

Bedre Mad Til Syge, Implementering Af Ernæringscreening På Sygehus

Ellen Sandahl Sørensen

Master of Public Health

MPH 2007:3



Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap



Master of Public Health

– Uppsats –

Uppsatsens titel och undertitel				
Bedre Mad Til Syge, Implementering Af Ernæringscreening På Sygehus				
Författare				
Ellen Sandahl Sørensen				
Författarens befattning och adress				
Sygeplejerske, adjunkt CVU Sønderjylland, Lemckesvej 3 -7, DK – 6100 Haderslev, Danmark ess@cvusonderjylland.dk +45 51 52 50 29				
Datum då uppsatsen godkändes			Handledare NHV/extern	
26 januari, 2007			Lektor Susanna Bihari Axelsson, NHV	
Antal sidor	Språk – uppsats	Språk – sammanfattning	ISSN-nummer	IetBN-nummer
77	Dansk	Engelsk/Dansk	1104-5701	978-91-85721-03-0

Sammanfattning: 20 – 50 % af patienter indlagt på sygehuse er underernæret eller i risiko for underernæring. 40 % af alle indlagte patienter får ikke dækket det daglige behov for energi og protein og der er evidens for, at sundhedsprofessionelles viden om ernæring til småtspisende patienter er begrænset. 2002 blev der udviklet et ernæringsscreeningsredskab, der kan vurdere ernæringstilstanden hos alle patienter indlagt på Sygehus Sønderjylland. Det er således muligt at vurdere patientens ernæringstilstanden og iværksætte en forebyggende ernæringsindsats. Dette vil forårsage en bedring i patientens levevilkår og konsekvenser af underernæring mindskes.

Studiets teoretiske kontekst indeholder elementer fra et sundhedsfremmende perspektiv, kvalitets- og implementeringsprocesser og postmodernisme.

Formål: Udvikling og afprøvning af et redskab, der kan vurdere kvaliteten af den sundhedsprofessionelle ernæringsindsats til de småtspisende patienter.

Metode: Der er gennemført en kvantitativ spørgeskemaundersøgelse, survey.

Resultat: Det ses ikke, at sundhedsprofessionelle under implementeringsprocessen har fået øget faglig viden på ernæringsområdet til de småtspisende patienter. Der er sket en mindre vidensudvikling i forhold til ernæringsscreeningsredskabet. Forsat er der usikkerhed i de sundhedsfaglige arbejdsrutiner på ernæringsområdet og det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde er nærmest usynligt. Der ses ikke effekt af ernæringsindsatsen til patienten i denne undersøgelse.

Konklusion: En implementeringsproces af et ernæringsscreeningsredskab tager mere end et år og det er nødvendigt at fortsætte kvalitets- og forbedringsarbejde på ernæringsområdet.

Kvalitetsudviklingsarbejde synliggør et sundhedsfagligt indsatsområde. Ønskes derimod at skabe en forankring af den sundhedsfaglige indsats er udfordringen at anvende redskaber fra systemtænkning og forbedringsarbejde. Når sundhedsprofessionelle får mulighed for at udvikle ejerskab og ansvar for implementeringsprocessen, får kvalitetsarbejdet større effekt og bliver attraktivt. Nøglebegreber i fremtidige implementeringsprocesser er kvalitetsudvikling og forandrings arbejde, såvel som fokus på værdibaseret faglig ledelse og igangsættelse af læreprocesser.

Nyckelord

implementation, guidelines, hospitals, nutrition, low weight, managing change



Master of Public Health

– Essay –

Title and subtitle of the essay				
Proper Nutrition To Patients, Implementation Of Nutritional Screening In Hospitals				
Author				
Ellen Sandahl Sørensen				
Author's position and address				
Registered Nurse, RN, adjunkt CVU Sønderjylland, Lemckesvej 3 -7, DK – 6100 Haderslev, Danmark ess@cvusonderjylland.dk +45 51 52 50 29				
Date of approval			Supervisor NHV/External	
January 26, 2007			Lektor Susanna Bihari Axelsson, NHV	
No of pages	Language – essay	Language – abstract	ISSN-no	ISBN-no
77	Dansk	Engelsk/Dansk	1104-5701	978-91-86721-03-0

Abstract: 20 – 50 % of patients are in nutritional risk on admission to hospital. 40 % of the patients do not receive an adequate amount of energy and protein to cover the daily need for nutrition and health professionals knowledge about nutritional needs to underweight patients are limited. In 2002 a nutritional screening tool, which can be used to estimate the nutritional status in all patients admitted to Sygehus Sønderjylland was developed. It is now possible to estimate nutritional status at an early stage and start nutritional treatment with the purpose to avoid under nutrition. This leads to improved life skills for the patient and consequences of under nutrition are limited.

The theoretical context of this study contains elements from a health promotion perspective, system thinking, quality- and implementation processes and postmodernism.

Purpose: Developing and testing of a tool that can determine the quality of nutritional treatment and care given by health professionals to undernourished patients.

Method: A quantitative questionnaire, survey, has been carried out.

Result: The result of the survey does not prove that health professionals under the implementation process have increased their knowledge about the undernourished patients. In relation to the nutritional screening tool only minimum of improvement in knowledge has been detected as a result of increased documentation. Still the working routines in the nutritional area among health professionals are unclear and the cross-sectional and interdisciplinary co-operation is invisible. The result of this survey does not show any improvement related to the nutritional effect of the undernourished patient.

Conclusion: An implementation process of a nutritional screening tool takes more than one year and it is necessary to continue the quality and improvements in the nutritional area.

Quality and managing change will high light a health promoting area. If change in working routines and values among health professionals is wanted, the challenge is to use tools from system thinking and improvement strategies. When health professionals get the opportunity to create ownership and responsibility for an implementation process in a health promoting area, the effect of quality management will become larger and more attractive.

Keywords in future implementation processes are quality and managing change as well as focus on value-based management and to start learning processes.

Key words

implementation, guidelines, hospitals, nutrition, low weight, managing change

“Nutrition is an input and foundation for health and development. Interaction of infections and malnutrition is well-documented. Better nutrition means stronger immune systems, less illness and better health. Healthy people are stronger, are more productive and more able to create opportunities to gradually break the cycles of both poverty and hunger in a sustainable way. Better nutrition is the prime entry point to ending poverty and a milestone to achieve better quality of life” (WHO 2006).

Forord

De småtspisende patienter ses dagligt på sygehusafdelinger. Mange bliver kendte gennem utallige indlæggelser og for hver indlæggelse synes de tyndere og tyndere. Kondrup et al. (2004) udtaler, at: "Proper Food is a human right". Det er dog ikke det, der præger hverdagen for patienter indlagt på sygehuse.

I forbindelse med et kursus i evidensbaseret projektledelse, 2002, gennemførte jeg en tværsnitsundersøgelse, som viste at 77 % af patienter indlagt på en medicinsk afdeling ikke fik dækket deres daglige behov for protein og 30 % af patienterne ikke fik dækket deres daglige behov for energi. En rapport viser, at der i lignende danske og udenlandske undersøgelser ses samme resultat (Lassen et al. 2005).

Et akkrediteringsprojekt på Sygehus Sønderjylland forårsagede sammen med tværsnitsundersøgelsens resultat, at en tværfaglig arbejdsgruppe under det amtslige kostudvalg i Sønderjyllands Amt blev nedsat. Et ernæringsscreeningsredskab blev udviklet til brug i den kliniske praksis. Redskabet kan anvendes tværfagligt både af læge, plejepersonale og klinisk diætist og hermed kan ernæringsstatus og ernæringsbehov hos alle patienter i kontakt med sygehusene i amtet dokumenteres (KISS 2002). Standard og politik er udledt fra de nationale retningslinier (Sundhedsstyrelsen 2003). Det var væsentligt at medlemmerne i arbejdsgruppen fik ejerskab til implementeringsprocessen af ernæringsscreeningsredskabet, idet implementeringen, efter et pilotprojekt, skulle foretages på alle fem sygehuse i amtet. Det er på nuværende tidspunkt uvist, hvor langt man er i implementeringsprocessen af screeningsredskabet.

Ernæring til de småtspisende patienter er siden 2002 prioriteret som indsatsområde på de fem sygehuse (KISS 2002). Visionen i arbejdsgruppen var, at mad under indlæggelse blev betragtet som medicin og var synlig i behandling og pleje på Sygehus Sønderjylland. Akkrediteringen på sygehusene i Sønderjyllands Amt har båret implementeringen af ernæringsscreeningsredskabet på vej, således at retningslinier for ernæringscreening nu indgår som en del af Sygehus Sønderjyllands kvalitetsstandarder.

Jeg vil gerne sige tak til Sygehusledelsen på Sygehus Sønderjylland for opbakning til at gå i gang med ernæringsarbejdet og til at fuldføre MPH uddannelsen. Jeg vil også gerne takke de mange faggrupper og ildsjæle, der har støttet op omkring kvalitetsudviklingsarbejdet på ernæringsområdet til gavn for de småtspisende patienter. Tak til universitetslektor Susanna Bihari Axelsson, Nordiska Högskolan för Folkhälsovetenskap og lektor, PH.D. Preben Ulrich Pedersen, Institut for Folkesundhed, Afdeling for Sygeplejevidenskab, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Århus Universitet for faglig vejledning, inspiration, støtte og opmuntring på en positiv og konstruktiv måde hele den lange vej i min skriveproces. Til slut vil jeg gerne takke mine nuværende arbejdskolleger, min mand og tre døtre for at give mig tid og lov til at fordybe mig i dette arbejde.

Definition af begreber

Sundhedsfaglig kompetenceudvikling: En overensstemmelse og en relation mellem job og person. Den mest betydningsfulde faktor for og årsag til at patienten får den behandling og pleje som der er behov for og som lever op til den fastlagte professionelle standard er at sundhedsprofessionelle har den kompetence, der er nødvendig. En udvikling af den kliniske sundhedsfaglige kompetence kan derfor være en betingelse for at leve op til kvalitetsmål. Udvikling er ikke alene afhængig af mulighederne for formel efter- og videreuddannelse. Langt den største kompetenceudvikling foregår i den kliniske praksis ved: Faglig vejledning, samtaler med kollegaer, læsning af tidsskrifter, udarbejdelse af kliniske retningslinier, deltagelse i teams og den daglige behandling - og pleje af patienten (Lausten et al. 2002).

Sundhedsprofessionelle: Vil i denne undersøgelse omfatte sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter/sygehjælpere ansat ved Sygehus Sønderjylland.

Viden: Sproglig viden, praktisk kunnen og kendskab eller personlig erfaring. Viden i praksis udspringer af praktikerens personlige erfaring med sit felt og muliggør såvel hans sproglige som praktiske kunnen, idet den lader situationer, han kommer i fremtræde på en bestemt måde. Viden i praksis udgør en helhedsforståelse af situationen, hvor det ikke vil være muligt at udtrykke alle aspekter af den. Tilegnelse og forståelse af viden fordrer at man har gjort sig bestemte erfaringer i praksis. Praksisviden er ikke kun handlingsbundet men også kontekstbundet (Hørløv Petersen 2002).

Underernæring: En tilstand, hvor der indtages for lidt energi og næringsstoffer i et omfang så vægten reduceres til under normal området (Ingerslev et al. 2002). BMI<18 (Veterinær- og Fødevaredirektoratet 2000).

Risiko for underernæring: BMI<20,5 (Veterinær- og Fødevaredirektoratet 2000). Ernæringsstruet patient: Score i sekundær screening tre eller mere end tre. Anbefalinger for dansk institutionskost (Veterinær- og Fødevaredirektoratet 2000).

Ernæringscreening: En hurtig og simpel procedure udført af sundhedsprofessionelle til at finde frem til risikopatienter for underernæring (Lochs et al. 2006).

Implementeringsproces: En søge- og læreproces, hvor man efterhånden som man får ny viden, ny forståelse og nye erfaringer, bliver i stand til at tænke og handle på nye måder. Denne tilgang knytter an til visioner som retning for forandringsprocessen og til en forestilling om evaluering som refleksion (Andersen 2002).

Indholdsfortegnelse

Forord.....	3
Definition af begreber	4
Indholdsfortegnelse	5
Introduktion.....	8
Baggrund.....	10
Konceptuel og teoretisk ramme.....	12
<i>Underernæring på Sygehuse – hvorfor?.....</i>	<i>12</i>
<i>Underernæring set i et folkesundhedsperspektiv</i>	<i>13</i>
<i>Ernæring, politiske tiltag og kvalitetsudvikling</i>	<i>14</i>
<i>Ernæring og syntese paradigmet</i>	<i>16</i>
<i>Det hyperkomplekse samfund</i>	<i>17</i>
<i>Kvalitetskultur og læring på sygehuse – Nye billeder</i>	<i>18</i>
Formål og forskningsspørgsmål	19
<i>Problemformulering</i>	<i>19</i>
<i>Formål</i>	<i>20</i>
<i>Forskningsspørgsmål.....</i>	<i>20</i>
<i>Hypotese</i>	<i>20</i>
Metode	21
<i>Design.....</i>	<i>21</i>
<i>Konstruktion af redskab.....</i>	<i>21</i>
<i>Kvalitetssikring af spørgsmål</i>	<i>22</i>
<i>Afgrænsning af stikprøve</i>	<i>23</i>
<i>Pilotundersøgelse</i>	<i>23</i>
Dataindsamling	23
<i>Etiske overvejelser</i>	<i>24</i>
Resultat.....	24
<i>Fremgangsmåde i undersøgelsesfasen</i>	<i>24</i>
<i>Baggrundsdata.....</i>	<i>26</i>
<i>Forskningsspørgsmål 1:</i>	<i>27</i>
<i>Forstå og kender de sundhedsprofessionelle baggrunden for ernæringscreening?</i>	<i>27</i>
<i>Viden om BMI</i>	<i>27</i>
<i>Viden om proteiner</i>	<i>27</i>
<i>Måltidets prioritering</i>	<i>27</i>

Behov for teoretisk viden.....	27
Kostens indhold af energi og protein.	28
Viden om konsekvenser for patient, hvis underernæring er en realitet.....	28
Viden om Ernæringsscreeningsredskabet	29
<i>Forskningsspørgsmål 2:</i>	<i>30</i>
<i>Kender de sundhedsprofessionelle ansvarsplaceringen i forbindelse med patienternes ernæring?.....</i>	<i>30</i>
<i>Forskningsspørgsmål 3:</i>	<i>31</i>
<i>Er der tegn på at implementeringen er startet i sygehusafdelingerne?</i>	<i>31</i>
Samarbejde til kliniske diætister, læger, køkken, hjemmepleje	31
Samarbejde og arbejdsrutiner til patient og pårørende.....	31
Ernæringens prioritering i dag- aften og nattevagter	31
Arbejdsrutiner til ernæringsscreening.....	32
<i>Forskningsspørgsmål 4:</i>	<i>33</i>
<i>Spores der en effekt hos patienterne på grund af ændret ernæringsindsats?</i>	<i>33</i>
<i>Forskningsspørgsmål 1:</i>	<i>33</i>
<i>Forstår og kender de sundhedsprofessionelle baggrunden for ernæringsscreening?</i>	<i>33</i>
Viden om BMI	33
Viden om proteiner	34
Måltidets prioritering	34
Behov for teoretisk viden.....	35
Kostens indhold af energi og protein.	35
Viden om konsekvenser for patient, hvis underernæring er en realitet.....	36
Viden om Ernæringsscreeningsredskabet	36
<i>Forskningsspørgsmål 2:</i>	<i>38</i>
<i>Kender de sundhedsprofessionelle ansvarsplaceringen i forbindelse med patienternes ernæring?.....</i>	<i>38</i>
<i>Forskningsspørgsmål 3:</i>	<i>39</i>
<i>Er der tegn på at implementeringen er startet i sygehusafdelingerne</i>	<i>39</i>
Samarbejde til kliniske diætister, læger, køkken, hjemmepleje	39
Samarbejde og arbejdsrutiner til patient og pårørende.....	40
Ernæringens prioritering i dag- aften og nattevagter	40
Arbejdsrutiner til ernæringsscreening.....	42
<i>Forskningsspørgsmål 4:</i>	<i>42</i>
<i>Spores der en effekt hos patienterne på grund af ændret ernæringsindsats?</i>	<i>42</i>
<i>Kvalitetskultur – læring – sundhedsfremme - nye billeder på faglig ledelse</i>	<i>43</i>
<i>Sammenligning til lignende undersøgelser</i>	<i>44</i>
<i>Validitet - forebyggelse af bias og confounder</i>	<i>44</i>
<i>Forskningsmetodens egnethed.....</i>	<i>45</i>
<i>Spørgeskemakonstruktion.....</i>	<i>46</i>
<i>Valg af stikprøve</i>	<i>46</i>
<i>Reliabilitet</i>	<i>47</i>
<i>BaggrundsvARIABLES betydning.....</i>	<i>47</i>
<i>Bortfaldets betydning.....</i>	<i>47</i>
<i>Beskrivelse af uventede resultater</i>	<i>49</i>

Konklusion	49
<i>Interventionens værdi for den kliniske praksis</i>	<i>51</i>
<i>Relevans for videre forskning</i>	<i>52</i>
Referencer	54
Bilagsfortegnelse.....	60
Bilag 1 Spørgeskema	61
Bilag 2 Frequency Table	71

Introduktion

Ernæring og ernæringens kvalitet har stor betydning i et behandlings- og plejeforløb under sygdom. (Kondrup et al. 2004). I de senere år har patienters risiko for underernæring under sygehusindlæggelse og vigtigheden af at indføre kliniske retningslinier fået øget politisk, organisatorisk og sundhedsfaglig opmærksomhed (Kondrup et al. 2000a, Lochs et al. 2006, WHO, Nutrition 2006).

“Nutrition is a fundamental pillar of human life, health and development across the entire life span. Proper food and good nutrition are essential for survival, physical growth, mental development, performance, productivity, health and well-being” (WHO, Child And Adolescent Health And Development 2005).

Forekomsten af underernæring på nordiske og europæiske sygehuse er fortsat hyppig. Der er evidens for at 20 – 50 % af de indlagte patienter er underernærede ved indlæggelsen (Lassen et al. 2005). 40 % får ikke det daglige behov for energi og protein dækket under en sygehusindlæggelse (Kondrup et al. 2002b).

Flere studier antyder, at udgifter til behandling og pleje af patienter kan reduceres ved en kvalitativ forbedring af kostforplejningen på sygehusene (Lassen et al. 2005, Grant 2005). Store økonomiske ressourcer kan spares ved at sundhedsprofessionelle anvender få og enkle redskaber til at identificere risikopatienter før underernæringen bliver et symptom og før livskvaliteten mindskes på grund af underernæring (Perry & McLaren 2003, Rasmussen et al. 2006). Herved kan de samfundsmæssige omkostninger, indlæggelsestiden på sygehus og efterfølgende længerevarende rekonvalescence, nedsættes. (Beck et al. 2001, Bansal et al 2005).

Kyle et al.(2005) viser i et studie, det væsentlige i, at sundhedsprofessionelle foretager en ernæringsmæssig vurdering ved indlæggelsens start, således at vægttab under indlæggelsen kan mindskes hos den ernæringstruede patient. Et andet engelsk studie viser, at et screeningsredskab, der anvendes af sundhedsprofessionelle til at vurdere patienters ernæringstilstand er brugbart til at sætte fokus på patientens behov for ernæringsplan under indlæggelse (Green 2006).

Christensson et al. (2003) pointerer i et svensk studie, at en positiv holdning og en aktiv indsats blandt sundhedsprofessionelle til patienters ernæring er vigtig for patienternes indtag af energi og protein. To danske studier peger på, at en omlægning af arbejdsrutiner nytter, i forbindelse med patienternes ernæring under indlæggelse, således at ernæringsplejen får større prioritet og der sker en holdningsændring i måden at betragte ernæringsplejen til de småtspisende patienter på. Dette forårsager, at de småtspisende patienter vil være i stand til at bevare vægten og forbedrer livskvaliteten. Herved opnår og bevarer patienten et funktionsniveau så tæt på det tidligere som muligt og sygelighed og dødelighed mindskes i befolkningen (Kost- og Ernæringsforbundet 1999, Johansen et al. 2004).

Sundhedsprofessionelles uvidenhed i forbindelse med ernæring til de småtspisende patienter er velkendt (Mowe et al. 2005). Underernæring på sygehuse er stadig et stort og overset problem med lav prioritet af både sundhedsprofessionelle og sygehusledelse både i Norden og i det øvrige Europa (Beck et al. 2002, Grant 2005). Dette understreges yderligere i et studie af Rasmussen et al. (2004) som viser, at kosten til patienter i risiko for underernæring ikke har tilstrækkelig prioritet i det sundhedsfaglige arbejde. Der er ganske enkelt ikke i de sundhedsfaglige arbejdsrutiner indbygget tværfagligt ansvar og arbejds gange, der fremmer patienternes ernæringsindtag under indlæggelse (Beck et al. 2001, Mowe et al. 2005). Dette understreges også i en høring i det danske folketing, hvor der pointeres, at læger og sygeplejersker ikke lærer nok om ernæring i grunduddannelser (Folketinget 2005).

Ingerslev et al. (2002) påpeger, det er væsentligt, at den rigtige ernæring ordineres og serveres til den rigtige patient, når indlæggelse på sygehus er uundgåelig. Dette fordrer, at sundhedsprofessionelle forstår at integrere nye faglige aspekter, som en del af det samlede behandlings- og plejeforløb (Tewes & Pedersen 2006). Endvidere at patienten og de pårørende inddrages i en dialog om hvilke faktorer, der har betydning for sundhed (Apotekerfonden 2003).

Florence Nightingale udtalte i 1850'erne:

"I would say to the nurse, have a rule of thought about your patients's diet, consider, remember how much he has had and how much he ought to have today" (Nightingale 1995).

Ifølge Lassen et al. (2005) kan tankegangen med lethed overføres til vore dage og indføres i behandlings- og plejesystemer som: Den ernæring, der sikrer, at patienten får dækket sit ernæringsbehov i størst mulig omfang. Dette underbygges af Berwick (1996) der mener, at sundhedsprofessionelle må blive bedre til at indbygge forbedrende pleje- og behandlingstiltag i patientforløb, at tænke tværfagligt, at se på arbejds gange og faciliteter, der er impliceret i patienters behandlings- og plejeforløb, således at der skabes helhed omkring patientens indlæggelse.

Ernæringstiltag bør således indgå, når patientforløb beskrives og dokumenteres (DGMA 2002, Rasmussen et al. 2006). Dette understreges af den svenske socialstyrelse (2000):

"Den sjuka individens nutrition måste betraktas på samma sätt som annan medicinsk behandling och därmed underkastas samma krav på utredning, diagnos, behandlingplanering och uppföljning/dokumentation".

Rasmussen et al. (2006) pointerer yderligere, at ernæringsbehov under sygdom kan dækkes ved en systematisk og pædagogisk indsats af sundhedsprofessionelle med få midler. I fremtidens sygehusvæsen er det således en stor udfordring at tænke på forandring og implementering af nye arbejdsrutiner med henblik på at kvalitetsudvikle den kliniske praksis (Øvretveit 2001). WHO (2002) ser det som væsentligt at hjemmeplejen og sygehusvæsenet opprioriterer det tværfaglige samarbejde på ernæringsområdet og at sundhedsfaglige arbejds gange koordineres med henblik på at fremme sundhed for udsatte grupper. Dette pointeres også af den danske

Sundhedsstyrelse (1999). Videnskabelige studier viser, at en optimering af ernæringsplejen på sygehus kan øge patienternes indtagelse af mad og drikke (Christensson et al. 2001, Pedersen 2005).

Baggrund

Det sundhedsfremmende ernæringsarbejde falder i tråd med tanker om empowerment-begrebet og det øvrige kvalitetsarbejde, som WHO opfordrer til (WHO Ottawa Charteret 1986). Resultatet er udarbejdelse af fælles, europæiske retningslinier for ernæring til de småtspisende patienter. Herved fremmes iværksættelse af en hurtig og forebyggende indsats for at mindske underernæring på sygehuse (Kondrup et al. 2002a).

De europæiske og nationale retningslinier har dannet grundlag for Sygehus Sønderjyllands udvikling af et kvalitetsredskab til vurdering af patienters ernæringsstatus (KISS 2002). Sundhedsstyrelsen (2003) anbefaler et screeningsredskab, der kan vurdere ernæringsrisiko hos patienter indlagt på sygehuse. Således forbedres den ernæringstruede patients livsvilkår og det medvirker til at sundhedsprofessionelle har fokus på ernæring ved indlæggelsens start. Retningslinierne er her specificeret som seks succeskriterier (Lassen et al. 2005).

- Kosten er en vigtig del af behandlingen uanset varighed af indlæggelse.
- Plejepersonalet sammensætter kosten individuelt efter patientens behov og ønsker.
- Patientens ernæringsstatus følges under indlæggelsen, og afdelingens personale handler herpå.
- Der er en klar ansvars- og opgavefordeling i ernæringsplejen.
- Maden er kulinarisk attraktiv og ernæringsmæssigt dækkende.
- Plejepersonalet giver patienten optimale forhold i spisesituationen.

Undersøgelser viser, at implementering af redskaber til vurdering af ernæringsrisiko, der anvendes af sundhedsprofessionelle, har effekt hos den ernæringstruede patient (Johansen et al. 2004). Et andet studie antyder, det er muligt på sygehusene at ernæringsscreene 99 % af alle patienter ved indlæggelsens start. Der er tegn på, at det ikke er madens kvalitet, men manglende viden blandt sundhedsprofessionelle, der er årsag til at mellemmåltider ikke bliver spist, at patienter fortsat underernæres under indlæggelse og at der ikke er et planlagt forløb for ernæringstiltag (Kondrup et al. 2002b). Dette understreges også af Kofoed (2000) som i et kvalitativt studie viser, at det ikke er madens kvalitet, men sundhedsprofessionelles holdninger, der er i vejen for, at patienter ikke indtager nok ernæring under indlæggelse. Andre studier antyder, at sundhedsprofessionelles aktive involvering af patienter i egen kostforplejning har en gunstig effekt på ernæringstilstanden (Pedersen 2005, Rasmussen et al. 2004, 2006, Perry & McLaren 2003).

Et akkrediteringsprojekt, Kvalitet på Sygehusene i Sønderjyllands Amt - KISS - er foretaget af aktører i Sønderjyllands Amt og det engelske Health Quality Service. Dette har ført til lokal udarbejdelse af kvalitetsstandarder og bestemmelse af kvalitetsindikatorer for ernæringsbehandling og -pleje til de småtspisende patienter. Det er hensigten, at akkrediteringsprojektet medfører en måling og dokumentation af kvalitet af det udførte sundhedsarbejde på sygehuse og i kommuner tilknyttet projektet. Dokumentation af ernæringspleje og -behandling forventes at kunne ses i læge- og sygeplejefjournal (KISS 2002). Et litteraturstudie udført af Donabedian (2005) viser, at gennem det kvalitetsforbedrende arbejde, styrkes sundhedsprofessionelle i det sundhedsfremmende arbejde og i at individualisere udførelsen af ernæringsplejen til den enkelte patient. Dette kan med lethed overføres til ernæringsarbejdet (Sundhedsstyrelsen 2003).

