

Ernæring i psykisk helsevern

*En seks ukers intervensjon for økt fokus på ernæring
ved Vor Frue Hospital*

Masteroppgave i klinisk ernæring av
Sara Linn Saunes

Veiledere: Tonje Mellin-Olsen, Kirsten Holven og Ingvild Veseth Osnes



Avdeling for ernæringsvitenskap

Universitetet i Oslo

Juni 2014

© Sara Linn Saunes

Juni 2014

Ernæring i psykisk helsevern – en seks ukers intervensjon for økt fokus på ernæring ved Vor
Frue Hospital

Sara Linn Saunes

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: CopyCat[®], Oslo

Forord

Muligheten til å forske og høste dyrebar klinisk erfaring i et felt jeg har stor interesse av, er noe jeg er utrolig takknemlig for. Dette har vært realiserbart takket være min hovedveileder Tonje Mellin-Olsen, som omfavnet mitt ønske om å skrive masteroppgave i psykiatrien allerede på 3. semester. Ingvild Veseth Osnes har bidratt som en uvurderlig biveileder fra start til slutt, alltid med et smil. En stor takk til begge for oppløftende tilbakemeldinger og positiv innstilling i hele prosessen. Takk også til min internveileder professor Kirsten Holven, som sier det hun mener, oppmuntrer og får ting til å fungere.

Takk til alle ansatte ved Vor Frue Hospital for deltagelse i studien og for at dere åpnet arbeidsplassen deres for en uerfaren masterstudent. Spesielt takk til avdelingssykepleiere og gruppeledere som deltok i planleggingen og bisto med støtte, datainnsamling og informasjon. Takk til alle som var innlagt for behandling i tidsperioden som takket ja til å delta, eller på annen måte viste interesse og engasjement for ernæring.

Så vil jeg takke alle kjente og kjære som har støttet eller bidratt med tilbakemeldinger i prosessen. En spesiell takk til Janine, samboer gjennom alle studieårene og uunnværlig støttespiller på godt og vondt. Takk til verdens beste svigersøster Ida for rødvin og snakkis og hjelp med design av forside, spørreskjema og figurer. Arthur, takk for alt. Du gjør verden til et bedre sted, don't go to Mars. Tusen takk til alle de som har lest igjennom deler av oppgaven eller gitt oppmuntring og tilbakemeldinger på et eller annet tidspunkt i prosessen. Takk til Fuglen og alle som jobber der. Takk til Ole på CopyCat for plakater til Vor Frue. Kristofer, takk for at du turte.

Hjertelig takk til mitt fantastiske studiekull som har hatt så mye engasjement gjennom alle fem årene. Vi har mestret mye hardt arbeid og mange rare dietter. Jeg gleder meg til å revolusjonere Helse-Norge med dere.

Sist men størst takk til mamma og bror, min lille kjernefamilie som man alltid kan stole på. Takk for all kjærligheten.

Sara Linn

Sammendrag

Bakgrunn og mål

Personer med alvorlige psykiske lidelser har dårligere fysisk helse og kortere forventet levetid sammenlignet med den generelle befolkningen. Årsaken er multifaktoriell der gener inngår, men livsstil, oppfølging i helsetjenesten og bruk av psykofarmaka er alle modifierbare faktorer. Screening av risikofaktorer for livsstilssykdom og oppfølgingen av somatisk helse forekommer i mindre grad enn for andre pasientgrupper. Ernæring er en viktig faktor i forebygging og behandling av livsstilssykdommer, og har innvirkning på psykisk helse.

Ernæringskunnskap i helsetjenesten i Norge er generelt for lav, og skal nasjonale faglige retningslinjer for oppfølging etterleves er kompetanseheving nødvendig. En intervensjon for økt kunnskap og fokus på ernæring, spesielt vinklet mot forebygging av livsstilssykdom, ble gjennomført ved en subakutt psykiatrisk avdeling. Denne masteroppgaven har som mål å evaluere effekten og kvaliteten av intervensjonen, i tillegg til å belyse ernæringsutfordringer personalet opplever ved avdelingen.

Metode

Intervensjonen besto av undervisning og tilstedeværelse av masterstudent i klinisk ernæring ved avdelingen i seks uker. Et spørreskjema med en kunnskapstest og spørsmål vedrørende holdninger til ernæringsarbeid ble samlet inn blant personalet før og etter undervisning. Et av målene på om personalet hadde økt fokuset i avdelingen, var om flere pasienter ble ernæringscreenet etter intervensjonen. Et spørreskjema om ernæringstilbudet ved avdelingen ble besvart av pasienter ved utskrivelse. For å evaluere intervensjonen og utdype utfordringer og holdninger til ernæringsarbeid, ble fokusgruppeintervju med personalet gjennomført i etterkant.

Resultater

Lav deltagelse i undervisningen gjør det vanskelig å evaluere effekten. Kunnskapsnivået økte hos de i personalet som deltok på flere enn én undervisningstime ($p=0,002$). Fokusgruppene viste at personalet for det meste var fornøyd med undervisningen, men at deltagelse på alle

timene var utfordrende grunnet turnusarbeid og stor arbeidsmengde. Det ble ikke registrert noen økning i andelen pasienter som var ernæringscreenet, og skjemaene var som oftest ufullstendig utfylt. Svarresponsen fra pasientene var lav, men flere pasienter svarte at de fikk oppfølging og råd om ernæring, og at de hadde lært noe om sunn mat, etter intervensjonen. Personalet beskriver pasienter med varierende interesse for ernæring, og ofte preferanse for usunne matvarer. Personalet anser ernæring som viktig, og er fornøyde med mange av de tidligere forbedringene som er gjort med hensyn til mattilbudet ved avdelingen. Flere barrierer for ernæringsarbeid ble identifisert, som uklare rutiner, lite samkjøring i avdelingen og dilemmaer spesielt knyttet til pasienter innlagt på tvang. Det kom også frem flere forslag for å bedre ernæringsarbeidet, deriblant bedre oppfølging av felles rutiner, tydeligere rammer rundt mattilbudet og hyppigere undervisning. Flere etterspurte noen som kunne ha et større ansvar for ernæring ved avdelingen.

Konklusjon

Intervensjonen var for kort til å gi noen vesentlige endringer i ernæringsoppfølgingen av pasientene. Vor Frue Hospital har i over et tiår gjennomført flere tiltak for å bedre ernæringspraksis med tanke på å fremme den somatiske og psykiske helsen til sine pasienter, men det har vist seg å være vanskelig å opprettholde gode rutiner og fokus på ernæring over tid. Fast tilstedeværelse av kef i det tverrfaglige teamet er nødvendig for å styrke ernæringspraksis, og bidra til å sikre at nasjonale faglige retningslinjer blir fulgt.

Innholdsfortegnelse

Forord	III
Sammendrag	V
Innholdsfortegnelse	VIII
Tabeller	X
Figurer	XI
Forkortelser og akronymer	XII
Begrepsforklaringer	XIII
1 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for studien	1
1.2 Psykisk helse	2
1.3 Somatisk helse ved psykiske lidelser	5
1.4 Behandling av psykiske lidelser	8
1.4.1 Retningslinjer for oppfølging av somatisk helse	11
1.5 Ernæring ved psykiske lidelser	13
1.6 Vor Frue Hospital	18
1.6.1 Mattilbud	18
1.6.2 Tidligere tiltak	19
1.6.3 Ernæringscreening	20
2 Problemstilling	23
3 Design, utvalg og metode	25
3.1 Design	25
3.1.1 Undervisning	26
3.1.2 Tilstedeværelse på postene	26
3.2 Utvalg	27
3.2.1 Personalgrunnet	27
3.2.2 Pasientgrunnet	27
3.3 Datainnsamling og metode	30
3.3.1 Spørreskjema til personalet	30
3.3.2 Ernæringscreeningskjema	31
3.3.3 Spørreskjema til pasientene	31
3.3.4 Fokusgruppeintervju	31

3.3.5	Statistiske analyser	32
4	Resultater.....	33
4.1	Resultater fra spørreskjema til personalet	33
4.1.1	Kunnskapstest.....	33
4.1.2	Holdningsspørsmål.....	36
4.2	Resultater fra ernæringscreeningen.....	37
4.2.1	Data fra ernæringscreeningen	38
4.3	Resultater fra spørreskjema til pasientene	40
4.4	Resultater fra fokusgruppeintervjuene.....	43
4.4.1	Syn på undervisningen	43
4.4.2	Utfordringer knyttet til ernæringscreening	45
4.4.3	Syn på studentens tilstedeværelse	48
4.4.4	Syn på mattilbudet.....	50
4.4.5	Pasientenes ernæringsfokus.....	52
4.4.6	Opplevde ernæringsutfordringer blant personalet.....	53
4.4.7	Problemer ved oppfølging	56
4.4.8	Ansvar for fokus på ernæring.....	59
5	Diskusjon.....	61
5.1	Metodediskusjon.....	61
5.1.1	Design og ekstern validitet	61
5.1.2	Spørreskjema til personalet	62
5.1.3	Ernæringsscreeningskjemaer og spørreskjema til pasientene	63
5.1.4	Fokusgrupper.....	64
5.2	Diskusjon av resultater	67
5.2.1	Har kunnskapen økt?.....	67
5.2.2	Gjennomføring av ernæringscreening	68
5.2.3	Pasientenes fokus på ernæring	73
5.2.4	Personalets holdninger og praksis vedrørende ernæringsarbeid	74
6	Konklusjon	79
	Litteraturliste	81
	Vedlegg	95

Tabeller

Tabell 1	BMI fra ernæringscreeningrapportene.	s. 21
Tabell 2	Fordeling av diagnoser i henhold til ICD-10.	s. 28
Tabell 3	Fordeling av liggedøgn blant pasienter.	s. 29
Tabell 4	Deltagelse på undervisningen i intervensjonsperioden.	s. 33
Tabell 5	Svar på holdningsspørsmål blant personalet i del 2 av spørreskjemaet.	s. 36
Tabell 6	Svar på holdningsspørsmål blant personalet i del 2 av spørreskjemaet.	s. 37
Tabell 7	Resultater fra ernæringscreeningskjemaer.	s. 39
Tabell 8	Svar på spørsmål til pasientene ved utskrivelse.	s. 41

Figurer

Figur 1	Tidslinje for datainnsamling og intervensjonsperioden.	s. 25
Figur 2	Resultater fra kunnskapsspørsmål til personalet i del 1 av spørreskjemaet.	s. 34
Figur 3	Resultater fra kunnskapsspørsmål 1-10 i del 1 av spørreskjemaet.	s. 35
Figur 4	Flytskjema over ernæringscreeningskjemaer blant pasientene.	s. 38
Figur 5	Svar på spørsmål 6. til pasientene	s. 42

Forkortelser og akronymer

BMI	Body Mass Index
EPA	Eikosapentaensyre
HDL	High density lipoprotein
ICD-10	International Classification of Diseases, versjon 10
kef	Klinisk ernæringsfysiolog
LDS	Lovisenberg Diakonale sykehus
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
SSRI	Selektive serotoninreopptakshemmere
TCA	Trisykliske antidepressiva
VFH	Vor Frue Hospital
WHO	World Health Organization

Begrepsforklaringer

Ernæringssteam er en gruppe på tvers av postene ved Vor Frue Hospital som jobber blant annet med forbedring av matutvalg.

