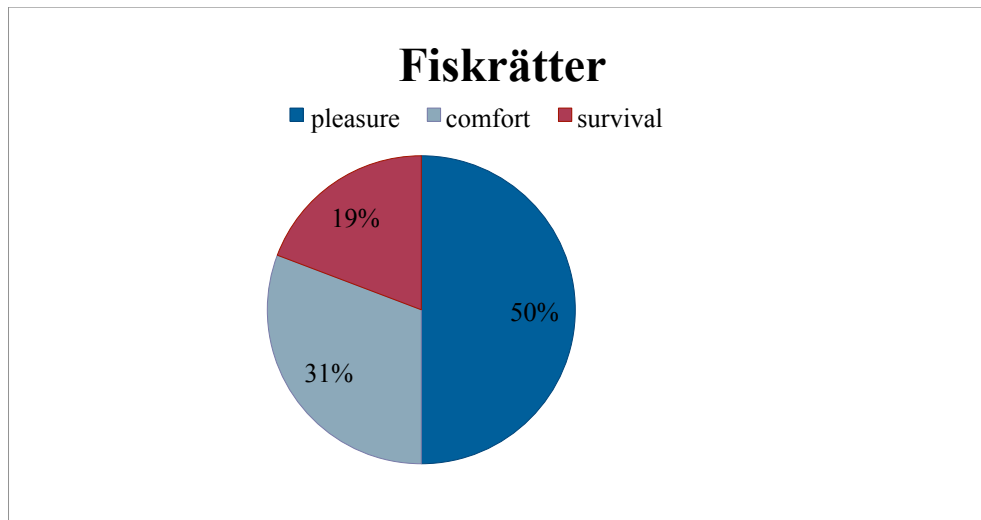
Tabell 2. Deskriptiv data fördelat per avdelning

Avd.	Kön K/M	Ålder (md)	Vikt (md)	Längd (md)	BMI (md)	Albumin (md)	CRP (md)	Vårdtid (md)
1 st. Kirurg	2/2	66	60	173	23	23	51	10
1 st. Ortoped	1/3	70	73	173	25	26	99	16
2 st. Medicin	3/5	70	78	174	25	30	35	23
1 st. AVA M*	0/2	73	95	164	30	27	86	8
1 st. AVA K*	2/0	87	80	174	30	31	114	31
2 st. Geriatrik	5/3	71	72	171	24	28	11	18.5
Totalt	13/15	77	74	169	24	26	35	14.5

AVA M* står för Akutvårdsavdelning Medicin och AVA K* för Akutvårdsavdelning Kirurgi

Vald maträtt

Vid bilderna på fiskrätter var det flest som valde *pleasure*, 13 patienter. *Comfort* valdes av åtta patienter och *survival* valdes av fem patienter. Två patienter gjorde inget val på fiskrätterna, den ena kunde inte välja utan skulle vilja ha alla tre rätterna ”*då jag älskar fisk*”, den andra patienten som inte kunde välja åt ej fisk.



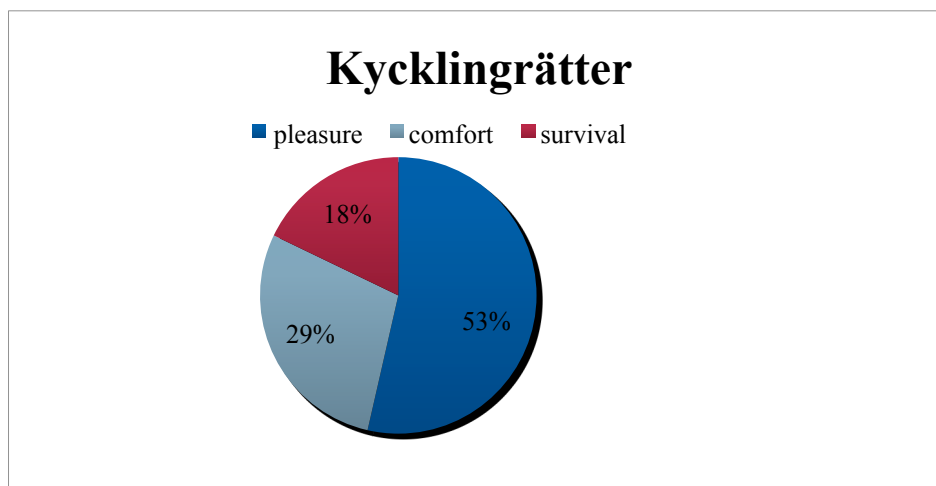
Figur 2. Fördelningen av patienters val av fiskrätter

Patienterna ombads motivera sitt val av maträtt och inom de tre olika kategorierna: *pleasure*, *comfort* och *survival* var det olika teman som återkom, dessa nämns i tabell 3 och tabell 4. Kännetecknande för de som valde *pleasure* på fiskrätten var att det påminde patienten om den mat de brukar äta hemma och som såg bekant ut. Flera påpekade även att de tyckte mycket om stekt fisk. Patienterna som valde *comfort* motiverade med att det var en lagom portionsstorlek och mer lockande med potatismos än kokt potatis. Liknande kommentarer från patienterna som valde *survival* angående såväl portionsstorlek som att det såg ”lättätet ut”.

Tabell 3. Sammanställning av kommentarer till vald fiskrätt

Maträtt	Pleasure	Comfort	Survival	Inget val
Fisk	– ser gott och aptitligt ut – bekant, liknar det jag äter hemma – gillar stekt fisk	– tycker om potatismos – gillar kokt fisk – lagom portions stl.	– bra sammansättning – lagom portion – ser lockande och god ut	– älskar fisk – kan välja alla

Vid bilderna på kycklingrätter var det också flest som valde *pleasure*, 15 patienter. *Comfort* valdes av sex patienter och *survival* valdes av fem patienter. Två patienter gjorde inget val av kyckling, då de ej tyckte om kyckling och skulle haft svårt att äta av samtliga förslag.