Det udviklede ernæringsscreeningsredskab i Sønderjyllands Amt er en del af akkrediteringsprojektet og der er beskrevet en klar ansvarsfordeling blandt sundhedsprofessionelle på ernæringsområdet (Veterinær- og Fødevaredirektoratet 2000). Ernæringsredskabet er implementeret i kostforplejningen på alle sygehuse, som indgår i akkrediterings-projektet. Der er udarbejdet kostpolitik og kvalitetsstandarder, der fra sygehusledelsens side opfordrer til at udpege ernæringsnøglepersoner på afdelingsniveau og der findes lokale kostudvalg på de 5 sygehuse (KISS 2002).

Uddannelse med henblik på at øge sundhedsprofessionelles viden til den ernæringstruede patient har vist at være farbar vej væk fra underernæring på sygehusene (Perry & McLaren 2003, Johansen et al. 2004, Rasmussen et al. 2006). Man har på Sygehus Sønderjylland siden 2002 iværksat undervisning for at ruste ernæringsnøglepersoner til forandringsarbejdet med at implementere ernæringsscreening i sygehusafdelinger. Det er hensigten, at de sundhedsprofessionelles faglige viden og kompetence til de småtspisende patienter forbedres, at der sker en forankring af ernæringsscreening og at der opstår en følelse af ejerskab til ernæringsscreening (KISS 2002).

Alle ansatte – læger og plejepersonale – fik tilbudt teoretisk undervisning og løbende opfølgning af undervisningen ved de kliniske diætister. Undervisningen indeholdt: Instruktion i vurdering af patienters ernæringsrisiko, ernæringsscreening og behandling af underernærede patienter (KISS 2002). Man valgte at vente med implementeringen af ernæringsscreening på det tredje af Sygehus Sønderjylland grund af en større omstrukturering og først forår 2005, påbegyndtes implementeringen af ernæringsscreening. Kliniske diætister planlagde, med udgangspunkt i de officielle anbefalinger, følgende undervisningsemner (Veterinær- og Fødevaredirektoratet 2000):

- Baggrundsviden for ernæringsscreening – Vigtigheden af ernæringsscreening.
- De offentlige anbefalinger.
- Ansvarsområder for sundhedsprofessionelle.
- Præsentation af screeningsmaterialet.
- Praktisk udførelse af screening ved bearbejdelse af cases.

Ifølge Lassen et al. (2005) er der fortsat behov for en alsidig belysning af ernæringsforholdene på sygehusene og evaluering er væsentlig at medtænke når nye faglige tiltag iværksættes (Nutbeam 1998).

Spørgsmålet er nu, om det er muligt at identificere de nødvendige sundhedsfaglige arbejdsrutiner hos sundhedsprofessionelle, som skal forefindes, for at man kan tale om, at de småtspisende har optimale muligheder for at bevare deres vægt? Kan det ses at ernæring og screening har været et indsatsområde? Har sundhedsprofessionelle fået mere viden om ernæring til småtspisende? I hvilken grad er ernæringsscreening implementeret i sygehusafdelinger? Kan indsatsen nu 1 år efter implementeringens begyndelse ses i de tværfaglige og tværsektorielle arbejdsrutiner og har indsatsen haft effekt hos den underernærede patient? Ved at søge svar på disse problemstillinger kan der foretages en evaluering af ernæringsprojektet på sygehusene i Sønderjyllands Amt.

Konceptuel og teoretisk ramme

Underernæring på Sygehuse – hvorfor?

Underernæring kan skyldes forhold hos patienten, så som fysisk sygdom, psykisk sygdom eller sociale omstændigheder (Kondrup & Ovesen 1997). Ofte er det multifaktorielle årsager til underernæring (Pirlich et al. 2005). En stor del af borgere med kronisk sygdom, ældre eller misbrugere er i risiko for underernæring (Ingerslev et al. 2002).

Ifølge Mossberg falder ernæringsspørgsmålene ved siden de specifikke af sygdomsdiagnoser. Derfor er det væsentligt, at der sker en holdningsændring blandt sundhedsprofessionelle til at: *”Mat er medicin, en medicinsk terapi för de som er sjuka”* (Grant 2005).

Johansen et al. (2004) mener, det har store konsekvenser for den enkelte patient, at sundhedsprofessionelle ikke prioriterer ernæringsindsatsen til de småtspisende som et forebyggende element i sundhedsfaglige arbejdsrutiner. Sundhedsprofessionelle tager ganske enkelt ikke rutinemæssigt hensyn til ernæringens betydning hos syge. Ernæring er ikke indbygget på en fleksibel og individuel måde i pleje- og behandlingsrutiner til patienten, der er indlagt på et sygehus (Kondrup et al. 2002b, Kyle et al 2005).

Den øgede risiko for underernæring forårsager forlænget sygehusophold, øget risiko for infektion, mindsket sårheling, risiko for udvikling af tryksår, træthed, dårlig kredsløb, nedsat muskelmasse og ikke sjældent yderligere svækkelse, øget sygelighed og øget dødelighed. Følgen er svækkelse, underernæring og nedsat livskvalitet (Bansal et al. 2005, Lassen et al. 2005, Rasmussen et al. 2006). Underernæring skærer år – især gode år – væk af livet (Ingerslev et al. 2002).

Sygehusvæsenets kompleksitet er stor. Mange arbejdsrutiner og behandlingsprocedure kommer før det, at patienter tilbydes mad (Johansen et al. 2004). Døgnyrtmen i en sygehusafdeling kan gøre det vanskeligt for patienten at få ro og tid til at spise sin mad.

Underernæring set i et folkesundhedsperspektiv

Ernæringens betydning for menneskets sundhed og flere gode leveår er et område, der i stigende grad er i fokus både hos borgere, politikere og sundhedsprofessionelle. Især når der tales om sundhed, sundhedsfremmende aktiviteter og forebyggelse af sundhed i forbindelse med livsstilssygdomme (Det Danske Folkesundhedsprogram 2001, Socialstyrelsen 2000, Helsedepartementet 2002).

Statistiske beregninger anslår, at der i de kommende år sker en stigning i antallet af ældre og kronisk syge (WHO, Ageing And Life 2006) Ifølge Ingerslev et al. (2002) forårsager underernæring, at mange mennesker er afhængige af hjælp fra andre og må indskrænke deres livsførelse. Det er derfor væsentligt at forbedre forholdene til disse risikogrupper, som ofte er de mest udsatte i samfundet (WHO, Ageing And Life 2002). Andre studier viser, at sociale omstændigheder er en risikofaktor for underernæring (Pirlich et al. 2005). En målrettet ernæringsindsats kan være med til at udligne den voksende sociale ulighed mellem grupper i samfundet (Visvanathan et al. 2005).

Forskning viser, det kan lade sig gøre at opretholde en god ernæringstilstand hos udsatte patientgrupper under indlæggelse på sygehus (Johansen et al. 2004). Derfor er det væsentligt at opprioritere det sundhedsfremmende arbejde på ernæringsområdet, således at sygdom og dødelighed på grund af fejlnæring mindskes (WHO, Child and Adolescent Health and Development 2006, Det Danske Folkesundhedsprogram 2002).

I fremtidens sundhedsvæsen er det væsentlig at tage fat i brugerperspektivet og empowerment-begrebet for at fremme borgerens evne til at tage vare på sig selv og undgå sygdomme som følge af fejl- og underernæring (WHO, Ottawa Charteret 1986, Christensson et al. 2001). Når der i det sundhedsprofessionelle arbejde er fokus på sundhedsfremme menes, at der lægges vægt på det enkelte menneskes eller målgruppens eget syn på sundhed, ressourcer, handlekraft og fokus på vej til mestring, samt andre forhold der har indflydelse på sundhed (WHO Ottawa Charteret 1986, Nutbeam 1998, Ingerslev et al. 2002).

Det sundhedsfremmende perspektiv er langsomt ved at vinde indpas i sundhedsvæsenet (Hvas & Thesen 2002, Ferguson 2002). En af den danske regerings overordnede sundhedspolitiske målsætninger for det professionelle sundhedsfremmende arbejde er, at befolkningens sundhed og trivsel fremmes ved aktiv deltagelse (Det Danske Folkesundhedsprogram 2002). Holdningen fordrer, at man i det sundhedsfremmende arbejde handler ud fra en demokratisk sundhedspædagogisk opfattelse med et begreb om deltagelse, som omfatter professionel tilrettelæggelse af rum for målgruppens visioner, involvering og medbestemmelse. At arbejde sundhedsfremmende betyder at skabe et begreb omkring sundhed ud fra den opfattelse, som rummer det gode og sunde

liv (Wisted & Bruun Jensen 2006). Disse overvejelser indgår i det udviklede ernæringsscreeningsredskab både på national og lokalt plan (Veterinær- og Fødevarerdirektoratet 2000, KISSErnæring 2002).

Norske og svenske sundhedsprogrammer udtrykker også denne grundholdning i det sundhedsfremmende arbejde (Nordisk Ministerråd 2003). Det er en således en stor udfordring i folkesundhedsarbejdet både i det danske samfund og i verdenssamfundet at opretholde en sufficient ernæringstilstand til borgerne. En god ernæringstilstand har betydning for det enkelte menneskes livskvalitet og evnen til at klare daglige gøremål. Dårlig ernæringstilstand og underernæring øger sygelighed og dødelighed med forringelse af livskvalitet til følge (Mowe et al. 2005, Kyle et al. 2005). Disse betragtninger bør indgå i de sundhedsfaglige og sundhedspolitiske overvejelser (Lassen et al. 2005).

Ernæring, politiske tiltag og kvalitetsudvikling

I kvalitetsarbejdet på ernæringsområdet er det nødvendigt, at sundhedsprofessionelle ser ernæring som sundhedsfremmende aktivitet. Der har gennem de seneste 10 – 15 år været et stigende politisk og ledelsesmæssigt ønske for løbende at kunne vurdere den samlede kvalitet på sygehusene ved fremadrettede evalueringsmetoder, som samtidig underbygge og fremme kvalitetsudviklingen indenfor alle områder (WHO, Ottawa Charteret 1986, Øvretveit 2001).

1994 udgav Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen i Danmark for første gang ”National Strategi for kvalitetsudvikling i Sundhedsvæsenet.” Den er siden revideret og har dannet en overordnet ramme for systematisk kvalitetsudvikling i det danske sundhedsvæsen (Sundhedsstyrelsen 2002). ”Transparency and accountability” er nøgleord i fremtidens sundhedsvæsen (Nordisk Ministerråd 2003). Kvalitet betragtes som et samspil ud fra 3 perspektiver: Det sundhedsfaglige perspektiv - Det patientorienterede perspektiv - Det organisatoriske perspektiv. Disse 3 perspektiver bør medtænkes, når ledelses- og forandringsarbejde planlægges og når organisationens strukturer, processer og resultater beskrives (Lausten et al. 2002).

Det er en forudsætning i arbejdet med kvalitetsudvikling at ledere i sundhedsvæsenet medvirker aktivt og formår at se ledelse i et andet perspektiv, end der tidligere har været tradition for. Der skal således i sygehusorganisationen sikres de fornødne muligheder og ledelsesmæssig opbakning til planlægning, analyse, gennemførelse, justering eller ændring, samt opfølgning på kvalitetsarbejdet (Veterinær- og Fødevarerdirektoratet 2000). Hertil fordres kendskab og redskaber til at lede forandringer på vej og dette bliver afgørende for en organisations bæredygtighed (Berwick 1996). Implementering af kvalitetsarbejdet påhviler således i høj grad de centrale og decentrale ledere i sundhedsvæsenet. Det er her de nødvendige rammer for kvalitetsarbejde på højt niveau skal skabes og ikke mindst er det herfra at initiativer til at udvikle en kvalitetskultur i sundhedsvæsenet skal påbegyndes (Øvretveit 2001, Sundhedsstyrelsen 2002).

Kvalitetsudvikling indebærer, at sundhedsprofessionelle kontinuerligt fremviser dokumentation af patientbehov og – problemer, faglige indsatser og resultater i tilslutning til patientforløb (Øvretveit 2001). Sundhedsprofessionelle kan anvende kvalitetsudvikling som det redskab, der skaber et overblik over arbejdets muligheder og begrænsninger (SCKK 2001). Herved kan også fremvises det arbejdspotential, der ligger i at arbejde tværfagligt og tværsektorielt (Lausten et al. 2002). Andre studier antyder, at akkreditering er et anvendeligt redskab hertil (Donabedian 2005). Det anbefales, at sundhedssektoren anvender akkreditering til at forbedrer og måle kvalitet (Nordisk Ministerråd 2003).

Kvalitetscheckpunkter bør fastlægges til at vurdere kvalitet i Sundhedsvæsenet (Den Danske Kvalitetsmodel 2004). Herved forstås eksplicitte indikatorer eller hændelser, der er afgørende for kvalitet og som det er muligt at måle (Lausten et al. 2002). Kvalitetscheckpunkter er hensigtsmæssige på områder, hvor der er et kvalitetsmæssigt gab mellem, hvordan praksis er og hvordan praksis bør være. Desuden hvor der er indført nye metoder eller teknologier i patientforløb og hvor viden og kunnen bør have speciel opmærksomhed for eksempel på grund af forskellige opfattelser af organisering af idealforløb omkring ernæring (Den Danske Kvalitetsmodel 2004). Ifølge Donabedian (2005) kan fastlæggelse af kvalitetscheckpunkter være en måde at fremme sundhedsprofessionelles konsensus på et fagligt område, som for eksempel kan være ernæringsarbejdet til de småtspisende patienter.

Verdenssundhedsorganisation, WHO har siden starten af 1990'erne på det politiske plan i verdenssamfundet arbejdet hårdt for at igangsætte udvikling og implementering af ernæringsanbefalinger og kostpolitikker. Dette arbejde blev igangsat fra 2 konferencer, Conference on Nutrition 1992, World Food Summit 1996 (WHO, Nutrition 2006). Arbejdet kan nu afspejles i de nordiske landes politiske anbefalinger (Veterinær- og Fødevarerdirektoratet 2000, Socialdepartementet 2002, Helsedepartementet 2002). WHO's udtalelse er ved at få gennemslagskraft:

“Freedom from hunger and malnutrition is a basic human right and their alleviation is a fundamental prerequisite for human right and national development “(WHO, Nutrition 2006).

I 2002 afholdt WHO en konference for politikere og ernæringsansvarlige, Child and Adolescent Health and Development. Resultatet blev udarbejdelse af retningslinier for både børns og voksnes ernæring. Disse retningslinier blev underskrevet af størstedelen af konferencens deltagere og har medvirket til at fremme udvikling af effektive mad - ernæringspolitikker og – programmer (Lochs et al. 2006).

Nordisk Ministerråd støtter det internationale kvalitets- og ernæringsarbejde. Siden 1980 er der udarbejdet fælles nordiske anbefalinger for næringsstoffer. Disse anbefalinger kan betragtes som et væsentligt værktøj i det sundhedsfremmende ernæringsarbejde og danner det videnskabelige grundlag for ernæringsoplysning og kostråd til befolkningen i hele Norden. Anbefalingerne revideres løbende hvert ottende år, således at det er nyeste forskning og metoder, der anvendes (NNA, Nordiske Næringsstof Anbefalinger 2004).

Danmark tager, som det øvrige Norden, udgangspunkt i WHO's formulering om kvalitet, hvori der pointeres det væsentlige i at fremme høj professionel standard, at udnytte ressourcer effektivt med minimal patientrisiko og høj patienttilfredshed. Der skal stræbes efter at sundhedsprofessionelle forstår at skabe helhed i patientforløb.

WHO's genstandsområde for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet omfatter både sundhedsfaglig, organisatorisk, økonomisk, og patientoplevels kvalitet (Sundhedsstyrelsen 2002). Det anses fra politisk side således som væsentligt, at sundhedsprofessionelle har arbejdsrutiner, hvis formål er at individualisere pleje- og behandling således, at der tages vare på alle former for kostforplejningen under en indlæggelse (Sundhedsstyrelsen 2003). Anbefalinger for Dansk Institutionskost, er udgivet i en revideret udgave 2000 og ligger grunden for ernæringsarbejdet i de danske amter og kommuner. Heri er også udarbejdet anbefalinger til et ernæringsscreeningsredskab, som kan anvendes i den kliniske praksis til at opfange tegn på underernæring tidligt og forebygge, at et yderligere vægttab forekommer hos risikogrupper (Veterinær- og Fødevarerdirektoratet 2000). Forår 2006 udkom Den Nationale Kosthåndbog i en elektronisk udgave og den forventes at fremme ensartet indsats på ernæringsområdet til alle borgere i kontakt med sundhedsvæsenet (Fødevarerdirektoratet 2006).

Ernæring og synteseparadigmet

Synteseparadigmet kan ses som en model, som skaber et overblik over gamle og nye tiltag: Det gamle kurative og behandlende element, som sigter mod diagnose og behandling. Her kan ernæringsscreeningsredskabet anvendes, således at det gøres muligt at diagnosticere, behandle og løbende følge/monitorere de ernæringstruede patienter. Gennem dette opnås det rehabiliterende element, der sigter mod bedst mulige funktionsniveau, ofte restfunktion. De ernæringstruede patienter er udsatte på grund af anden sygdom eller alderdom. Det er dog væsentlig for det enkelte menneske at bevare så mange grundlæggende funktioner så længe som muligt. Derfor må sundhedsprofessionelle gennem den øgede fokus screening give fremme inddragelsen af patienten i egen ernæringsbehandling. Således styrkes omsorgselementet, der sigter mod lindring, trøst og medmenneskelighed. Den enkelte patient vil i højere grad føle sig set og hørt af sundhedsprofessionelle i ernæringsbehandlingen og der gives redskaber fra sundhedsprofessionelle til patienten, således at det enkelte menneske formår at mestre eget liv og tilværelse på ernæringsområdet. Herved opnås at styrke det sygdomsforebyggende og sundhedsfremmende element, der sigter mod sundhed og som bygger på en helhedsopfattelse af mennesket og rummer både forebyggelse af sygdom og styrkelse af sundhed. Disse tiltag kaldes tilsammen synteseparadigmet. Det vil sige, elementer af det der indgår i behandling og pleje udvikles og betragtes som en helhed med alle de nuancer der er for det enkelte menneske. Herved målrettes og individualiseres behandling og pleje det enkelte menneskes unikke behov (Hjort 1993).

Det hyperkomplekse samfund

Kvalitetstankegangen kan betragtes som en følge af den tidsepoke vi befinder os i - Det postmoderne samfund - hvor brugerens krav er væsentlige at tage i betragtning, når planlægning af sundhedsydelser finder sted (Tiim 1997). Sundhedsprofessionelle skal i det fremtidige sundhedsfremmende arbejde løbende tage højde for, at borgere og brugere af sundhedsvæsenet ønsker at være velinformerede og aktivt medvirkende i deres tilværelse (Bojlén 2002, Apotekerfonden 2003).

Brugeren af sundhedsvæsenet vil således have andre krav end tidligere til sundhedsprofessionelles arbejde (Ferguson 2002). Det bliver af største betydning, at sundhedsvæsenet opfatter patienten som samarbejdspartner og at kvalitetsudvikling ses som en kontinuerlig, dynamisk proces til gavn for borgeren, sundhedsprofessionelle og organisationens ledelse (WHO, Ottawa Charteret 1986, Andersen 2000). Dette indebærer, at det skal være muligt for brugeren at vurdere kvaliteten, der udføres af sundhedsprofessionelle (Sundhedsstyrelsen 1999).

Verden i dag er sammensat og består af et stort og bredt spektrum af nye tiltag, der hurtigt skifter og det tyder på, at man i fremtidens sundhedsvæsen har brug for kontinuerligt at introducere nye arbejdsgange og procedurer (Qvortrup 2004). Man må regne med, at samfundsstrukturen i de kommende år vil blive endnu mere kompleks og uoverskuelig, end man kan forestille os i dag (Rasmussen, J 2004). Dette betyder, at fremtidens sundhedsvæsen kommer til at forandre sig dramatisk væk fra den stabilitet og tryghed, der tidligere kendetegnede både samfundet og sygehusorganisationen (Palmgren 1998). Hjort (1993) mener, at forandringen især vil ske indenfor medicinsk teknologi og ledelse og at der i disse år ses en alvorlig splittelse i grundlaget for medicin og sundhedstjenester. Det er vanskeligt i vor tid at imødekomme menneskets grundlæggende behov for tryghed og stabilitet (Giddens 1996).

Det medicinske felt har gennemgået en omfattende udvikling baseret på den naturvidenskabelige og reduktionalistiske tankegang (Månson 2003) og ifølge Söderström (1998) er sundhedsvæsenet stadig under stærk indflydelse fra teoretiske tankegange i maskinalderen. Sygdomspanoramaet er samtidig i vor tid blevet mere sammensat multifaktorielt og psykosocialt. Mennesket har fået vanskeligere ved at magte samlivet, samarbejde og samfund. Ifølge Hjort (1993) er disse problemer af en anden natur, end de som har optaget den medicinske grundforskning. Man kan ligefrem tale om, at der er ved at ske et paradigmeskifte indenfor sundhedssektoren i disse år (Månson 2003).

Et er sikkert, det bliver i fremtiden endnu mere vanskeligt at bevare et overblik og det enkelte menneske er tvunget til kontinuerligt at gøre valg og udvælge det, som har størst prioritet lige her og nu (Qvortrup 2004). Forandringerne i måden at strukturere arbejdet på stiller store krav til sundhedsansatte. Det er ikke sikkert, at vi kan anvende det som var "best practice" i går (SCKK 2001). Det nye paradigme kræver, at der tages nye billeder i brug for at overskue kompleksiteten i det sundhedsfremmende arbejde (Palmgren 1998, Andersen 2002).

Kvalitetskultur og læring på sygehuse – Nye billeder

Kvalitetsudviklingsarbejdet skal opleves som en succes af sundhedsprofessionelle, således at sundhedsprofessionelle ser en mening med indsatsen, der ydes i forhold til patienter, som er i en ernæringsmæssig risiko. Hertil kræves ledelsesmæssig opbakning og instruktion (Berwick 1996).

Kvalitetsarbejdet opfattes således som et middel til at vidensdeling finder sted blandt organisationens ansatte (Sundhedsstyrelsen 1999). Derfor er det væsentligt, ifølge Donabedian (2005) at holde sig for øje at kvalitetsudviklingsarbejde er en lærende proces for sundhedsprofessionelle og at det essentielle er at måle den kvalitet, der foregår, frem for hvad der går galt i processen.

Sundhedsprofessionelle (læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, sygehjælpere, kliniske diætister, fysioterapeuter, ergoterapeuter med flere) har indflydelse på faglige områders kvalitet og at kvalitetsudvikling foregår som en integreret del af det kliniske arbejde (Øvretveit 2001). Sundhedsvæsenets ydelser har tradition for en team-baseret varetagelse af undersøgelser, behandling og pleje af patienten. Det tværfaglige holdarbejde er en væsentlig forudsætning, når der stilles krav om kvalitet og kontinuitet i det sundhedsfaglige arbejde med patienterne.

Med det formål at skabe en fælles forståelsesramme for sundhedsprofessionelle i det sundhedsfaglige kvalitetsarbejde, er der konsensus om, at kvalitet skal forstås som: De samlede egenskaber ved en ydelse eller produkt, der betinger ydelsens eller produktets evne til at opfylde specificerede eller alment underforståede behov og forventninger (DSKS 2003). Dette har medført konsensus også om forståelsen af begrebet kvalitetsudvikling: De samlede aktiviteter og metoder, der har til formål systematisk og målrettet at forbedre kvaliteten af sundhedsvæsenets indsats indenfor de eksisterende rammer af den etablerede viden. Disse definitionerne afspejler helhedstænkning, som er essentiel i systemtankegangen (Berwick 1996). Herved bliver det muligt at definere sundhedsproblemer hos patienter og at komme frem til succesfulde og holdbare resultater (Nutbeam 1998). Politisk og organisatorisk lægges der stor vægt på en tværfaglig og tværsektoriel indsats blandt de sundhedsprofessionelle (DSKS 2003).

Et andet væsentligt begreb bliver viden og færdigheder i forbedringskundskab. Her drejer det sig om at se kvalitetsudvikling, som en kontinuerlig proces og lære at gennemføre forandringer i den kliniske praksis. Det bliver væsentligt i fremtidens kliniske hverdag, at sundhedsprofessionelle lærer både professionel kundskab – det vil sige øget faglig kundskab men i høj grad også at lære sig forbedringskundskab (Thor 2002). Forandring af arbejdsrutiner kræver overvejelse af organisatorisk og ledelsesmæssigt faktorer, således at der opstår sammenhæng mellem teori og praksis (Berwick 1996).

Med andre ord sundhedsprofessionelle må tilegne sig en metode til kontinuerligt at lære nyt og at medtænke implementering og forandringsprocesser i det fremtidige sundhedsfaglige arbejde. Dette vil øge evnen i en organisation til vidensdeling og

vidensgenerering blandt sundhedsprofessionelle i det sundhedsfaglige arbejde. En kvalitetskultur vil således opstå og gabet mellem teori og praksis vil mindskes (Øvretveit 2001, Donabedian 2005).

En organisations læring konstitueres som læring hos dens medlemmer. Den enkeltes læring er både professionel læring og personlig læring. Ofte vil læring i de uforudsigelige processer have karakter af overskridende læring for individet. Udfordringen i den overskridende læring er både et tilbud om personligt udviklende læreprocesser i arbejdet og en trussel mod ens selvforståelse og sikkerhed i det kendte (Andersen 2002).

I en organisation vil der groft delt være to typer af arbejdsprocesser. Den ene type baseret på rutiner og velkendte procedure. Den anden type rækker ud over rutinerne enten fordi disse skal forandres eller fordi opgaverne er nye og komplekse og ikke kan fanges i de gængse mønstre i organisationen og for dens medlemmer. Forvaltningen af de etablerede rutiner er ikke uvæsentlig, men udfordringerne i organisationen kommer i særlig grad til at handle om at udvikle kompetencer til at håndtere den komplekse udvælgelse af faglige og processuelle variabler i dynamiske forløb. Analogt med de to typer arbejdsprocesser kan der tales om administrativ ledelse og pædagogisk ledelse i en organisation. Administrativ ledelse skal få organisationen til at fungere efter de regler, der gælder og pædagogisk ledelse initierer og leder læreprocesser, samt faciliterer refleksion, læringsrelationer og læringskultur i organisationen. Man kan sige, at organisationen i moderniteten vil være dobbelt så eksponeret for foranderlighed og dermed tvunget til at gear sig i forhold til læring og udvikling. Organisationen får brug for at kunne begribe læring og udvikling som processer på måder, der ikke er reduktionistiske i forhold til den organisationsmæssige virkelighed, og som støtter organisationen i at reflektere sig selv (Andersen 2002).

Formål og forskningsspørgsmål

Problemformulering

Der findes på nuværende tidspunkt ikke et redskab, der kan vurdere implementeringsprocessens forløb på ernæringsscreeningsområdet. Der findes heller ikke et redskab, der kan vurdere om sundhedsprofessionelle har øget de sundhedsfaglige kompetencer i forhold til den småtspisende patient efter implementeringsperiodens forløb.

Det bliver væsentlig for den fremtidige ernæringsindsats, at der udvikles yderligere kundskab om implementeringsprocessens forløb og resultat. Herved opstår ny viden om kvalitetsudvikling og forbedringsarbejde. Erfaringer fra dette studie vil være brugbare i det fremtidige sundhedsvæsen, hvor der løbende vil være krav om kvalitetsforbedring

og dokumentation for processers forløb, indsatsområder og den sundhedsfaglige indsats fra sundhedsprofessionelle. Erfaringerne fra dette studie kan anvendes i igangsatte kvalitetsudviklingsprocesser, hvor der ønskes en vurdering af et indsatsområde.