DIPS (Distribuert Informasjons og Pasientdatasystem i Sykehus) er den elektroniske pasientjournalen som benyttes ved Lovisenberg.

Medisinkardex er en skjematisk oversikt over pasientenes ordinerte medikamenter og doser, med dato, tidspunkt og signatur.

ROPlidelse er en samlebetegnelse for samtidig ruslidelse og psykisk lidelse.

Studenten er masterstudent i klinisk ernæring, forfatter av oppgaven.

Underernæring er en tilstand som oppstår når kroppens behov for energi og/eller næringsstoffer over tid ikke tilfredstilles gjennom inntak av mat og drikke. Protein- og fettreservene i kroppen avtar, og dette resulterer i vekttap, muskelsvinn og mangel på vitaminer og mineraler. Underernæring er ikke det samme som undervekt.

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for studien

Masteroppgaven baserer seg på en intervensjon ved Vor Frue Hospital (VFH), en psykiatrisk subakutt avdeling med tre lukkede intensivposter.

Personer med alvorlige psykiske lidelser har i Norden en forventet levetid som er 15 år kortere for kvinner og 20 år kortere for menn sammenlignet med den generelle befolkningen (1, 2). Forskjellen skyldes delvis selvmord, men i stor grad tidlig død av hjerte- og karsykdom (2-4). Dette gapet i helsetilstand har vært økende (5-7).

Økt forekomst av kardiovaskulære risikofaktorer som røyking, lite fysisk aktivitet og dårlig kosthold (8-10) samt høyere prevalens av overvekt og fedme (11-13), metabolsk syndrom (14, 15) og type II diabetes (16-18) bidrar til den økte mortaliteten i denne gruppen. Lav sosioøkonomisk status og selvforsømmende oppførsel er vanlig, og ofte har personer med en alvorlig psykisk lidelse også en ruslidelse, noe som påvirker mortaliteten i ytterligere grad (3, 19, 20). På 90-tallet ble bruk av andregenerasjons antipsykotika innført; medikamenter som viste seg og ha bivirkninger som vektøkning (21), lipidforstyrrelser (22) og metabolsk syndrom (23).

Det er langt mellom behovet for og tilstedeværelse av et optimalt tilbud når det gjelder forebygging av livsstilssykdommer for denne gruppen. Oppfølging og behandling av den fysiske helsen gjennomføres i mindre grad enn i den generelle befolkningen (24, 25). Ernæringskompetanse blant helsepersonell i spesialisthelsetjenesten i Norge er generelt for lav (26). Screening av risikofaktorer for livsstilssykdom og feilernæring blant personer med alvorlige psykiske lidelser er ikke tilfredsstillende (25).

Ofte diagnostiseres psykoselidelser i ung alder, og det er derfor mulig å starte forebygging på et tidlig tidspunkt (27). Det er viktig å fokusere på forebygging da behandling av etablert overvekt er en større utfordring (28, 29). Flere studier har vist effekt av livsstilsintervensjoner både på forebygging og behandling av vektøkning blant personer med alvorlige psykiske lidelser (30-32).

1.2 Psykisk helse

Psykisk helse i Norge

I folkehelsemeldingen 2012-2013 er psykiske plager og lidelser nevnt blant sykdomsgruppene som har størst betydning for befolkningens helse. Det skilles mellom psykiske plager og psykiske lidelser. Psykiske plager er forholdsvis alminnelige og kan ofte være forbigående. Dette er tilstander som noen ganger kan gi høy symptombelastning, men som ikke oppfyller kriteriene for en psykiatrisk diagnose (33). Psykiske plager som angst- og depresjonslignende plager, søvnproblemer og mestringsvansker utgjør et stort helseproblem i Norge, selv om det er mindre utbredt enn i de fleste andre europeiske land (33).

«Nordmenn har generelt god helse, men vi står nå overfor nye utfordringer. Globale trender, som vi også ser i Norge, viser en utvikling med økende overvekt og fedme, livsstilsykdommer og psykiske problemer. Dette kan få avgjørende betydning for befolkningens helse fremover.»

Stortingsmelding om folkehelse 2013: God helse - felles ansvar.

Som oftest medfører psykiske lidelser større symptombelastning enn psykiske plager, og varighet, alvorlighetsgrad og påvirkning av dagliglivet er mer omfattende (33). Det er gjort lite forskning på kartlegging av psykiske lidelser i Norge. Kringlen et al. fant at livstidsprevalensen for få en psykisk lidelse, inkludert ruslidelse, i Oslo var 52 %, det vil si at omtrent halvparten av befolkningen vil oppleve å få en psykisk lidelse i løpet av livet (34). Tolvmånedersprevalensen ble funnet å være 33 % (34). Alkoholmisbruk, angstlidelser og depresjon er de vanligste lidelsene (34). Forekomsten av psykotiske lidelser som schizofrenier er mye lavere, men krever mer omfattende behandling og kan hos noen vare livet ut (27). Det kan være utfordrende å estimere den faktiske prevalensen av psykoselidelser, da personer med psykoselidelser ofte avstår fra å delta i studier (35). I en finsk studie som tok høyde for dette, ble livstidsprevalensen for alle psykoselidelser samlet funnet å være omtrent 3,5 % (35). Livstidsrisikoen for å utvikle schizofreni regnes og være ca. 1 % de fleste steder i verden (27).

Psykiske lidelser

Alle psykiske lidelser påvirker tanker, følelser, atferd og omgang med andre mennesker. En psykisk lidelse kan omfatte alt fra enkle fobier til alvorlige depresjoner og schizofreni (36). En diagnose stilles ved hjelp av diagnostiske kriterier og instrumenter, gjerne

strukturerte intervjuer (33). Psykiske lidelser er et vidt begrep som omfatter mange diagnoser, og akkurat som ved somatiske lidelser er ingen tilfeller helt like. Noen pasienter kan ha flere psykiatriske diagnoser i forskjellig grad i tillegg til somatiske plager. Nedenfor følger en kort beskrivelse av noen av de psykiske lidelsene.

Angstlidelser

Det finnes flere typer angstlidelser. Noen kan innebære angst for spesielle situasjoner eller objekter, såkalte fobiske angstlidelser, mens andre er mer diffuse med vedvarende bekymringer, kroppslig ubehag og motoriske spenninger og omtales ofte som generalisert angst (37). Panikkangst kan arte seg som plutselige tilbakevendende angstanfall som ikke er knyttet til spesielle situasjoner eller omstendigheter (37). Et enkelt angstanfall kan også arte seg svært ulikt, og alvorlighetsgraden varierer. Symptomene på et angstanfall kan være svimmelhet, kvalningsfølelse, brystmerter og hjertebank (37). De kan også innebære en redsel for å dø, miste kontrollen eller bli gal (37).

Depresjon

Depressive lidelser kjennetegnes av vedvarende senket stemningsleie, tap av opplevelse av mening ved tilværelsen, nedsatt konsentrasjon og oppmerksomhet, uttalt tretthet og manglende interesse for andre mennesker og vanlige gjøremål (36, 37). Selvfølelsen og selvtilliten er som regel alltid svekket og selvbebreidelse er vanlig (37). Som oftest er appetitten redusert og søvnkvaliteten dårlig (37). Graden av depresjon varierer, og er avhengig av symptomenes antall og alvorlighetsgrad. Suicidale tanker og handlinger forekommer oftere ved alvorlige depressive episoder (37). Depresjon er en faktor som kan gi økt mortalitet fra hjerte- og karsykdommer (38).

Psykose

Psykose er en alvorlig psykisk tilstand som kjennetegnes av en forstyrrelse av virkelighetsoppfatningen (39). Det kan innebære hallusinasjoner, forfølgelsestanker, tankekaos og uforklarlige forestillinger om hvordan ting henger sammen (40). Mange som opplever en psykose, føler at det er som å miste seg selv, og en person i psykose vil ofte være preget av mye uro og angst (39). Psykoser kan oppstå av forskjellige årsaker og kan inngå

som symptom i forskjellige psykiske lidelser (41). Psykoselidelser omfatter akutte eller forbigående psykoser, vrangforestillingslidelse, schizofrenier og affektive lidelser med psykose (bipolar lidelse, depresjon og mani) (27). Psykoser kan også være rusutløst (27).

Schizofreni

Schizofreni er den vanligste og mest alvorlige formen for psykoselidelse, og debuterer gjerne i alderstrinnet 18-28 år, noe oftere og tidligere hos menn enn hos kvinner (27). Arvemessige forhold spiller en stor rolle for utvikling av sykdommen (42). De diagnostiske kriteriene kan innebære såkalte positive symptomer som bl.a. hallusinasjoner, vrangforestillinger og tankeforstyrrelser, samt negative symptomer som følelsesmessig avflating, viljeløshet og sosial tilbaketrekning (37, 41). Noen av symptomene som sees ved schizofreni, kan også være tilstede ved andre psykiske lidelser, og feildiagnostisering forekommer (27, 41). Derfor er en viktig faktor ved diagnostisering at symptomene skal ha affisert daglig funksjon i minst én måned eller lengere, og at andre diagnoser utelukkes (27). Schizofreni kan føre til uttalt funksjonssvikt, og innleggelse på psykiatriske sykehus er vanlig. Prognosen varierer og bedres ved tidlig behandling, men omtrent 25 % vil ha et kronisk livslangt forløp (27, 39).

Bipolare lidelser

Lidelsene kjennetegnes av at personene har svingninger mellom ytterpunktene mani eller depresjon (37). Stemningsleie og aktivitetsnivå er dermed betydelig påvirket og lidelsen kan også ledsages av angst (37). Man skiller mellom bipolar type 1 der de maniske episodene er mer uttalte mellom de depressive episodene, og type 2 som er mer preget av depressive perioder der de maniske episodene ikke er like alvorlige (43). De maniske episodene kjennetegnes av oppstemthet, kreativitet og mye energi, men ikke kun i positiv forstand da impuls kontroll og fornuft ofte settes til side (43). Dette kan føre til handlinger som personene senere angres svært på og ikke identifiserer seg med. I de mest alvorlige maniene kan det også forekomme psykotiske symptomer (43). Episodene utløses ofte av belastende livshendelser og situasjoner (37).