Figur 3. Fördelningen av patienternas val av kycklingrätter

Att det ser bekant ut och påminde om hur patienterna brukade äta hemma, var kännetecknande även för kycklingrätter vid val av *pleasure*. Flera påpekade att det var en färgrik tallrik som såg god och lockande ut. Patienterna som valde *comfort* motiverade med att ”*som jag mår idag känns inte stekt mat så lockande*”. Flera påpekade att det var positivt för dem att den inte såg så stark ut och att den var ljus och fräsch i färgen. Liksom vid fiskrätten motiverade flera patienter med att de gjorde valet för att de föredrog potatismos. För de patienter som valde *survival* var det viktigt att det var en lagom portion som såg lätt ut att svälja. En patient uttryckte att ”*soppan(survival) ser god ut och även kycklinggrytan (comfort) men den stekta kycklingen (pleasure) ser svår ut att äta*”.

Tabell 4. Sammanställning av kommentarer till vald kycklingrätt

Maträtt	Pleasure	Comfort	Survival	Inget val
Kyckling	<ul style="list-style-type: none"> – påminner om det vi brukar äta hemma – ser aptitligast ut – mycket färg gör att det ser gott ut – gillar stekt kyckling 	<ul style="list-style-type: none"> – potatismos är gott – det ser inte starkt ut – fräsch, ljus i färgen – stekt mat känns inte lockande som jag mår nu 	<ul style="list-style-type: none"> – bra sammansättning – lagom portion – lätt att svälja, viktigt som jag mår nu – ser lätt ut att äta – ser godast ut 	<ul style="list-style-type: none"> – ingen av kycklingen, svårt att äta oavsett alternativ – inte populärt med kyckling

Vald maträtt i jämförelse med albuminnivå

Inget signifikant samband fanns mellan de patienter med lågt albumin (under md) jämfört med de med högt albumin (över md) och vald fiskrätt. Valet av *pleasure* och *comfort* var lika mellan grupperna. Det var dock klart fler med lågt albumin som valde *survival*, se tabell 5.

Tabell 5. Korstabell Albuminnivå och vald fiskrätt

Albuminnivå	Pleasure	Comfort	Survival	Total	P-värde
Under md	6	4	4	14	0,509
Över md	7	4	1	12	
Total	13	8	5	26	

Fishers exakta test

Ett samband fanns mellan de patienterna med lågt albumin (under md) och de med högt albumin (över md) och vald kycklingrätt, dock ej signifikant ($p=0,057$). Det var dubbelt så många från gruppen med högre albumin som valde *pleasure* och klart fler från gruppen med lågt albumin som valde *comfort* och *survival*, se tabell 6.

Tabell 6. Korstabell Albuminnivå och vald kycklingrätt

Albuminnivå	Pleasure	Comfort	Survival	Total	P-värde
Under md	5	5	4	14	0,057
Över md	10	1	1	12	
Total	15	6	5	26	

Fishers exakta test

Inget signifikant samband fanns mellan patienternas CRP-nivåer och valda maträtter. Det var dock klart fler med lägre värden (under md) som valde *pleasure* medan fler med högre CRP (över md) valde *comfort* och *survival*, se tabell 7 och tabell 8.

Tabell 7. Korstabell CRP och vald fiskrätt

CRP	Pleasure	Comfort	Survival	Total	P-värde
Under md	9	3	1	13	0,151
Över md	4	5	4	13	
Total	13	8	5	26	

Fishers exakta test

Tabell 8. Korstabell CRP och vald kycklingrätt

CRP	Pleasure	Comfort	Survival	Total	P-värde
Under md	10	2	2	14	0,369
Över md	5	4	3	12	
Total	15	6	5	26	

Fishers exakta test

Vald maträtt i jämförelse med risk för undernäring

Det var klart flest av patienterna som inte gått ner i vikt eller var aptitlösa som valde *pleasure*. För *comfort* och *survival* var det ganska jämt fördelat så inget signifikant samband för varken fiskrätter ($p=0,484$) eller kycklingrätter ($p=0,856$). Om man lägger till parameter lågt albumin tillsammans med viktnedgång och aptitlöshet fanns ett samband med valda fiskrätter, dock ej signifikant ($p=0,062$) men inget samband för valda kycklingrätter för samma grupp ($p=0,668$). Det fanns ett signifikant samband för de patienter som uppgav aptitlöshet och vald

kycklingrätt ($p=0,034$) och även ett samband med vald fiskrätt men inte signifikant ($p=0,074$)

Vald maträtt i jämförelse med längd på vårdtid

Det fanns inget samband hur patienterna valde maträtter utifrån deras vårdtid och heller inget samband med när under vårdtiden de blev intervjuade.

Portionsstorlek - Har du kunnat äta upp den mat som serverats på sjukhuset?

Det var endast elva av 28 patienter som svarade att de ätit upp den mat som de serverats på sjukhuset. Vidare undersöktes om det fanns ett samband mellan vald maträtt för de patienter som svarade att de ätit upp den mat de serverats, jämfört med de som svarade att de inte kunnat äta upp. Det fanns ett signifikant samband mellan dessa grupper för såväl vald fiskrätt som kycklingrätt. Det var ytterst få i gruppen som angav att de ätit upp den serverade maten som valde *comfort* och *survival* medan de i större utsträckning valde *pleasure* i jämförelse med gruppen som inte ätit upp maten, se tabell 9 och tabell 10.