Styrende for forskningsundersøgelsen bliver derfor følgende:

Hvilket redskab kan anvendes til at vurdere implementeringsprocessen af ernæringsscreeningsredskabet og om sundhedsprofessionelle under implementeringsprocessen har øget de sundhedsfaglige kompetencer i forhold til den småtspisende patient?

Formål

Formålet med dette studie er, at udvikle og afprøve et redskab, som kan vurdere kvaliteten af den sundhedsprofessionelle ernæringsindsats til de småtspisende patienter.

Forskningsspørgsmål

Med udgangspunkt i de kliniske diætisters undervisning er følgende udledt til konstruktionen af forskningsundersøgelsen:

1. Forstår og kender de sundhedsprofessionelle baggrunden for ernæringsscreening?
2. Kender de sundhedsprofessionelle ansvarsplaceringen i forbindelse med patienternes ernæring?
3. Er der tegn på at implementeringen af ernæringsscreening kan ses i de sundhedsfaglige arbejdsrutiner?
4. Har de implementerede arbejdsrutiner på ernæringsområdet positiv effekt hos den ernæringstruede patient?

Hypotese

Implementeringen af ernæringsscreening forårsager, at patienten, der er underernæret eller i risiko herfor findes og en forebyggende og sundhedsfremmende indsats hos de ernæringstruede patienter iværksættes. Ernæringsindsatsen ses i de sundhedsfaglige arbejdsrutiner. Sundhedsprofessionelle har viden om basal ernæringslære og forstår at anvende ernæringsscreeningsredskabet, både som et pædagogisk redskab og som dokumentation for ernæringsindsatsen. Ernæring ses således som en del af den samlede pleje- og behandling i et patientforløb under indlæggelse. (Veterinær og Fødevarerdirektoratet 2000, Sundhedsstyrelsen 2003).

Metode

Design

En surveyundersøgelse er udarbejdet ud fra teori om konstruktion af spørgeskemaer (Olsen 2005). Ernæringsscreening på Sygehus Sønderjylland anvendes som eksempel på en implementeringsproces. Surveyundersøgelsen begynder med almene spørgsmål vedrørende ernæring og bevæger sig derefter til personlige og holdningsmæssige ernæringsspørgsmål. Rækkefølgen af spørgsmålene er nøje overvejet og samlet efter svarkategori for at lette besvarelsen for respondenterne og således at besvarelsen forekommer let og flydende. Herved opnås høj grad af validitet og bias og confounder forebygges i den udstrækning, det er muligt (Olsen 2005, Andersen & Christoffersen 1982). Spørgsmålene mærkes og systematiseres efter forskningsspørgsmål med nummer 1 – 2 – 3– 4. (Se bilag 1). Således er det muligt at finde tilbage til alle spørgsmål. Disse numre er ikke synlige i surveyundersøgelsen, som præsenteres for respondenterne. Tidsforbrug fra respondenternes side vurderes til at være ca. 15-30 minutter. Surveyundersøgelsens spørgsmål stilles skriftlig til stikprøven og den enkelte respondent besvarer spørgsmålene individuelt.

Konstruktion af redskab

Et redskab, der kan anvendes til at besvare de fire forskningsspørgsmål er specielt udviklet til denne surveyundersøgelse. Herved er det muligt at besvare problemstillingen. I udviklingen af redskabet er der taget udgangspunkt i de fire forskningsspørgsmål og det faktum, at det er problemstillingen, der bestemmer forskningsmetoden (Koch & Valgård 2003). Det er hensigten, at redskabet, der er specielt konstrueret til brug i denne undersøgelsen, kan rekonstrueres og anvendes på andre kliniske områder i sundhedsvæsenet, hvor der ønskes en systematisk evaluering af et sundhedsfagligt indsatsområde.

Redskabet er konstrueret som et spørgeskema med i alt 103 spørgsmål, hvoraf fem giver mulighed for at respondenter nedskriver en kort mening med uddybelse af væsentlige områder. Besvarelsen foregår ved afkrydsning af tre-seks svarkategorier. Der er tilladt plads til respondenteres kommentarer især med fokus på holdninger og for at skabe et indtryk af, hvordan implementeringen er forløbet. Redskabet inkluderer spørgsmål om baggrundsdata, så som alder, uddannelse, køn, mængden af vagter og længde af arbejdsliv (Olsen 2005, Andersen & Christoffersen 1982).

Respondenternes besvarelse skal afdække om der er tegn på at implementeringen af ernæringsscreening er i gang og om der ses en forandring i de sundhedsfaglige arbejdsrutiner. Spørgsmålene afspejler: Viden om ernæring og viden om konsekvenser

af underernæring for de småtspisende patienter. Herudover de sundhedsfaglige arbejdsrutiner på ernæringsområdet og måltidet prioritering i det sundhedsfaglige arbejde. Dele af surveyundersøgelsens spørgsmål skal afdække, om der findes en klar ansvarsfordeling af ernæringsopgaver blandt de sundhedsprofessionelle og hvorledes det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde vedrørende ernæringsbehandlingen og plejen foregår (Bilag 1).

Kvalitetssikring af spørgsmål

Der er foretaget en grundig kvalitetssikring af spørgsmålene, som er anvendt i redskabet (Olsen 2005). I denne proces blev flere spørgsmål sorteret fra. Hvert spørgsmål og dertil hørende svarkategori er kontrolleret, således at sætningen er grammatisk klar, utvetydig og kort formuleret. Der er taget stilling til hvilket fokus, som er væsentlig i sætningen, at det er et lukket og ikke ledende opbygning af spørgsmålet med kun er en dimension, en entydig forståelse af sætningen og spørgsmålet, indeholdende hverdagsord, således at spørgsmålet opfattes ikke truende, men neutralt og med en balanceret spørgsmålsform. Svarekategorierne giver mulighed for en graduering med fire-seks mulige svar. Således at nuancer kan fremkomme. Til hvert enkelt spørgsmål og sætning er konstrueret svarkategorier ja - nej - ved ikke eller i høj grad – i nogen grad – i mindre grad - slet ikke. Kategorien ”ved ikke er nøje overvejet i alle spørgsmål. Kategorien er væsentlig for at synliggøre, at respondenter ikke ved, men kategorien kan medføre, at den anvendes i stedet for at tage stilling til spørgsmålet der er stillet. Det er således en balancegang, hvor den er på sin plads at anvende kategorien ”Ved ikke” (Olsen 2005). Kvalitetssikringen er foretaget før pilotundersøgelsen og kontrolleret af tre personer uafhængigt af hinanden (figur1).

<u>Spørgsmål 1.01</u> Normalkost er den rigtige kost, når der er tale om en underernæret patient.	Ja	Nej	Ved ikke
<u>Kvalitetsvurdering 1.01:</u> Grammatisk korrekt, sprogligt klart og utvetydigt, kort formuleret, fokuserende på valg af kost, lukket spørgsmål, entydig, brug af hverdagsord, en dimension og ikke ledende spørgsmål, ikke truende, neutral og balanceret spørgsmålsform. Indholdsdimensionen: Retter sig mod respondenter erfaring og viden til at vurdere kostform og om rette kostform vælges. Tidsdimensionen: Indeholder ikke tidsbegreb. Svardimensionen: Svarkategorier er relateret til spørgsmål og hænger sammen med spørgsmål. Ved ikke: er valgt for at give respondenter mulighed at svare udtømmende på spørgsmålet.			

Figur 1. Eksempel på kvalitetssikring

Afgrænsning af stikprøve

Stikprøven er tilfældigt udvalgt blandt plejepersonale på et af Sygehus Sønderjylland. Den skønnes at være repræsentativ for det samlede sundhedspersonale på Sygehus Sønderjylland og for sygehuse i Danmark og i Norden. Det skønnes at være muligt ud fra stikprøven at drage konklusioner til hele sundhedspersonalet ansat ved Sygehus Sønderjylland og at generalisere resultatet til lignende afdelinger i Danmark, Norden og Europa. Stikprøven er plejepersonalet med den begrundelse, at denne personalegruppe, blandt de sundhedsprofessionelle, er tættest på patienten og det er her i plejepersonalets arbejdsrutiner, det ses om de ernæringsmæssige tiltag på sygehusene har haft en direkte effekt hos de ernæringstruede patienter. Ernæringsplejen skal således afspejles i de sundhedsfaglige arbejdsrutiner omkring patienten under en sygehusindlæggelse (Olsen 2005, Andersen & Christoffersen 1982).

Pilotundersøgelse

Dele af redskabet indgik som led i ernæringsundervisning til sygeplejersker og der var efterfølgende en refleksion i plenum over spørgsmålene. Redskabet blev herefter afprøvet i et pilotstudie på 15 personer med efterfølgende mundtlige kommentarer fra deltagere. I denne kvalitetssikringsproces forekom små justeringer af redskabet.

Dataindsamling

To kirurgiske sygehusafdelinger og 4 medicinske sygehusafdelinger blev tilfældigt udvalgt. I alt seks sygehusafdelinger indgik i surveyundersøgelsen og population omfattede 128 personer.

Redskabet blev introduceret personligt til kontaktpersoner i afdelingerne. Der fulgte et brev med spørgeskemaerne, som beskrev baggrunden for at surveyundersøgelsen foretages, af hvem den foretages og at besvarelsen foregår anonymt. Der blev vedlagt en adresseret svarkuvert for at fremme deltagelse i undersøgelsen (Bilag 1). To-tre gange om ugen over fire uger blev der rettet personlig henvendelse til afdelingerne. Der blev løbende udformet skriftlige opslag med information om undersøgelsen og deadline blev udsat på grund af få besvarelser. Der foretages både personlig henvendelse og på mail til kontaktpersoner og afdelingssygeplejersker i afdelingen for at fremme besvarelse af spørgeskemaet.

Etiske overvejelser

Surveyundersøgelsen er et kvalitetssikringsprojekt med fokus på personalet og det er derfor ikke nødvendigt, at en ansøgning behandles af Den Videnskabelige Komite for Ringkøbing, Ribe og Sønderjyllands amter (www.etiskraad.dk).

Ifølge Olsen (2005) er det hensigten, at den endelige forskningsundersøgelse foregår på de præmisser og vilkår, der er i afdelingen, de dage undersøgelsen foregår. Der må tages højde for, at der skal være balance mellem at få svar på det, der er væsentlig for surveyundersøgelsen, men også at den enkelte respondent ikke føler sig forurettet eller nedgjort ved besvarelse af spørgsmålene. Der er givet skriftlig tilladelse af sygehusledelsen og mundtlig aftalt med oversygeplejerske og afdelingssygeplejerskerne om den praktiske gennemførelse af undersøgelsen. Det blev antaget som væsentligt, at interviewer ikke er en del af hverdagen i afdelingerne, således at respondenterne svarer frit og ikke farves i besvarelsen på grund af et arbejdsfællesskab med interviewer. Ikke alle spørgsmål var relevante for alle, men kunne så springes over.

Resultat

De fire forskningsspørgsmål er betragtet ud fra teori om kvalitetsarbejde, ernæring, sundhedsfremme og læring. Afdelingerne benævnes i statistiske data som: Afdeling A. Afdeling B. Afdeling C. Afdeling D. Afdeling E. Afdeling F.

Fremgangsmåde i undersøgelsesfasen

Spørgeskemaerne blev afleveret og uddelt personligt både til kontaktpersoner og til en stor del af personalet. Spontant fortalte kontaktpersoner, at man i afdelingerne ernæringsscreener alle indlagte patienter. Respondenterne var enige om, at ernæring til de småtspisende er et væsentligt og relevant plejeområde. Tre afdelinger betegnede ved undersøgelsens start ernæring til småtspisende som et indsatsområde. To afdelinger betegnede, at ernæring til de småtspisende havde været eller burde være et indsatsområde. To afdelinger havde en ernæringsansvarlig sygeplejerske.

Under samtaler med respondenter fremkom sundhedsprofessionelles overvejelser om sygehusenes fremtid og ændret struktur. Forklaring på at ernæringsscreening skal indføres som en fasttømret arbejdsrutine, mentes at være omstruktureringen på sygehuset. Omstruktureringen fyldte meget i plejepersonalets bevidsthed og samtidig med igangsættelse af denne surveyundersøgelse, startedes implementering af elektronisk patientjournal i to afdelinger. Frekvensen af antal deltagere i de fem afdelinger, der deltog i undersøgelsen var forskellig.

Afdeling A. Udleveret 23 spørgeskemaer. Kontakt person er afdelingssygeplejersken. Ernæringsscreening er kendt i afdelingen i ca. to år og betegnes som en fast procedure ved indlæggelse. Ernæringsscreening er et indsatsområde. 15 svar returneres. Svar % = $15/23 = 0,65 = 65 \%$.

Afdeling B. Udleveret 20 spørgeskemaer. Kontaktperson er ernæringsansvarlig sygeplejerske. Ernæringsscreening er kendt i afdelingen, men ikke prioriteret som indsatsområde. Kontaktperson er i tvivl om hvor fast proceduren for ernæringsscreening er implementeret i afdelingen. Positiv indstilling til undersøgelsen. 13 svar returneres. Svar % = $13/20 = 0,65 = 65 \%$.

Afdeling C. Udleveret 26 spørgeskemaer. Uddeles personligt til de sundhedsprofessionelle, der er på arbejde og lægges til resten. Ernæring betragtes som et indsatsområde. Afdelingssygeplejerske orienteres og vil uddele til resten. Der forventes høj svar % og der er en positiv indstilling til undersøgelsen. 16 svar returneres. Svar % = $16/26 = 0,62 = 62 \%$.

Afdeling E. Udgår før undersøgelsens start på grund af omstruktureringen.

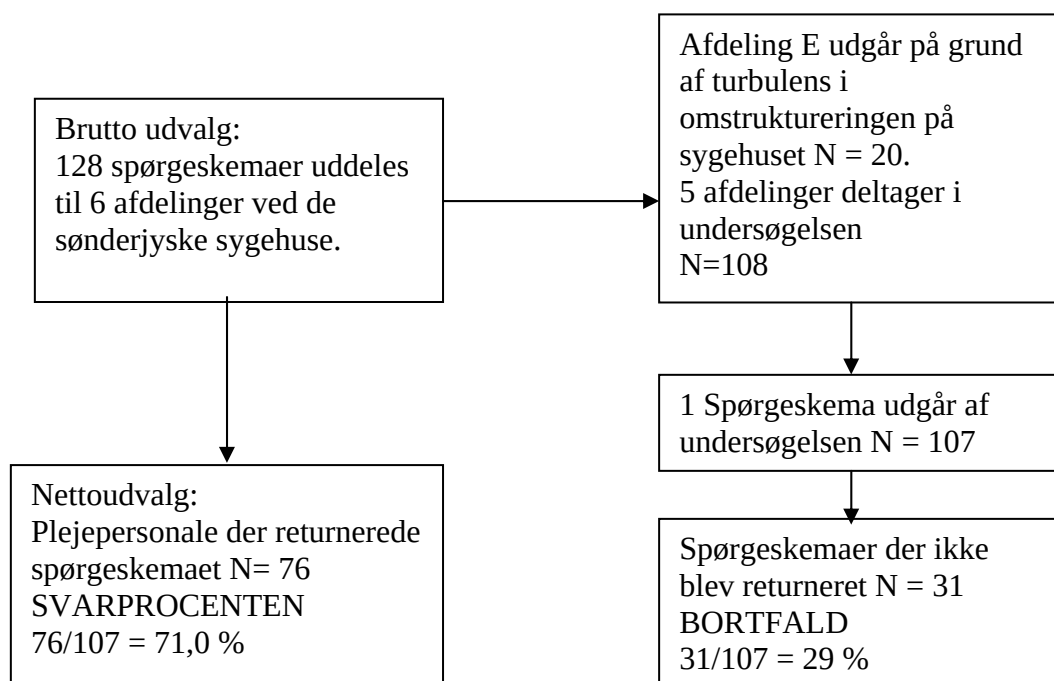
Afdeling D. Udleveret 29 spørgeskemaer. Afdelingssygeplejerske uddeler til personalet og opfordrer til at udfylde. Information om undersøgelsen er ikke nået frem til afdelingen, men der er en positiv indstilling. Ernæring har tidligere for et par år siden været et indsatsområde, men der har ikke været ernæringsansvarlige personer i afdelingen længe på grund af barsel. 15 svar returneres. Svar % = $14/29 = 0,48 = 48 \%$.

Afdeling F. Udleveret 20 spørgeskemaer, ingen information fra oversygeplejerske, men indstillingen er positiv fra afdelingens kontaktperson. Ernæringsscreening er et indsatsområde. Kontaktpersoner i afdelingen er afdelingssygeplejersken og sygeplejerske som er ernæringsansvarlig. 17 svar returneres. Svar % = $17/20 = 0,85 = 85 \%$

Surveyundersøgelsen omfatter i alt 108 respondenter og deler stikprøven i 2 grupper: 76 respondenter, som har besvaret og 31 respondenter, som ikke har svaret på spørgeskemaet. Et spørgeskema udgår på grund af mangelfuld besvarelse. Svarprocenter var $108/76 = 71 \%$ (Se figur 2).

En stikprøve på 20 tilfældigt udvalgte spørgeskemabesvarelser blev foretaget for at kvalitetssikre indtastningen. (1,2,3,4,20,21,23,24,33,34,35,47,48,58,59,60,70,74,75) Dette var 27 % af hele stikprøven. Fejlprocenten i indtastningen lå på under 0,1 %. Taldata præsenteres som deskriptiv statistik ved hjælp af frekvensfordelinger. Beregninger er udført i SPSS for Windows Version 14.0. (Nielsen & Kreiner 1999).

Gennemgang af resultater er struktureret ud fra problemformuleringen og de fire forskningsspørgsmål. De fremkomne svar er opdelt i delområder, således at et nuanceret billede af resultat opstår. Tallene angiver nummer på spørgsmål og svar og fremstår som tabeller i samme rækkefølge som konstruktionen af spørgeskemaet (Bilag 2). De uddybende kommentarer fra respondenterne er ikke vist som resultat, men har bekræftet resultatet i surveyundersøgelsen.



Figur 2. Rekruttering og deltagelse.

Baggrundsdata.

65,8 % af respondenterne, der deltog i undersøgelsen var sygeplejersker og 31,6 % der deltog i undersøgelsen var social- og sundhedsassistenter. En respondent har ikke opgivet faggruppe (Spørgsmål 5.109). 18,4 % af respondenterne har afsluttet deres uddannelse før 1980, 10,5 % afsluttede mellem 1981 – 1990. 32,9 % af respondenterne afsluttede mellem 1991 – 1999 og 26,3 % har afsluttet efter år 2000 (Spørgsmål 5.110). 13,2 % af respondenterne har været ansat mindre end et år, 36,8 % har været ansat mellem et og fem år, 26,3 % har været ansat mellem seks og ti år, 7,9 % havde været ansat 11 – 15 år, 3,9 % havde været ansat 16 – 20 år og 9,2 % havde været ansat mere end 20 år. 2,6 % besvarede ikke spørgsmålet (Spørgsmål 5.111) 18,4 % af respondenterne var mellem 20 – 29 år, 40,8 % af respondenterne var mellem 30 -39 år, 23,7 % var mellem 40 - 49 år, 13,2 % var mellem 50 – 59 år og 1,3 % var over 60 år. 2,6 % har ikke besvaret spørgsmålet (Spørgsmål 5.112). Næsten alle respondenter (97,4 %) var kvinder og 2,6 % har ikke besvaret spørgsmålet (Spørgsmål 5.113). Angående vagtfordelingen har 23,7 % af de sundhedsprofessionelle kun dagvagter, 28,9 % har blandet dag/nattevagt. Den største gruppe (32,9 %) har blandet aften/dagvagt. 6,6 % af stikprøven har kun nattevagter og 5,3 % af stikprøven har kun aftenvagter. 2,6 % af respondenterne besvarede ikke spørgsmålet (Spørgsmål 5.115).

Forskningsspørgsmål 1:

Forstår og kender de sundhedsprofessionelle baggrunden for ernæringsscreening?

Viden om BMI

93,4 % af respondenterne ved BMI mindre end 20,5 % er lig med undervægt (Spørgsmål 1.07). 60,5 % af respondenterne ved, BMI for ældre skal være mellem 24 -25, det vil sige BMI er højere hos ældre end hos yngre. 22,4 % af respondenterne ikke har besvaret spørgsmålet (Spørgsmål 1.20).

Viden om proteiner

Respondenterne ved, at protein er byggestenen til kroppens muskler (Spørgsmål 1.10). 72,4 % svarer ja til at protein omdannes til muskler og depoter i kroppen (Spørgsmål 1.11).

Måltidets prioritering

I besvarelsen om antal daglige måltider (Spørgsmål 1.23) viser det sig, at 82,9 % af respondenterne svarer, man skal spise seks – otte måltider om dagen. 77,6 % svarer, der skal indtages tre mellemmåltider dagligt under indlæggelsen for at dække energi- og proteinbehovet (Spørgsmål 1.14).

Behov for teoretisk viden

25 % af respondenterne synes, der i høj grad eller i nogen grad har været afsat tid til, at plejepersonalet har kunnet modtage undervisning i ernæringsscreeningsredskabet og de småtspisende patienters behov (Spørgsmål 3.81). Mange respondenter skriver i de uddybende kommentarer, at ernæringsområdet er på vej til øget prioritering og at det er godt med øget fokus på ernæring til småtspisende.

Spørgsmål 4.106 viser, at 73 % af respondenterne synes den faglige viden om ernæring til de småtspisende patienter er øget. Spørgsmål 4.107 viser, 28 % mener, denne viden er tilstrækkelig. Det er dog vanskeligt for respondenterne specifikt at pege på hvilken viden, der skal tilføres for at ernæringsplejen kan optimeres. (Spørgsmål 4.105).

Kostens indhold af energi og protein.

92,1 % af respondenterne ved, at sygehuskosten er den mest energi og proteinberiget kostform (Spørgsmål 1.35). 94,7 % af respondenterne ved, mælk skal indeholde 3,5 % til de småtpisende (Spørgsmål 1.24).

Når der spørges til det mest energiberigede mælkeprodukt (Spørgsmål 1.26) er der ikke enighed om, hvilket mælkeprodukt der indeholder mest energi. 71,1 % ved, det er sødmælk der er mest energiberigende, men 13,2 % af respondenterne har ikke besvaret spørgsmålet. Knap 16 % af respondenterne mener, det er enten kærnemælk eller ymer som er mest energiberiget.

Spørgsmål 1.09 viser, at 93,4 % af respondenterne ikke vil servere klar suppe som nærende kost til småtpisende.

Spørgsmål om proteinindholdet i forskellige mælkeprodukter viser, at 46,1 % af respondenterne, ymer er det mest proteinrige. 15,8 % har ikke besvaret spørgsmålet (Spørgsmål 1.25). Til spørgsmålet om indhold af proteinmængden i 100 ml ymer viser det sig at 36,8 % af respondenterne har viden om, at ymer indeholder 6 gram protein/100 ml. 51,3 % har svaret "Ved ikke" til spørgsmålet.

Viden om konsekvenser for patient, hvis underernæring er en realitet

98,7 % af respondenterne ved, de småtpisende patienter ikke skal have serveret normalkost, men at en anden kostform skal vælges (Spørgsmål 1.01). 85,5 % af respondenterne ved, undervægtige diabetespatienter har et specielt behov og skal have andet end den normale diabeteskost serveret (Spørgsmål 1.38). 14,5 % af respondenter ville således servere anden kost til de småtpisende diabetes patienter.

Spørgsmål 1.03 viser, at 98,7 % af respondenterne mener, komplikationer i efterforløbet kan reduceres hos de underernærede patienter ved at forbedre ernæringstilstanden før operation. Spørgsmål 1.04 viser, at 84,2 % af respondenterne svarer ja til, at der er sammenhæng mellem antal indlæggelsesdage og ernæringstilstand.

Respondenternes viden om hjemmehjælp og underernæring viser, at det kun er halvdelen (51,3 %) der mener, der er en sammenhæng (Spørgsmål 1.05). Men næsten alle respondenter mener, at vægttab har indflydelse på evnen til at udføre daglige gøremål og at underernæring er kostbart for økonomien (Spørgsmål 1.28, 1.29).

Spørgsmål 1.06 og 1.08 drejer sig om sygdomsdiagnoserne collum femoris og apoplexi, som er 2 hyppige og udsatte sygdomsgrupper blandt indlagte patienter. 98,7 % af respondenter ved, collum femoris patienter med BMI 17 er en udsat gruppe i risiko for underernæring (Spørgsmål 1.06) hvorimod apoplexi ikke i samme grad ses som en udsat

gruppe, der har let ved at blive underernæret. Kun 60 % af respondenterne vurderer patienten med apoplexi til at være i risiko for underernæring. 27,6 % af respondenterne har svaret kategori "Ved ikke" til spørgsmålet om apoplexi patienter udvikler tegn på underernæring under indlæggelse (spørgsmål 1.08). 81,5 % af respondenterne mener undervægtige patienter i høj grad eller i nogen grad vil tabe sig under indlæggelsen (Spørgsmål 1.02).

Viden om Ernæringsscreeningsredskabet

80 % af respondenterne svarer, at monitoreringsskemaet skal opbevares i lægejournal og 20 % af respondenterne ved ikke hvor skemaet skal opbevares eller svarer, at det skal opbevares i sygeplejejournalen (Spørgsmål 3.65). Resultatet kan sammenholdes med spørgsmål 3.64, der afspejler, at 36,8 % af respondenterne i høj grad eller i nogen grad har anvendt monitoreringsskemaet indenfor den sidste uge.

3,9 % af respondenterne ved, at der skal spises 25 % mindre af det normale kostindtag for, at man kan tale om ernæringsmæssig risiko. 57,9 % af respondenterne har svaret "Ved ikke" til spørgsmålet (Spørgsmål 1.22).

90,8 % af respondenterne ved, at det daglige energibehov for et menneske er 8000 – 10.000 KJ/dag (Spørgsmål 1.18) og 42,1 % ved det daglige proteinbehov er 80 – 100 g/kg legemsvægt. 35 % af respondenterne har ikke besvaret spørgsmålet (Spørgsmål 1.17). 55,3 % af respondenterne ved væskeindtaget er 30 ml/kg. 30 % har ikke besvaret spørgsmålet (Spørgsmål 1.19).

86,8 % af respondenterne ved, at indlagte patienter ifølge Sundhedsstyrelsens anbefalinger bør ernæringsscreenes en gang ugentligt. 9,2 % har svaret kategori "Ved ikke". 30,3 % af respondenterne ved, hvor stor en del de småtspisende fylder på sygehusene og 40,8 % har ikke besvaret spørgsmålet (Spørgsmål 1.15).

46,1 % af respondenterne ved, man skal være opmærksom når et vægttab på 5 % af normalvægten er til stede. 42,1 % har ikke besvaret (Spørgsmål 1.21). Angående antal dage man bør kostregistrere så ved 89,5 % af respondenterne, det er tre dage (Spørgsmål 1.16). 48,7 % af respondenterne mener at ernæringsscreening i høj grad eller i nogen grad er en del af de daglige arbejdsrutiner (Spørgsmål 3.85).

Forskningsspørgsmål 2:

Kender de sundhedsprofessionelle ansvarsplaceringen i forbindelse med patienternes ernæring?