Rus

Hvis bruk av et rusmiddel påvirker livet til et menneske på en ødeleggende måte, kan det settes en rusdiagnose. En rusdiagnose i ICD-10 defineres enten som skadelig bruk eller avhengighet (37). Skadelig bruk innebærer at rusbruken har forårsaket en somatisk eller psykisk helseskade (37). Avhengighetssyndrom kan oppstå over lengere tids bruk av et rusmiddel. Diagnostisk må tre eller flere kriterier oppfylles for inneværende år, som for eksempel en sterk lyst eller tvangspreget følelse til stoffinntak, abstinenssymptomer, toleranseutvikling og vedvarende bruk til tross for helseskadelige konsekvenser (19). Samlet kan skadelig bruk eller avhengighet kalles en ruslidelse. Ellers defineres lidelsen ut fra rusmiddelet som fremkaller den, for eksempel alkohol, legemidler eller opiater (19). Livstidsprevalensen for å få en ruslidelse ble i USA funnet å være 47 % ved schizofrenier og 56 % for alle bipolare lidelser (44), mens det i den generelle befolkningen i Oslo er funnet å være omtrent en av fire (34).

Personer med en psykisk lidelse har ofte også en ruslidelse. Samtidig rus- og psykisk lidelse har fått betegnelsen ROP-diagnoser i psykisk helsevern. En tverrsnittsundersøkelse fra 2003 fant at 9 % av alle pasienter innlagt på psykiatriske døgninstitusjoner i Norge hadde en rusdiagnose som hoved- eller bidiagnose (45). I denne gruppen med ROPpasienter hadde nesten halvparten en schizofrenidiagnose og var under 30 år (45).

1.3 Somatisk helse ved psykiske lidelser

Som nevnt har personer med alvorlige psykiske lidelser ofte dårligere fysisk helse og kortere forventet levetid sammenlignet med resten av befolkningen (31, 46, 47). De vanligste dødsårsakene er selvmord, hjerte- og karsykdom og kreft (48). Personer med diagnosen schizofreni er spesielt utsatt, og har to til tre ganger så høy mortalitet (5). Noen studier tyder på at langvarig bruk av antipsykotika bidrar til den økte mortaliteten, men her trengs det mer forskning (49).

WHO beskriver i den europeiske handlingsplanen for psykisk helse fra 2013 at personer med alvorlige psykiske lidelser har en forventet levealder som er 20-30 år kortere enn i den generelle populasjonen, noe som i 60 % av tilfellene kan tilskrives dårligere fysisk helse (50). Den dårlige helsetilstanden skyldes i følge WHO delvis risikofaktorer som røyking, fysisk inaktivitet, dårlig kosthold, alkohol og rusmisbruk, i tillegg til at enkelte medikamenter øker

risikoen for fedme, type II diabetes og hjerte- og karsykdom (50). WHO påpeker dog at det også er en ulikhet i tilgangen på og utnyttelsen av helsetjenester som medvirker til den store forskjellen i levealder, og dette gapet er større og økende i høyinntektsland enn i lav- og mellominntektsland (50). Manglende bevissthet og stigma spiller i følge WHO en viktig rolle i det faktum at denne pasientgruppen ikke har hatt den samme positive trenden i lavere mortalitet observert i resten av befolkningen som et resultat av bedre forebygging av livsstilssykdommene hjerte- og karsykdom, kreft og diabetes (25, 50-52). Flere studier har vist lavere grad av både kvantitet og kvalitet i oppfølging av fysisk helse hos pasienter med psykiske lidelser kontra pasienter uten psykiske plager (24, 47, 53-55). Studien til Wahlbeck et al. viste imidlertid en stagnering av gapet i forventet levealder fra 1987-2006, noe som kan tyde på at utviklingen i de nordiske landene går riktig vei (1).

Det er overveiende evidens for at personer med depressive lidelser, schizofreni og bipolar lidelse har høyere risiko for kardiovaskulær sykdom og død enn tilsvarende aldersgrupper i befolkningen (2, 3, 47, 56). Risikofaktorer for hjerte- og karsykdom omfatter gener, overvekt, høyt blodtrykk, type II diabetes, dyslipidemi, røyking og usunn livsstil (47, 57, 58). Her følger en beskrivelse av noen risikofaktorer for hjerte- og karsykdom blant personer med psykiske lidelser.

Overvekt og fedme

I følge WHO defineres overvekt som BMI (Body Mass Index) over eller lik 25 og fedme som BMI over eller lik 30 (59). Det poengteres at dette er et bra mål på populasjonsnivå, men at det ikke tar hensyn til fordeling av fett og muskelmasse. På individnivå brukes det derfor ikke som eneste mål på risiko for sykdom i klinisk sammenheng (59). Midjemål kan her være et viktig supplement, og en livvidde over 102 cm hos menn og over 88 cm hos kvinner er forbundet med insulinresistens og betydelig økt risiko for metabolske komplikasjoner som type II diabetes (60).

Det er økende evidens for at personer med alvorlig psykisk sykdom har en høyere risiko for overvekt, fedme og abdominal fedme enn befolkningen generelt, selv i tidlig sykdomsfase og uten bruk av medikamenter (11, 47). Studier har funnet at personer med schizofreni har mellom 2.8 til 3.5 ganger økt sannsynlighet for fedme (13, 47). Ved alvorlig depresjon eller bipolar lidelse er risikoen for fedme økt med 1.2 til 1.5 (47). Det er funnet sammenheng

mellom depresjon og utvikling av overvekt, og mellom overvekt og utvikling av depresjon, sistnevnte gjelder i større grad hos kvinner (61, 62). Noe forskning tyder også på en sammenheng mellom overvekt og utvikling av angstlidelser (63).

Metabolsk syndrom

Metabolsk syndrom er det gjeldende navnet på en samling av risikofaktorer for utvikling av type II diabetes og hjerte- og karsykdom (64). Risikofaktorene som inngår i metabolsk syndrom er økt blodtrykk, forhøyede triglyserider, lavt HDL-kolesterol, forhøyet fastende blodglukose og sentral fedme (64). Grenseverdiene for de ulike risikofaktorene har variert i de siste tiårene, så noe forskjellige definisjoner er brukt i studier. I Norge har man funnet en forekomst på gjennomsnittlig 29 % hos voksne over 20 år (65). Avhengig av definisjonskriterier på metabolsk syndrom, alder, kjønn, etnisitet og medikamentbruk har studier funnet en forekomst på mellom 20-68 % hos personer med schizofreni (15, 47). Ved aldersjustert forekomst er det allikevel ingen tvil om at personer med schizofreni ligger høyere enn i den generelle befolkningen (66, 67). En stor amerikansk studie fant en økt risiko for metabolsk syndrom på 2 for menn og 2,4 for kvinner selv etter justering for BMI (14). Andelen pasienter med metabolsk syndrom hos personer med bipolar lidelse er funnet å ligge mellom 22-30 % og rundt 42 % for personer med schizoaffektiv lidelse (47).

Type II diabetes

Overvekt og metabolsk syndrom øker som sagt risikoen for type II diabetes (68). Diagnosen kan stilles ved fastende blodglukose på over 7 mmol/l eller med en blodglukose på over 11.1 mmol/l to timer etter inntak av 75 g glukose (69). Dagens kunnskap antyder at prevalensen av type II diabetes hos personer med schizofreni, schizoaffektiv lidelse og bipolar lidelse er 2-3 ganger høyere enn i den generelle populasjonen (47). For depresjon og depressive lidelser har studier funnet en risiko på 1,2-2,6 ganger høyere enn hos personer uten depresjon (47). Type II diabetes har stor sammenheng med utvikling og økt dødelighet av hjerte- og karsykdom (70-72). Det er viktig å identifisere personer i risiko for eller med diabetes, da det er vist at livsstilsintervensjoner kan forebygge og behandle type II diabetes (73, 74).

1.4 Behandling av psykiske lidelser

Behandling av psykiske lidelser avhenger av type lidelse det er snakk om, og hvilken situasjon vedkommende befinner seg i. Ofte brukes en form for terapi, som samtalebehandling, kombinert med medikamenter. Ved alvorlige psykiske lidelser kan det være behov for at pasienten bli innlagt for observasjon og behandling, men mange får behandling ambulant (75).

Terapi

Terapi i ulike former er hovedbehandling ved psykiske lidelser. En form for psykoterapi er vanlig, der en samtalebehandler har møter enten med pasienten alene, parvis, gruppevis eller med familien (76). Forskjellige typer psykoterapi kan benyttes, som psykoanalyse, kognitiv terapi eller psykoedukative metoder, men det er funnet at empati hos behandler er en avgjørende faktor for effekt (76). Miljøterapi brukes ved psykiatrisk sykehus eller andre behandlingsinstitusjoner (77). Terapien baserer seg på en tilrettelegging av omgivelsene for å fremme læring, mestring og egenansvar hos pasienten og omfatter også atferdsterapi (77).

Medikamentell behandling

Medikamentell behandling er vanlig ved psykiske lidelser, og mange bruker flere forskjellige preparater. Medikamentene kan ikke helbrede psykiske lidelser, men de kan være gode hjelpemidler mot symptomene som fremtrer. Det gir pasienten bedre grunnlag for å mestre dagliglivet og få optimal nytte av andre deler av behandlingen. Medikamenter som brukes er blant annet antidepressiva, antipsykotika, stemningsstabiliserende og sederende preparater.

Antidepressiva

Antidepressiva brukes ved depresjon, men også ved andre psykiske og somatiske lidelser. Det finnes flere forskjellige grupper, men en overordnet inndeling er selektive og ikke-selektive serotoninreopptakshemmere og andre antidepressiva med ulike virkningsmekanismer. Disse inkluderer trisykliske antidepressiva (TCA), reversible selektive monoaminoksidase A-hemmere (RIMA), noradrenalin- og dopaminreopptakshemmere (NDRI), og noradrenalinreseptorantagonister (piperazinazepiner, mianzerin og mirtazapin) (78).

Ernæringsrelaterte bivirkninger kan være kvalme, diaré, forstoppelse, munntørrehet og vektøkning (78).

Antipsykotika

Antipsykotiske medikamenter brukes for å behandle psykosesymptomer ved schizofreni og andre psykoselidelser (78). I dette henseende brukes det både ved akuttbehandling og forebygging. Det er også indikasjon for bruk av antipsykotiske medikamenter ved manisk fase av bipolar lidelse, og noen brukes ved forebygging av nye maniske eller depressive perioder (78). Antipsykotika sin effekt består for det meste av reduksjon i positive symptomer (tankeforstyrrelser, vrangforestillinger og hallusinasjoner), men man kan også se effekt på negative symptomer og kognitiv svikt (78).