Tabell 9. Korstabell Ätit upp serverad mat och vald fiskrätt

Ätit upp serverad mat	Pleasure	Comfort	Survival	Total	P-värde
Ja	8	2	0	10	0,035*
Nej	5	6	5	16	
Total	13	8	5	26	

Fishers exakta test

Tabell 10. Korstabell Ätit upp serverad mat och vald kycklingrätt

Ätit upp serverad mat	Pleasure	Comfort	Survival	Total	P-värde
Ja	9	0	2	11	0,036*
Nej	6	6	3	15	
Total	15	6	5	26	

Fishers exakta test

Inget samband fanns mellan vilken dag under sin vårdtid de blev intervjuade och om de kunnat äta upp maten eller inte. Nio patienter blev intervjuade dag tio eller senare och bland dessa var det jämnt fördelat med fyra som ätit upp och fem som inte ätit upp.

Det var klart större andel av männen (53 %) som angav att de åt upp den serverade maten på avdelningen i jämförelse med kvinnorna (15 %), dock inget signifikant samband ($p=0,055$).

Av de elva patienter som uppgav att de kunnat äta upp den serverade maten bad fyra om halv portion alternativt tvingade i sig maten för att de visste att det var nödvändigt medan resterande åt upp av maten med god aptit. Alla förutom en patient uppgav att de blivit mätta av maten de serverats.

”det har gått bättre denna gång än förra men jag är inte så väldigt matfrisk. En gång kunde jag äta upp. De lägger upp för stora portioner med det är inte bara det, kroppen säger ifrån att den inte vill ha mer mat”

”ja men inte idag. Jag har bett om halv portion och då har det gått bra men idag hade de redan lagt upp hel portion och då gick det inte. Inte roligt att slänga”

Av de 17 patienter som uppgav att de inte kunnat äta upp den serverade maten var det elva patienter som angav att det berodde på att portionen var för stor, tre patienter att de inte tyckte om maten och tre patienter som var för påverkade av sin sjukdom.

”Den som lagt upp den här portionen skulle jag ha strypt, både kyckling och fiskrätten (patienten pekar på pleasure). Portionsstorleken alldeles för mycket, tar upp hela tallriken så jag tappar aptiten redan innan jag börjar äta. Så säger de att du får äta så mycket du orkar men jag kan inte äta då, utan då kan ni ta ut det på en gång. Lägg upp mindre så kan jag be om mer och då känner jag att jag har vunnit en seger om jag äter upp allt. Vill ha mer luft på tallriken. Hel frukt efteråt passar inte alls med skal och skit, lättare variant av dessert är bättre”

nej, jag kan ta några tuggor och känna att maten är god men sen tar det stopp”

Det var ingen samstämmighet mellan att de patienter som inte kunde äta upp den serverade maten också uppgav att de var aptitlösa. Av de 17 som inte ätit upp var det nio patienter (53 %) som uppgav aptitlöshet och av de elva som ätit upp uppgav fem aptitlöshet (45 %).

Har du serverats aptitretare eller mellanmål?

Åtta av patienterna hade blivit serverade aptitretare och av dessa var alla utom en mycket positiva. 20 patienter hade inte blivit serverad aptitretare men sex av dessa hade serverats kosttillägg. Hälften av patienterna som inte serverats aptitretare uttryckte att de gärna skulle velat ha det *”oj vad det ser gott ut, som en tapas!”*. Resterande tio patienter uttryckte att de inte önskat något mellan huvudmåltiderna utan att de åt tillräckligt ofta.

Citat från patienter som blivit serverade aptitretare;

”blev överraskad, så himla god och lagom munsbit”

”jättefina, grymma är dom, kittlar verkligen aptiten”

”helt fantastiska, man blir glad av dem”

”de är så jättegoda, go som en liten tugga till”

Bild 3. Aptitretare



Har du övriga tankar/synpunkter om sjukhusmaten?

Vid analys av patientintervjuerna framkom tre teman och fem subteman vilka presenteras i tabell 11. Sedan följer redovisningen av tema med underliggande subtema i text och illustreras med citat från intervjuerna.

Tabell 11. Subtema och tema över patienters synpunkter och tankar om sjukhusmaten

Subtema	Tema
Positiva kommentarer	Åsikter om maten/menyn
Negativa kommentarer	
Positiva kommentarer	Åsikter om mötet med avd. personal vid servering och möjlighet att välja
Negativa kommentarer	
Svårighet att äta/tankar om maten	Nedsatt aptit/påverkad av sjukdom

Åsikter om maten/menyn

Många patienter framförde åsikter om själva maten, där de flesta var mycket positiva men några framförde också negativ kritik om kryddning och liknande.

Positiva kommentarer:

"Tacksam att vi fick behålla köket här. Maten är fantastisk!"

"Helt suverän mat! Det kan jag säga dig att det är känt att Kungälv's sjukhus har bra mat. Desserterna är underbara"

"Väldigt bra mat här. Ofta potatismos och det är jättegott, har sällan ätit så gott potatismos! De behandlar maten bra"

"Jag har aldrig legat på sjukhus förut, så jag trodde inte att det skulle vara så bra. Man har ju hört så mycket snack om maten men jag är glatt överraskad att den var så bra"

"Det är bra mat! Jag har legat på XX sjukhuset och där var det mer som en fabrik, kommer in en bricka med lock på så får man lyfta för att se vad man får idag. Bättre att få det serverat så här!"

"Det doftar ganska gott och det är välkryddat"

Negativa kommentarer

"Inget fel på maten men den är smaklös, dåligt med kryddor enligt min smak. Mycket färsrätter och rökt skinka. Skinksås ena dagen och skinkgratäng nästa dag och jag är ingen älskare av rökt skinka"

"Det är kryddningen och att viss mat blir för torr. I det stora hela har det varit bra"

"Det mesta är bra men det kunde vara mer kryddor"

Åsikter om mötet med avdelningspersonal vid servering och möjlighet att välja

Det framkom tydligt från många patienter hur viktigt de tycker att det är att få möjlighet att välja maträtt, portionsstorlek och måltidsdryck. Då blir upplevelsen och mötet kring måltiden en helt annan. Det var även flera som påtalade att serveringen och upplägg på tallrik är en viktig del, som påverkar aptit och lust att äta.