44,7 % af respondenterne mener, det alene er de kliniske diætister, der har ansvar for at vurdere ernæringstilstanden hos de underernærede patienter (Spørgsmål 2.40). 71,1 % af respondenterne mener, det er lægen, som skal vurdere ernæringstilstanden under indlæggelse (Spørgsmål 2.43) 44,7 % mener, de kliniske diætister alene har ansvar for at vurdere ernæringstilstanden hos de underernærede patienter (Spørgsmål 2.39). 40,8 % af respondenterne mener, de kliniske diætisterne skal kontaktes hos alle indlagte patienter og 55,3 % mener kontakt skal forekomme ved udvalgte patienter (Spørgsmål 2.42).

32,9 % af respondenterne, plejepersonalet selvstændigt kan vurdere, hvornår en ernæringssonde skal nedlægges, 56,6 % af respondenterne mener ikke, det er en selvstændig plejeopgave at vurdere, hvornår en patient skal have en ernæringssonde (Spørgsmål 2.41).

93,4 % af respondenterne mener, det er relevant at screene patienter under indlæggelse (Spørgsmål 4.98). De uddybende kommentarer viser, at nogle respondenter udtrykker ønske om øget kendskab til selv at gøre ernæringsarbejdet, andre mener, det er diætisternes ansvarsområde. Disse resultater er interessante sammenholdt med, at der blandt 93,4 % af respondenterne er enighed om, at servering af mad er en plejeopgave (Spørgsmål 4.99).

Spørgsmål 4.103 viser, at 10,7 % af respondenterne mener, det er sygeplejersken, der påtager sig mest ansvar for ernæringsopgaver i afdelingen. 22,7 % mener, det er social- og sundhedsassistenterne der påtager sig mest ansvar. 49,4 % mener, ansvaret påtages både af sygeplejerske og social- og sundhedsassistenter. 2,7 % mener, det er de kliniske diætister der påtager sig mest ansvar. 9,3 % mener, ansvaret påtages af klinisk diætist, social- og sundhedsassistent og sygeplejerske, 1,3 % mener, det er social- og sundhedsassistenten og den kliniske diætist. 4,0 % mener, det er sygeplejersken og den kliniske diætist, der påtager sig mest ansvar for ernæring i afdelingen.

96,1 % af respondenter har læst sygehusets kostpolitik (Spørgsmål 1.37). Implementeringen af kostpolitikken genfindes ikke i resultatet vedrørende de sundhedsfaglige arbejdsrutiner eller i kommunikationen til andet sundhedsfagligt personale, til patient og de pårørende.

Forskningsspørgsmål 3:

Er der tegn på at implementeringen er startet i sygehusafdelingerne?

Samarbejde til kliniske diætister, læger, køkken, hjemmepleje

Der er delte meninger om, hvornår den kliniske diætist skal kontaktes, når en patient i risiko for undervægt er indlagt. 61,8 % af respondenterne har slet ikke kontaktet klinisk diætist indenfor den sidste uge. 9,2 % af respondenterne svarer, at de i høj grad har haft kontakt med klinisk diætist (Spørgsmål 3.80).

Der er stor forskel på respondenternes mening om det tværfaglige ernæringsarbejde til køkkenet. 25 % af respondenterne synes samarbejdet fungerer fint og at maden kan fremskaffes. 30,2 % af respondenterne synes, samarbejdet fungerer trægt og at der ikke er tilstrækkelig mulighed for at få den mad, patienten ønsker sig med kort varsel (Spørgsmål 3.58).

43,4 % af respondenterne nævner ernæring i udskrivesbrevet til hjemmeplejen (Spørgsmål 4.104). Resultatet viser yderligere, at respondenterne ved, denne patientgruppe koster samfundet mange penge (Spørgsmål 1.29). 27,6 % af respondenterne mener ikke, der er sammenhæng mellem mængden af hjemmehjælp og ernæring (Spørgsmål 1.05).

Samarbejde og arbejdsrutiner til patient og pårørende

40 % af respondenterne har talt med tildelte patienter om hvorfor det er vigtigt at ændre kostvaner (Spørgsmål 3.91). 3,9 % oplever at de småtspisende patienter i høj grad oplyser om deres ønsker til måltiderne (Spørgsmål 4.97). 5 % af respondenterne har informeret de pårørende om ernæringstiltag under indlæggelsen (Spørgsmål 3.92). 15,8 % af respondenterne svarer, ernæringsscreening i høj grad er blevet en del af de daglige arbejdsrutiner (Spørgsmål 3.85). 3,9 % af respondenterne svarer, de har anvendt ernæringsscreeningsredskabet pædagogisk sammen med patienten (Spørgsmål 3.87).

Ernæringens prioritering i dag- aften og nattevagter

47,4 % af respondenterne svarer, at de på opfordring fra patienten i høj grad serverer mad udenfor måltiderne 43,4 % svarer ”i nogen grad” (Spørgsmål 3.90). 40,8 % af respondenterne har ikke serveret proteindrik i den forrige nattevagt (Spørgsmål 3.46). 25 % af respondenterne har udleveret mad til nogle patienter i den sidste nattevagt (Spørgsmål 3.47). For aftenvagternes vedkommende viser der sig, at 56,1 % af respondenterne har udleveret mad til alle eller nogle patienter udenfor måltiderne i

forrige aftenvagte (Spørgsmål 3.48). På spørgsmålet om: ”serveret indenfor den sidste uge” er der mellem 15 og 30 % af respondenterne, der anvender svarkategorien: ”ikke relevant for mig” (Spørgsmål 3.48, 3.47, 3.46, 3.45).

85,6 % af respondenterne svarer, at de i høj grad eller i nogen grad serverer sødmælk som rutine til måltiderne til de småtpisende patienter (Spørgsmål 3.49). 7,9 % serverer i høj grad vand til måltiderne. 38,2 % svarer i mindre grad (Spørgsmål 3.50). Fløde anvendes i høj grad til berigelse af maden af 25,2 % (Spørgsmål 3.51). Desserten anvendes hyppigere end is som mellemmåltid (Spørgsmål 3.52, 3.53). 38,2 % har serveret patientens egen chokolade (Spørgsmål 3.54). 31,6 % af respondenterne mener at vitaminpille dagligt tilbydes den småtpisende patient (Spørgsmål 3.55).

72,4 % af respondenterne har ikke indenfor den sidste uge udleveret kostpjece til patienter. 13,2 % svarer det ikke er relevant for dem at udlevere kostpjece og 11,8 % har udleveret kostpjece til patienter (Spørgsmål 3.45). 25 % af respondenterne mener, de informerer patienten om hvilke mellemmåltider og hvilken mad der kan serveres i afdelingen (Spørgsmål 3.57). 35,5 % af respondenterne ser ernæring som i høj grad værende en del af behandlingen under indlæggelse på sygehuset (Spørgsmål 3.93).

Arbejdsrutiner til ernæringsscreening

38,2 % af respondenterne har indenfor den sidste uge ernæringsscreenet tildelt patient. 40,8 % af respondenterne har ernæringsscreenet tildelt patient for over 14 dage siden (Spørgsmål 3.86). 57,9 % svarer, vejning i høj grad er en procedure ved indlæggelsen (Spørgsmål 3.59) og 46,1 % mener vejning af patienter i høj grad sker under indlæggelsen (Spørgsmål 3.60). 59,2 % af respondenterne mener, patientens højde måles i høj grad ved indlæggelsens start (Spørgsmål 3.61).

Monitoreringsskemaet er anvendt af 47,4 % af respondenterne til de sidste tre patienter, der kan betegnes som risikopatienter (Spørgsmål 1.30). 36,8 % af respondenterne har indenfor den sidste uge anvendt udregningstabel for at finde frem til patientens energibehov 61,8 % har ikke anvendt udregningstabellen (Spørgsmål 3.62).

30,3 % af respondenterne har indenfor den sidste uge anvendt udregningstabel for at finde frem til patientens proteinbehov og 68,4 % har ikke anvendt udregningstabellen (Spørgsmål 3.63). 30,3 – 36,8 % af respondenterne har brugt screeningsredskabet indenfor den sidste uge til at finde frem til energi- og proteinbehov hos tildelte patienter (Spørgsmål 3.64). 40,8 % af respondenterne mener, det i høj grad ligger i lægejournalen efter patientens udskrivelse (Spørgsmål 3.75).

Forskningsspørgsmål 4:

Spores der en effekt hos patienterne på grund af ændret ernæringsindsats?

30,3 % af respondenterne bliver mindet om mellemmåltider af de småtspisende patienter (Spørgsmål 4.95). Dette kan sammenholdes med, at kun 3,9 % af respondenterne i høj grad oplever, at de småtspisende fortæller om ønsker i forbindelse med måltiderne (Spørgsmål 3.57) Kun 3,9 % mener, at de småtspisende i høj grad opretholder vægten under indlæggelsen (Spørgsmål 4.96). 56,6 % af respondenterne mener, der er sket en forbedring i kvaliteten af ernæringsplejen (Spørgsmål 3.77).

Diskussion

Den praktiske gennemførelse af undersøgelsen, databehandlingen og analysen af resultat har været en lang proces med store udfordringer. Det har været en stor mængde data at bevare overblikket over og vanskeligt at udvælge data, som var relevant for problemstillingen og de fire forskningsspørgsmål. For at opnå et helhedsbillede af ernæringsplejen på sygehuse, er der taget udgangspunkt i Hjorts model for syntese-paradigmet (Hjort 1993). I det følgende sammenlignes undersøgelsens resultat med lignende studier og sammenholdes med studiets teoretiske kontekst. En vurdering af validitet og reliabilitet fremgår. Der belyses, hvordan resultatet kan anvendes i den videre arbejdsproces til at fremme sundhedsprofessionelles personlige og faglige kompetence på ernæringsområdet til de småtspisende patienter.

Forskningsspørgsmål 1:

Forstår og kender de sundhedsprofessionelle baggrunden for ernæringsscreening?

Viden om BMI

Det har stor betydning, når ældre indlægges, at sundhedsprofessionelle har viden om BMI og kan differentiere denne viden til den enkelte patients behov (Ingerslev et al. 2002). I denne undersøgelse viser det sig, at respondenterne har viden om normalområdet for BMI og definitionen for undervægt. Grænsen for ældres normalvægt er der ikke enighed om. Det ses ikke i resultatet, at respondenternes viden er specifik tilpasset den småtspisende patient eller patienten, der er i ernæringsmæssig risiko. Dette er et resultat, der genfindes i lignende studier (Kondrup et al. 2002b, Mowe et al. 2006).

Det ses, at der under implementeringsprocessens forløb trods alt er foregået nogen vidensgenerering blandt respondenterne. BMI var ikke tidligere et parameter, der blev anvendt til at vurdere vægt hos indlagte patienter. I dag er BMI anvendt mange steder i det offentlige rum, især i forbindelse med overvægt og resultatet viser ikke om, tilegnelsen af viden om BMI har fundet sted gennem de sundhedsfaglige uddannelser eller er en del af almen viden.

Respondenternes viden om BMI til de småtspisende kan ikke betegnes som tilstrækkelig. Besvarelsen er præget af almen viden om mad og ikke af en professionel, sundhedsfaglig tilgang. Der er stor risiko for, at en sundhedsfremmende og forebyggende indsats undlades at blive iværksat, når sygdom indtræffer, fordi sundhedsprofessionelle slet ikke opfatter, at patienten er i risiko for ernæringssvigt.

Resultatet af den manglede ernæringsindsats vil få stor betydning for især ældre. Der er stor risiko for at respondenterne fejlvurderer og betragter risikopatienter som værende i en god ernæringstilstand, hvor virkeligheden er, at de faktisk er i risiko for underernæring (Beck et al. 2002, WHO 2002).

Viden om proteiner

Respondenterne er usikre på kostens indhold af energi og protein og føler sig i høj grad ikke rustet til at vejlede indlagte patienter i madprodukters indhold af energi og protein. Uklare formuleringer i spørgeskemaet kan være årsag, men besvarelse om viden vedrørende proteiner sammenholdt med besvarelse om proteinindhold i madvarer tyder på det sidste. Sammenfattende ses, at respondenterne har generel viden om kostens indhold af protein og energi, men ikke den specifikke som er væsentlig under sygdomsforløb og rekonvalescensen. Resultatet ligner fund fra andre studier (Lassen et al. 2005).

Måltidets prioritering

Mellemmåltider er ikke prioriteret i de sundhedsfaglige arbejdsrutiner som et måltid for de småtspisende patienter. Nogle respondenter har slet ikke besvaret spørgsmålet om mellemmåltider. Heller ikke det, at spørge de småtspisende patienter om ønsker til måltidet er prioriteret. Handles der i det kliniske arbejde ud fra dette svar, vil en stor gruppe af indlagte patienter ikke få dækket deres daglige energi- og proteinbehov af den simple grund at mellemmåltider ikke bliver serveret og patienten ikke bliver spurgt om hvilken mad, der ønskes til mellemmåltidet. For ca. to år siden blev der udført en intern patienttilfredshedsundersøgelse på Sygehus Sønderjylland. En stor del af patienterne svarede ved denne lejlighed, at de ikke var blevet spurgt om eller havde fået serveret mellemmåltider under indlæggelse. Ej heller var patienterne blevet oplyst om, hvad der kunne tilbydes. Det kan tyde på, dette ikke har forandret sig.

Behov for teoretisk viden

Der er med studiets resultat evidens for, at sundhedspersonalet ikke føler sig klædt på til den sundhedsfaglige ernæringsopgave. Ernæring synes ikke at have været et fagligt område med megen prioritering i forhold til andre kvalitetstiltag, der er sat i gang fra sygehusledelses side. I respondenternes svar ses et ønske og behov for øget teoretisk tilførsel af viden om ernæring og de småtspisende patienter. Dette stemmer overens med andre undersøgelser, der er foretaget (Rasmussen 2006, Mowe 2006).

I følge Øvretveit (2002) påhviler implementering af kvalitetsarbejdet ledere i Sundhedsvæsenet. Det er her de nødvendige rammer skal skabes og ikke mindst herfra initiativer skal komme, således til at udvikling af en kvalitetskultur påbegyndes. Resultatet tyder på, at der ikke i sygehusorganisationen har været sikret de fornødne muligheder og ledelsesmæssige opbakning til planlægning, analyse, gennemførelse, justering eller ændring og opfølgning på ernæringsarbejdet. Vilkaerne for implementeringsprocessen for at fremme læring blandt de sundhedsprofessionelle har således ikke været en realitet i hverdagen og det ses i resultatet, at en del af plejepersonalet har følt sig alene om at udføre ernæringspleje til patienterne, men at valg af ernæring som et indsatsområde i organisationen har hjulpet på vej til at flere er opmærksomme og mange synes der er sket en øget grad af læring.

Kostens indhold af energi og protein.

Sygehuskost er introduceret gennem de seneste år og er en del af sygehusenes standarder. Denne procedure er de fleste respondenter klar over. Derimod tyder resultatet med stor sandsynlighed på, at en stor del af respondenterne vælger mælkeprodukt uden at tænke på proteinindholdet. Når plejepersonalet ikke kender proteinindholdet i de enkelte madvarer, er det vanskeligt at udvælge det ”rigtige” produkt til den ”rigtige” patient. Sundhedsprofessionelle kan faktisk tro, at patienten modtager lødige ernæring og at proteinbehovet dækkes. Resultatet stemmer med lignende undersøgelser, der afslører, at en stor del af sundhedsprofessionelle ikke har basal viden om madprodukters indhold af protein og energi (Beck et al. 2002, Mowe et al. 2006).

Ved hjælp af bevidst brug af kostregistreringsskemaet, som er en del af screeningsredskabet, ville det være muligt meget hurtigt at udvikle plejepersonalets kundskab og skabe et fælles billede af madprodukters indhold af energi og protein. Herved kan opnås, at sundhedsprofessionelle får ejerskab til indsatsområdet, men også i fællesskab opnår viden og læring (Andersen 2002).

Mad der serveres på sygehuset må ses som læring til patient og pårørende og har tendens til at fortsætte efter udskrivelsen (Sundhedsstyrelsen 2003).

Derfor er det væsentligt, at sundhedsprofessionelle aktiverer patienten og dennes familie til at tage ansvar for eget kostindtag. Dette vil forårsage, at patienten vælger en lødigere kostform og indtager passende mængde af energi og protein gennem kostindtag (Pedersen 2005). Det er en stor pædagogisk opgave for sundhedsprofessionelle at videregive viden om den rigtige ernæring til patienten og dennes familie og herved kan patienten styrkes i selv at tage ansvar og udvikle redskaber til at bevare sundhed og opnå bedre livsvilkår, som ellers ville svækkes på grund af underernæring (Apotekerfonden 2003).

Viden om konsekvenser for patient, hvis underernæring er en realitet

Resultatet viser, at respondenterne er vidende om, at komplikationer på grund af underernæring kan nedsættes med en ernæringsmæssig indsats før operation. Men man er ikke i tilstrækkelig grad opmærksom på at prioritere ernæring som et led i behandlingen for at få patienten rask og udskrevet. Der vil således gå længere tid før udskrivelse af de underernærede patienter er en realitet end for de velnærede patienter. Herved opstår der forskel i tilgangen til behandling og rekonvalescens hos de ernæringstruede patienter og andre patientkategorier. Det har store konsekvenser for patienten, at der er forskel på respondenternes fokus i den sundhedsfremmende indsats og prioritering blandt patientgrupper. Dette påvises også i andre studier (Vallgård 2006). Resultatet i dette studie viser yderligere, at der kun sker en lille overførsel af viden om patientens ernæringstilstand til hjemmeplejen. Der er således et stort gab mellem de sundhedsfaglige sektorer og konsekvensen kan være, at der går lang tid før der bliver iværksat ernæringstiltag i hjemmet. Derfor er det en fremtidig stor opgave at sikre patientforløb på ernæringsområdet mellem sektorer (SCKK 2001, Sundhedsstyrelsen 2002).

Diabetespatienter i risiko for underernæring er især en udsat patientgruppe. Det kan have fatale følger, at plejepersonalet ikke er opmærksom på at skifte kostform under sygdom og rekonvalescens (Veterinær- og Fødevarerdirektoratet 2000). Resultatet i dette studie viser, at viden om det specielle for denne patientgruppe må opgraderes i undervisningstiltagene fremover.

Viden om Ernæringsscreeningsredskabet

Ernæringsscreeningsredskabet er bygget op over enkle værdigrænser, som plejepersonalet skal forholde sig til. I spørgeskemaet går disse værdier igen og kan genkendes, hvis man er fortrolig med at anvende ernæringsscreeningsredskabet. Monitoreringsskemaet er den vigtigste dokumentation af patientens ernæringstilstand. Det er bestemt ud fra Sundhedsstyrelsens retningslinier, at skemaet udfyldes af plejepersonalet og efter patientens udskrivelse opbevares i lægejournalen (Sundhedsstyrelsen 2003). Respondenternes besvarelse af spørgsmålene omkring

ernæringsscreening afdækker, at der ikke i arbejdsrutinerne er enighed om at prioritere screeningsredskabet i det sundhedsfaglige ernæringsarbejde. Holdningen er, at det hjælper til med at holde fokus på ernæring, men det ses ikke i de sundhedsfaglige arbejdsrutiner, at det er en del af den samlede sundhedsfaglige indsats under indlæggelse til patienten. Rasmussen et al. (2004) viser samme resultat i et andet dansk studie.

Respondenterne er usikre på parametre, der indgår i screeningsproceduren og den praktiske håndtering angående energi-, protein- og væskeudregninger hos patienter. Det er et problem, at plejepersonalet ikke konkret ved, hvorfor det netop er disse ernæringsparametre som er udvalgt til brug i ernæringsscreeningsredskabet. Dog mener mange respondenter ikke, det er en vanskelig procedure at screene patienter. Derfor kan det tyde på, at ernæringsscreening med mere organisatorisk støtte ville medføre, at det blev en fast rutine i den kliniske hverdag.

Sygdomskategorien apoplexi indgår som diagnosegruppe i screeningsredskabet. Det viser sig, at mange respondenter ikke ved, hvor meget mindre end det normale indtag, man skal spise for at kategoriseres som småtspisende. Det har store konsekvenser for patienten, at respondenterne ikke er fortrolige med denne viden (Ingerslev et al. 2002).

En af hensigterne med ernæringsscreening er, at der foreligger dokumentation for ernæringsindsatsen under indlæggelsen (Donabedian 2005). Resultatet viser, at dokumentationen af ernæringstilstanden er mangelfuld. Der er stor risiko for, at dokumentationen på ernæringsområdet slet ikke ses eller forsvinder. Den Danske Kvalitetsmodel (2004) vil fremme en sammenligning af kvalitetsindsatser mellem sygehusene. Det kan tænkes, dette også fremmer brug af monitoreringsskemaet i fremtiden.

Blandt respondenterne er der enighed om hvilken værdi, der skal sættes på energibehovet og det stemmer overens med, at man i det offentlige rum har haft stor fokus på overvægt og energiindtag. Man ved således godt, hvor meget energi der skal indtages dagligt. Derimod ved færre respondenter, hvor stort det daglige proteinbehov er. Proteiner er netop under sygdom og rekonvalescens et væsentligt element (Ingerslev et al. 2002). Resultatet i de sundhedsfaglige arbejdsrutiner bekræfter dette yderligere. Det giver stof til eftertanke, at respondenterne ved, proteiner skal anvendes til genopbygning af muskler, men ikke ved hvor proteiner kommer fra i madvarer eller hvor meget, der skal indtages. Når denne viden ganske enkel ikke er til stede, er det vanskeligt at have fokus på proteiner i de kliniske arbejdsrutiner til den småtspisende patient og endnu mere at vejlede patienten og de pårørende i protein- og energiindtag efter udskrivelse. Herudover ses manglende viden om, hvordan man beregner patientens væskebehov. Uden fokus på dette, er det ikke let at følge mængden af væskebehov og yderligere er der risiko for overhydrering af patienten.

Kostregistrering har været kendt gennem en årrække år og kostregistrering er nu blevet til en del af ernæringsscreeningsredskabet. Det nye er, at kostregistreringsskemaet indeholder madprodukters energi- og proteinmængde, så det er muligt for plejepersonalet hurtigt at vurdere den kost, der skal til for at dække den enkelte patients

daglige energi- og proteinbehov. Det ses i resultatet, at denne læringsproces ikke har været i gang hos de sundhedsprofessionelle, således at det er en naturlig del af de sundhedsfaglige arbejdsrutiner (Andersen 2000).

Sammenfattende fremgår, at viden omkring brug af ernæringsscreeningsredskabet ikke er synlig. Ernæringsindsatsen til de småtspisende forsvinder i kompleksiteten af tiltag der sættes i gang for at kvalitetsforbedre arbejdsgange og patientforløb på sygehuset. Motivationen for at anvende ernæringscreening i det daglige arbejde synes at drukne i kompleksiteten, der er på et sygehus (Giddens 1996). Andre tiltag, prioriteres således højere end det, at patienten får dækket energi- og proteinbehovet ved måltiderne.

Forskningsspørgsmål 2:

Kender de sundhedsprofessionelle ansvarsplaceringen i forbindelse med patienternes ernæring?

Det fremgår ikke af resultatet, at respondenterne har kendskab de kliniske retningslinier vedrørende ansvarsfordeling på ernæringsområdet og at der ud fra Sundhedsstyrelsens anbefalinger er undervist i proceduren omkring ansvarsfordeling af ernæringsopgaver blandt sundhedsprofessionelle (Sundhedsstyrelsen 2003). Resultatet fra denne undersøgelse genfindes i lignende undersøgelser (Kondrup et al. 2002a, Beck et al. 2001). Resultatet afspejler ydermere, at respondenterne synes, de kliniske diætister er mindre synlige og ikke særlig involveret i de småtspisende patienter. Det ser ud til, at der kun foregår en lille videndeling på tværs af faggrupper og at man arbejder parallelt på ernæringsområdet uden at den enkelte faggruppes faglige kompetence udnyttes. Taberen bliver den småtspisende patient og det tyder således på, at der endnu er et stykke kvalitetsudviklingsarbejde med hensyn til at fremme det tværfaglige arbejde, som der opfordres til fra WHO (WHO 1986, SCKK 2001).

Det er positivt, at besvarelsen af spørgeskemaet viser, at respondenterne har et ønske om større samarbejde på tværs af faggrupper. Resultatet viser en klar holdning og klare ønsker til de andre faggruppers ansvar på ernæringsområdet, men der ses usikkerhed på eget ansvarsområde i forhold til de småtspisende patienter.

Holdningen blandt respondenterne er, at det er relevant at ernæringscreenere patienter. Der er dog slet ikke enighed om, hvem der har ansvar for hvad i ernæringsindsatsen til de småtspisende patienter. En stor del af ansvaret for ernæringsarbejdet lægges på de kliniske diætister og lægerne. I den kliniske hverdag mener knap halvdelen af respondenterne dog, det er plejepersonalet, der påtager sig mest ansvar for ernæringsarbejdet. Der kan stilles spørgsmål ved, i hvilken grad den anden halvdel af respondenterne prioriterer ernæringsopgaver, når man ikke opfatter det som et ansvarsområde? Resultatet er modstridende også i forhold til, at respondenterne synes, de kliniske diætister skal tage størst ansvar for ernæringen, men dog sker det sjældent, at den kliniske diætist kontaktes i forbindelse med de småtspisende patienters ernæring. Det er ikke en realistisk opgave for kliniske diætister at varetage ansvaret for

ernæringsplejen under indlæggelsen og det stemmer ikke overens med de kliniske retningslinier på ernæringsområdet (Sundhedsstyrelsen 2003).

Respondenterne fralægger sig således i stor udstrækning ansvaret på ernæringsområdet og projekterer det over på de andre sundhedsfaglige personalegrupper omkring ernæringsarbejdet. På trods af den manglende ansvarsfølelse er der stor enighed om, at servering af mad til patienter, er en opgave, der bør varetages af plejepersonalet. Resultatet tyder på, at nedlæggelse af ernæringssonde har større prestige, og er en opgave man gerne vil, frem for at hjælpe patienten med at spise sin mad. Der kan stilles spørgsmål ved, om denne store gruppe blandt respondenterne ser det at sørge for patientens ernæring som en del af den grundlæggende sygepleje til de småtspisende patienter. Det kunne være interessant i en videre undersøgelse at få svar på, om der er forskel på, hvordan man svarer i forhold til, hvilken faggruppe man tilhører.

Forskningsspørgsmål 3:

Er der tegn på at implementeringen er startet i sygehusafdelingerne

Samarbejde til kliniske diætister, læger, køkken, hjemmepleje

Det tyder på, at samarbejdet mellem faggrupperne glemmes eller er nedprioriteret i en travl og fuldt optaget arbejdsdag med mange og komplekse valg, der kontinuerligt skal foretages af sundhedsprofessionelle (Giddens 1996). Retningslinier fra Sundhedsstyrelsen (2003) anbefaler, at der er et tværfagligt team omkring den småtspisende patient. Men resultatet viser, at der ikke er et dagligt samarbejde på ernæringsområdet til den småtspisende patient mellem plejepersonalet, de kliniske diætister, læger og sygehuskøkken. Vidensdeling mellem de sundhedsprofessionelle faggrupper og mellem sektorer på ernæringsområdet er ligeledes sparsom.