De første medikamentene som ble utviklet for behandling av psykosesymptomer, kom på 50-tallet og kalles førstegenerasjons antipsykotika (42). Til dels alvorlige motoriske bivirkninger som muskelstivhet, skjelving og ufrivillige bevegelser i tillegg til påvirkning av kognitiv funksjon førte imidlertid til videreutvikling av medikamentene (42). På 90-tallet ble andregenerasjons antipsykotika innført med klozapin som første medikamentet på markedet (42). Disse går også under navnet 'atypiske antipsykotika'.

Hemming av dopaminerge baner i hjernen er kanskje antipsykotikas viktigste virkningsmekanisme, og er det som demper de psykotiske symptomene (42). Både første og andregenerasjons antipsykotika er sterke D2 reseptorantagonister, men andregenerasjons antipsykotika er i tillegg potente serotonin 5-HT₂-antagonister (42). Blokaden av serotonin 5-HT₂ reseptorer motvirker hemningen av dopamin-utskillelsen, men stort sett bare i striatum, dermed reduseres motoriske bivirkninger, mens antipsykotisk effekt beholdes (42).

Andregenerasjonsmidlene tolereres altså bedre, men gir dog større grad av metabolske bivirkninger som bl.a. vektøkning, lipidforstyrrelser og diabetes (57, 78).

Stemningsstabiliserende

Stemningsstabiliserende midler brukes under og ved forebygging av anfall ved bipolar lidelse og ved depresjon (78). Hovedgruppene av stemningsstabiliserende midler er flere typer antiepileptika og litium. Som nevnt har også flere andregenerasjons antipsykotika vist seg å ha stemningsstabiliserende effekt. Litium er et alkalimetall som har vært brukt ved bipolare

lidelser i nesten 80 år, men fortsatt er virkningsmekanismen ikke fullt ut kjent (78). Ernæringsrelaterte bivirkninger er kvalme, diaré, hyperkalsemi og vektøkning (78).

Medikamentindusert vektøkning

Medikamentindusert vektøkning forårsakes av mekanismer, som redusert hvilemetabolisme, påvirkning av nevrologisk og endokrin sult- og metthetsregulering (økt appetitt) og genregulering (79-81). Bruk av vektøkende medikamenter er vanlig blant personer med psykiske lidelser, og en studie fra Oslo fant at det kun var 7 % av schizofrenipasientene og 31 % av pasientene med bipolar lidelse som ikke brukte et medikament med vektøkende egenskaper (58).

Vektøkning ved behandling med antipsykotika hos pasienter med schizofreni og bipolar lidelse er velkjent, og affiserer en stor andel av pasientene (11, 47, 82). Ikke alle antipsykotika har vektøkende effekt, og ikke alle pasienter som bruker et antipsykotika med vektøkende effekt vil gå opp i vekt (83). Hvor stor effekten er på kroppsvekt avhenger mye av typen medikament, men varierer også mellom personer som bruker samme medikament (83). Hittil er det ikke funnet noen måte å forutsi hvem som vil oppleve en vektøkning, og monitorering er derfor nødvendig (21).

Det er observert størst vektøkning ved bruk av andregenerasjonsmidler, da spesielt olanzapine (Zyprexa) dernest klozapine (Leponex), men alle antipsykotika har potensiale til å indusere vektøkning, spesielt hos førstegangsbrukere (83-85). Minst vektøkning er sett ved bruk av aripirazol (Abilify) og ziprasidone (Zeldox) (86, 87). Noen studier har også funnet direkte effekt av antipsykotika på utvikling av insulinresistens og dyslipidemi (47, 88, 89).

Antipsykotika som gir størst vektøkning, har oftest også effekt på andre metabolske faktorer (22, 85).

Noen antidepressiva og stemningsstabiliserende midler kan også forårsake vektøkning (90, 91). Vekttap er et vanlig symptom ved depresjon, og vektøkning er normalt ved bedring. Det er imidlertid funnet en ytterligere vektøkende effekt av flere antidepressiva (91). Ved langtidsbruk har spesielt amitriptylin (TCA), paroxetin (SSRI) og mirtazapin pekt seg ut, men flere andre kan forårsake vektøkning ved kortere behandlingstid (91). Litium sin effekt på kroppsvekt har vært kjent lenge, og flere studier har funnet at 20 % har en vektøkning på over 10 kg (90). Av antiepiletika har særlig valproat (Orfiril) vist vektøkende effekt (92).

Deinstitusjonalisering

Det pågår et skifte i hvor behandling av psykiske lidelser gjennomføres i Norge. Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2008 medførte en videreføring av deinstitusjonalisering i psykisk helsevern som startet på 70-tallet (93). Målet har vært å omstrukturere fra sentralt til kommunalt nivå, og oppbygging av distriktpspsykiatriske sentre (DPS), ambulante team og kommunalt psykisk helsearbeid ble styrket (93). Internasjonal forskning har vist fordeler ved at flere pasienter får behandling utenfor institusjon, og at pasienter skal få mest mulig av behandlingen i omgivelser som ligner et normalt liv (93). Det ble allikevel reist kritikk mot opptrappingsplanens slutt, da mange virksomheter grunnet for lav kapasitet måtte kompensere med å gi avslag til flere pasienter (93).

1.4.1 Retningslinjer for oppfølging av somatisk helse

Allerede for ti år siden ble det i USA utviklet retningslinjer for monitorering av risikofaktorer ved bruk av andregenerasjons antipsykotika, den gang spesielt i forbindelse med utvikling av diabetes (94). American Diabetes Association, American Psychiatric Association, American Association of Clinical Endocrinologists og North American Association for the Study of Obesity deltok i konferansen. Panelets retningslinjer oppfordrer til familieanamnese vedrørende hjerte- og karsykdommer og tilhørende risikotilstander i tillegg til baseline screening før eller ved første mulige tidspunkt ved oppstart med andregenerasjons antipsykotika (94). Baseline screening innebærer vekt og høyde, livvidde, blodtrykk, fastende blodglukose og lipider. Deretter anbefales det jevnlig vektmonitorering og eventuelt bytte av medikament ved en vektøkning på over 5 % (94). Blodprøver og blodtrykk skal gjentas etter tre måneder, deretter årlig med mindre oftere indusert. Videre anbefales veiledning med hensyn til kosthold og fysisk aktivitet til samtlige med overvekt eller fedme, spesielt ved oppstart med vektøkende psykofarmaka (94).

Et av WHO sine mål er blant annet at personer med psykisk sykdom skal ha samme forventet levealder som tilsvarende aldersgrupper i resten av befolkningen. Blant foreslåtte tiltak for å nå dette målet er

- Monitorere helsemarkører, risikofaktorer og bivirkninger av medisiner hos alle personer med psykiske plager og lidelser i kommunal helsetjeneste og på sykehus.

- Inkludere livsstilsendring i undervisning og behandlingsprogrammer for personer med psykiske plager og lidelser.

I England har National Institute for Health and Care Excellence (NICE) nylig oppdatert sine anbefalinger ved behandling av psykose og schizofreni (95). De nye anbefalingene innebærer blant annet at pasientene bør tilbys en kombinert plan fra behandler der sunt kosthold og fysisk aktivitet inngår. Før oppstart med antipsykotisk medisin er det anbefalt å måle vekt, midjemål, puls og blodtrykk, fastende glukose, HbA1c, lipidprofil og prolaktinnivåer. I tillegg er kartlegging av ernæringsstatus, kosthold og grad av fysisk aktivitet anbefalt. Ved rask eller stor vektøkning eller avvik ved blodprøver anbefales det å tilby intervensjoner i henhold til NICE sine retningslinjer for forebygging og behandling av overvekt (95).

Norges nasjonale faglige retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser (27) sier at den somatiske helsetilstanden må vurderes jevnlig, spesielt hos pasienter som bruker antipsykotiske legemidler. Retningslinjen sier videre at det ved første kontaktperiode må tas fastende blodglukose og lipidverdier for å avdekke mulige risikofaktorer. Måling av vekt, høyde og utregning av BMI må gjennomføres, og livvidde kan være en verdifull parameter å følge over tid. I tillegg anbefales det å ta anamnese vedrørende røyking, kosthold og mosjon. Det poengteres at det tidlig i forløpet bør gis god og tilrettelagt informasjon om kosthold og mosjon.

I Nasjonal faglig retningslinje for utredning og behandling av bipolare lidelser (96) er regelmessig vektmonitorering og midjemål tilrådd. Ved bruk av antipsykotika er i tillegg minimum årlig monitorering av blodsukker og lipidverdier anbefalt. Ved vektøkning av medikamenter skal skifte vurderes, og det bør henvises til kostveiledning eller program for vektreduksjon og oppmuntres til økt fysisk aktivitet.

1.5 Ernæring ved psykiske lidelser

Pasienter med psykiske lidelser anbefales å følge kostrådene fra Nasjonalt råd for ernæring (97). Som for alle pasientgrupper kan individuell tilrettelegging være nødvendig. Kunnskapen ved bruk av kosttilskudd ved behandling av psykiske lidelser er i dag ikke entydig, men ved svært lavt matinntak eller ensidig kost over tid anbefales det et multivitamintilskudd og tran eller annet omega-3 tilskudd (98).

Utfordringer som kan påvirke ernæringstilstand

De fleste vil først og fremst tenke på spiseforstyrrelser når det kommer til ernæring og psykiatri. Mindre allment kjent er alle de andre faktorene blant personer med psykiske plager og lidelser som kan påvirke ernæringstilstanden og dermed forverre både fysisk og psykisk helsetilstand, også uavhengig av medikamentbruk.

Depressive lidelser medfører ofte livstrøtthet og mangel på energi, noe som kan lede til en sirkulær situasjon hvor man ikke har energi til å handle inn, lage eller spise mat (99).

Depresjon og angst går ofte hånd i hånd. Personer som sliter med angst kan også oppleve vanskeligheter i forbindelse med matinnkjøp i sammenheng med sosial angst. Noen kan oppleve angst for å spise generelt, eller for enkelte matvarer (100). Personer med schizofreni og andre psykoselidelser har varierende funksjonsnivå, og kan særlig i dårlige perioder med funksjonsfall ha et alvorlig lavt matinntak. Lidelsen kan noen tilfeller føre til at de spiser uregelmessig eller svært sjelden, og at kostholdet kan bli ensidig eller være preget av særegenheter.(101). Oppstemte episoder ved mani kan gå ut over evne til å fungere normalt i dagliglivet, noe som også vil kunne påvirke evnen til å sørge for regelmessige måltider (96). Videre kan personer som har en alvorlig psykisk lidelse, ofte også ha en vanskelig sosial og økonomisk situasjon. Lav sosioøkonomisk status kan medføre lite penger til å kjøpe sunn mat, eller manglende kunnskap om ernæring (101, 102). Flere har og en preferanse for søt og fet mat, og er mindre begeistret for grønnsaker (8, 101).