Positiva kommentarer:

"Väldigt bra mat här. Bra bemötande på avdelningen, de frågar vad man vill ha att dricka och har olika val"

"Jag har fått gå fram till vagnen och välja vilken mat jag vill ha, vilket kändes jättebra!"

Man får välja vad man vill ha, de är mycket positivt. Förut blev man bara tilldelat en rätt, det var inte lika noga förut. Nu är det restaurangmat, det tror jag alla kan säga annars ljuger dom"

"Bra att bli serverad färdig mat. Lite mat är bäst för mig"

"Det betyder mycket för äldre hur man lägger upp, det är ju det ända de har att se fram emot många gånger"

Negativa kommentarer:

"Önskekost är väldigt bra! En liten extra grej vid serveringen hade gjort det till en helt annan grej. Jag skulle önska inbjudande trevlig anslagstavla med bilder på maten. Bemötande och presentation är viktigt"

"Jag skulle önska att personalen på avdelningen skulle lyssna lite mer. Man har ju två rätter att välja på till lunchen, ibland finns det bara ett alternativ kvar. Jag tycker det känns jättebra att kunna välja, promenerar gärna ut och ser vad det är för mat"

"Flera rätter att välja på. Såg att idag är det bara fiskbullar och det gillar jag inte så då blir det noll-ingenting. Vet att det är svårt men gärna mer att välja på än kött och fisk. För dem som kan kanske det är trevligt att välja från en buffé i dagrummet så att du själv kan välja vad du vill äta"

Nedsatt aptit/påverkad av sjukdom

Några patienter hade åsikter kring maten där återigen de flesta var positiva, men trots att de tyckte maten var god kunde de inte äta som de skulle önskat.

"Det är jättefin mat här, har legat här förut och tycker det är jättebra. Läser ibland sådana som klagar och då vet jag inte vad de äter annars. Mår jag bara bättre så är det inga problem att äta. Synd att inte kunna äta av den fina maten"

"Det är inget fel på maten, det är fel på mig"

"Portionsstorlek, jag kan inte äta så mycket nu när jag mår dåligt. Jag önskar att man fick välja mellan small, medium och large"

"Nu har jag varit så dålig men annars är det ingen mat man blir starkare av. Jag skulle inte kunna boxas eller simma på den"

Diskussion

Sammanfattning av resultatet

Huvudresultat i denna studie är att sjukdomsgrad verkar påverka val av maträtter enligt *pleasure*, *comfort* och *survival*. Det var ett signifikant samband med val av maträtter och patienternas förmåga att äta upp den serverade maten eller ej. Av de patienter som inte ätit upp den serverade maten valde klart flest *comfort* och *survival*. *Pleasure* valdes i större omfattning av de som angett att de ätit upp av den serverade maten. Flertalet av patienterna kunde inte äta upp maten trots att de flesta var positiva till maträtterna och menyn. Patienterna uttryckte att det var viktigt för dem att kunna välja maträtt och portionsstorlek.

Metoddiskussion

Datansamlingen gjordes med intervjuer som genomfördes med semistrukturerade öppna frågor, som fungerade väl. Patienternas positiva inställning att delta, viljan att berätta utförligt och deras öppenhet, styrker trovärdigheten i resultatet. När intervjuerna avslutades fick patienterna även möjlighet att lägga till något ytterligare till det som var sagt. Resultatet innehåller citat från intervjuerna för att ge exempel på hur patienterna uttryckt sig. Genom genomförd litteraturstudie och yrkeserfarenhet fanns en förförståelse hos författaren som inte kan bortses från. Genom att författaren följde en intervjuguide fick alla patienter samma frågor att besvara (35).

Studien genomfördes på samtliga av sjukhusets somatiska vårdavdelningar med målsättning om att fånga en bredd av patientgrupper på ett akutsjukhus. På detta sätt ingick patienter med varierande huvuddiagnoser och inskrivningsorsaker. Detta stärker generaliserbarheten i undersökningen. I den undersökta gruppen var könsfördelningen jämn, det ingick 13 kvinnor och 15 män. En relativt hög ålder med en median på 77 år, som kan jämföras med en medianålder på 72 år för inneliggande patienter på Kungälvssjukhus under 2015. Inklusionskriterier fungerade väl och det var lätt att inkludera deltagare i studien. Möjligen skulle resultatet få en större bredd om även patienter som inte talar svenska inkluderats. Intervjuerna hade då krävt tolk. Det kan innebära begränsningar att använda tolk då en viss tolkning kan ske redan vid översättningen. Urvalet via förslag från ansvarig sjuksköterska kan ha påverkat populationen jämfört med ett slumpvist urval. En svaghet i studien är att materialet är litet, men intressant att det ändå visar ett möjligt samband mellan sjukdomsgrad, nedsatt aptit och valda maträtter. Detta stärks också av patienternas kommentarer i den kvalitativa analysen. De resultat och teman som framkommit i den kvalitativa analysen förstärker de resultat som den kvantitativa analysen visar på.

Inflammation är starkt associerat med ett ökat katabolt tillstånd och samband ses mellan hypoalbuminemi, förhöjt CRP och komplikationer, vårdtid och ökad dödlighet. För att spegla sjukdomsgrad valdes CRP och albumin, som är tillförlitliga utfallsvariabler för inflammation och sjukdomens svårighetsgrad hos patienter inneliggande på sjukhus (31,36,37,38,39).