Ikke alle respondenterne er klar over hvilke madvarer, der kan bestilles og serveres for patienterne. En årsag kunne tænkes at være et manglende samarbejde mellem sygehusafdelinger og sygehuskøkkenet. Et velfungerende samarbejde med køkkenet er en væsentlig forudsætning for, at maden bestilles i køkkenet, findes i afdelingen og at patienten efterfølgende har glæde af maden (Sundhedsstyrelsen 2003). For at få svar på dette og for at fremme samarbejdet kunne det i en videre undersøgelse være interessant at se på, hvilke årsagssammenhænge der her gør sig gældende.

Ernæringstiltag igangsat på sygehuset beskrives ikke på linie med mobilisation, gangfunktion, medicin, pleje- og behandlingsforløb, når der skrives brev til hjemmeplejen. Det har betydning, at ernæring ikke beskrives, da en del af de patienter, der kommer til hjemmeplejen fra sygehuset er underernæret eller i risiko for underernæring. Konsekvenserne for den enkelte patient er store, da det kan forlænge tiden før ernæringstiltag bliver igangsat i hjemmeplejen. Den underernærede patients

vægttab vil således fortsætte også efter udskrivelse (Ingerslev et al. 2003). Resultatet viser således igen et manglende tværsektorielt samarbejde mellem hjemmeplejen og sygehus på ernæringsområdet. Det er væsentligt i den fremtidige ernæringsindsats at øge fokus på at udbygge både det tværfaglige og det tværsektorielle samarbejde. (Sundhedsstyrelsen 2002). Videre forskning på området savnes, derfor kunne det ligeledes være interessant at undersøge, om der er andre sundhedsfaglige områder, hvor der ligeledes savnes kommunikation og manglende ansvarsfordeling på et fælles indsatsområde.

Sammenfattende viser resultatet således, at ernæring ikke prioriteres på lige fod med andre faglige områder under indlæggelse på sygehus. Dette stemmer overens med andre undersøgelser, som viser, at de kroniske patienter og deres behov ikke har høj status i sundhedsvæsenet (Valgård 2006). Når sundhedsprofessionelle ikke er bevidste om årsagssammenhænge mellem hjemmehjælp og ernæring er det vanskeligt at danne et helhedsbillede af ernæringsplejens konsekvenser og dermed prioritere det i de sundhedsfaglige arbejdsrutiner.

Samarbejde og arbejdsrutiner til patient og pårørende

Patient og pårørende inddrages ikke konsekvent i ernæringsplejen. Sundhedsprofessionelles usikkerhed på ernæringsområdet tyder på, at kost til de småtspisende patienter er ”noget” man diskutere med sig selv, sine kollegaer eller lægen, i hvert fald ikke med den kliniske diætist og meget lidt til patienten, da disse sjældent involveres. Kostregistreringsskemaet anvendes ikke som et pædagogisk værktøj til at igangsætte en læringsproces til patient og de pårørende om hvilke madprodukter, det vil være hensigtsmæssig at indtage for den småtspisende patient. Der er således et stykke vej endnu før sundhedsprofessionelle har udviklet værktøjer og redskaber, der fremmer håndteringen af de krav fremtidens patient vil stille under et indlæggelsesforløb (Tiim 1997, Bojlén 2002).

Ernæringens prioritering i dag- aften og nattevagter

Respondenterne vil gerne tro, at ernæring er et prioriteret indsatsområde og at ernæring gribes an på en faglig professionel måde, men de sundhedsfaglige arbejdsrutiner viser noget andet. Når der spørges ind til konkrete arbejdsrutiner omkring ernæring til de småtspisende vælger mange respondenterne at anvende svarkategorien ”Ved ikke”. Det har stor betydning for de småtspisende patienter, at sundhedsprofessionelle tænker på ernæring hele døgnet. En ændring af de sundhedsfaglige arbejdsrutiner kan medføre, at der som rutine blev serveret eksempelvis proteindrik eller en ostemad før sengetid og at dette blev tilbudt patienten om natten, når patienten alligevel er vågen. Aften og nat kan således med få plejetiltag udnyttes, således at de småtspisende og de ernæringstruede patienter hjælpes med indtagelse af mere næring og hele døgnet udnyttes. Det undgås på denne måde, at patienter er sultne sidst på døgnet.

En del af respondenterne, mener ikke, det er relevant for dem at udlevere kostpjece. Det er interessant at undersøge, hvorfor respondenterne mener, det ikke er relevant. Svaret kan være forårsaget af uklar formulering af spørgsmål/svarkategori eller er det fordi disse respondenter har aftenvagts/nattevagts eller ferie? Ved en fremtidig undersøgelse bør mere opmærksomhed til dette felt være i fokus. Dette resultat bør sammenholdes med, at der var mulighed for at anvende svarkategori "Udleveret til ingen" som blev benyttet af 72,4 % af respondenterne. Stadigvæk er der 13,2 % af respondenterne der mener, det ikke er relevant for dem at udlevere kostpjecer. Der er således meget papir og mange udviklingskræfter lagt i arbejdet med at konstruere en kostpjece, som sjældent bliver brugt af patienterne, fordi den ikke udleveres. Mange patienter kunne have glæde af at se en oversigt over mulige madprodukter. Tiden under indlæggelse er lang for mange, så ud over tidsfordriv ville det være en måde til at involvere og aktivere patienten i egen kostforplejning (Kofoed 2000).

Resultatet tyder på, at der ikke er etableret arbejdsrutiner i afdelingerne, som sikrer, at patienter dagligt tilbydes en vitaminpille. Der kunne med lethed i afdelingen indføres en procedure i arbejdsgangen, der sikrede dette. For eksempel på serveringsbakken i forbindelse med servering af morgenmad. Patientens egen chokolade er lige ved hånden og anvendes som energikilde i et vist omfang. Det ville kræve en lille indsats at anvende dette i større udstrækning. De fleste småtspisende patienter vil have glæde af at få en vitaminpille daglig (Sundhedsstyrelsen 2003). Desserter serveres hyppigere end is. Er det fordi desserter er synlige og derfor hurtigere kommer med på madbakken? Måske synes mange respondenter, det er besværligt, når is skal findes frem af fryseren og anrettes. Det ville være væsentlig at undersøge disse årsagssammenhænge, således at køkkenet kan tilrettelægge hvilke madprodukter der skal være til rådighed.

Der kan stilles spørgsmål ved, om respondenterne har inddraget den småtspisende patient i egen kostforplejning og gjort patienterne opmærksomme på sygehusets kosttilbud. Dette bekræftes yderligere, set i sammenhæng med, at få blandt respondenterne oplever, at patienterne oplyser om deres ønsker til måltidet. Undersøgelser viser, at hvis patienter skal være aktive i egen kostforplejning må det ske på opfordring fra et aktivt plejepersonale. Herved kan der ses tegn på, at der sker en udveksling af viden om ernæring mellem plejepersonalet og patienten (Pedersen 2005).

Resultatet viser således, at der er forskel i prioriteringen af ernæringsarbejdet. Derfor må der lægges vægt på udvikling af fælles værdier i det sundhedsfaglige arbejde herunder også ernæringsbehandling og – pleje. Herved fremmes udviklingen af en ny ernæringskultur og det vil være muligt at opnå konsensus om, hvad god ernæringspleje til de småtspisende patienter indeholder (Andersen 2002). Forandringsarbejdet målrettes og sundhedsprofessionelle ser en sti i den komplekse verden, som er hverdagens realitet på sygehuse i det postmoderne samfund (Giddens 1996).

Arbejdsrutiner til ernæringsscreening

Resultatet tyder på, at der er lang vej endnu, før det er en fast rutine at vurdere energi- og proteinbehov hos indlagte patienter. Heller ikke vejning og måling af højde hos patienter ved og under indlæggelse er en fast procedure. Resultatet genfindes i lignende undersøgelser (Kondrup et al. 2002b).

Sammenholdes undersøgelsens resultat med en intern audit på Sygehus Sønderjylland, foretaget efterår 2005, viser det sig, at monitoreringsskema fortsat ikke findes i lægejournalen og at energi- og proteinbehov fortsat ikke dokumenteres og derfor næsten er usynlig. Det kniber hermed at holde fokus på ernæringsområde.

Forskningsspørgsmål 4:

Spores der en effekt hos patienterne på grund af ændret ernæringsindsats?

Der er ikke i denne undersøgelse evidens for at ernæringsindsatsen kan spores hos de ernæringstruede patienter. Cirka halvdelen af respondenterne deler den opfattelse, at ernæring ikke er prioriteret som en del af de sundhedsfaglige arbejdsrutiner. Dette ses også i andre studier (Kondrup et al. 2002b, Lassen et al. 2005, Mowe et al. 2006). Med udgangspunkt i den opnåede viden, må planlægges en målrettet indsats også for at fremme en holdningsændring hos sundhedsprofessionelle, for at der på ernæringsområdet kan ses en effekt hos patienten (Rasmussen et al. 2006, Christensson et al. 2003).

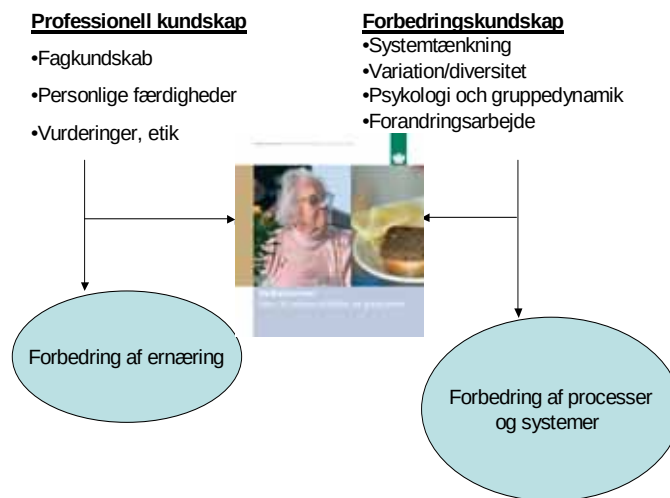
I følge Andersen (2002) tager en implementeringsproces sin tid og det kan tænkes, at der i denne implementeringsproces er gået for kort tid fra implementeringens start og til at effekt kan måles. Derfor bliver det væsentligt at følge processen over de næste år. Ernæringsindsatsen er nu i gang og det ser ud til, at respondenterne er på vej til at finde et ståsted. Alle kender i hvert fald ernæringsscreeningsredskabet i mere eller mindre grad og først når denne læring er foregået blandt sundhedsprofessionelle kan man forvente øget effekt hos patienten.

Kvalitetskultur – læring – sundhedsfremme - nye billeder på faglig ledelse

Ernæringsindsatsen er kendt af respondenterne gennem standarder og politikker og udviklet i forbindelse med akkrediteringen (KISS 2002). Kvalitetsudviklingsarbejdet har således haft effekt på indsatsområdet, men resultatet i dette studie tyder på, at kvalitetsarbejde ikke kan stå alene, når et indsatsområde sættes i gang. Resultatet viser, at det forsat er en lille skare af ildsjæle blandt sundhedsprofessionelle, der bærer ernæringscreening og ernæringsindsatsen til de småtspisende patienter frem i de respektive afdelinger. Der må således stilles spørgsmålstejn ved, om ernæringsnøglepersoner har haft viden om implementeringsarbejde og forbedringsarbejde. Endvidere om det har været muligt at styrke det faglige netværk omkring ernæringsnøglepersoner, for at igangsætte og fastholde implementering af ernæring i afdelingernes sundhedsfaglige arbejdsrutiner.

I det fremtidige kvalitetsudviklingsarbejde bliver det af stor betydning at betragte kvalitetsudvikling ud fra teori om igangsættelse af læreprocesser (Andersen 2002). Tankegangen om at fremme indførelse af syntese-paradigmet i det sundhedsfaglige arbejde findes der delelementer til i det nuværende sundhedsvæsen. Udfordringen bliver nu at samle dokumentation, patientforløb og fremadrettet undervisning til sundhedsprofessionelle, således at ernæringsplejen optræder som en del af helheden under et patientforløb og det kvalitetsforbedrende arbejde. Målet er, at ernæring bliver en fast procedure til alle patienter med sigte på det sundhedsfremmende arbejde både under indlæggelse og efter udskrivelse fra sygehuset (Hjort 1993). Det kunne tænkes, at gennem en fortsat ernæringsindsats fremkaldes en sidegevinst, der kan fremme omstillingen til et brugervenligt sundhedsvæsen, således at det er patienten og ikke de sundhedsfaglige arbejdsrutiner, der er i centrum i et patientforløb. Den systemiske tankegang vil herved styrkes yderligere i sundhedsprofessionelles opfattelse af den ydede pleje- og behandling til patienten (Tiim 1997, Lausten et al. 2002).

Der er med resultatet af undersøgelsen frembragt en forstyrrelse af sundhedsprofessionelles billede af ernæringsbehandlingen og -plejen på Sygehus Sønderjylland. Faglige forstyrrelser er væsentlige, når læreprocesser skal igangsættes og de medvirker til at sundhedsprofessionelle reflekterer over det, der er praksis nu og hvad der skal til for at ændre praksis hen imod det, der ønskes (Andersen 2002). Dette kan anvendes i den videre implementeringsstrategi. Gennem sundhedsfaglig refleksion og igangsættelse af læreprocesser, må der lægges vægt på at sundhedsprofessionelle får mulighed for at udvikle deres viden, således at ernæringsscreeningsredskabet kan ses og anvendes som en sundhedsfremmende aktivitet. Det kreative element hos sundhedsprofessionelle styrkes og det bliver en morsom udfordring at arbejde med sundhedsfremmende aktiviteter. (Andersen 2002). Herved lettes vejen med henblik på at gennemføre en kulturændring på kost- og ernæringsområdet og over tid vil det være muligt at måltidets prioritering under indlæggelse øges af sundhedsprofessionelle. Strategien for implementerings- og forandringsarbejdet kan med lethed overføres til andre sundhedsfaglige indsatsområder. Målet er en ny tilgang til udvikling og læring, således at gabet mellem teori og praksis mindskes (Figur 3).



Figur 3. Sammenstilling af forbedringskundskab og professionel kundskab.

Sammenligning til lignende undersøgelser

Litteratursøgning viste en stor forskningsaktivitet om underernæring på sygehuse gennem de seneste 20 – 30 år (Lassen et al. 2005, Mowé et al. 2006, Green 2006). Resultater fra forskningsundersøgelserne ligner hinanden og der har ingen gennemslagskraft været i ernæringsindsatsen til de småtspisende patienter i den kliniske praksis. Der er således fortsat et gab på ernæringsområdet til de småtspisende patienter i den viden, der ”er” og det som ”bør være” i den kliniske praksis (Berwick 1996).

Ifølge Olsen (2005) er det væsentlig at tage i betragtning, hvordan man, på baggrund af en undersøgelses resultat, sammenligner mellem sygehuse og om der er væsentlige forskelle, som gør en sammenligning vanskelig. Det kan meget vel tænkes, at der er forskel på holdning og arbejdsrutiner mellem sygehuse, regioner og landegrænser. Olsen (2005) mener nemlig, at interview af respondenter på et sygehus ikke afdækker begrebs omfangslogiske vidde, men forhåbentlig centrale empiriske begrebsindikatorer. Disse overvejelser er vigtige, da benchmarking er et fænomen, der vokser hastigt frem i den offentlige sektor (Nordisk Ministerråd 2003).

Validitet - forebyggelse af bias og confounder

I undersøgelsen nævnes omstruktureringen flere gange af respondenterne som årsag til frustration og som årsag til at ernæringsplejen ikke prioriteres på lige fod med andre faglige områder. Dette må overvejes som værende confounder til resultatet.

Analysen af den teoretiske og videnskabelige ramme sammenholdt med problemstillingen har været vejledende for forskningsspørgsmålene. Forskningsspørgsmålene gav undersøgelsen og den anvendte metode retning og medvirkede til at afgrænse det, opmærksomheden skulle rettes imod. For at sikre sammenhæng mellem den videnskabsteoretiske ramme og de valgte metoder, teknikker og værktøjer blev forskningsspørgsmålene filtreret gennem metodelitteraturen og vurderet i relation til undersøgelsens videnskabsteoretiske ramme.

Det er indsigt i respondenternes viden, erfaring og oplevelser af ernæringsredskabet i den kliniske praksis, der er nøglen til analysen og konklusionerne, der drages. Forskningsspørgsmålene tydeliggjorde, at ernæring til de småtspisende patienter var fænomenet, der skulle undersøges og at det befandt sig indenfor den ramme, hvor en surveyundersøgelse er relevant at gennemføre. For at styrke undersøgelsens validitet er processen synliggjort og der var på forhånd taget stilling til problemstilling, hypotese, de fire forskningsspørgsmål, udvælgelse stikprøve og metode til gennemgang af resultat.

Ifølge Olsen (2005) må man sikre, at spørgsmålene måler det, der er hensigten, de skal måle og være tro mod surveyundersøgelsens sigte: At indsamle standardiserede informationer med hensyn til samme variabler for alle i stikprøven. Derfor blev spørgeskemaet "renset" for systematiske fejl, med flere forskellige kvalitetsvurderingsmetoder. Der er således sket en forebyggelse af måleproblemer og den valgte metodes gyldighed blev vurderet før undersøgelsens start.

Forskningsmetodens egnethed

Surveydata er egnet til populationsrepresentativ kortlægning, som kan belyse udbredelsen af sammenhænge mellem klassificerbare sociale fænomener, for eksempel adfærd og holdninger (Olsen 2005). Ernæring til de småtspisende patienter er her fænomenet, der er kortlagt. Det antages, at der blandt respondenterne er forskel i adfærd, arbejdsrutiner, holdning og meninger til fænomenet ernæring, underernæring og de småtspisende patienter, som kan klassificeres. Instrumentet, der anvendes i denne undersøgelse, er specielt konstrueret til at belyse sammenhænge mellem personalets vidensniveau i forhold til ernæring, og belyse hvilke konsekvenser de sundhedsfaglige arbejdsrutiner har for de underernærede patienter. Det har vist sig, at det konstruerede redskab kan anvendes til at vurdere effekten af indsatsområdet. Redskabet vil med lethed kunne konstrueres til anvendelse i andre sundhedsfaglige kvalitetsforbedringsprocesser.

Spørgeskemakonstruktion

Det må være tydeligt, at problemstillingen og de der til hørende forskningsspørgsmål kommer til udtryk i et hverdagssprog som respondenterne kan forholde sig til i deres daglige arbejdsrutiner vedrørende ernæring og de småtspisende patienter. Ifølge Olsen (2005) virker besvarelser af spørgsmål som empiriske indikatorer på de abstrakte begreber, som det hele begyndte med. Hermed menes, at en sådan operationalisering aldrig er fyldestgørende. Men gennem den grundige kvalitetssikring af spørgsmåls- og svarkategorier før undersøgelsens start, blev de fleste spørgsmål entydige og let forståelige.

Olsen (2005) udtaler yderligere, at besvarelser på spørgsmål efterlader muligheder for fortolkninger og kan gøres til genstand for kritik og alle potentielle relevante parametre lokaliseres næppe ligesom ikke alle aspekter om ernæringsscreening inddrages. Spørgsmålene og de der til hørende svarkategorierne blev på forhånd gennemtænkt og afprøvet. Alligevel fremkom der i den endelige undersøgelse uklarheder på enkelte spørgsmål. Pilotundersøgelsen og en grundig granskning af spørgeskemaet i både en undervisningslektion og af enkeltpersoner har medvirket til at styrke validiteten af spørgsmåls- og svarkategorierne.

Muligheden for de uddybende kommentarer viste sig at være værdifuld og blev flittigt brugt af respondenterne. Respondenternes besvarelse viser, at enkelte spørgsmål er væsentligere end andre og nogle spørgsmål overlapper hinanden i svar. Spørgeskemaet bør til en lignende undersøgelse vurderes igen og uklare spørgsmål omformuleres. Herved kan antallet af spørgsmål mindskes, hvilket vil lette overskueligheden i resultatgennemgangen. Endvidere vil en reduktion af spørgsmål lette besvarelsen for respondenterne.

Valg af stikprøve

For at sikre at kravene, der blev stillet til respondenterne, kunne afdække de fire forskningsspørgsmål og problemstillingen, lå en grundig overvejelse til grund for udtrækning af stikprøven. Surveyundersøgelsen blev afgrænset til at omfatte plejepersonalet på et større sygehus. Det vurderes, at alle i stikprøven har været udsat for samme stimuli på samme tidspunkt. For at gøre stikprøven så repræsentativ som mulig fik alle sengeafdelinger på sygehuset tilbud om at deltage i undersøgelsen.

Der kan på grundlag af den valgte stikprøve og ud fra undersøgelsens resultat drages konklusioner og generaliseres ikke kun i stikprøven, der deltager i undersøgelsen, men til hele sundhedspersonalet ansat ved Sygehus Sønderjylland. Sammenligning kunne endvidere foretages til lignende afdelinger i Danmark og sikkert også til andre sygehusafdelinger i Norden.

Reliabilitet

Undersøgelsens resultat genfindes i andre lignende studier og der ses kun en lille forandring i resultater over tid. Dette styrker gyldigheden i denne undersøgelse. Den anvendte metode til konstruktion af spørgeskema kan gentages i en lignende surveyundersøgelse. Herved vil der kunne vurderes, om kvalitetsudvikling over tid kvalificerer sundhedsprofessionelle til at varetage ernæringspleje- og behandling og at der kan måles en forandring i ernæringsindsatsen.

BaggrundsvARIABLERS betydning

Respondenter, der besvarede spørgeskemaet bestod af kvindelige sygeplejersker de fleste var uddannet efter 1990. Størstedel af stikprøven var aldersmæssigt mellem 30 – 39 år. Den næst største gruppe i stikprøven var mellem 40 – 49 år. En tredjedel af respondenterne, der svarede, var uddannet efter 1990. Det må antages, at en stor del af respondenterne på dette tidspunkt i deres arbejdsliv har tillagt sig vaner og holdninger til ernæringsområdet og er vant til at udføre de kliniske sundhedsfaglige arbejdsrutiner på en bestemt måde (Giddens 1996). Størstedelen af respondenterne har således et voksenliv bag sig med erfaring både fra arbejdsmarkedet og privat vedrørende ernæring og kost i almindelighed.

Bortfaldets betydning

Respondenternes uvilje mod at lade sig interviewe skal der i konstruktionen af spørgeskemaet være taget højde for. Undersøgelser peger på, at generel viden undertiden har forrang. Det skaber måleproblemer, fordi genkaldelsesstrategier ikke svarer til de ønskede. Pseudogenkaldelsesstrategier af episodisk information forekommer især, når informationer om gængse hændelser efterlyses og når retrospektive tidshorisonter er lange (Olsen 2005). For at sikre en så høj svarprocent som mulig er dette indgået i overvejelserne i udformningen af spørgsmålene.

I forhold til kognitiv magelighed, som kan skyldes, at spørgsmålene har stor betydningsvidde og derfor er vanskelige at rekonstruere informationer til (Olsen 2005) er dette overvejet eksempelvis i spørgsmål 3.68 ”Har dine kollegaer ændret holdning..” og spørgsmål 3.70 ”Har ernæringscreening indflydelse på andre plejerutiner...”.

For at motivere respondenterne til at svare er det ifølge Andersen & Christoffersen (1982) væsentligt at foretaget en sortering af spørgsmålene i en prioriteret rækkefølge, således at generelle spørgsmål kommer først og de mere specifikke og holdningsspørgsmål kommer til sidst. Der er taget hensyn til dette i konstruktionen af spørgeskemaet.

Er hændelser hyppige, må forskeren enten afstå fra at belyse problemet, tage foreliggende, men ukendte måleproblemer til efterretning eller udvikle procedure, der reducerer måleproblemer. Måleproblemer reduceres, jo kortere den tidsretrospektive tidshorisonten er. Et eksempel er spørgsmål 3.54 "Har du serveret patientens... indenfor de sidste 3 dage" og 3.57 "Spurgte du de småtpisende ... sidste gang du serverede mad?".

Olsen (2005) fremfører, at glemsel er et andet aspekt, der kan påvirkes. Selv når rekonstruktion af episodisk hukommelse er sandsynlig, er sandsynligheden for glemsel betydelig. Derfor bør man overveje arten af hændelser som skal afdækkes. Dette afspejles i spørgsmål 3.62 "Har du indenfor den sidste uge...brugt screeningsredskabet" – spørgsmål 3.63 "Har du indenfor den sidste uge...Proteinbehov?" - spørgsmål 3.64 "Har du brugt monitoreringsskemaet...indenfor den sidst arbejdsuge?" – spørgsmål 3.84 "Har du ernæringsscreenet de sidste 3 patienter du har modtaget?"

Hændelser, der forventes at være vendepunkter, er der færre problemer med at huske for respondenterne (Olsen 2005). For eksempel Spørgsmål 3.87 "Har du indenfor den sidste uge anvendt.... Som et pædagogisk redskab?" Respondenter, der har anvendt screeningsredskabet, som et pædagogisk redskab sammen med patienten, vil huske dette som en personlig og faglig udfordring og det vil erindres som et vendepunkt for det sundhedsfaglige arbejde, fordi respondenterne har set, det har en effekt på ernæringsindtaget hos den ernæringstruede patient.

Det samme ses ved emotionelle reaktioner. Disse huskes ofte meget tydeligt, mens stereotype hændelser glemmes (Olsen, 2005). for eksempel spørgsmål 3.85 "I hvilken grad er ernæringscreening blevet en del af dit daglige arbejde sammen med patienten?" og 3.76 "Synes du, der i afdelingen tales mere om ernæring end for to år siden?" Disse spørgsmål fordrer, at respondenterne tager stilling til samarbejdet med patienten og de følelser der her er involveret. Det samme ses til samarbejdet med kollegaer og andre faggrupper.

Resultatet viser, at bortfaldet er relativt stort og den statistiske analyse afdækker ikke, om bortfaldet kan føres tilbage til en bestemt aldersgruppe, faggruppe eller om det er længde i arbejdsliv, der har betydning for bortfald. På forespørgsel oplyser plejepersonalet, at årsag til den træge besvarelse af spørgeskemaet for en stor del drejer sig om manglende tid og overskud.

I fremtiden vil det være væsentlig at afdække bortfaldsgruppens mening om ernæringsplejen. Således at der foreligger evidens for om det er omstruktureringer, manglende viden, manglende faglige redskaber til forandringsarbejde eller prioritering til fagområdet, ernæring til de småtpisende, der er årsagen til resultatet i denne undersøgelse. En metode, der kunne overvejes til at afdække dette, kunne være fokusgruppeinterview med bortfaldsgruppen.

Beskrivelse af uventede resultater

Det er overraskende, at kun 47 % af respondenterne har deltaget i undervisning planlagt af de kliniske diætister. Næsten alle har læst sygehusets kostpolitik og holdningen blandt størstedelen af respondenterne er, at ernæringsscreening og ernæringsnøglepersonerne er med til at gøre en forskel på ernæringsområdet. Dette ses ikke i de sundhedsfaglige arbejdsrutiner hverken i brug af screeningsredskabet eller i forhold til patienten.

Ernæring prioriteres i mindre omfang i de sundhedsfaglige arbejdsrutiner og i det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde mellem hjemmeplejen, og andre faggrupper på sygehuset. Et område der har været meget fokus på er ansvarsfordelingen på ernæringsområdet, men det ses ikke i resultatet, at respondenterne kan forholde sig til ansvarsområdet og anvender det i det daglige arbejde.