Alle psykiske lidelser kan medføre endringer av matlyst, og både økt eller redusert appetitt forekommer (98, 99). Vinterdepresjon kjennetegnes blant annet av økt matlyst, spesielt for søtsaker (99). Personer med bipolar lidelse kan ved maniske faser kan ha et høyt inntak av mat, sukker og koffein, mens ved alvorlige depresjoner kan matinntaket til tider utebli helt (96, 98). Såkalt 'somatisk syndrom' kan da forekomme, noe som blant annet innebærer tap av

matlyst og vekt, og noen kan gå så mye ned i vekt at det kan forveksles med anorexia nervosa (96). Trøstespising kan som for andre grupper også forekomme blant personer med psykiske lidelser (101).

Blant personer med ruslidelser er ofte motivasjonen lavere for å gjøre helsefremmende valg (103). De ser ikke alltid viktigheten av å ha god helse på sikt, men er heller opptatt av 'quick fixes'; å få tilfredsstilt behov hurtig. Tunge rusmisbrukere har ofte et dårlig kosthold med høyt sukkerinntak og preferanse for søte matvarer (104). En kvalitativ studie beskrev at spisemønsteret til heroinmisbrukere ble påvirket av sosiale, kulturelle, økonomiske og miljømessige faktorer (103). I perioder der de var aktive misbrukere av heroin, spiste de kjapp, lett tilgjengelig og billig mat og mye søte matvarer. Matinntaket var preget av uregelmessighet i tillegg til at de hadde lite interesse av mat, noe som førte til et lavt matinntak (103). De spiste også lite frukt og grønnsaker. Blant alkoholikere kan matinntaket være lavt, og risikoen for tiaminmangel er høy (98). Tiaminmangel kan i ytterste konsekvens medføre Wernicke Korsakoff syndrom (98). Ved alvorlig lavt matinntak over tid er faren for reernæringsyndrom med potensielt dødelige elektrolyttforstyrrelser reell ved for brått påbegynnende matinntak (105).

Gjennomgående for alle psykiske lidelser er altså at det kan påvirke ernæringsstatus negativt på flere måter, noe som øker risikoen for undervekt, feilernæring og underernæring.

Vitaminer, mineraler og flerumettede fettsyrer

Teorien om ortomolekylær behandling av psykiatriske lidelser ble introdusert av Linus Pauling i 1968 (106). Behandlingen går ut på å bruke tilskudd av næringsstoffer som vitaminer og mineraler, tidvis i megadoser, for å behandle psykiske symptomer (107). Argumentasjonen gikk ut på at mental sykdom kan skyldes suboptimale nivåer av substanser i hjernen, noe som kunne korrigeres ved individuelt tilpassede næringstilskudd (106). Han postulerte også at schizofrenipasienter har gener som gjør de mer sårbare for en slik ubalanse (106).

Flere næringsstoffer har senere vært i søkelyset for forskning når det kommer til effekt på psykiske symptomer. Hjernen består hovedsakelig av fett, og trenger essensielle fettsyrer for optimal utvikling og funksjon (108). Spesielt har omega-3 fettsyrer som middel mot depresjon blitt undersøkt, og noen studier har vist effekt på forebygging av psykose hos

høyrisikoindivider (109, 110). Folat og inositol er forbundet med serotonin, en viktig transmittersubstans som blant annet påvirker humøret (111, 112). Lave nivåer av folat og inositol er funnet hos personer med depresjon (113). Vitamin B6 har også vært undersøkt, da det er en kofaktor i konverteringen av aminosyren tryptofan til serotonin (114). Studier viser imidlertid sprikende resultater.

En rapport fra kunnskapssenteret fra 2011 skulle sammenfatte effekt av vitaminer, mineraler og andre kosttilskudd på psykiske symptomer hos personer med ADHD, bipolar lidelse, angst eller depresjon (115). De fant ingen systematiske oversikter som omhandlet angstlidelser. De konkluderte med at det ikke finnes tilstrekkelig dokumentasjon ved bruk av vitamin B6, inositol og folat til å trekke sikre konklusjoner om eventuell effekt på depresjon og at det fortsatt er usikkert om flerumettede fettsyrer er effektivt i behandling av mentale lidelser. De påpeker at flere av oversiktene var over 6 år gamle, og at nyere studier kan endre konklusjonene.

Ved schizofreni har de samme næringsstoffene vært i søkelyset, i tillegg til antioksidanter, sink, gluten- og kaseinfri diett, kinesisk urtemedisin og ayurvedisk medisin (116-119).

I en oversikt fra 2010 fant kunnskapssenteret ingen bedre effekt av ayurvedisk medisin versus antipsykotika, men at ginkgo (en kinisisk urtemedisin) muligens kunne bedre den symptomreduserende effekten av antipsykotika i kombinasjonsbehandling (107).

Kunnskapssenteret fant i 2011 bare dokumentasjon med lav kvalitet om effekt av vitaminer, fettsyrer, mineraler og andre kosttilskudd på schizofrenisymptomer hos mennesker med schizofreni. De trakk følgende konklusjoner fra 33 studier (120):

- Vitamin C og omega-3-fettsyren EPA har muligens en gunstig effekt på schizofrenisymptomer (lav kvalitet på dokumentasjonen)
- Vitamin B6 og omega-3-fettsyren DHA har muligens ingen effekt på schizofrenisymptomer (lav kvalitet på dokumentasjonen)
- Det er usikkert om omega-6-fettsyren gammalinolensyre og vitamin E har noe effekt på schizofrenisymptomer (svært lav kvalitet på dokumentasjonen)
- Ingen studier om mineraler oppfylte inklusjonskriteriene

Det trengs flere gode randomiserte kontrollerte studier innen dette feltet før sikre konklusjoner kan trekkes om effekt av kosttilskudd på psykiske symptomer. Det er imidlertid viktig alltid å undersøke denne sårbare pasientgruppen for mangler på vitaminer og mineraler, da mangler forekommer hyppig og ikke er gunstig verken ved somatisk eller psykisk sykdom (121-124). Omega-3 fettsyrer har i noen studier vist tendenser til å gi mindre aggresjon, og nyere oppsummeringer som ser spesielt på omega-3 fettsyren EPA og depresjonssymptomer viser lovende resultater (110, 125-128). Både røyking og overvekt er assosiert med mangel på vitamin D (129). Et omega-3 tilskudd med vitamin D bør derfor inngå i standard behandling for inneliggende pasienter med alvorlige psykiske lidelser.

I ernæringsforskningen går man i økende grad bort fra å forske på enkelt næringsstoffer til å se mer på kostmønstre. Mennesker spiser tross alt et helt kosthold, og det kan være mange interaksjoner mellom næringsstoffer som man ikke kjenner til, og som muligens faller bort i studier der man tar for seg én substans av gangen. Foreløpig viser noe forskning at et såkalt 'vestlig kosthold' med mye raffinerte karbohydrater, kjøtt og fritert og prosessert mat har sammenheng med økt forekomst av depresjon (130, 131). 'Middelhavskosthold' med høyt inntak av fisk, frukt og grønnsaker viser en beskyttende effekt (132).

Intervensjoner på forebygging eller behandling av vektøkning

Behandling av etablert overvekt er som kjent vanskelig (68). Studier viser at realistiske mål ved langvarig vektreduksjon er 5-10 % blant personer som ellers er friske (29). Selv om en slik reduksjon kan virke liten, kan den ha store helsemessige fordeler (73, 74).

En metaanalyse fra 2012 evaluerte effekten av randomiserte kontrollerte psykoedukative eller kognitive livsstilsintervensjoner blant pasienter som brukte antipsykotika. De fant en gjennomsnittlig reduksjon på 0,98 kg/m² i BMI (31). Forebyggende studier med individuelle psykoedukative programmer som inkluderte ernæring og/eller fysisk aktivitet hadde størst effekt (31). Fysisk screening og oppfølging av vektutvikling var akseptert av pasientene (31). De oppsummerte at selv om gjennomsnittlig vektreduksjon var under 5 %, så kan utfall assosiert med metabolske risikofaktorer ha større implikasjoner enn vektendring alene (31). Man bør derfor måle metabolske parametere som en integrert del av den fysiske monitoreringen av psykiatriske pasienter (31).

Faulkner et al. har i en Cochrane review tatt for seg ikke-medikamentell og medikamentell forebygging og behandling av overvekt ved alvorlige psykiske lidelser (133). De konkluderer med at intervensjoner er mulige samt at pasientene viser akseptabel etterlevelse, men at det er behov for flere randomiserte kontrollerte studier med langtidsoppfølging for å si noe om effektiviteten (133). De påpeker at fysisk inaktivitet og et ugunstig kosthold er uavhengige risikofaktorer for hjerte- og karsykdom, noe som tilsier et behov for ikke-medikamentelle livsstilsintervensjoner uavhengig av vekttap. De konkluderer også med at det er utilstrekkelig hold for generell bruk av medikamentelle intervensjoner for vekthåndtering ved schizofreni (133).

Alvarez- Jimenez et al. inkluderer 10 randomiserte kontrollerte studier i sin review og metaanalyse på ikke-medikamentell behandling av antipsykotika-indusert vektøkning fra 2008 (30). De konkluderer med at ikke-medikamentelle livsstilsintervensjoner er effektive for å redusere antipsykotikaindusert vektøkning hos schizofrenipasienter sammenlignet med ordinær behandling (30).

1.6 Vor Frue Hospital

Vor Frue Hospital er en psykiatrisk subakutt avdeling med tre lukkede intensivposter underlagt Lovisenberg Diakonale Sykehus (LDS) i Oslo. Post 1 har tolv døgnplasser med et differensiert skjermingsavsnitt med plass til fire pasienter, post 2 har tolv døgnplasser med mulighet for å skjerme inntil fire pasienter og post 3 har femten døgnplasser uten skjerming.

Intervensjonen ble designet og gjennomført av studenten og veiledere ved LDS i samarbeid med avdelingssykepleiere ved VFH. Avdelingen ble valgt fordi klinisk ernæringsfysiolog (kef) psykiatrien har hatt begrenset kapasitet for tilstedeværelse ved VFH, og på bakgrunn av eget ønske fra avdelingssykepleiere om mer involvering av kef. LDS har én 100 % stilling for kef med fagansvar for psykiatri. Denne stillingen skal dekke Psykiatrisk akuttavdeling, Post Halvard, VFH, Lovisenberg distriktpsikiatriske senter og Nick Waals Institutt (Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk), noe som er en omfattende oppgave for kun én kef. Av denne grunn har kef ikke vært regelmessig til stede som en fast del av det tverrfaglige teamet på VFH.