Resultatdiskussion

För de patienter som har nedsatt aptit och som inte äter upp av serverad mat på sjukhus var det signifikant flest som valde komfort och survival, jämfört med den grupp patienter med god aptit som åt upp den serverade maten och istället föredrog pleasure. Sorensen et al. fann att de patienter som ”tvingade sig att äta” hade klart lägre energi- och proteinintag jämfört med de som ”tyckte om att äta” (24). Detta stärker att mer fokus bör vara på de patienter som tvingar sig och har svårt att äta av maten då de är på sjukhus. Ett intressant fynd var också ett möjligt samband med sjukdomsgrad utifrån albumin, CRP och valda maträtter, dock inte signifikant. Det som kan ha påverkat resultaten i studien är att det var en liten population och med liten variation. Patienterna hade en påverkan med avvikande blodprov gällande både CRP (samtliga förutom fem patienter) och albumin (samtliga förutom två patienter), vilket talar för att studien i princip enbart fångat patienter påverkade av sin sjukdomsgrad.

Sorensen et al visade att genom att vara medveten om och uppmärksamma patienters olika nutritionsproblem ges värdefull information vid val av maträtter. Måltidsrelaterade symtom var enligt Sorensen et al. associerade med matpreferenser såsom att det var familjärt och bekant, mild mat, inte starkt kryddat, lätt att äta. Flertalet av patienter med nedsatt aptit uttryckte att vissa livsmedel och smaker kunde förbättra deras aptit, t.ex. nämnde flera att det var viktigt med naturliga smaker och att de undvek starkt kryddad mat. För de patienter där måltiden var en jobbig process som de bara ville få överstökad, uppskattade de livsmedel och maträtter som lätt ”slinker ner”. Mjuk och flytande mat såsom omelett, potatismos, fisk och soppor upplevdes lättare att svälja än t.ex. kött och bröd som de upplevde växte i munnen. Små måltider som var fint upplagda på tallrik ansågs stimulera aptit och möjlighet att äta. (34). Navarro et al visade att förbättrad presentation av sjukhusmat genom en trevligare uppläggning på tallrik resulterade i ökat matintag och minskat matsvinn. Dessutom minskade återinläggningar på sjukhus (40).

Resultat från intervjuerna i denna studie indikerar liknande upplevelser. Flertal patienter som hade nedsatt aptit och oförmåga att äta upp serverad mat valde maträtter utifrån att det skulle vara lätt att äta och svälja. Motiveringar som ”jag väljer soppa det är lätt att svälja och det är väldigt viktigt som jag mår nu” eller ”som jag mår idag känns inte stekt mat så lockande”, uppgavs av patienter med nedsatt aptit. För de patienter som hade god aptit och förmåga att äta upp maten var det flera som påtalade att de ville ha mat som var bekant och påminde om det de brukade äta hemma. De tyckte också att det var viktigt att det var en färgrik tallrik. Det som lockade dem var att de tyckte maten såg god ut, då fisken och kycklingen var stekt. Grönsaker som rårivna morötter och wokgrönsaker gav färg åt tallrikarna, som de påtalade var av stor vikt när de gjorde sitt val. Enligt Sorensen et al. motiverades patienter med milda eller inga nutritionsproblem av maträtter med ett lockande utseende, aromatisk doft, smaklighet och en större variation samt komplexitet (34).

Det var ett starkare samband mellan valda maträtter vid kycklingalternativen än vid fiskrätterna gällande såväl albuminnivå som de patienter som uppgav att de var aptitlösa. Generellt var det fler patienter som uttryckte att de tyckte mycket om att äta fisk och av de som inte gjorde val av fiskrätter berodde det på att de inte kunde välja utan skulle vilja äta av samtliga rätter. För kyckling däremot var det flera som uttryckte att de inte var så förtjusta i kyckling och hade svårare att göra val. De två som inte valde ville inte äta något av alternativen. Fisk upplevdes som mer lättätet än kyckling och köträtter.

Resultat från intervjuerna visar att flertal patienter har svårt att äta upp hel portion och att många påpekade vikten av liten portionsstorlek, för att ha möjlighet att äta upp den serverade maten. Detta framkom även i den tidigare genomförda Måltidsundersökningen där de som serverades en mindre och berikad portion i högre utsträckning åt upp en hel näringsberäknad portion, jämfört med de som serverades standardportion A-kost (32). Lämpliga val och ett utbud av maträtter som är berikade med energi och protein tillsammans med mellanmål bör finnas på alla sjukhus enligt Stanga et al. (17). Detta tyder på att det inte enbart är huvudrätterna som bör omarbetas. Det är lika viktigt att fokusera på mellanmål, aptitretare och desserter och serverandet av dessa i kombination med huvudrätterna, för att på så sätt erbjuda patienter en näringsmässigt komplett dagsmeny, som de flesta klarar att äta upp. Att erbjuda mat, som man som patient klarar att äta, borde enligt Kondrup vara en rättighet (4). Flertal studier visar på ett ökat energiintag och att patienter lättare täcker sitt energibehov när de serveras mellanmål (11,12,13,14,15). I undersökningen tillfrågades patienterna om de blivit serverade mellanmål eller aptitretare. Tyvärr var det få som serverats något av dessa, men av dem så var de flesta lyriska över att de var goda och viktiga. I en studie av Kondrup et al. fann de att sköterskor inte var medvetna om hur viktigt det var med mellanmål till patienter (41).

Det var klart fler män än kvinnor som uppgav att de ätit upp serverad mat på sjukhuset. I Måltidsundersökningen (32) serverades kvinnor ofta mindre portion av A-kost medan männen i större utsträckning serverades större portion av A-kost. Männen åt upp mer av maten. På medicinavdelningarna kände männen sig mindre mätta än kvinnorna efter måltid. I enlighet med dessa resultat fann Knudsen et al. att kvinnor oftare uppgav tidig mättnad än män (25). De fann även liksom Nordén et al. en skillnad i kön som visade att kvinnor var mer känsliga för lukter och illamående vid måltid och mer problem med diarré än män (42).