Der ses en forskel i respondenternes tilgang på ernæringsområdet mellem patientgrupper og sygdomskategori, hvilket er medvirkende til at sundhedsprofessionelle øger ulighed i Sundhed (Valgård 2006). Vigtigheden af dette kræver ny fokus, som kan fremme sundhedsprofessionelles udvikling af fælles værdier på dette i det sundhedsfremmende arbejde.

Konklusion

Med surveyundersøgelsen er et nuanceret øjebliksbillede fremkommet og der er nu et overblik af ernæringsindsatsen på Sygehus Sønderjylland. Det blev muligt ved hjælp af resultatet, at vurdere om indsatsen af den ledelsesmæssig prioritering og om kliniske diætisters undervisning gjorde en forskel hos de sundhedsprofessionelle, således at ernæringsbehov hos de underernærede patienter og patienter i risiko for underernæring blev varetaget. Den valgte metode til at undersøge forskningsfeltet har vist sig at være anvendelig til at afdække og besvare problemstillingen, de fire forskningsspørgsmål og til at opnå formålet: At udvikle og afprøve et redskab i form af et spørgeskema, som kan vurdere kvaliteten af den sundhedsprofessionelle ernæringsindsats til de småtspisende patienter.

Efter gennemsyn af studiets resultat må hypotesen afkræftes. Ernæring til småtspisende er stadig et forsømt sundhedsfagligt område, også selvom personalet i en vis udstrækning anvender ernæringsscreeningsredskabet til indlagte patienter. Fokus på standarder og kvalitetsudvikling, med tidsrammen et år, har i mindre grad ændret på de sundhedsfaglige ernæringsarbejdsrutiner. Resultatet ligger således langt fra hypotesen om, at implementeringen af ernæringsscreening på Sygehus Sønderjylland ville forårsage, at patienten, der er underernæret eller i risiko herfor findes og at der iværksættes en forebyggende og sundhedsfremmende indsats hos de ernæringstruede patienter. Hypotesen afkræfter ligeledes, at ernæringsindsatsen ses i de sundhedsfaglige

arbejdsrutiner, at sundhedsprofessionelle har viden om basale ernæringsbehov og forstår at anvende ernæringsscreeningsredskabet, som et pædagogisk redskab og som dokumentation for ernæringsindsatsen.

Dokumentationen af ernæringsopgaverne er et område, hvor der har været stillet mange krav de senere år (Sundhedsstyrelsen 2002). På Sygehus Sønderjylland har man arbejdet med målrettet med kvalitetsudvikling i det sundhedsfaglige arbejde. Det ser ud som om, dette ikke er slået igennem i ernæringsarbejdet til de småtspisende patienter. Kvalitetsudviklingsprocessen genfindes kun i lille udstrækning i de sundhedsfaglige arbejdsrutiner på ernæringsområdet. I forhold til effekt hos patienten ses ikke et entydigt resultat, da det er respondenternes vurdering, fornemmelse og holdning, der fremkommer i besvarelsen af spørgeskemaet.

Brug af screeningsredskabet gør det muligt at se ernæringsplejen, som en del af den helhed, der skabes under indlæggelse for den småtspisende patient (Veterinær- og Fødevarerdirektoratet 2000, Beck et al. 2002). Dette udnyttes ikke af sundhedsprofessionelle. I resultatet ses hverken til patient, andre faggrupper eller sektorer, at der er faglig opmærksomheden på ernæringsområdet. Resultatet tydeliggør, hvor undervisningsindsatsen til sundhedsprofessionelle har haft effekt og hvor der skal arbejdes videre. Der ses fortsat behov for, at respondenterne videreudvikler en fælles vision og opnår konsensus om fælles værdier på ernæringsområdet til de småtspisende patienter.

Implementeringen af ernæringsscreening stadig er i en spæd opstartsfasen og det vil fortsat kræve energi og opmærksomhed fra sygehusledelse, ernæringsnøglepersoner og ildsjæle at vedligeholde processen. Der må fortsat planlægges ernæringsundervisning og i forbindelse med planlagte ernæringsmøder må der henledes opmærksomhed på styrkelse af den tværfaglige ernæringsindsats. De enkelte faggrupper motiveres hermed til at gøre sig tanker om hvilke værdier og rammer, der skal være gældende for det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde. Ernæringsnøglepersonerne bør understøttes yderligere i at danne netværk på tværs af afdelinger og sektorer. Det bør tilstræbes, at sundhedsprofessionelle udvikler metoder, der kan anvendes og overføres til andre indsatsområder og implementeringsstrategier, når forbedringsarbejde planlægges. Dette vil forårsage en større gennemslagskraft og medvirke til at ildsjæle på området bliver til flere og ikke brænder ud (SCKK 2001).

Resultatet viser, at der er forskel på det billede, plejepersonalet har af den udførte ernæringspleje og -behandling og det billede, som er den faktiske virkelighed. Der er med andre ord ikke overensstemmelse mellem den kliniske praksis og den teori, der findes vedrørende de småtspisende patienter (Berwick 1996). Respondenterne har til dels viden om ernæring og ernæringsredskabet. Dette ses især i forhold til den almene viden om ernæring, og af de begreber, der indgår i ernæringsscreeningsredskabet. Ernæringsscreeningsredskabet anvendes ikke som et pædagogisk redskab sammen med den indlagte patient og det tyder ikke på, at grundlæggende ernæringslære anvendes af sundhedsprofessionelle eller er en del af den samlede pleje og behandling i et patientforløb under en sygehusindlæggelse. Det er respondenternes vurdering, at kun få ernæringstruede patienter klarer at bevare deres vægt under indlæggelsen. I den

fremtidige implementeringsproces vil det være hensigtsmæssigt at øge fokus på sundhedsprofessionelles indsigt i at anvende ernæringsscreeningsredskabet som et pædagogisk værktøj, der kan anvendes sammen med den ernæringstruede patient. Denne tankegang vil styrke sundhedsprofessionelle i at tænke sundhedsfremmende aktiviteter i ernæringsplejen og formidle konkret viden til den indlagte patient. Patienten vil da opnå indsigt i, hvor stor effekt en optimering af ernæringsindsatsen vil have i hverdagslivet efter udskrivelsen fra sygehuset.

Der vil i de kommende år være øget fokus på indsatsområders effekt og interventioners værdi i forhold til at samle erfaringer om igangsatte sundhedsfaglige indsatser og evaluering heraf (Øvretveit 2002). Derfor er resultatet i denne undersøgelse væsentlig. Det tyder på, at kvalitetsudvikling og akkreditering ikke er tilstrækkelig, hvis ernæringstiltag skal ind i de sundhedsfaglige arbejdsrutiner. I fremtiden bør der lægges vægt på igangsættelse af læringsprocesser og udvikling af strategier for forbedringsarbejde. Læringsprocesser for sundhedsprofessionelle er således essentielle til at opfylde målsætningen fra WHO og Council of Europe (WHO 1986, Beck et al. 2001).

Erfaringerne fra surveyundersøgelsen kan anvendes i det videre kvalitetsudviklingsarbejde til yderligere at forbedre den sundhedsfaglige ernæringsindsats til de småtspisende patienter. Hermed støttes arbejdet med implementering af den nyudviklede danske kvalitetsmodel, hvor fokus på ernæring til de småtspisende patienter fortsat vil være til stede. Det kan tænkes i høj grad at hjælpe den videre kvalitetsudvikling på ernæringsområdet på vej (Den Danske Kvalitetsmodel 2004).

Interventionens værdi for den kliniske praksis

Patientens ernæring under sygdomsforløb er måske et af de væsentligste aspekter i at holde patienten rask og bevare livskvaliteten. Surveyundersøgelsen har afdækket, hvilken viden respondenterne har brug for, således at den sundhedsfaglige indsats til de småtspisende patienter forbedres. Især er behovet stort for viden om madprodukters energi- og proteinindhold. Men et andet væsentligt aspekt i denne undersøgelsen er, at der ikke ses effekt af ernæringsindsatsen i de sundhedsfaglige arbejdsrutiner. Der må arbejdes for følgende fremtidsvision på ernæringsområdet til de småtspisende patienter og hermed ses ernæring både af det enkelte menneske og af sundhedsprofessionelle som en del af behandlingen og plejen og medvirker til at fremme den enkeltes sundhed:

At kosten og dens betydning for et godt helbred synliggøres for det enkelte menneske i kontakt med sundhedsvæsenet.

Der er foretaget en evaluering af et indsatsområde, igangsat via ledelse og akkreditering. Evaluering må ses som en forudsætning for yderligere udvikling på ernæringsområdet til de småtspisende patienter og det er nødvendigt, når der videre vurderes hvilke tiltag, der skal iværksættes for at mindske gabet mellem teori og den kliniske praksis.

Resultatet er væsentlig i forhold til at få erfaringer med fremadrettede evalueringsmetoder både på ernæringsområdet og på andre sundhedsfaglige områder, hvor der ønskes en evaluering af en organisatorisk indsats. Yderligere kan resultatet anvendes til at sætte ernæring til småtspisende på den sundhedsfaglige dagsorden og dette vil fremme en fortsat udvikling af ernæringsindsatsen til de småtspisende patienter på sygehuse. Evalueringsstrategi bevirker, at det undgås, det ikke er tilfældigheder, der afgør, hvad der skal videreudvikles på ernæringsområdet til de småtspisende patienter for at forbedre den sundhedsfaglige kvalitet endnu mere (Nordisk Ministerråd 2003). Derfor har surveyundersøgelsen bidraget til en videreudvikling af ernæringsplejen til de småtspisende patienter og kan anvendes som grundlag for refleksion over ernæringsindsatsen på Sygehus Sønderjylland.

Ud fra strategi om kvalitetsudvikling har der været iværksat kvalitetsudviklende ernæringstiltag og disse har medvirket til at synliggøre ernæring for både ledelse og det sundhedsfaglige personale. Resultatet har vist, hvor behovet for undervisning og supervision til sundhedsprofessionelle omkring ernæringsscreening og viden om de småtspisende patienter er. Der er således fremkommet nye pejlemærker til at sætte kursen for, hvilken indsats, der ville være relevant at fortsætte. Herved kan nye kvalitetscirkler startes og dette kan ses som et væsentligt element til at fastholde igangværende tiltag og videreudvikle disse tiltag .

I konstruktionen af spørgeskemaet blev der lagt op til at afdække centrale empiriske begrebsindikatorer trods det vanskelige i at skelne disse nuancer i surveyundersøgelsen. Respondenternes viden om baggrunden for ernæringsscreening, viden om ansvarsfordeling på ernæringsområdet, viden om implementering af ernæringsscreeningsredskabets forløb fremkom og om der blev sporet effekt af indsatsen hos patienten. Nye erfaringer er opstået i forhold til, hvordan sundhedsfaglige arbejdsrutiner kan forandres og implementeres i en sygehusorganisation, således at der opnås en vedvarende forankring af nye arbejdsrutiner hos sundhedsprofessionelle. Dette kan med lethed overføres til andre sundhedsfaglige indsatsområder og i den videre kvalitetsudvikling af ernæringsplejen på sygehuse er det væsentlig at anvende denne viden, således at igangsatte kvalitetstiltag i fremtiden gavner den ernæringstruede patient indlagt på sygehus.

Relevans for videre forskning

Der skal i en fremtidig undersøgelse lægges vægt på at belyse og afdække tegn på, at ernæringsscreening er blevet en ny arbejdsrutine hos sundhedsprofessionelle. Et væsentligt kvalitetscheckpunkt bliver at måle, om ernæringsscreening udføres hver gang sundhedsprofessionelle har kontakt til patienter. Ønsker man yderligere specifikt at afdække dette, vil det være hensigtsmæssigt at vælge et undersøgelsesdesign, som ved hjælp af en kostregistreringsundersøgelse kan afdække kostindtag hos patienter. Udvikling af fremtidige evalueringsprojekter bør konstrueres til at afdække om basal ernæring i den kliniske praksis anvendes til forbedring af de småtspisende patienters ernæringsstatus.

Et andet aspekt, som det er væsentlig at belyse er om det ses, at sundhedsprofessionelle anvender ernæringsscreeningsredskabet som et pædagogisk redskab i vejledningen, der gives til den småtspisende patient og de pårørende. Hermed opnås evidens for, at specifikke ernæringsbehov tænkes ind som en del af de sundhedsfaglige arbejdsrutiner og der opstår en ny og individuel patientorienteret tilgang i det sundhedsfremmende arbejde.

Et tredje aspekt, som der vil være hensigtsmæssigt at undersøge er at afdække sundhedsprofessionelles prioritering af måltidsserveringen gennem hele døgnet. Der fremkommer hermed evidens for, om der er kontinuitet mellem vagterne på ernæringsområdet og om ernæringsplejen tænkes med i de sundhedsfaglige arbejdsrutiner hele døgnet. Det kunne være interessant at foretage en videre statistisk analyse af de fremkomne data i studiets resultat, for at se, om der er forskel på respondenternes svar i forhold til grunduddannelse og alder. Centrale begreber, der også bør afdækkes er spørgsmålene om ansvarsfordeling og faglighed i forhold til ernæring og de småtspisende patienter.

Vedvarende prioritering af ernæringsområdet kan man forestille sig, vil forårsage en afsmittende effekt til andre sundhedsfaglige indsatsområder og at den fremtidige implementeringsproces vil hjælpe sundhedsprofessionelle til at udvikle en metode til at strukturere det sundhedsfaglige arbejde, således at det ikke er tilfældigheder, der afgør, om ernæringsplejen, under indlæggelse på et sygehus, er optimal eller ikke optimal. På baggrund af resultatet anbefales derfor, at der gennem kvalitetsudvikling og organisatorisk prioritering og støtte, sker en målrettet styrkelse af de sundhedsprofessionelle arbejdsrutiner, således at det kan måles, for eksempel ved en årlig test, om der over tid er forskel i den professionelle tilgang til ernæring og de småtspisende patienter.

I fremtidens sundhedsvæsen bliver faglig ledelse af ligeså stor vigtighed som administrativ ledelse (Andersen 2002). Dette medfører, at der må tages højde for kompleksiteten i arbejdsmiljøet i implementeringsstrategier. Udfordringen bliver at anvende redskaber både fra systemtænkning, kvalitetsudvikling, forandring af organisationskultur og forbedringsarbejde (Giddens 1996, Donabedian 2005). Værdibaseret faglig ledelse i sundhedsvæsenet må naturligt indgå, når en sundhedsfaglig intervention planlægges. Herved bliver det muligt at arbejde med holdningsændring hos individer i forhold til at forandre arbejdsrutiner (Andersen 2002). Når sundhedsprofessionelle får mulighed for at udvikle ejerskab og ansvar for implementeringsprocessen er kvalitetsarbejdet attraktivt og får større effekt. Dette fordrer, at organisationens ledelse allierer sig med personer, der har erfaring og specifik uddannelse i at implementere faglige tiltag. Når et sundhedsfagligt indsatsområde prioriteres må følgende spørgsmål må indgå som nøglebegreber i fremtidige overvejelser: Udvikling af kreativitet hos sundhedsansatte til brug i det sundhedsfaglige arbejde? Hvordan får man lyst til at forandre? Hvordan fastholdes nye udviklingstiltag?

Referencer

Andersen, Bjarne Hjort & Mogens Nygaard Christoffersen (1982) *Om Spørgeskemaer, Problemer ved spørgsmålsformulering i interviewundersøgelser*. Socialforskningsinstituttet, Studie 46. Teknisk forlag, København.

Andersen Frode Boye (2002) *Projektledelse som pædagogisk ekspeditionsledelse i et fagligt terræn I: Faglig ledelse i sundhedsvæsenet*. Gyldendal, Uddannelse s. 87-97.

Apotekerfonden, Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Århus Amt (2003) Patientens møde med sundhedsvæsenet. *De mellem menneskelige relationer - Anbefalinger for kommunikation, medinddragelse og kontinuitet*. En publikation 99 pages. www.patient-relationer.dk [30-06-06].

Bansal C, Scott R, Stewart D & Cockerell CJ (2005) Decubitus ulcers: a review of the literature. *International Journal of Dermatology* **44**, 805-810.

Beck, AM, Balknas UN, Camilo ME, Furst P, Gentile MG, Hasunen K, Jones L, Jonkers-Schuitema C, Keller U, Melchior JC, Mikkelsen BE, Parvic M, Schauder P, Sivonen L, Zinck O, Oien H, Ovesen L (2001) – Special Report – Food and nutritional care in hospitals: How to prevent undernutrition – report and guidelines from the Council of Europe. *Journal of Clinical Nutrition* **20**(5):455-460.

Beck, AM, Balknas UN, Camilo ME, Furst P, Gentile MG, Hasunen K, Jones L, Jonkers-Schuitema C, Keller U, Melchior JC, Mikkelsen BE, Parvic M, Schauder P, Sivonen L, Zinck O, Oien H, Ovesen L (hoc groups on nutrition programmes in hospitals, Council of Europe) (2002) – Special Report – Practises in relation to nutritional care and support – report from Council of Europe. *Journal of Clinical Nutrition* **21**(4):351-354.

Berwick, Donald M (1996) A primer on leading the improvement of systems. *British Medical Journal* **312**, 619-622.

Bojlén, S. (2002) Det patientorienterede perspektiv, klinikerne og den postmoderne patient. Perspektivartikel. *Ugeskrift for læger* **164**(46):5365.

Christensson L, Ek AC & Unosson M (2001) Individually adjusted meals for older people with protein-energy malnutrition: A single case study. *Journal of Clinical Nursing* **10**(4): 491-502.

Christensson L, Unosson M, Bachrach-Lindstrom M, Ek AC (2003) Attitudes of nursing staff towards nutritional nursing care. *Scandinavian Journal Caring Science* **17**(3): 223-31.

Den Centrale Videnskabsetiske Komité www.etiskraad.dk (2004) *Vejledning og retningslinier. Forskningsansøgning.* 4 pages. <http://www.cvk.im.dk/visArtikel.asp?artikelID=1550> [30-06-06].

DGMA (2002) *Ernæring under indlæggelse, Standarder.* Den gode medicinske afdeling. 2 pages. www.DGMA.dk [26-06-06].

Donabedian, Avedis (2005) Evaluation the quality of medical care. *The Millbank Quarterly* **83**(4):691. 24 pages.

DSKS (2003). *Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og – definitioner.* Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren (2003). Publiktion 25 pages. www.sst.dk. [09-07-06] .

Ferguson T. (2002) From patients to end users. *British Medical Journal* **324**: 555-556

Folketinget (2005) *Ernæring skal være et obligatorisk fag.* En høring i folkettinget (2005) 3 pages. <http://politik.tv2.dk/article.php/3008154.html> [04-04-06].

Fødevarerdirektoratet (2006) *Den Nationale Kosthåndbog.* 1 page. www.kostforum.dk [09-07-06].

Giddens, Anthony (1996) *Modernitet og Selvidentitet (Originaltitel: Modernity and Self-identity)* Hans Reizel Forlag, København.

Grant, Cattis (2005) Undernärning hos patienter ett kostsamt lidande – men Sverige följer inte Europarådets resolution. *Medicinsk access* **5**, 35-37.

Green SM, Watson R (2006) Issues and Innovation in nursing practice. Nutritional screening and assessment tools for older adults: Literature review. *The Authors. Journal compilation 2006 Blackwell Publishing Ltd.* **54**:477-490.

Helsedepartementet (2002) *Resepter for et sundere Norge.* ST, meld. 2002. 2 pages <http://odin.dep.no/hod/norsk/dok/regpubl/stmeld/042001-040003/inn-bn.html> [25-06-06].

Hjort, Peter F (1993) Forebyggende og Helsefremmede arbejde. Mål, Filosofi, Ansvar og Opgaver. Dansk selskab for social og administrativ medicin.

Herløv Petersen, Majbritt (2002) *De lærende lærere - Skole og kvalitetsudvikling i det moderne samfund.* Kroghs Forlag, 2. udgave.

Hvas AC & Thesen J (2002) At styrke patientens egne kræfter og at modvirke undertrykkende kræfter: "Empowerment" i et medicinsk perspektiv. *Ugeskrift for læger* **164**(46):5361.8 pages.

Ingerslev, Jette & Anne Marie Beck, Kirsten Schroll Bjørnsbo, Ib Hesso, Lars Hyldstrup, Agnes N. Pedersen. (2002) *Ernæring og aldring*. En rapport. Publikation, nr. 28/2002. Ernæringsrådet. 125 pages. www.ernaeringsraadet.dk [05-04-06].

Johansen, N. & Kondrup J, Plum L, Bak L, Nørregaard P, Bunch E, Bærentsen H, Andersen JR, Larsen HL, Martinsen A. (2004) Effects of nutritional support on clinical outcome in patients at nutritional risk. *Journal of Clinical Nutrition* **23**(24):539-550.

KISS (2002) *Kvalitet I Sygehus Sønderjylland. Politikker og Procedurer*. Ernæring. 6 pages.
[http://www.kissprojekt.dk/sja/kiss.nsf/\(MultiDBSearchView\)/340B843911B06001C1](http://www.kissprojekt.dk/sja/kiss.nsf/(MultiDBSearchView)/340B843911B06001C1)
[18-06-06].

Koch, Lene & Signild Vallgård, (2003) *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. 2. udgave, Munksgaard, København.

Kofoed, Jens (2000) *Du er dem du spiser sammen med – et brugerperspektiv på den offentlige måltidsservice*. Ministeriet for fødevarer, landbrug og fiskeri, Fødevarerdirektoratet, fødevarerapport 2000:09, 1. udgave, 1. oplag, december 2000. ISBN 87-90978-47-8. 44 pages. www.fdir.dk [26-06-06].

Kondrup J & Lars Ovesen (1997) Ernæring på sygehuse. Status artikel, *Ugeskrift for læger* **159**(24):3755-3759.

Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M (2003a) ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002a. *Journal of Clinical Nutrition* **22**(4): 415-421.

Kondrup J, Johansen N, Plum LM, Bak L, Højlund Larsen A, Martinsen Jr, Andersen H, Bærendtsen H, Bunch E, Lauesen E. (2002b) Incidence of nutritional risk and , causes of inadequate nutritional care in hospitals. *Journal of Clinical Nutrition* **22**, 415-421.

Kondrup, Jens (2004) Proper hospital nutrition as a human right. *Journal of Clinical Nutrition* **23**,135-137.

Kost og Ernæringsforbundet (1999) *Patienterne kan selv*. Økonomaen 1, 3 pages
<http://www.kost.dk/kokkenliv/1999/Artikler> [23-06-06].

Kyle U, Schneider SM, Pirlich M, Lochs H, Hebutterne X, Pichard C. (2005) Does nutritional risk assessed by nutritional Risk Index, increase during hospital stay? A multi population-based study. *Journal of Clinical Nutrition* **24**(4):516-524.

Lassen, KØ, Olsen J, Grinderslev E, Melchiorson H, Kruse F, Bjerrum M: *Medicinske Patienters Ernæringspleje*. En medicinsk teknologivurdering. Medicinsk Teknologivurdering – puljeprojekter 2005; 5(4) København, Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering, 2005. 9 pages. <http://www.cemtv.dk> [26-06-06].

Lausten S, Krøll V, Madsen I, Ottsen B. (2002) Sygeplejefaglig Klaringsrapport. *Grundlag og metode for måling, dokumentation og forbedring af sygeplejefaglig kvalitet. – Brug af kvalitetsmål og indikatorer*. 1. udgave 1. oplag. 28 pages. <http://www.sygeplejersken.dk/job/tekstlink.asp?id=4080113&Target=print> [09-07-06].

Lochs H, Allison SP, Meier R, Pirlich M, Kondrup J, Schneider St, Berghe G, Pichard C. (2006) Introductory to the ESPEN guidelines on Enteral Nutrition: Terminology, Definitions and General Topics. *Journal of Clinical Nutrition* 25(2):180-186.

Mowe, Morten, Ingvar Bosaues, Henrik Højgaard Rasmussen, Jens Kondrup, Mitra Unosson, Øivind Irtun. (2006) Nutritional routines and attitudes among doctors and nurses in Scandinavia: A questionnaire based survey. *Journal of Clinical Nutrition* 25(11.011):524-532.

Månson, Per (2003) *Modern samhällsteorier - Traditioner, Riktningar, Teoretikere*. Prisma Stockholm.

Nielsen, Tine & Svend Kreiner (1999) *SPSS Introduktion til databehandling & statistisk analyse*. Jurist- og Økonomiforbundets Forlag.

Nightingale, Florence (1995) *Notes of Nursing*, København, Munksgaard.

Nordisk Ministerråd (2003) *Kvalitetsmåling i Sundhedsvæsenet*. En rapport fra Nordisk Ministerråds arbejdsgruppe. NHV-rapport 2003:1.

NNA, Nordiske Næringsstof Anbefalinger, (2004) *Baggrund for de nye nordiske næringsstof anbefalinger 2004*. Institut for levnedsmiddel og ernæring. 2 pages. www.foedevarestyrelsen.dk/fdir/publikations/1997092/.asp [13-05-06].

Nutbeam, Don (1998) Evaluating health promotion – progress, problems and solutions. Health Promotion. *International Oxford University Press* 13(1): 27-43 [14-05-06].

Olsen, Henning (2005) *Fra spørgsmål til svar, Konstruktion og kvalitetssikring af spørgeskemadata*. Akademisk Forlag.

Palmgren Margaretha. (1998) *Att leda förbättring - om framtidens ledarskap*. Netverket för ledarskap i hälso- och sjukvården. Kraftsamling för förbättring. page 3.

Pedersen, PU (2005) Nutritional care: The effectiveness of actively involving older patients. *Journal of Clinical Nursing* 14, 247-255.

Perry L, McLaren S. (2003) Nutritional support in acute stroke: The impact of evidence-based guidelines. *Journal of Clinical Nutrition* 22(3):283-293.

Pirlich M, Schultz T, Kemps M, Luhman N, Minko N, Lubke HJ, Rossnagel K, Willich SN, Lochs H. (2005) Social risk factors for hospital malnutrition. *Nutrition* 21, 295-300.

Qvortrup, Lars (2004) *Det lærende samfund: hyperkompleksitet og viden*. København Gyldendals forlag.

Rasmussen, HH, Kondrup J, Staun M, Ladefoged K, Kristensen H, Wengler A. (2004) Prevalence of patients at nutritional risk in Danish hospitals. *Journal of Clinical Nutrition* 23(5)1009-1015.

Rasmussen, HH, Kondrup J, Staun M, Ladefoged K, Lindorff K, Jørgensen LM, Jacobsen J, Kristensen H, Wengler A. (2006) A method for implementation of nutritional therapy in hospitals. *Journal of Clinical Nutrition* 25(3):515-523.

Rasmussen, Jens (2004) *Konstruktivistiske bidrag: Udvalgte artikler*. Udgivet Kbh. Unge pædagoger.

SCKK (2001) Statens Center for Kvalitet og Kompetenceudvikling. *Kvalitet i offentlig sektor – EFQM Excellence modellen i praksis* (2001) 5. udgave ISBN 87 – 988053 – 1 – 2. 180 pages www.sckk.dk [30-04-06].

Socialdepartementet (2002) *Mål för folkhälsan*. Prop. 2002/03:35. 2 pages. [Http://www.social.regeringen.se/sb/d/108/a/1259](http://www.social.regeringen.se/sb/d/108/a/1259) [25-06-06].