1.6.1 Mattilbud

Postene ved VFH serverer fire måltider per dag. På hverdager blir frokost servert kl. 08.30, lunsj kl. 11.30, middag kl. 15.30 og kveldsmat kl. 19.30. I helgene er frokosten kl. 09.00, middag kl. 12.45, kaffe kl. 15.00 og kveldsmat kl. 18.30. Måltidene har 30 minutters varighet, med unntak av helgefrokosten som varer i en time. Frokost, lunsj og kvelds dekkes på og tilberedes på posten av personalet. Vedlagt er informasjonsbrosjyre om mattilbudet til pasienter (vedlegg 1). Middagen blir levert fra hovedkjøkkenet på LDS, og serveres av personalet. De kjøkkenansvarlige kan krysse av for allergier, halalmat, vegetar osv. i middagsbestillingen. Til frokost serveres det brød og pålegg i kuvert, müsli, Corn Flakes og havregrøt i porsjonspakker. En av postene lager egen havregrøt hver morgen. Til lunsj serveres også brød og pålegg, og ofte lages det salat. Til kvelds er det også brød og pålegg, men det hender at personalet lager andre ting i tillegg. Juice og melk serveres til måltider. Frukt, kaffe, te og Fun Saft er tilgjengelig i fellesområdet. Alle postene har også vanndispenser. Kjelleretasjen er utstyrt med en brusautomat. Pasienter som har utgang kan fritt gå og handle seg ting på butikken, mens andre må ha følge eller spørre personalet om de kan handle for dem.

1.6.2 Tidligere tiltak

Flere tiltak for å fremme fokus på ernæring og bedre mattilbudet er gjennomført ved VFH. I 2002 deltok post 2 ved VFH i prosjektet «Vekthåndtering i psykiatrien» som ble initiert av Eli Lilly Norge AS (134). Dette var før Lovisenberg hadde etablert en egen stilling for kef med fagansvar for psykiatri. Posten mottok besøk av en ekstern ernæringsfysiolog, iverksatte tiltak i prosjektperioden, og skrev en sluttrapport etter endt gjennomføring. I forbindelse med dette prosjektet veide de pasientene en gang i uken og satt i gang tiltak tidlig hvis de registrerte uønsket vektøkning. Det ble gjennomført flere endringer i bestilling og servering av mat på post 2. Helfete pålegg ble byttet ut med magre varianter og grovere brød ble innført. Det var fokus på frukt og grønnsaker, og mindre vafler, kaker og snacks (135). Noen av rutinene smittet over på de øvrige postene (135). Prosjektgruppen på post 2 opprettholdt ukentlige møter frem til våren 2003.

I 2009 ble det på initiativ fra VFH etablert en kostholds- og livsstilsgruppe på post 1 (136). Gruppen hadde et par møter i året og kef med fagansvar for psykiatri ble forespurt om å delta på møtene. Gruppen besto av sykepleier, kjøkkenansvarlig, ergoterapeut, fysioterapeut, lege og kef. Hensikten var å øke pasientenes bevissthet på et sunnere kosthold og fremme hvordan personalet kunne legge til rette for dette på posten (136).

Høsten 2010 ble det etablert et ernæringsteam på tvers av postene som skulle jobbe med kontinuerlig forbedring av matvaresortimentet (136). Etter samtale med pasienter og personalet på samtlige tre poster ble det gjennomført middagsregistreringer i fire uker, der mengder, kvalitet og type mat ble evaluert (136). Rapporten fra denne registreringen kom med konkrete forbedringsforslag. Som et ledd i sykehusets satsning som ”Helsefremmende sykehus” fikk VFH gjennomslag for ønskede endringer (137). Middagene fikk mindre farseprodukter og mer rent kjøtt og fisk. Risgrøt ble erstattet med suppe annenhver lørdag. Fra dessert daglig ble det nå kun servert på søndager og ellers var alltid frukt tilgjengelig. Fruktsupper som sjeldent ble spist, ble kuttet ut. Ernæringsteamet hadde et par møter i året der kef deltok.

Kef hadde i begynnelsen av 2013 et møte med de tre kjøkkenansvarlige ved VFH og ansvarlig ved hovedkjøkkenet på LDS (138). Bestillingslistene for matvarer til VFH ble gjennomgått og endret. Blant annet ble det lagt til lettvariant av plantemargarin, fullkornsrís og pasta, magrere

yoghurter og flere magre alternativer av kuvertpålegg. Belgvekster ble tilført og H-melk ble tatt av lista. Noen kjeks ble også endret til grovere alternativer (138).

1.6.3 Ernæringscreening

Ernæringscreening kan fange opp pasienter i ernæringsmessig risiko. Fra 1. februar 2008 ble ernæringscreening av alle pasienter innført som en prosedyre ved VFH (139). Skjemaet som brukes ved VFH ble videreutviklet fra NRS 2002, et ernæringscreeningskjema som brukes for fange opp pasienter med underernæring i somatikken (140). Skjemaet ble tilpasset bruk i psykiatrisk avdeling av daværende kef i samarbeid med overlege ved VFH, da det ikke fantes et velegnet skjema for dette formålet (vedlegg 2) (139). I forbindelse med innføringen ble det holdt en times internundervisning på hver post om bakgrunnen for screeningen. Det ble også utviklet en prosedyre for screeningen som var tilgjengelig på intranettet (139). Opplæring av personalet i utførelse av antropometriske mål ble ikke gjort.

Ernæringscreeningen skal gjennomføres på alle pasienter ved innleggelse eller så snart det er mulig å gjennomføre. Prosedyren går ut på at høyden til pasienten måles på posten, og vekten føres opp ukentlig. Ukentlig vektregistrering ble valgt ved innføring for å kunne følge en utvikling, og få inn systematikk i prosedyren. Personalet regner ut BMI og krysser av for hvilken BMI-kategori pasienten hører til. Det skal stilles spørsmål til pasienten om vektendringer de siste tre månedene før innleggelsen og endring i matinntak siste måned. Bruk av kosttilskudd, røykevaner og psykiatrisk diagnose er lagt til som en del av skjemaet. Informasjonen fra screeningen sier noe om pasientens ernæringsstatus og behov for oppfølging, og risikofaktorer knyttet til utvikling av livsstilssykdommer.

Ved innføringen av ernæringscreeningen i 2008 ble andelen ernæringscreeningskjemaer registrert, og kef sammenfattet en rapport på resultatene (141). Dette ble også gjennomført for årene 2010 og 2011. Året etter innføringen ble 2 av 3 pasienter screenet (67 %). For årene 2010 og 2011 var ernæringscreeningsprosenten sammenlagt på 29 % (142). Median BMI blant pasientene var omtrent den samme i de to rapportene og ligger i øvre del av normalområdet for BMI (tabell 1). Skjemaene som ble regnet med her, hadde krav til å inneholde både høyde og vekt, men ikke nødvendigvis øvrige opplysninger.

Tabell 1: BMI fra ernæringscreeningrapportene.

	Innleggelse BMI kg/m ²	Utskrivelse BMI kg/m ²
2008	24,2 (n 51)	24,4 (n 51)
2010/2011	24,5 (n 68)	25,5 (n 42)

Tabellen viser median BMI blant pasienter som ble ernæringscreenet i året etter innføring (2008) og sammenlagt for årene 2010 og 2011.

Etter det første året da ernæringscreeningen ble innført, har ernæringsscreeningsprosenten gått ned. For å gjennomføre gode tiltak for å øke ernæringscreeningen av pasientene, er det viktig og først finne årsaken til at så få pasienter screenes. Det er tidligere holdt forelesninger om ernæringscreening og skrevet rapporter fra ernæringscreeningen ved Vor Frue, men det er ikke tidligere gjennomført intervjuer med personalet der utfordringer og deres holdninger til screeningen kommer frem.

2 Problemstilling

Fører fokus på ernæring ved tre psykiatriske intensivposter gjennom undervisning av personalet og tilstedeværelse av masterstudent i klinisk ernæring til:

- **økt kunnskap hos personalet**, målt ved hjelp av spørreskjema før og etter undervisning.
- **økt ernæringscreening av pasientene**, målt ved hjelp av ernæringscreeningsskjemaer før og etter intervensjonen.
- **at pasientene rapporterer økt fokus på ernæring**, målt ved hjelp av spørreskjema til pasientene ved utskrivelse før og etter intervensjonen.
- **økt fokus på ernæring hos personalet**, vurdert med semistrukturerte fokusgruppeintervjuer etter intervensjonen.

Semistrukturerte fokusgruppeintervjuer med personalet bidro i tillegg til å:

- evaluere undervisningen
- belyse utfordringer og holdninger blant personalet vedrørende ernæringsoppfølging
- beskrive personalets oppfatning av mattilbudet
- beskrive personalets oppfatning av pasientenes preferanser og fokus på ernæring

•

3 Design, utvalg og metode

3.1 Design

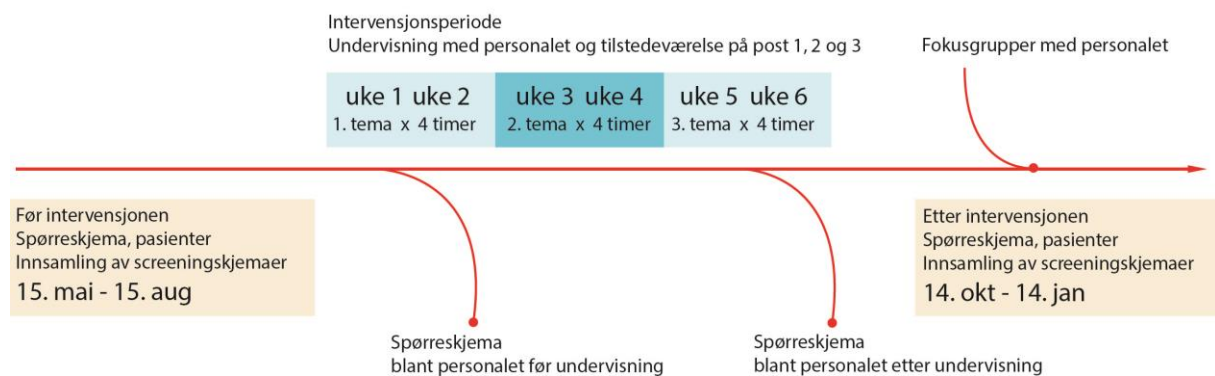
Masteroppgaven baserer seg på en intervensjonsstudie som ble utviklet av studenten og eksterne veiledere i samarbeid med avdelingssykepleierne ved Vor Frue Hospital.