Generellt var de flesta patienterna positiva till sjukhusmaten och menyn, även om flertalet inte kunnat äta upp serverad mängd mat. Flera studier på patienters åsikter om sjukhusmat har visat samma resultat (17,18). Det har då funnits ett negativt samband mellan vårdtid och nöjdhet med maten och med minskat energi- och näringsintag vid längre vårdtillfälle (44). I denna studie sågs inget samband med vårdtid eller vilket vårdtyg patienterna blev intervjuade på och deras åsikter kring maten eller förmåga att äta upp serverad mat.

Det framkom väldigt tydligt att patienterna tycker att det är viktigt att få möjlighet att välja maträtt och att detta underlättar att de äter upp den serverade maten. Flera patienter påtalade att det var positivt att få maten serverad via kantinsystem på avdelningen, att kunna gå ut till vagnen och välja maträtt och till viss del portionsstorlek i jämförelse med bricksystem. Hartwell et al. och Messina et al. fann att patienterna var mer nöjda med matens temperatur, smak, textur och inte minst att kunna påverka vissa val med kantinsystem, i jämförelse med bricksystem (43,44).

Vid patientintervjuerna i undersökningen framfördes önskemål om en tydlig och aptitstimulerande meny, gärna med bilder. Messina et al rekommenderar en meny med större bredd, information om innehåll i maten samt information och presentation av maten (44). I en personcentrerad vård vore det optimalt att involvera patienten mer aktivt i sin nutritionsbehandling. Genom en tydlig vägledning om möjlighet till val av måltid och maträtt.

Information som patienten bör få:

- vilka maträtter som serveras till frukost, lunch och middag
- vilka mellanmål kan jag välja på avdelningen
- vilka tidpunkter serveras maten på avdelningen

Trots att det i flertal studier visats att ett nedsatt nutritionstillstånd leder till negativa konsekvenser, som längre vårdtid, fler komplikationer och ökad dödlighet har man ännu inte kommit till rätta med att patienter på sjukhus svälter och utvecklar undernäring. Ett av problemen är att det saknas kunskap om nutrition hos läkare, sjuksköterskor och undersköterskor (27).

Moya et al (45) har sammanfattat nutritionsbehandling utifrån en etisk synvinkel och menar att inom den medicinska vården bör vi:

- vara rättvisa genom att ge varje patient tillgång till livsmedelskvalitet och god nutritionsbehandling.
- respektera patienters självständighet vid beslut tillsammans med dem om fasta eller att ge näring under deras sjukhusvistelse.
- främja patienters förståelse för bättre resultat och snabbare återhämtning genom optimal nutritionsbehandling och inte minst undvika att svälta och undernutriera, vilket skadar patienter och påverkar deras hälsa och läkning.

Detta är i överrensstämmelse med resultat från denna studie. Patienterna uttryckte en önskan att få tydlig information gällande maten som serveras på avdelningen, att få välja maträtt och portionsstorlek. Genom en personcentrerad vård där maten är en del av vården, ökar förutsättningen att patienten erbjuds mat som de äter upp. Detta främjar tillfrisknandet, förhindrar undernäring och ökar välbefinnandet.

I ett framtida perspektiv hade det varit av värde att genomföra en liknande studie på en större population och med ett bredare menyval med näringsberäknade maträtter enligt *pleasure*, *comfort* och *survival*.

Konklusion

De slutsatser som kan dras utifrån patientintervjuerna är att sjukdomsgrad verkar påverka patienters preferens och önskan om typ av livsmedel samt portionsstorlek. De patienter som uppger nedsatt aptit och inte äter upp av den serverade maten bör serveras mindre och energitäta portioner. Maträtter enligt *comfort* och *survival* verkar passa dem bättre, d.v.s. mjukare mat och mer lättäten mat än den traditionella menyn, som idag riktar sig såväl till alla slags patienter samt personal. Det är av stor vikt att patienterna får möjlighet att välja maträtt och att de blir erbjudna mellanmål och aptitretare, för att förebygga och behandla undernäring på sjukhus. Det vore intressant att utveckla en modell som kan erbjuda en ny och innovativ sjukhuskost med flexibel meny anpassad efter sjukdomsgrad. Således att säkerställa att rätt patient får rätt mat.

Egen insats

Under måltidsundersökningen 2013 och 2015 har jag varit delaktig tillsammans med projektledningsgrupp på Kungälv's sjukhus. Vad gäller menyplanering har det planerats tillsammans med kostchef och kock Regionservice, där de sedan lagat upp menyerna. Planering och genomförande av patientintervjuer, bearbetning och sammanställning av data samt uppsatsskrivandet har jag gjort enskilt.

Tack

Tack till min handledare Heléne Bertéus Forslund för värdefull feedback och konstruktiv kritik genom hela processen.

Ett stort tack till sektionschef Kristina Sjöholm och kock Catrin Buller inom Regionservice, Område Måltider Kungälv, som bidrog till ovärderlig menyplanering och tillagning av måltider. Tack också till informatör Lisa Arvidsson Kungälv's sjukhus för värdefull hjälp med fotografering av dessa rätter.

Jag vill särskilt tacka alla patienter för att de ställde upp på intervju som gjorde studien möjlig.