Socialstyrelsen (2000) *Näringsproblem i vård og omsorg*. 127. 203 pages. <http://www.socialstyrelsen.se/publicerat/2000/3115/2000-3-11.htm> [08-07-06].

Söderström, Magnus (1998) *Forutsättningarna för sjukvård*. Nätverket för ledarskap i hälso- och sjukvården. Page 2.

Sundhedsstyrelsen (1999) *Patientforløb og kvalitetsudvikling*. www.sst.dk Publikation [30-06-06].

Sundhedsministeriet (2002) *Det Danske Folkesundhedsprogram. De nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10. Sund hele livet*. København, Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2002) 81 pages. <http://www.folkesundhed.dk/page199.aspx> [26-06-06].

Sundhedsstyrelsen (2002) *Den Nationale Strategi for Kvalitetsudvikling i Sundhedsvæsenet*. http://www.sst.dk/publ/Publ2002/national_strategi/html/clean.html [07-07-06] 24 pages [30-04-06].

Sundhedsstyrelsen (2003) *Vejledning til læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, sygehjælpere og kliniske diætister. Screening og behandling af patienter i ernæringsmæssig risiko*. <http://www.sst.dk> Udgivelser. 35 pages. <http://minibib.minibi.dk/F/DX76RE97HXI13JKN1EXLTJMK4AJ74EUFVPIJENU...> [10-07-06].

Sundhedsstyrelsen (2004) *Den Danske Kvalitets Model for Sundhedsvæsenet* København, Sundhedsstyrelsen 2004, 2 pages. www.kvalitetsmodel.dk [26-06-06].

Tewes Marianne & Preben Ulrich Pedersen. Hjertecenteret, Rigshospitalet (2005) *Udvikling og implementering af en profession i praksis. Tidsskrift for sygeplejeforskning* 1/2006. page 24-30.

Tiim, Helle (1997) *Patienten i centrum? Brugerundersøgelser, lægmandsperspektiv og kvalitetsudvikling*. DSI Institut for Sundhedsvæsen. En publikation. DSI rapport 97.06 165 pages. http://www.dsi.dk/publikationer/public/2a82_18e.htm [13-05-06].

Thor, Johan (2002) *Förbättringskunskap bör tillämpas i förändringsarbetet inom vården. Medicin och samhälle*. 34: Page 3312-14. <http://tarkivtidningen.se> [13-05-06].

Valgård, Signild & Lene Koch (2006) *Forskel og lighed i sundhed og sygdom*. København, Munksgaard, Danmark.

Veterinær- og Fødevaredirektoratet (2000) *Anbefalinger for den danske institutionskost*. 164 pages. www.foedevarestyrelsen.dk/Fdir/publikation/2000008/RapportPDF [26-06-06].

Visvanathan R, Zaiton A, Sherina MS, Muhamad YA. (2005) The nutritional status of 1080 elderly people residing in publicly funded shelter homes in Peninsular Malaysia. *European Journal of Clinical Nutrition*, march;59(3):318-24 [18-06-06].

Wisted Karen, Bjarne Bruun Jensen (2006) *Værdifuld forebyggelse og sundhedsfremme. Klinisk Sygepleje* 20(2):59-69.

World Health Organisation (1986) *WHO. Ottawa Charter for Health Promotion*. (internet policy statement). 5 pages. http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2 [23-05-06].

World Health Organisation, Nutrition for Health and Development. (2006) *Developing effective food and nutrition policies and programmes*. 2 pages. <http://www.who.int.nutrition/en/> [18-06-06].

World Health Organization, Ageing and life (2002) *Keep fit for life: Meeting the nutritional needs of older persons*. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. 75 pages. <http://www.who.int.ageing/eg/publications> [05-05-06].

World Health Organization 2005, *Child and Adolescent Health and Development. Nutrition*. 1 page. <http://www.who.int/child-adolescent-health/nut.htm> [02-05-06].

Øvretveit, John. (2001) The Norwegian approach to integrated quality development. *Journal of Management in Medicine* 15(2):125-141.

Bilagsfortegnelse

Bilag 1

Bilag 2

Spørgeskema

Resultat af surveyundersøgelse

Bilag 1 Spørgeskema

SPØRGESKEMA UNDERSØGELSE

VURDERING AF PLEJEPERSONALET'S VIDEN OG HOLDNING TIL ERNÆRINGSSCREENINGSREDSKABET OG DE SMÅTSPISENDE PATIENTER

Sønderborg, Den 1. maj 2006.

Ernæringsscreening er ved at blive indført som en del af sundhedspersonalets arbejdsrutiner. Derfor vil jeg anvende min afsluttende masteropgave i folkesundhed til at foretage en undersøgelse af dette indsatsområde.

Formålet med undersøgelsen er at afdække en række forhold omkring patienter, der er underernæret eller i risiko for underernæring og indlagt på sygehus.

Undersøgelsen går ud på at få din vurdering af en række forhold omkring de småtspisende patienter. Det drejer sig om at afdække i hvor høj grad ernæringsscreening er blevet en del af de daglige rutiner i afdelingerne. Herudover er det hensigten at afdække dine synspunkter til og erfaringer med ernæringsscreeningsredskabet.

Undersøgelsen er anonym. Du skal derfor ikke skrive dit navn på spørgeskemaet. Det vil heller ikke være muligt at se den enkeltes besvarelse, når resultatet af undersøgelsen opgøres.

**Spørgeskemaet bedes returneret inden den 8. maj 2006
i vedlagt svarkuvert.**

Det er vigtigt for undersøgelsens resultat, at alle udfylder spørgeskemaet. Derfor håber jeg, du har lyst til at deltage og at du vil hjælpe mig og undersøgelsen ved at udfylde spørgeskemaet.

Spørgeskemaet er udfærdiget til brug af plejepersonalet. Du skal regne med ca. 20 minutter til besvarelsen. Du behøver ikke tænke meget over spørgsmålene, bare svare hurtigt og spontant. Der er måske spørgsmål, du ikke finder relevante. Disse spørgsmål kan du blot undlade at besvare.

Spørgeskemaet databehandles af undertegnede. Ingen andre vil få det udfyldte spørgeskema at se.

Resultatet af undersøgelsen vil blive tilgængelig for alle medarbejdere.
Hvis du ønsker yderligere oplysninger er du velkommen til at kontakte mig.
På forhånd tak for din hjælp.

Med venlig hilsen

Ellen Sandahl Sørensen.
CVU Sønderjylland,
Sydvang 1, Bygning F, Sønderborg.
Tlf. 73429262

		Ja	Nej	Ved ikke
1.01	Normalkost er den rigtige kost, når der er tale om en underernæret patient.	☐	☐	☐
1.38	Undervægtige diabetespatienter bør tilbydes normalkost.	☐	☐	☐
1.04	Der er sammenhæng mellem patientens ernæringstilstand og antal indlæggelsesdage.	☐	☐	☐
1.09	Klar suppe er nærende kost til småtspisende.	☐	☐	☐
4.100	Kostudvalget på sygehuset er medvirkende til at ernæringsindsatsen fremmes i din afdeling.	☐	☐	☐
1.05	Behov for iværksættelse af hjemmehjælp kan mindskes hvis den underernærede patient holder vægten under indlæggelse.	☐	☐	☐
1.08	De fleste apoplexi patienter udvikler tegn på underernæring under sygehusophold.	☐	☐	☐
1.10	Proteiner er byggestenen til menneskets muskler.	☐	☐	☐
1.11	Proteiner omdannes til muskler og depoter i menneskets organisme, når energibehov er dækket.	☐	☐	☐
1.13	100 ml ymer indeholder 6 gram protein.	☐	☐	☐
1.14	Patienten skal under indlæggelse på sygehus indtage mindst 3 mellemmåltider for at dække det daglige energi - og proteinbehov.	☐	☐	☐
1.03	Komplikationer i efterforløbet kan reduceres hos de underernærede patienter ved at forbedre ernæringstilstanden før planlagt operation.	☐	☐	☐
1.06	Er en patient med collum femoris fractur og BMI 17 i ernæringsmæssig risiko?	☐	☐	☐
1.37	Har du læst sygehusets kostpolitik?	☐	☐	☐
2.39	Den kliniske diætist, der har ansvar for, at den rigtige mad tilbydes den småtspisende patient.	☐	☐	☐
2.41	Plejepersonalet vurderer selvstændigt, hvornår en ernæringssonde bør anlægges.	☐	☐	☐
3.83	Findes der i din afdeling ernæringsnøglepersoner som er ansvarlige for indførelsen og opfølgning af ernæringsscreening?	☐	☐	☐
3.82	Har du indenfor det sidste år modtaget teoretisk undervisning i ernæringsprincipper til de småtspisende patienter?	☐	☐	☐
3.84	Har du ernæringscreenet de sidste 3 patienter, du har modtaget?	☐	☐	☐
2.43	Lægen skal vurdere patienters ernæringstilstand under indlæggelse.	☐	☐	☐

2.44	Patienten skal under indlæggelse vurderes ernæringsmæssigt 1 gang om ugen ifølge Sundhedsstyrelsens anbefalinger.	☐	☐	☐
2.40	Den Kliniske diætist har ansvar for at vurdere ernæringstilstanden hos de underernærede patienter.	☐	☐	☐
4.98	Synes du, det er relevant at screene patienter indlagt på sygehus med henblik på at vurdere ernæringstilstand?	☐	☐	☐
4.99	Uddeling af mad til patienter skal udelukkende foretages af servicemedarbejdere.	☐	☐	☐
4.104	Beskriver du rutinemæssigt ernæringstiltag foretaget på sygehuset i udskrivelsesbrevet til hjemmeplejen?	☐	☐	☐
4.101	Afdelingen har arbejdsgange, som er medvirkende til at patienters ernæringsindtag mindskes.	☐	☐	☐
4.102	Hvis ja. Kan du beskrive disse arbejdsgange nærmere?			
		Ja	Nej	Ved ikke
4.106	Har du under perioden med indførelse af ernæringsscreening øget din faglige viden om ernæring til de småtspisende?	☐	☐	☐
4.107	Synes du din faglige viden om ernæringstruede patienter er fyldestgørende?	☐	☐	☐
4.105	Er der specifikke faglige kundskaber du har behov for at udvikle i forhold til at varetage plejen af de småtspisende patienter?	☐	☐	☐
4.108	Hvilke faglige kundskaber drejer det sig om?			
		Ja	Nej	Slet ikke
3.62	Har du inden for den sidste uge brugt udregningstabellen, som er en del af screeningsredskabet, til at finde frem til risikopatientens energibehov?	☐	☐	☐
3.63	Har du inden for den sidste uge brugt udregningstabellen, som er en del af screeningsredskabet, til at finde frem til risikopatientens proteinbehov?	☐	☐	☐
3.87	Har du indenfor den sidste uge anvendt ernæringsscreening som et pædagogisk undervisningsredskab i plejen sammen med patienten?	☐	☐	☐
		I høj grad	I nogen grad	I mindre grad
3.90	Serverer du måltider til patienter, som ønsker mad udenfor faste måltider?	☐	☐	☐
3.50	Serverer du rutinemæssigt vand til måltiderne til de småtspisende patienter?	☐	☐	☐
3.89	Informerer du dine tildelte patienter om hvilken mad, der kan serveres som mellemmåltid?	☐	☐	☐

		I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke
3.88	Informerer du dine tildelte patienter om hvilken mad, der kan serveres i afdelingen?	☐	☐	☐	☐
1.27	Synes du ernæring kan ses som en del af behandlingen på sygehuset?	☐	☐	☐	☐
1.28	Vægttab har indflydelse på evnen til at klare daglige gøremål?	☐	☐	☐	☐
3.55	Tilbydes patienter, som er i ernæringsmæssig risiko, dagligt vitamintilskud?	☐	☐	☐	☐
1.29	Dårlig ernæringstilstand hos patienter koster mange penge i sundhedsvæsenet.	☐	☐	☐	☐
1.02	Underernærede patienter vil altid tabe sig under indlæggelse?	☐	☐	☐	☐
1.31	Primærscreening er en hurtig og overskuelig procedure.	☐	☐	☐	☐
1.32	Sekundærscreening er en hurtig og overskuelig procedure.	☐	☐	☐	☐
3.79	Har den kliniske diætist fulgt op på undervisningen i screeningsredskabet?	☐	☐	☐	☐
3.75	Ligger monitoreringsskemaet efter patientens udskrivelse i lægejournal som dokumentation?	☐	☐	☐	☐
3.49	Serverer du rutinemæssigt sødmælk til måltider til de småtspisende patienter?	☐	☐	☐	☐
4.97	Synes du dine ernæringstruede patienter oplyser om deres ønsker til måltiderne?	☐	☐	☐	☐
3.81	Har man indenfor det sidste år i afdelingen afsat tid til undervisning i ernæringsscreeningsredskabet?	☐	☐	☐	☐
4.96	Opretholder de undervægtige patienter deres vægt under indlæggelse efter indførelsen af ernæringsscreening?	☐	☐	☐	☐
3.76	Synes du, at der i afdelingen tales mere om ernæring og småtspisende end for 2 år siden?	☐	☐	☐	☐
3.93	I hvilken grad fortæller du patienten, at ernæring ses som en del af behandlingen under indlæggelsen på sygehuset?	☐	☐	☐	☐
4.95	Bliver du mindet om mellemmåltider af tildelte patienter, hvis du glemmer at servere mellemmåltiderne?	☐	☐	☐	☐
3.74	Opretholdes ernæringsscreening i perioder med travlhed?	☐	☐	☐	☐
4.94	Mener du, patienten spiser mere af sin mad ved måltiderne, hvis du viser resultatet af kostregistreringen til patienten?	☐	☐	☐	☐
3.85	I hvilken grad er ernæringsscreening blevet en del af dit daglige arbejde sammen med patienten?	☐	☐	☐	☐

		I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke
3.80	Har du indenfor den sidste uge kontaktet den kliniske diætist angående de ernæringstruede patienter, når hun kommer i afdelingen?	☐	☐	☐	☐
3.58	Kan den mad, patienten ønsker, fremskaffes med kort varsel fra køkkenet?	☐	☐	☐	☐
3.51	Bruger du fløde ved anretning af mellemmåltider i afdelingen?	☐	☐	☐	☐
3.52	Har du serveret is som mellemmåltider indenfor de sidste 3 dage?	☐	☐	☐	☐
3.53	Anvender du dessert som mellemmåltider til dine tildelte patienter?	☐	☐	☐	☐
3.54	Har du serveret patientens egen chokolade som mellemmåltid i den sidste uge?	☐	☐	☐	☐
3.57	Spurgte du de småtspisende patienter om, hvilke ønsker de kunne have til måltidet, sidste gang du serverede mad?	☐	☐	☐	☐
3.59	Patienter indlagt i din afdeling vejes rutinemæssigt i forbindelse med indlæggelsen?	☐	☐	☐	☐
3.60	Patienter indlagt i din afdeling vejes rutinemæssigt under indlæggelsen?	☐	☐	☐	☐
3.61	Måles patientens højde i forbindelse med indlæggelsen på din afdeling?	☐	☐	☐	☐
		Lægejournal	I sygepleje Journal		Ved ikke
3.65	Hvor skal monitoreringsskemaet opbevares efter patientens udskrivelse?	☐	☐		☐
1.30	Har du anvendt monitoreringsskemaet til de 3 sidste patienter du har sekundærscreenet?	Ja ☐	Nej ☐		☐
		Vægttab			
1.21	En patient med kronisk lungesygdom skal tabe sig% i vægt over en måned for at betegnes som i ernæringsmæssig risiko?	5 % ☐	10 % ☐	20 % ☐	Ved ikke ☐
		Væskebehov			
1.19	En gennemsnitspatients væskebehov beregnet i forhold til ml/kg legemsvægt udgør cirka?	10 ml ☐	30 ml ☐	60 ml ☐	Ved ikke ☐
		Daglige energibehov			
1.18	En gennemsnitspatients daglige energibehov beregnet i forhold til KJ/dag udgør cirka?	4000-5000 ☐	8000-10000 ☐	Mere end 11000 ☐	Ved ikke ☐

		Daglige proteinbehov			
1.17	En gennemsnitspatients daglige proteinbehov beregnet i forhold til gram/pr kg legemsvægt udgør cirka:	50–70g ☐	80–110g ☐	110–130g ☐	Ved ikke ☐
		Kostregistrering			
1.16	Hvor mange dage skal der kostregistreres for at det kan betragtes som et skøn af patientens gennemsnitlige kostindtag?	2 dage ☐	3 dage ☐	4 dage ☐	Ved ikke ☐
		Ernæringsmæssig risiko			
1.15	Patienter i ernæringsmæssig risiko for underernæring udgør% af alle indlagte patienter?	10 % ☐	30 % ☐	50 % ☐	Ved ikke ☐
		BMI mindre end			
1.07	Ved underernæring forstås Body Mass Indeks (BMI) mindre end:	20.5 ☐	24.8 ☐	27.0 ☐	Ved ikke ☐
		BMI for ældre over 65 år			
1.20	Det ideelle BMI for ældre over 65 år er?	21 – 22 ☐	24 – 25 ☐	28 - 29 ☐	Ved ikke ☐
		Ernæringsmæssig risiko			
1.22	En apopleksipatient skal spise...% mindre af det normale kostindtag for at være i ernæringsmæssig risiko.	5 % ☐	10 % ☐	25 % ☐	Ved ikke ☐
		Antal måltider om dagen			
1.23	Småtpisende patienter bør spise ... måltider om dagen?	4-6 måltider ☐	6-8 måltider ☐	Mere end 8 måltider ☐	Ved ikke ☐
		Fedtprocent			
1.24	Hvilken fedtprocent bør mælk indeholde til småtpisende patienter?	0,5 % ☐	1.5 % ☐	3.5 % ☐	Ved ikke ☐
		Madprodukt flest proteiner			
1.25	Hvilket mælkeprodukt indeholder flest proteiner?	Fløde ☐	Mælk ☐	Ymer ☐	Ved ikke ☐
		Mælkeprodukt energiberigede			
1.26	Hvilket mælkeprodukt er mest energiberigende for maden?	Ymer ☐	Fløde ☐	Kærne-mælk ☐	Ved ikke ☐

		Ja til alle	Ja nogen	til	Nej ingen	til	Ikke relevant for mig
3.48	Har du i din sidste aftenvagt udleveret mad til dine tildelte patienter udenfor de fastsatte måltider?	☐	☐		☐		☐
3.47	Har du i din sidste nattevagt udleveret mad til dine tildelte patienter?	☐	☐		☐		☐
3.46	Har du i din forrige nattevagt udleveret proteindrik til dine tildelte patienter?	☐	☐		☐		☐
3.45	Har du i denne uge udleveret pjece om sygehusets anbefalede kostform til dine tildelte patienter?	☐	☐		☐		☐
			Indenfor den sidste uge	Indenfor de sidste 14 dage		For over 14 dage siden	
3.92	Hvornår har du sidst informeret pårørende til småtspisende patienter om ernæringsplejen i din afdeling?	☐		☐		☐	
3.86	Hvornår har du sidst ernæringscreenet en tildelt patient?	☐		☐		☐	
3.91	Hvornår har du sidst fortalt dine småtspisende patienter om, hvorfor det er vigtigt at ændre spisevaner?	☐		☐		☐	
			Hos alle indlagte patienter med ernæringsproblemer	Hos ernæringsrisiko-patienter		Ved Ikke	
2.42	Hvornår bør den kliniske diætist kontaktes under patienters indlæggelse?	☐		☐		☐	
			SSA	Sygeplejerske		Klinisk diætist	
4.103	Hvilken faggruppe, synes du, påtager sig mest ansvar i forbindelse med ernæringsopgaver i afdelingen?	☐		☐		☐	
			Sygehus-kost	Normalkost		Ved ikke	
1.35	Hvilken kostform er mest energiberiget?	☐		☐		☐	
			I høj grad	I nogen grad	I mindre grad		Slet ikke
3.64	Har du brugt monitoreringsskemaet, som er en del af screeningsredskabet, til at følge en patients ernæringstilstand indenfor den sidste arbejdsuge?	☐	☐		☐		☐
3.66	Har din holdning til uddeling af måltider ændret sig siden indførelsen af ernæringscreening?	☐	☐		☐		☐
3.67	Hvis du synes din holdning til måltider har ændret sig, vil du så uddybe dette?						

		I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke			
3.70	Har ernæringsscreening haft indflydelse på dine holdninger til andre plejerutiner i afdelingen?	☐	☐	☐	☐			
3.71	Hvis du synes din holdning til andre plejerutiner har ændret sig, hvordan vil du beskrive dette?							
		I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke			
3.68	Har dine kollegaer ændret holdning til kostrutiner siden indførelsen af ernæringsscreening?	☐	☐	☐	☐			
3.69	Hvis du synes kollegaer har ændret holdning, hvordan vil du så beskrive dette?							
		I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke			
3.72	Har ernæringsscreening indflydelse på, hvordan du vælger at servere maden for patienten?	☐	☐	☐	☐			
3.77	Synes du, at der efter indførelse af ernæringsscreening er sket en forbedring i pleje og behandlingens kvalitet.	☐	☐	☐	☐			
3.78	Hvis du synes, der er en forbedring i pleje og behandling, kan du beskrive hvordan det ses?							
		SSA		Sygeplejerske				
5.109	Hvilken faggruppe tilhører du?	☐		☐				
		Dagvagt	Aftenvagt	Nattevagt	Blandet nat/dag	vagt	Blandet aften/dag	vagt
5.115	Har du overvejende:	☐	☐	☐	☐		☐	
5.110	Hvornår afsluttede du din uddannelse?	År:						

		Mindre end 1 år	1 til 5 år	6 til 10 år	11 til 15 år	16 til 20 år	Mere end 20 år
5.111	Hvor længe har du været ansat i afdelingen?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

		20 til 29 år	30 til 39 år	40 til 49 år	50 til 59 år	Over 60 år
5.112	Hvad er din alder?	☐	☐	☐	☐	☐

		Kvinde	Mand
5.113	Hvilket køn tilhører du?	☐	☐

5.114 Har du andet du vil bemærke i din besvarelse?

Bilag 2 Frequency Table

Afdeling					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	A	15	19,7	19,7	19,7
	B	13	17,1	17,1	36,8
	C	16	21,1	21,1	57,9
	D	15	19,7	19,7	77,6
	F	17	22,4	22,4	100,0
	Total	76	100,0	100,0	

1_01 Normalkost er den rigtige kost					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja	1	1,3	1,3	1,3
	Nej	75	98,7	98,7	100,0
	Total	76	100,0	100,0	

1_38 Undervægtige diabetespatienter bør tilbydes normalkost					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja	8	10,5	10,5	10,5
	Nej	65	85,5	85,5	96,1
	Ved ikke	2	2,6	2,6	98,7
	Uoplyst	1	1,3	1,3	100,0
	Total	76	100,0	100,0	

1_04 patientens ernæringstilstand og antal indlæggelsesdage					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja	64	84,2	84,2	84,2
	Nej	7	9,2	9,2	93,4
	Ved ikke	4	5,3	5,3	98,7
	Uoplyst	1	1,3	1,3	100,0
	Total	76	100,0	100,0	

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja	3	3,9	3,9	3,9
	Nej	71	93,4	93,4	97,4
	Ved ikke	2	2,6	2,6	100,0
	Total	76	100,0	100,0	

4_100 Kostudvalget på sygehuset					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja	59	77,6	77,6	77,6
	Nej	6	7,9	7,9	85,5
	Ved ikke	10	13,2	13,2	98,7
	Uoplyst	1	1,3	1,3	100,0
	Total	76	100,0	100,0	

1_05 Behov for iværksættelse af hjemmehjælp					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja	39	51,3	51,3	51,3
	Nej	21	27,6	27,6	78,9
	Ved ikke	15	19,7	19,7	98,7
	Uoplyst	1	1,3	1,3	100,0
	Total	76	100,0	100,0	

1_08 De fleste apoplexi patienter udvikler tegn på underernæring					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja	47	61,8	61,8	61,8
	Nej	7	9,2	9,2	71,1
	Ved ikke	21	27,6	27,6	98,7
	Uoplyst	1	1,3	1,3	100,0
	Total	76	100,0	100,0	

1_10 Proteiner er byggesten til menneskets muskler					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja	76	100.0	100.0	100.0

1_11 Proteiner omdannes til muskler og depoter					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja	55	72,4	72,4	72,4
	Nej	17	22,4	22,4	94,7
	Ved ikke	2	2,6	2,6	97,4
	Uoplyst	2	2,6	2,6	100,0
	Total	76	100,0	100,0	

1_13 100 ml ymer indeholder 6 gram protein					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja	28	36,8	36,8	36,8
	Nej	5	6,6	6,6	43,4
	Ved ikke	39	51,3	51,3	94,7
	Uoplyst	4	5,3	5,3	100,0
	Total	76	100,0	100,0	

1_14 indtage mindst 3 mellemmåltider					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja	59	77,6	77,6	77,6
	Nej	9	11,8	11,8	89,5
	Ved ikke	8	10,5	10,5	100,0
	Total	76	100,0	100,0	

1_103 Komplikationer i efterforløbet kan reduceres hos de underernærede patienter ved at forbedre ernæringstilstanden før planlagt operation.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	1	1,3	1,3	1,3
	Ja	75	98,7	98,7	100,0
	Total	76	100,0	100,0	

1_06 Er en patient med collum femoris fractur og BMI 17					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja	75	98,7	98,7	98,7
	Uoplyst	1	1,3	1,3	100,0
	Total	76	100,0	100,0	

1_37 Har du læst sygehusets kostpolitik					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja	73	96,1	96,1	96,1
	Ved ikke	2	2,6	2,6	98,7
	Uoplyst	1	1,3	1,3	100,0
	Total	76	100,0	100,0	

2_39 Den kliniske diætist, der har ansvar for					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja	34	44,7	44,7	44,7
	Nej	39	51,3	51,3	96,1
	Ved ikke	3	3,9	3,9	100,0
	Total	76	100,0	100,0	

2_41 vurderer selvstændigt, hvornår en ernæringssonde					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja	25	32,9	32,9	32,9
	Nej	43	56,6	56,6	89,5
	Ved ikke	4	5,3	5,3	94,7
	Uoplyst	4	5,3	5,3	100,0
	Total	76	100,0	100,0	

3_83 Findes der i din afdeling ernæringsnøglepersoner					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja	62	81,6	81,6	81,6
	Nej	5	6,6	6,6	88,2
	Ved ikke	8	10,5	10,5	98,7
	Uoplyst	1	1,3	1,3	100,0
	Total	76	100,0	100,0	

3_82 teoretisk undervisning i ernæringsprincipper

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja	36	47,4	47,4	47,4
	Nej	40	52,6	52,6	100,0
	Total	76	100,0	100,0	

3_84 Har du ernæringscreenet de sidste 3 patienter

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja	34	44,7	44,7	44,7
	Nej	37	48,7	48,7	93,4
	Ved ikke	5	6,6	6,6	100,0
	Total	76	100,0	100,0	

2_43 Lægen skal vurdere patienters ernæringstilstand

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja	54	71,1	71,1	71,1
	Nej	16	21,1	21,1	92,1
	Ved ikke	4	5,3	5,3	97,4
	Uoplyst	2	2,6	2,6	100,0
	Total	76	100,0	100,0	

2_44 ernæringsmæssigt 1 gang om ugen ifølge Sundhedsstyrelsens

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja	66	86,8	86,8	86,8
	Nej	2	2,6	2,6	89,5
	Ved ikke	7	9,2	9,2	98,7
	Uoplyst	1	1,3	1,3	100,0
	Total	76	100,0	100,0	