Intervensjonen hadde som mål å øke kunnskapen til personalet og sette fokus på ernæring ved avdelingen, med hovedfokus på overvektsproblematikk og forebygging av livsstilssykdom.

Studenten var til stede på hver av de tre postene en dag i uken i seks påfølgende uker.

Hovedinnsatsen var undervisning med personalet fordelt på tre temaer.

Figur 1: Tidslinje for datainnsamling og intervensjonsperioden.



Datagrunnlaget fra studien består av en kombinasjon av kvantitative og kvalitative data, såkalt metodetriangulering. Kvantitative data i form av svar på spørreskjema fra pasienter og ernæringscreeningskjemaer ble samlet inn i en tremåneders periode før og etter intervensjonen. Svar på spørreskjema fra personalet ble samlet inn før og etter undervisning. Kvalitative data i form av fokusgruppeintervjuer med personalet ble samlet inn i etterkant av intervensjonen. Studien ble godkjent av personvernombudet og alle deltagere gav skriftlig samtykke (vedlegg 3). Studien falt utenfor helseforskningslovens virkeområde og kunne derfor gjennomføres uten prosjektgodkjenning fra REK (vedlegg 4).

3.1.1 Undervisning

Undervisningen var delt inn i tre temaer som delvis bygget videre på hverandre, men som også var mulig å delta på enkeltvis. Studenten var ansvarlig for å legge opp og gjennomføre undervisningen. Hvert tema ble undervist fire ganger over to uker (figur 1). Det er mange ernæringsutfordringer i psykiatrien. Denne intervensjonen hadde hovedfokus på overvektsproblematikk og forebygging av livsstilssykdommer, noe som ble gjenspeilet i undervisningen. Første tema i undervisningen tok for seg generell ernæringskunnskap, det andre handlet om overvekt og fedme og det siste om spesielle utfordringer knyttet til ernæring ved psykiske lidelser. Kostrådene fra Helsedirektoratet ble også gjennomgått i den siste undervisningstimen. Kunnskapen som ble testet i spørreskjemaene ble hovedsakelig gjennomgått i de to første undervisningstemaene, da det siste tema gikk mest på utfordringer for den enkelte pasient og diagnose. Undervisningstider ble avtalt med avdelingssykepleiere med mål om at flest mulig av personalet fikk deltatt på alle tre undervisningstemaene. Personalet fikk beskjed om at de kunne delta på hvilken undervisning de ville, uavhengig av hvilken post de jobbet på. Undervisningen ble gjennomført i personallunsjen på vekselvis post 2 og 3, og på slutten av dagvakt til post 1 i et undervisningsrom.

3.1.2 Tilstedeværelse på postene

Under intervensjonsperioden var studenten til stede tre dager i uken, en dag på hver post. Dette innebar deltagelse på morgenmøter, undervisning med pasienter og tilfeldige samtaler med pasienter og personalet i fellesområdene. Deltagelse av studenten på tverrfaglige møter med pasienten (miniteam) ble av hensyn til pasientene ikke gjennomført. Studenten hadde flere enkeltkonsultasjoner med ulike pasienter på bakgrunn av forespørsel fra sykepleier og pasientene selv. Dette var opprinnelig ikke en del av intervensjonen, men ble gjennomført etter godkjenning fra behandler og veiledere. Studenten skulle ikke følge opp ordinære henvisninger til kef fra lege eller behandler. I de tilfellene forespørselen overgikk studentens kompetanse ble pasientene henvist videre til kef med fagansvar for psykiatri. Studenten var tilgjengelig for spørsmål og veiledning en dag i uken ved hver post. Undervisning med pasienter ble gjennomført to ganger på hver post i løpet av intervensjonsperioden. Studenten hadde også samtaler med de kjøkkenansvarlige og fikk innsyn i rutiner og problemstillinger de hadde på postene. En av postene ba om en ekstra undervisningstime etter intervensjonen for å opprettholde fokus.

3.2 Utvalg

3.2.1 Personalgrunnlaget

Samtlige ansatte ved VFH fikk tilbud om undervisning via mail, og det ble i tillegg informert om på morgenmøter. Kun data fra ansatte i 50 % stilling eller mer ble inkludert i analyser av spørreskjemaene. To skjemaer måtte ekskluderes, og av de gjenværende hadde tilsammen 31 ansatte svart på spørreskjemaet før undervisning, mot 20 ansatte etter undervisning. Deltagerprosenten på undervisningstidene er regnet ut fra antall besvarte skjemaer, og tall på antall dagtidansatte i over 50 % stilling som jobber ved VFH totalt. Nøyaktige tall på dagtidansatte var vanskelig og oppdrive, så tallet kan betraktes som et godt estimat. Den største andelen var kvinner (72 %), og median alder var 37 år (23-65; min-maks).

Et utvalg av de ansatte som jobbet dagtid i 50 % stilling eller mer, deltok i fokusgruppeintervjuer etter intervensjonen. Vi satte som kriterium at deltagerne til fokusgruppeintervjuene måtte ha deltatt på minst én av undervisningstidene, da fokusgruppene delvis skulle evaluere undervisningen. Personalet fikk forespørsel om deltagelse fra gruppeleder, og fikk utdelt informasjon om fokusgruppene og samtykkeerklæring i forkant (vedlegg 5). Det ble samlet inn data om kjønn, aldersgruppe og deltagelse på undervisning ved intervjuets begynnelse (vedlegg 6). Beskrivelsen av deltagerne foreligger under resultater.

3.2.2 Pasientgrunnlaget

Data fra pasientene ble samlet inn i to tremånedersperioder. Rapporter fra det elektroniske pasientjournalssystemet DIPS har gitt grunnlaget for data på antall pasienter skrevet ut i innsamlingsperioden, beskrivelse av diagnoser og gjennomsnittlig liggetid ved de tre postene på VFH. Totalt ble 83 pasienter skrevet ut i de to innsamlingsperiodene, 44 i perioden 15.mai-15.aug og 39 i perioden 14. okt-14. jan.

Diagnoser

Totalt hadde nesten 70 % av pasientene hoveddiagnose i diagnosegruppen F20-F29 (tabell 2), hvorav 35 pasienter hadde diagnosen paranoid schizofreni, ti pasienter hadde schizoaffektiv lidelse og syv pasienter hadde paranoid psykose. Den nest hyppigste diagnosegruppen var

F30-F39 der åtte pasienter hadde en bipolar diagnose. Andelen pasienter med diagnose i gruppen F20-F29 var større i perioden etter intervensjonen enn i perioden før ($p=0,027$). Likeledes var det flere pasienter med diagnose i gruppen F30-F39 i perioden før intervensjonen enn i perioden etter ($p=0,015$) (ikke vist).

Tabell 2: Fordeling av diagnoser i henhold til ICD-10.

Diagnosegruppe	n	%
F10-F19		
Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer	5	6
F20-F29		
Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser	57	70
F30-F39		
Affektive lidelser stemningslidelser	13	16
F40-F48		
Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser	2	2
F60-F69		
Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne	2	2
F80-F89		
Utviklingsforstyrrelser	1	1
R410		
Uspesifisert desorientering	1	1

Tabellen viser fordeling av diagnoser gruppert i diagnosegrupper fra ICD-10 blant pasientene som ble utskrevet fra VFH i perioden 15. mai – 15. aug og 14. okt – 14. jan. Ingen pasienter hadde diagnose i diagnosegruppene F50-F59 (Atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer) og F70-F79 (Psykisk utviklingshemming). Diagnose manglet for en pasient.

Liggetid

Median liggetid hos de 83 pasientene var 61 dager (6-563, min-maks), eller litt over to måneder. En fjerdedel av pasientene (24 %) var innlagt i over tre måneder (tabell 3). En av pasientene var innlagt i over 8 måneder, og en var innlagt i over 1,5 år. Flere pasienter i rapportene var registrert innlagt fra en annen post ved samme avdeling, noe som kan være en av de andre postene ved Vor Frue. Det vil i så fall kunne underestimere gjennomsnittlig liggetid for dette utvalget.

Tabell 3: Fordeling av liggedøgn blant pasienter.

Antall døgn (mnd.)	<i>n</i>	%
<30 (<1)	11	13
31-60 (1-2)	28	34
61-90 (2-3)	24	29
91-120 (3-4)	14	17
>120 (>4)	6	7

Tabellen viser fordeling av antall liggedøgn blant de 83 pasientene som ble utskrevet fra VFH før og etter intervensjonen.

3.3 Datainnsamling og metode

Intervensjonen ble evaluert på flere områder med ulike metoder. Et spørreskjema ble brukt for å undersøke om personalets kunnskaper økte etter intervensjonen, og om holdninger vedrørende ernæringsarbeid på posten endret seg. Ernæringsscreeningskjemaer ble samlet inn som mål på økt ernæringsfokus hos personalet etter intervensjonen. Pasientenes fokus ble vurdert ved hjelp av spørsmål ved utskrivelse. Fokusgrupper med personalet belyser personalets opplevelse av intervensjonen og fokuset på ernæring i avdelingen.

3.3.1 Spørreskjema til personalet

Spørreskjemaet ble utviklet av studenten og eksterne veiledere fra LDS (vedlegg 7). Del 1 av spørreskjemaet var en flervalgstest for å kartlegge de ansattes kunnskap om ernæring, og for å undersøke om intervensjonen førte til økt kunnskap om ernæring. Spørsmålene ble valgt ut for å gjenspeile temaer som ble dekket i undervisningen, og inkluderte matvarekunnskap og kliniske fakta om bl.a. overvekt. Det var tre svaralternativer der kun ett alternativ var riktig. For å unngå gjetting var det mulig å svare «usikker» på hvert spørsmål, og personalet ble også muntlig oppfordret til å svare dette hvis de ikke visste svaret. Del 2 inneholdt spørsmål som omhandlet holdninger og praksis vedrørende mattilbudet, oppfølging knyttet til ernæring og ernæringscreeningen. Svaralternativene til to av spørsmålene var delt inn i kategorier for å gjenspeile «Stages of Change», en teoretisk modell som sier noe om et individs holdninger, intensjoner og atferd relatert til endring av en spesifikk vane (143). De tre andre spørsmålene hadde ja, nei og vet ikke som svaralternativer.