Sist men inte minst vill jag tacka nära och kära som har stöttat mig genom uppsatsskrivandet.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Näringsproblem i vård och omsorg. Prevention och behandling. SoS-rapport:2000:11. ISBN 91 7201 480 6.1
2. Socialstyrelsen. Näring för god vård och omsorg: en vägledning för att förebygga och behandla undernäring.2011
3. Gustafsson IB, Öström Å, Johansson J, Mossberg L. The Five Meal Model: a tool for developing meal services in restaurants. *Journal of Foodservice*.2006;17:84-93
4. Kondrup J. Proper hospital nutrition as a human right. *Clin Nutr*. 2004;23:135-137
5. Kondrup J, Allison SP, Elia M et al. ESPEN guidelines for nutritional screening 2002. *Clinical Nutr* 2003;22:415-421
6. Isabel M, Correia TD, Witzberg DL. The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis. *Clin Nutr*. 2003;3:235-239
7. Munk T, Beck AM, Holst M et al. Positive effect of protein-supplemented hospital food on protein intake in patients at nutritional risk. *J Hum Nutr Diet* 2014;27:122-132
8. Johansen N, Kondrup J, Plum LM et al. Effect of nutritional support on clinical outcome in patients at nutritional risk. *Clin Nutr* 2004;23:539-550
9. Starke J, Schneider H, Alteheld B et al. Short-term individual nutrition care as part of routine setting improves outcome and quality of life in malnourished medical patients. *Clin Nutr*. 2011;30:194-201
10. Norman K, Pichard C, Lochs H et al. Prognostic impact of disease-related malnutrition. *Clinical Nutrition* 2008;27:5-15
11. Correia TD, Hegazi RA, Diaz-Pizarro Graf JI et al. Addressing disease-related malnutrition in healthcare: a Latin American perspective. *JPEN J Parenter Enter Nutr*. 2016;40(3):319-325
12. Odlund O, Armyr I, Soop M et al. Energy-dense meals improve energy intake in elderly residents in nursing home. *Clin Nutr* 2003;22:125-131
13. Barton AD, Beigg CL, Macdonald IA, Allison SP. A recipe for improving food intakes in elderly hospitalized patients. *Clinical Nutrition* 2000;19:451-454
14. Gall MJ, Grimble GK, Reeve NJ, Thomas SJ. Effect of providing fortified meals and between-meal snacks on energy and protein intake of hospital patients. *Clinical Nutrition*. 1998;17:259-264
15. Olin A O, Osterberg P, Hadell K et al. Energy-enriched hospital food to improve energy intake in elderly patients. *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 1996; 20: 93-97
16. O'Flynn J, Peake H, Hickson M, Foster D et al. The prevalence of malnutrition in hospitals can be reduced: Results from three consecutive cross-sectional studies. *Clin Nutr*. 2005;24:1078-1088
17. Stanga Z, Zurfluh Y, Roselli M et al. Hospital food: a survey of patients perceptions. *Clin Nutr*. 2003;23(3):241-246
18. Naithani S, Whelan K, Thomas J et al. Hospital inpatients' experiences of access to food:a qualitative interview and observational study. *Health Expect*. 2008;11(3):294-303
19. Lassen KO, Kruse F, Bjerrum M. Nutritional care of Danish medical inpatients – patient's perspectives. *Scan J Caring Sci*. 2005;19:259-267
20. Dupertuis Y.M, Krossovsky M., Kyle U:G et al Food intake in 1707 hospitalised patients: a prospective comprehensive hospital survey. *Clinical Nutrition* 2003;22(2):115-123

21. Thaibault R, Chikhi M, Clerc A et al. Assessment of food intake in hospitalised patients: A 10 year comparative study of a prospective hospital survey. *Clin Nutr.* 2011;30:289-286
22. Hiesmayr M, Schindler K, Pernicka E, Schuh C, Schoengiger-Hekele A, Bauer P, et al. Decreased food intake is a risk factor for mortality in hospitalized patients; the Nutrition Day survey 2006. *Clinical Nutr.* 2009;28(5):484-91
23. van Bokhorst-de van der Schueren MA, Roosemalen MM, Weijs PJ, Lngius JA. High waste contribute to low food intake in hospitalized patients. *Nutrition in Clinical Practice* 2012; 27 (2): 274-280
24. Sorensen JM, Frost MB, Holm L, Kondrup J. Food sensory issues in nutritional risk patients: a questionnaire study. *Clin Nutr Suppl*;2010;5:2
25. Knudsen A.W, Naver A, Bisgaard K et al. Nutrition impact symptoms, handgrip strength and nutritional risk in hospitalized patients with gastrointestinal and liver diseases. *Scand J of Gastroenterology.* 2015;50:1191-1198
26. Allard J P, Keller H, Jeejeebhoy KN et al. Decline in nutritional status is associated with prolonged length of stay in hospitalized patients admitted for 7 days or more: A prospective cohort study. *Clinical Nutrition* 2016;35:144-152
27. *Läkartidningen.* 2016;113:DWP3
28. Elia M, Stratton RJ. Calculating the cost of disease-related malnutrition in the UK in 2007. *Combining malnutrition: recommendations for action. A report from Advisory Group on Malnutrition led by BAPEN* ed: M Elia, C.A. Russel. London:BAPEN;2009. Report NO:978 899467 36 5
29. Guest JF, Panca M, Bayens JP et al. Health economic impact of managing patients following a community-based diagnosis of malnutrition in the UK. *Clin Nutr.* 2011;30:422-429
30. Sveriges Kommuner och Landsting, SKL. *Undernäring – Åtgärder för att förebygga* 2011.
31. Cederholm T, Bosaeus I, Barazonni R et al. Diagnostic criteria for malnutrition - An ESPEN Consensus Statement. *Clin Nutr* 2015;34:335-340
32. Sjösvärd, M, Ambjörnson, H, Sjöholm, K. & Buller, C. (2015). *Måltidsundersökningen på Kungälv's sjukhus 2013, Kortversion.* Kungälv: Kungälv's sjukhus
33. Sjösvärd M (2015) *Måltidsundersökning på Kungälv's sjukhus. Uppföljning 2015 – sammanfattning av resultat.* Kungälv's sjukhus Diarienummer KS 4/150-2015
34. Sorensen J, Holm L, Frost MB, Kondrup J. Food for patients at nutritional risk: A model of food sensory quality to promote intake. *Clin Nutr.*2012;31:637-646
35. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today.* 2004;24:105-112
36. Cereda E, Klersky C, Pedrolli C et al. The Geriatric Nutritional Risk Index predicts hospital length of stay and in-hospital weight loss in elderly patients. *Clinical Nutr* 2015; 34:74-78
37. Cabrerizo S, Cuadras D, Gomez-Busto F et al. Serum albumin and health in older people. *Maturitas* 81 2015; 17-27
38. Bouillanne O, Morineau G, Dupont C et al. Geriatric Nutrition Risk Index: a new index for evaluating at-risk elderly medical patients. *Am J Clin Nutr* 2005;82:777-83.