2_40 Kliniske diætist har ansvar_ _vurdere ernæringstilstanden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja	34	44,7	44,7	44,7
	Nej	30	39,5	39,5	84,2
	Ved ikke	10	13,2	13,2	97,4
	Uoplyst	2	2,6	2,6	100,0
	Total	76	100,0	100,0	

4_98 det er relevant at screene patienter indlagt på sygehus

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja	71	93,4	93,4	93,4
	Nej	2	2,6	2,6	96,1
	Ved ikke	2	2,6	2,6	98,7
	Uoplyst	1	1,3	1,3	100,0
	Total	76	100,0	100,0	

4_99 Uddeling af mad til patienter_ _servicemedarbejdere

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja	3	3,9	3,9	3,9
	Nej	71	93,4	93,4	97,4
	Uoplyst	2	2,6	2,6	100,0
	Total	76	100,0	100,0	

4_104 udskrivelsesbrevet til hjemmeplejen

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja	33	43,4	43,4	43,4
	Nej	39	51,3	51,3	94,7
	Ved ikke	2	2,6	2,6	97,4
	Uoplyst	2	2,6	2,6	100,0
	Total	76	100,0	100,0	

4_101 Afdelingen har arbejdsgange, som er medvirkende til

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja	25	32,9	32,9	32,9
	Nej	38	50,0	50,0	82,9
	Ved ikke	12	15,8	15,8	98,7
	Uoplyst	1	1,3	1,3	100,0
	Total	76	100,0	100,0	

4_106 øget din faglige viden om ernæring til de småtspisende

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja	56	73,7	73,7	73,7
	Nej	14	18,4	18,4	92,1
	Ved ikke	5	6,6	6,6	98,7
	Uoplyst	1	1,3	1,3	100,0
	Total	76	100,0	100,0	

4_107 Synes du din faglige viden om ernæringstruede patienter

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja	22	28,9	28,9	28,9
	Nej	43	56,6	56,6	85,5
	Ved ikke	8	10,5	10,5	96,1
	Uoplyst	3	3,9	3,9	100,0
	Total	76	100,0	100,0	

4_105 Er der specifikke faglige kundskaber du har behov

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja	27	35,5	35,5	35,5
	Nej	25	32,9	32,9	68,4
	Ved ikke	17	22,4	22,4	90,8
	Uoplyst	7	9,2	9,2	100,0
	Total	76	100,0	100,0	

4_100 Kostudvalget på sygehuset

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja	59	77,6	77,6	77,6
	Nej	6	7,9	7,9	85,5
	Ved ikke	10	13,2	13,2	98,7
	Uoplyst	1	1,3	1,3	100,0
	Total	76	100,0	100,0	

3_62 risikopatientens energibehov

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja	28	36,8	36,8	36,8
	Nej	47	61,8	61,8	98,7
	Uoplyst	1	1,3	1,3	100,0
	Total	76	100,0	100,0	

3_63 risikopatientens proteinbehov

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja	23	30,3	30,3	30,3
	Nej	52	68,4	68,4	98,7
	Uoplyst	1	1,3	1,3	100,0
	Total	76	100,0	100,0	

3_87 ernæringscreening som et pædagogisk undervisningsredskab

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja	3	3,9	3,9	3,9
	Nej	71	93,4	93,4	97,4
	Uoplyst	2	2,6	2,6	100,0
	Total	76	100,0	100,0	

3_90 som ønsker mad udenfor faste måltider

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	I høj grad	36	47,4	47,4	47,4
	I nogen grad	33	43,4	43,4	90,8
	I mindre grad	5	6,6	6,6	97,4
	Uoplyst	2	2,6	2,6	100,0
	Total	76	100,0	100,0	

3_50 Serverer du rutinemæssigt vand til måltiderne

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	I høj grad	6	7,9	7,9	7,9
	I nogen grad	18	23,7	23,7	31,6
	I mindre grad	29	38,2	38,2	69,7
	Slet ikke	20	26,3	26,3	96,1
	Uoplyst	3	3,9	3,9	100,0
	Total	76	100,0	100,0	

3_89 der kan serveres som mellemmåltid

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	I høj grad	19	25,0	25,0	25,0
	I nogen grad	36	47,4	47,4	72,4
	I mindre grad	17	22,4	22,4	94,7
	Slet ikke	1	1,3	1,3	96,1
	Uoplyst	3	3,9	3,9	100,0
	Total	76	100,0	100,0	

3_88 der kan serveres i afdelingen

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	I høj grad	26	34,2	34,2	34,2
	I nogen grad	35	46,1	46,1	80,3
	I mindre grad	11	14,5	14,5	94,7
	Uoplyst	4	5,3	5,3	100,0
	Total	76	100,0	100,0	

1_27 Synes du ernæring kan ses som en del af behandlingen

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	I høj grad	55	72,4	72,4	72,4
	I nogen grad	15	19,7	19,7	92,1
	I mindre grad	4	5,3	5,3	97,4
	Uoplyst	2	2,6	2,6	100,0
	Total	76	100,0	100,0	

1_28 Vægttab har indflydelse__daglige gøremål

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	I høj grad	61	80,3	80,3	80,3
	I nogen grad	12	15,8	15,8	96,1
	I mindre grad	1	1,3	1,3	97,4
	Uoplyst	2	2,6	2,6	100,0
	Total	76	100,0	100,0	

3_55 dagligt vitamintilskud

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	I høj grad	24	31,6	31,6	31,6
	I nogen grad	28	36,8	36,8	68,4
	I mindre grad	16	21,1	21,1	89,5
	Slet ikke	6	7,9	7,9	97,4
	Uoplyst	2	2,6	2,6	100,0
	Total	76	100,0	100,0	

1_29 Dårlig ernæringstilstand hos patienter koster mange penge

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	I høj grad	58	76,3	76,3	76,3
	I nogen grad	16	21,1	21,1	97,4
	Uoplyst	2	2,6	2,6	100,0
	Total	76	100,0	100,0	

1_02 Underernærede patienter vil altid tabe sig

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	I høj grad	28	36,8	36,8	36,8
	I nogen grad	34	44,7	44,7	81,6
	I mindre grad	8	10,5	10,5	92,1
	Slet ikke	3	3,9	3,9	96,1
	Uoplyst	3	3,9	3,9	100,0
	Total	76	100,0	100,0	

1_31 Primærscreening er en hurtig og overskuelig procedure

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	I høj grad	35	46,1	46,1	46,1
	I nogen grad	29	38,2	38,2	84,2
	I mindre grad	9	11,8	11,8	96,1
	Uoplyst	3	3,9	3,9	100,0
	Total	76	100,0	100,0	

1_32 Sekundærscreening er en hurtig og overskuelig procedure

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	I høj grad	26	34,2	34,2	34,2
	I nogen grad	33	43,4	43,4	77,6
	I mindre grad	12	15,8	15,8	93,4
	Slet ikke	1	1,3	1,3	94,7
	Uoplyst	4	5,3	5,3	100,0
	Total	76	100,0	100,0	

3_79 kliniske diætist__screeningsredskabet

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	I høj grad	5	6,6	6,6	6,6
	I nogen grad	20	26,3	26,3	32,9
	I mindre grad	19	25,0	25,0	57,9
	Slet ikke	26	34,2	34,2	92,1
	Uoplyst	6	7,9	7,9	100,0
	Total	76	100,0	100,0	

3_75 Ligger monitoreringsskemaet efter patientens udskrivelse

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	I høj grad	31	40,8	40,8	40,8
	I nogen grad	27	35,5	35,5	76,3
	I mindre grad	6	7,9	7,9	84,2
	Slet ikke	5	6,6	6,6	90,8
	Uoplyst	7	9,2	9,2	100,0
	Total	76	100,0	100,0	

3_49 Serverer du rutinemæssigt sødmælk til måltider

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	I høj grad	35	46,1	46,1	46,1
	I nogen grad	30	39,5	39,5	85,5
	I mindre grad	5	6,6	6,6	92,1
	Slet ikke	4	5,3	5,3	97,4
	Uoplyst	2	2,6	2,6	100,0
	Total	76	100,0	100,0	

4_97 ernæringstruede patienter oplyser om deres ønsker

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	I høj grad	3	3,9	3,9	3,9
	I nogen grad	28	36,8	36,8	40,8
	I mindre grad	35	46,1	46,1	86,8
	Slet ikke	7	9,2	9,2	96,1
	Uoplyst	3	3,9	3,9	100,0
	Total	76	100,0	100,0	

3_81 afsat tid til undervisning i ernæringscreeningsredskabet

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	I høj grad	8	10,5	10,5	10,5
	I nogen grad	12	15,8	15,8	26,3
	I mindre grad	31	40,8	40,8	67,1
	Slet ikke	19	25,0	25,0	92,1
	Uoplyst	6	7,9	7,9	100,0
	Total	76	100,0	100,0	

4_96 Opretholder de undervægtige patienter deres vægt

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	I høj grad	5	6,6	6,6	6,6
	I nogen grad	51	67,1	67,1	73,7
	I mindre grad	8	10,5	10,5	84,2
	Slet ikke	5	6,6	6,6	90,8
	Uoplyst	7	9,2	9,2	100,0
	Total	76	100,0	100,0	

3_76 Synes du, at der i afdelingen tales mere om ernæring

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	I høj grad	40	52,6	52,6	52,6
	I nogen grad	23	30,3	30,3	82,9
	I mindre grad	8	10,5	10,5	93,4
	Uoplyst	5	6,6	6,6	100,0
	Total	76	100,0	100,0	

3_93 ernæring ses som en del af behandlingen

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid I høj grad	27	35,5	35,5	35,5
I nogen grad	31	40,8	40,8	76,3
I mindre grad	15	19,7	19,7	96,1
Slet ikke	1	1,3	1,3	97,4
Uoplyst	2	2,6	2,6	100,0
Total	76	100,0	100,0	

4_95 Bliver du mindet om mellemmåltider af tildelte patienter

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid I høj grad	1	1,3	1,3	1,3
I nogen grad	22	28,9	28,9	30,3
I mindre grad	33	43,4	43,4	73,7
Slet ikke	15	19,7	19,7	93,4
Uoplyst	5	6,6	6,6	100,0
Total	76	100,0	100,0	

3_74 Opretholdes ernæringsscreening i perioder med travlhed

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid I høj grad	10	13,2	13,2	13,2
I nogen grad	28	36,8	36,8	50,0
I mindre grad	20	26,3	26,3	76,3
Slet ikke	13	17,1	17,1	93,4
Uoplyst	5	6,6	6,6	100,0
Total	76	100,0	100,0	

4_94 viser resultatet af kostregistreringen til patienten

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid I høj grad	2	2,6	2,6	2,6
I nogen grad	24	31,6	31,6	34,2
I mindre grad	28	36,8	36,8	71,1
Slet ikke	10	13,2	13,2	84,2
Uoplyst	12	15,8	15,8	100,0
Total	76	100,0	100,0	

3_85 ernæringsscreening blevet en del af dit daglige arbejde

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid I høj grad	12	15,8	15,8	15,8
I nogen grad	25	32,9	32,9	48,7
I mindre grad	30	39,5	39,5	88,2
Slet ikke	5	6,6	6,6	94,7
Uoplyst	4	5,3	5,3	100,0
Total	76	100,0	100,0	

3_80 kliniske diætist angående de ernæringstruede patienter

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid I høj grad	7	9,2	9,2	9,2
I nogen grad	7	9,2	9,2	18,4
I mindre grad	10	13,2	13,2	31,6
Slet ikke	47	61,8	61,8	93,4
Uoplyst	5	6,6	6,6	100,0
Total	76	100,0	100,0	

3_58 Kan den mad, patienten ønsker, fremskaffes med kort varsel

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid I høj grad	19	25,0	25,0	25,0
I nogen grad	32	42,1	42,1	67,1
I mindre grad	20	26,3	26,3	93,4
Slet ikke	3	3,9	3,9	97,4
Uoplyst	2	2,6	2,6	100,0
Total	76	100,0	100,0	

3_51 Bruger du fløde ved anretning af mellemmåltider

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid I høj grad	19	25,0	25,0	25,0
I nogen grad	40	52,6	52,6	77,6
I mindre grad	14	18,4	18,4	96,1
Slet ikke	1	1,3	1,3	97,4
Uoplyst	2	2,6	2,6	100,0
Total	76	100,0	100,0	

3_52 Har du serveret is som mellemmåltider

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid I høj grad	19	25,0	25,0	25,0
I nogen grad	40	52,6	52,6	77,6
I mindre grad	14	18,4	18,4	96,1
Slet ikke	1	1,3	1,3	97,4
Uoplyst	2	2,6	2,6	100,0
Total	76	100,0	100,0	

3_53 Anvender du dessert som mellemmåltider

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid I høj grad	27	35,5	35,5	35,5
I nogen grad	14	18,4	18,4	53,9
I mindre grad	7	9,2	9,2	63,2
Slet ikke	24	31,6	31,6	94,7
Uoplyst	4	5,3	5,3	100,0
Total	76	100,0	100,0	

3_54 Har du serveret patientens egen chokolade

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid I høj grad	29	38,2	38,2	38,2
I nogen grad	36	47,4	47,4	85,5
I mindre grad	8	10,5	10,5	96,1
Uoplyst	3	3,9	3,9	100,0
Total	76	100,0	100,0	

3_57 patienter om, hvilke ønsker de kunne have til måltidet

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid I høj grad	3	3,9	3,9	3,9
I nogen grad	5	6,6	6,6	10,5
I mindre grad	9	11,8	11,8	22,4
Slet ikke	54	71,1	71,1	93,4
Uoplyst	5	6,6	6,6	100,0
Total	76	100,0	100,0	

3_59 vejes rutinemæssigt i forbindelse med indlæggelsen

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid I høj grad	44	57,9	57,9	57,9
I nogen grad	17	22,4	22,4	80,3
I mindre grad	11	14,5	14,5	94,7
Slet ikke	1	1,3	1,3	96,1
Uoplyst	3	3,9	3,9	100,0
Total	76	100,0	100,0	

3_60 vejes rutinemæssigt under indlæggelsen

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid I høj grad	35	46,1	46,1	46,1
I nogen grad	24	31,6	31,6	77,6
I mindre grad	14	18,4	18,4	96,1
Uoplyst	3	3,9	3,9	100,0
Total	76	100,0	100,0	

3_61 Måles patientens højde i forbindelse med indlæggelsen

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid I høj grad	45	59,2	59,2	59,2
I nogen grad	13	17,1	17,1	76,3
I mindre grad	11	14,5	14,5	90,8
Slet ikke	4	5,3	5,3	96,1
Uoplyst	3	3,9	3,9	100,0
Total	76	100,0	100,0	

3_65 monitoreringsskemaet opbevares efter patientens udskrivelse

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Lægejournal	61	80,3	80,3	80,3
I sygepleje Journ	8	10,5	10,5	90,8
Uoplyst	7	9,2	9,2	100,0
Total	76	100,0	100,0	

1_30 monitoreringsskemaet til de 3 sidste patienter

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ja	36	47,4	47,4	47,4
Nej	33	43,4	43,4	90,8
Uoplyst	7	9,2	9,2	100,0
Total	76	100,0	100,0	

1_21 vægttab

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 5% vægttab	35	46,1	46,1	46,1
10% vægttab	7	9,2	9,2	55,3
20% vægttab	2	2,6	2,6	57,9
Uoplyst	32	42,1	42,1	100,0
Total	76	100,0	100,0	

1_19 væskebehov

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 10 ml. væskebehov	1	1,3	1,3	1,3
30 ml. væskebehov	42	55,3	55,3	56,6
60 ml. væskebehov	10	13,2	13,2	69,7
Uoplyst	23	30,3	30,3	100,0
Total	76	100,0	100,0	

1_18 dagligt energibehov

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 4000 - 5000 Dg. energibehov	1	1,3	1,3	1,3
8000 - 10000 Dgl. energibehov	69	90,8	90,8	92,1
Mere end 11000 Dgl. energibehov	2	2,6	2,6	94,7
Uoplyst	4	5,3	5,3	100,0
Total	76	100,0	100,0	

1_17 dagligt proteinbehov

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 50 - 70g Dgl. proteinbehov	13	17,1	17,1	17,1
80 - 110g Dgl. proteinbehov	32	42,1	42,1	59,2
110 - 130g Dgl. proteinbehov	4	5,3	5,3	64,5
Uoplyst	27	35,5	35,5	100,0
Total	76	100,0	100,0	

1_16 kostregistrering

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 2 dage kostregistrer	2	2,6	2,6	2,6
3 dage kostregistrer	68	89,5	89,5	92,1
4 dage kostregistrer	2	2,6	2,6	94,7
Uoplyst	4	5,3	5,3	100,0
Total	76	100,0	100,0	

1_15 ernæringsmæssig risiko

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 10% risiko	7	9,2	9,2	9,2
30% risiko	23	30,3	30,3	39,5
50% risiko	15	19,7	19,7	59,2
Uoplyst	31	40,8	40,8	100,0
Total	76	100,0	100,0	

1_07 BMI mindre end

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Mindre end 20,5	71	93,4	93,4	93,4
Mindre end 24,5	3	3,9	3,9	97,4
Uoplyst	2	2,6	2,6	100,0
Total	76	100,0	100,0	

1_20 BMI for ældre over 65 år

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 21 - 22	7	9,2	9,2	9,2
24 - 25	46	60,5	60,5	69,7
28 - 29	6	7,9	7,9	77,6
Uoplyst	17	22,4	22,4	100,0
Total	76	100,0	100,0	

1_22 Apopleksipatient ernæringsmæssig risiko

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 5% risiko	21	27,6	27,6	27,6
10% risiko	8	10,5	10,5	38,2
25% risiko	3	3,9	3,9	42,1
Uoplyst	44	57,9	57,9	100,0
Total	76	100,0	100,0	

1_23 Antal måltider om dagen

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 4 - 6 måltider	10	13,2	13,2	13,2
6 - 8 måltider	63	82,9	82,9	96,1
Mere end 8 måltider	1	1,3	1,3	97,4
Uoplyst	2	2,6	2,6	100,0
Total	76	100,0	100,0	

1_24 fedtprocent

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1,5% fedt	3	3,9	3,9	3,9
3,5% fedt	72	94,7	94,7	98,7
Uoplyst	1	1,3	1,3	100,0
Total	76	100,0	100,0	

1_25 Madprodukt flest proteiner

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Fløde	16	21,1	21,1	21,1
Mælk	13	17,1	17,1	38,2
Ymer	35	46,1	46,1	84,2
Uoplyst	12	15,8	15,8	100,0
Total	76	100,0	100,0	

1_26 Mælkeprodukt energiberegning

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ymer	6	7,9	7,9	7,9
Sødmælk	54	71,1	71,1	78,9
Kæmemælk	6	7,9	7,9	86,8
Uoplyst	10	13,2	13,2	100,0
Total	76	100,0	100,0	

3_48 sidste aftenlagt

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ja til alle	6	7,9	7,9	7,9
Ja til nogen	45	59,2	59,2	67,1
Nej til ingen	10	13,2	13,2	80,3
Ikke relevant for mig	12	15,8	15,8	96,1
Uoplyst	3	3,9	3,9	100,0
Total	76	100,0	100,0	

3_47 sidste nattevagt

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ja til alle	4	5,3	5,3	5,3
Ja til nogen	19	25,0	25,0	30,3
Nej til ingen	27	35,5	35,5	65,8
Ikke relevant for mig	24	31,6	31,6	97,4
Uoplyst	2	2,6	2,6	100,0
Total	76	100,0	100,0	

3_46 forrige nattevagt _proteindrik

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ja til nogen	17	22,4	22,4	22,4
Nej til ingen	31	40,8	40,8	63,2
Ikke relevant for mig	26	34,2	34,2	97,4
Uoplyst	2	2,6	2,6	100,0
Total	76	100,0	100,0	

3_45 Udleveret pjece

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ja til nogen	9	11,8	11,8	11,8
Nej til ingen	55	72,4	72,4	84,2
Ikke relevant for mig	10	13,2	13,2	97,4
Uoplyst	2	2,6	2,6	100,0
Total	76	100,0	100,0	

3_92 Hvornår har du sidst informeret pårørende

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Indenfor den sidste uge	4	5,3	5,3	5,3
Indenfor de sidste 14 dage	9	11,8	11,8	17,1
For over 14 dage siden	56	73,7	73,7	90,8
Uoplyst	7	9,2	9,2	100,0
Total	76	100,0	100,0	

3_86 Hvornår har du sidst ernæringscreenet en tildelt patient

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Indenfor den sidste uge	29	38,2	38,2	38,2
Indenfor de sidste 14 dage	10	13,2	13,2	51,3
For over 14 dage siden	31	40,8	40,8	92,1
Uoplyst	6	7,9	7,9	100,0
Total	76	100,0	100,0	

3_91 Hvorfor det er vigtigt at ændre spisevaner

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Indenfor den sidste uge	31	40,8	40,8	40,8
Indenfor de sidste 14 dage	23	30,3	30,3	71,1
For over 14 dage siden	17	22,4	22,4	93,4
Uoplyst	5	6,6	6,6	100,0
Total	76	100,0	100,0	

2_42 kliniske diætist kontaktes under patienters indlæggelse

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Hos alle indlagte patienter	31	40,8	40,8	40,8
Hos udvalgte risikopatienter	42	55,3	55,3	96,1
Hos patienter der ikke kan holde vægten	1	1,3	1,3	97,4
Uoplyst	2	2,6	2,6	100,0
Total	76	100,0	100,0	

4_103 Hvem har ansvar for ernæringsindsatsen?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sygeplejerskerne	8	10,5	10,7	10,7
Social- og sundhedsassistenter	17	22,4	22,7	33,3
Sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter	5	6,6	6,7	40,0
Diætister	2	2,6	2,7	42,7
social- og sundhedsassistenter	32	42,1	42,7	85,3
sygeplejersker				
social- og sundhedsassistenter, sygeplejersker og klinisk diætist	7	9,2	9,3	94,7
Social- og sundhedsassistenter	1	1,3	1,3	96,0
klinisk diætist				
sygeplejersker og klinisk diætist	3	3,9	4,0	100,0
Total	75	98,7	100,0	
Missing System	1	1,3		
Total	76	100,0		

1_35 Hvilken kostform er mest energiberiget

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sygehuskost	70	92,1	92,1	92,1
Normalkost	3	3,9	3,9	96,1
Uoplyst	3	3,9	3,9	100,0
Total	76	100,0	100,0	

3_64 monitoreringsskemaet, som er en del af screeningsredskabet

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid I høj grad	8	10,5	10,5	10,5
I nogen grad	20	26,3	26,3	36,8
I mindre grad	10	13,2	13,2	50,0
Slet ikke	32	42,1	42,1	92,1
Uoplyst	6	7,9	7,9	100,0
Total	76	100,0	100,0	

3_66 Har din holdning til uddeling af måltider ændret sig

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid I høj grad	13	17,1	17,1	17,1
I nogen grad	29	38,2	38,2	55,3
I mindre grad	23	30,3	30,3	85,5
Slet ikke	6	7,9	7,9	93,4
Uoplyst	5	6,6	6,6	100,0
Total	76	100,0	100,0	

3_70 ernæringscreening haft indflydelse på _plejerutiner

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid I høj grad	3	3,9	3,9	3,9
I nogen grad	19	25,0	25,0	28,9
I mindre grad	30	39,5	39,5	68,4
Slet ikke	19	25,0	25,0	93,4
Uoplyst	5	6,6	6,6	100,0
Total	76	100,0	100,0	

3_68 Har dine kollegaer ændret holdning til kostrutiner

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid I høj grad	12	15,8	15,8	15,8
I nogen grad	33	43,4	43,4	59,2
I mindre grad	14	18,4	18,4	77,6
Slet ikke	8	10,5	10,5	88,2
Uoplyst	9	11,8	11,8	100,0
Total	76	100,0	100,0	

3_72 ernæringscreening _ _servere maden for patienten

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid I høj grad	14	18,4	18,4	18,4
I nogen grad	32	42,1	42,1	60,5
I mindre grad	16	21,1	21,1	81,6
Slet ikke	9	11,8	11,8	93,4
Uoplyst	5	6,6	6,6	100,0
Total	76	100,0	100,0	

3_77 ernæringscreening _ i pleje og behandlingens kvalitet

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid I høj grad	9	11,8	11,8	11,8
I nogen grad	34	44,7	44,7	56,6
I mindre grad	18	23,7	23,7	80,3
Slet ikke	7	9,2	9,2	89,5
Uoplyst	8	10,5	10,5	100,0
Total	76	100,0	100,0	

5_109 Hvilken faggruppe tilhører du

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid SSA	24	31,6	31,6	31,6
Sygeplejerske	50	65,8	65,8	97,4
Uoplyst	2	2,6	2,6	100,0
Total	76	100,0	100,0	

5_115 Har du overvejende

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	2	2,6	2,6	2,6
1	18	23,7	23,7	26,3
2	4	5,3	5,3	31,6
3	5	6,6	6,6	38,2
4	22	28,9	28,9	67,1
5	25	32,9	32,9	100,0
Total	76	100,0	100,0	

5_110 Hvornår afsluttede du din uddannelse?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	11	14,5	14,5	14,5
91	1	1,3	1,3	15,8
96	1	1,3	1,3	17,1
780	1	1,3	1,3	18,4
1980	1	1,3	1,3	19,7
1981	1	1,3	1,3	21,1
1983	3	3,9	3,9	25,0
1984	1	1,3	1,3	26,3
1987	2	2,6	2,6	28,9
1992	2	2,6	2,6	31,6
1993	2	2,6	2,6	34,2
1994	1	1,3	1,3	35,5
1995	1	1,3	1,3	36,8
1996	4	5,3	5,3	42,1
1997	4	5,3	5,3	47,4
1998	3	3,9	3,9	51,3
1999	10	13,2	13,2	64,5
2000	6	7,9	7,9	72,4
2001	4	5,3	5,3	77,6
2002	5	6,6	6,6	84,2
2003	3	3,9	3,9	88,2
2004	3	3,9	3,9	92,1
2005	2	2,6	2,6	94,7
2006	2	2,6	2,6	97,4
2007	1	1,3	1,3	98,7
19830	1	1,3	1,3	100,0
Total	76	100,0	100,0	

5_111 Hvor længe har du været ansat i afdelingen

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1 år	10	13,2	13,2	13,2
1 - 5 år	28	36,8	36,8	50,0
6 - 10 år	20	26,3	26,3	76,3
11 - 15 år	6	7,9	7,9	84,2
16 - 20 år	3	3,9	3,9	88,2
Mere end 20 år	7	9,2	9,2	97,4
Uoplyst	2	2,6	2,6	100,0
Total	76	100,0	100,0	

5_112 Hvad er din alder

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 20 - 29 år	14	18,4	18,4	18,4
30 - 39 år	31	40,8	40,8	59,2
40 - 49 år	18	23,7	23,7	82,9
50 - 59 år	10	13,2	13,2	96,1
Over 60 år	1	1,3	1,3	97,4
Uoplyst	2	2,6	2,6	100,0
Total	76	100,0	100,0	

5_113 Hvilket køn tilhører du

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Kvinde	74	97,4	97,4	97,4
Uoplyst	2	2,6	2,6	100,0
Total	76	100,0	100,0	