39. McMillan DC. The systematic inflammation-based Glasgow Prognostic Score: A decade of experience in patients with cancer. *Cancer Treatment Reviews* 2013;39:534-540
40. Navarro DA, Boaz M, Krause I et al. Improved meal presentation increases food intake and decreases readmission rate in hospitalized patients. *Clinical Nutr* 2016;35:1153-1158
41. Kondrup J, Johansen N, Plum LM et al. Incidence of nutritional risk and causes of inadequate nutritional care in hospitals. *Clin Nutr* 2002;21:461-468
42. Nordén J, Gronberg AM, Bosaeus I, Berteus Forslund H et al. Nutrition impact symptoms and body composition in patients with COPD. *Eur J Clin Nutr* 2015;69:256-61
43. Hartwell H, John SA, Edwards JS, Beavis J. Plate versus bulk trolley food service in a hospital: comparison of patients' satisfaction. *Nutrition*. 2007;23:211-218
44. Messina G, Fenucci R, Vencia F et al. Patients' evaluation of hospital foodservice quality in Italy: what do patients really value? *Public Health Nutrition*. 2012;16(4):730-737
45. Moya DA, Gaitan P, Camacho D et al. Hospital malnutrition related to fasting and underfeeding: Is it an ethical issue? *Nutrition Clin Pract*. 2016;31(3):316-324

Bilaga 1

Vikt före sjukdom:

Avd:

Anamnes:

Längd:

Datum								
Vikt			CRP	Albumin	LOS	Utskrivning		
BMI								

Huvuddiagnos:

Inskrivningsorsak:

Riskbedömning för undernäring:

Ofrivillig viktnedgång:

Aptitlöshet/ätsvårigheter:

BMI:

Vilken maträtt känner du att du kan äta upp hel portion som du mår av idag?

Fisk:

Kyckling:

Hur kom det sig att du valde denna maträtt?

Har du kunnat äta upp den mat som serverats på sjukhuset?

Nej- varför?

Ja – blev du mätt?

Har du serverats aptitretare eller mellanmål?

Ja – hur upplevde du dem?

Nej – skulle du vilja ha det?

Övriga tankar/synpunkter om sjukhusmaten?

Bilaga 2



GÖTEBORGS UNIVERSITET



VÄSTRA
GÖTALANDSREGIONEN

Forskningspersoninformation

Bakgrund och syfte

Vid olika sjukdomar kan aptiten och förmågan att äta som när man är frisk vara påverkat. När man ligger på sjukhus är man hänvisad till sjukhusmaten. För att utveckla sjukhusmaten så att den passar olika patientgrupper, önskar jag med denna studie undersöka hur du som patient tänker kring maten då du är på sjukhus.

Förfrågan om deltagande

Du som är inlagd på Kungälvss sjukhus tillfrågas om att delta i studien och berätta om dina tankar kring sjukhusmat.

Hur går studien till?

Studien kommer att genomföras genom en intervju med frågor om dina önskemål om maträtter, portionsstorlek m.m. Jag önskar även bakgrundsdata via din journal som diagnos, ålder, längd, vikt, och några värden från blodprover som tagits på dig under din vårdtid (CRP, albumin)

Vilka är riskerna?

Det finns inga risker med att delta i studien. Genom att prata om sin sjukdom och mat kan detta eventuellt väcka en del känslor som kan vara jobbiga men det kan också upplevas positivt att få dela med sig av sina erfarenheter. Om någon fråga upplevs som känslig kan du välja att avstå från att svara.

Hantering av data och sekretess

I enlighet med personuppgiftslagen (1998:204) kommer dina resultat att förvaras och behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. Studiens resultat kommer inte att kunna kopplas till dig som person. Resultatet av undersökningen kommer att redovisas i författarens examensarbete vid Göteborgs universitet och förhoppningsvis leda till en utveckling av sjukhusmaten.

Hur får jag information om studiens resultat?

Önskar du ta del av studiens resultat kan du kontakta dietist som intervjuat dig, se kontaktuppgifter nedan.

Frivillighet

Deltagande i studien är frivilligt om du kan när du önskar och utan förklaring välja att avbryta ditt deltagande utan att det påverkar din vård eller behandling.

Studieansvarig

Heléne Ambjörnsson

Leg Dietist

Kungälvss Sjukhus

helene.ambjornsson@vgregion.se

Handledare

Heléne Berteus Forslund

Med dr, leg dietist

Avd. för invärtesmedicin och klinisk nutrition

Sahlgrenska akademien vid Göteborgs Universitet

Helene.berteus.forslund@medfak.gu.se

Informerat samtycke

Jag har fått muntlig och skriftlig information om studien som handlar om hur jag upplever min aptit och om sjukhusmaten. Jag är medveten om att min deltagande är frivilligt och jag kan när jag så önskar avbryta mitt deltagande utan att uppge anledning och utan att det påverkar min vård och behandling. Jag samtycker till att delta i studien.

Deltagarens underskrift

.....

Namnförtydligande

.....

Ort

Datum

.....

.....

Bilaga 3

Fiskrätt enligt Pleasure



Bilaga 4

Fiskrätt enligt Comfort



Bilaga 5

Fiskrätt enligt Survival



Bilaga 6

Kycklingrätt enligt Pleasure



Bilaga 7

Kycklingrätt enligt Comfort



Bilaga 8

Kycklingrätt enligt Survival