For å få flest mulig til å besvare spørreskjemaene og kontrollere at vi fikk valide svar, ble spørreskjemaene besvart av alle som deltok på første undervisningstema i starten av timen. Det samme spørreskjemaet ble besvart på nytt av personalet som deltok på tredje undervisningstema etter timen. Denne gangen ble de også spurt om hvilke undervisningstimer de hadde deltatt på. Personalet ble ikke informert på forhånd om at de skulle svare på spørreskjemaet før og etter undervisningen. Studenten var tilstedeværende og tilgjengelig for spørsmål, men riktige svar ble ikke opplyst. For å ha muligheten til å se på parede data fikk hver person tildelt et ID-nummer som ble påført spørreskjema og oppbevart aidentifisert til bruk ved neste utfylling. Det var ingen som besvarte spørreskjemaet i løpet av andre undervisningstime, men det ble registrert hvor mange som deltok.

3.3.2 Ernæringscreeningskjema

Ernæringscreeningskjemaer ble samlet inn ved vanlig rutine. Kef med fagansvar for psykiatri fikk beskjed i DIPS når en pasient ble skrevet ut, og samlet manuelt inn skjemaer på de som var screenet. Screeningskjemaene ble anonymisert av kef, og deretter plottet i Excel av studenten. Alder ble regnet ut fra innleggelsesdato og ført i hele år.

3.3.3 Spørreskjema til pasientene

Målet med spørsmålene var å undersøke om pasientene opplevde at ernæring og kosthold var i fokus under innleggelsen, og om dette fokuset økte etter intervensjonen. Spørreskjema til pasientene ble utviklet av studenten og veiledere. Som et ledd i kvalitetsforbedringen ved psykiatriske sykehus innførte Statens helsetilsyn i 2001 en intervjuprotokoll om pasienterfaringer fra opphold i psykiatrisk avdeling som skal gjennomføres ved utskrivelse hvis pasienten samtykker (144). For å få størst mulig deltagelse og gjennomføring av utspørringen av pasientene ved VFH, ble spørsmålene om ernæring formulert i samme stil og lagt ved som et tillegg til standard intervjuprotokoll. Fem spørsmål med lukkede svar (ja, delvis eller nei), og ett åpent spørsmål ble utformet (vedlegg 8). Pasientene ble spurt om samtykke før intervjuet ble gjennomført (vedlegg 9). De samtykket da også til å koble ernæringscreeningskjemaet til journalen i DIPS. Pasientene som samtykket ble spurt ved utskrivelse, derav har forskjellige pasienter svart før og etter intervensjonen.

3.3.4 Fokusgruppeintervju

Målet med fokusgruppeintervjuene var å få frem hvordan personalet opplevde intervensjonen, og hva som kunne vært gjort annerledes. Det ble også spurt om meninger og holdninger til ernæringscreeningen, hva som er de viktigste ernæringsutfordringene blant pasientene og om fokuset på ernæring hos pasientene og personalet.

Det ble gjennomført totalt tre fokusgruppeintervjuer, med varighet mellom 55 og 75 minutter. Intervjuene ble gjennomført på et undervisningsrom ved VFH i arbeidstiden. Moderator (leder) av fokusgruppeintervjuene var hovedveileder og klinisk ernæringsfysiolog Tonje Mellin-Olsen. Som observant deltok klinisk ernæringsfysiolog Johanne Alhaug. Transkribering og analyse av opptakene ble gjennomført av studenten.

Intervjuene var lagt opp semistrukturert og intervjuguiden hadde fem hovedspørsmål, med alternative underspørsmål til hver del (vedlegg 10). Spørsmålene var åpne, der hovedspørsmålene var generelle og underspørsmålene mer spisset. Oppklarende spørsmål ble stilt underveis av moderator og observatør, og observatøren tok notater. Deltagertallene fra utfyllingen av spørreskjemaene til personalet var sammenfattet før intervjuene, og disse ble brukt i intervjuene i delen som angikk evaluering av undervisningen. Elementer som kom opp spontant og ble et tema i de første gruppene ble også tatt opp i de neste for å bekrefte eller avkrefte synspunkter. Samtalene ble tatt opp med en digital lydopptaker, og transkribert ordrett til tekstmateriale for å oppnå mest mulig korrekt replikasjon av det som fremkom under intervjuene. Deretter ble transkripsjonene renset for dialekt og andre kjennetegn for å ivareta anonymitet.

Koding og analyse

Transkribering og analyse av opptakene ble gjennomført av studenten. Analysene ble deretter gjennomgått og kontrollert opp mot originaltranskripsjonen av moderator og observant. Før transkribering ble materialet lyttet igjennom, og notater og kodeord ble skrevet ned fra hvert intervju. Kodeordene ble sortert og slått sammen der det var naturlig for å begrense antall kodeord. Etter transkripsjonen ble tekstmaterialet lest over, og flere kodeord ble tilført. Materialet ble deretter overført til Open Code, et program for å kode kvalitative data som deler opp materialet i linjer på å 60 tegn, og et fritt antall linjer kodes med et eller flere kodeord (145). Vedlegg 11 viser kodeord brukt i Open Code. Hensikten med kodingen er å lette søking og sortering av materialet, og det kan tas utskrift av teksten på bakgrunn av kodingen. De kodene som var hyppigst brukt eller spesielt relevante ble skrevet ut og integrert i en omfattende beskrivelse. Deretter ble det laget tematiske sammendrag av teksten på bakgrunn av kodingen.

3.3.5 Statistiske analyser

Alle statistiske analyser ble gjennomført ved hjelp av SPSS versjon 20 (146). Data fra alle skjemaer ble plottet og korrekturlest av studenten. Medianverdier er oppgitt. Ikke-parametriske metoder og Mann-Whitney test ble brukt på alle data da utvalgene var små og normalfordeling sjeldent var oppfylt. Ved testing av kategoriske data ble Kjikvadrat test eller Fisher's exact test benyttet. Et signifikansnivå på 0,05 ble valgt.

4 Resultater

Her følger resultater fra spørreskjema blant personalet, ernæringscreeningen av pasientene, spørreskjema til pasientene og fokusgruppeintervjuer med personalet.

Ernæringsscreeningskjemaer og spørreskjema blant pasientene ble samlet inn i en tremåneders periode før og etter intervensjonen, mens spørreskjema blant personalet ble samlet inn før og etter undervisningen i intervensjonsperioden. Fokusgrupper med personalet ble gjennomført etter intervensjonen.

4.1 Resultater fra spørreskjema til personalet

Hensikten med spørreskjemaet var å undersøke om kunnskapen økte hos personalet etter undervisningen (del 1) og kartlegge deres holdninger til ernæringsarbeid ved postene (del 2). Spørreskjemaet ble besvart av 31 ansatte før undervisningen, mot 20 ansatte etter undervisningen. Andelen deltagere på 1. og 2. undervisningstema av totalt antall ansatte dagtidpersonell i over 50 % stilling ved avdelingen er oppført i tabell 4.

Tabell 4: Deltagelse på undervisningen i intervensjonsperioden.

Undervisning	Antall deltagere/ antall dagansatte	deltagelse
1. tema	31/103	30 %
3. tema	20/103	19 %

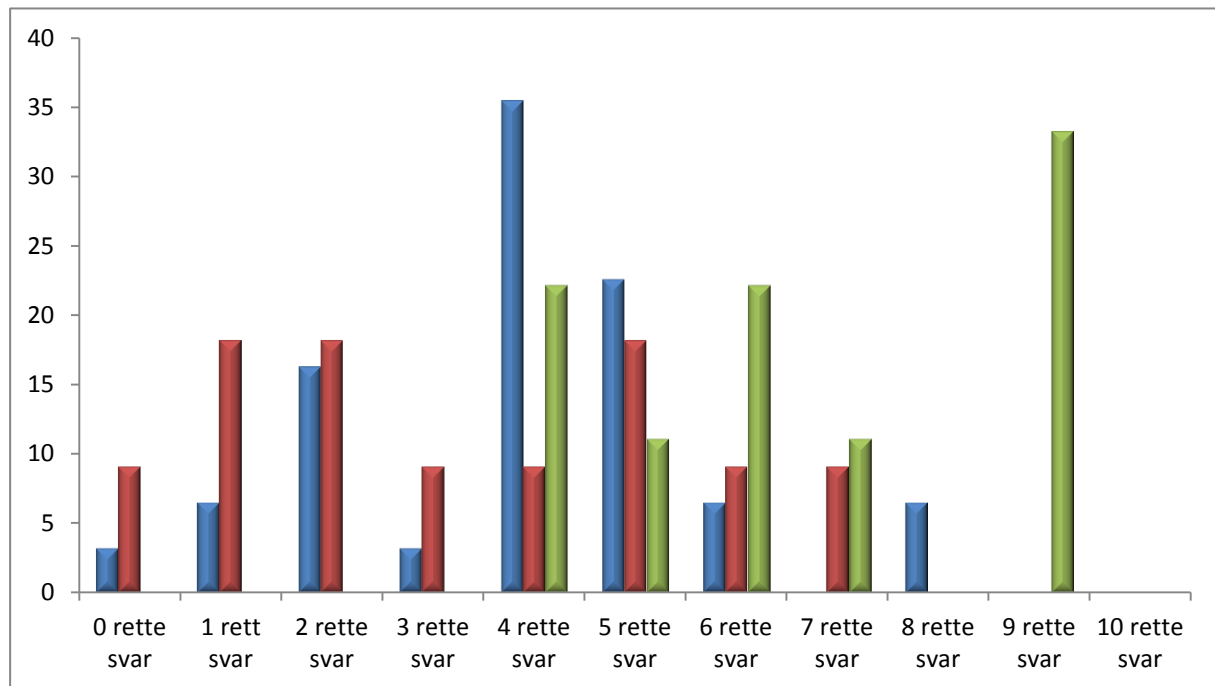
Tabellen viser personalets deltagelse i på 1. og 3. undervisningstema ved VFH.

4.1.1 Kunnskapstest

Del 1 av spørreskjemaet var en kunnskapstest som besto av 10 flervalgsspørsmål (vedlegg 5). Resultatene viste ingen signifikant økning i totalt antall riktige svar blant personalet fra før til etter undervisning. Allikevel var det en økning i andel med riktige svar for spørsmål 6 «Hva betyr 5 om dagen?» ($p=0,004$) og spørsmål 10 «Hvor stor vektreduksjon er tilstrekkelig for å oppnå bedre helse?» ($p=0,014$). Personalet ble i spørreskjemaet etter undervisningen spurt om hvilke undervisningstemaer de hadde deltatt på. Figur 2 viser prosentvis antall deltagere som hadde henholdsvis 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 eller 10 rette svar på spørreskjema i gruppen som

svarte før undervisning (blå), gruppen som kun deltok på siste tema (rød), og de som hadde deltatt på to eller tre undervisningstemaer (grønn).

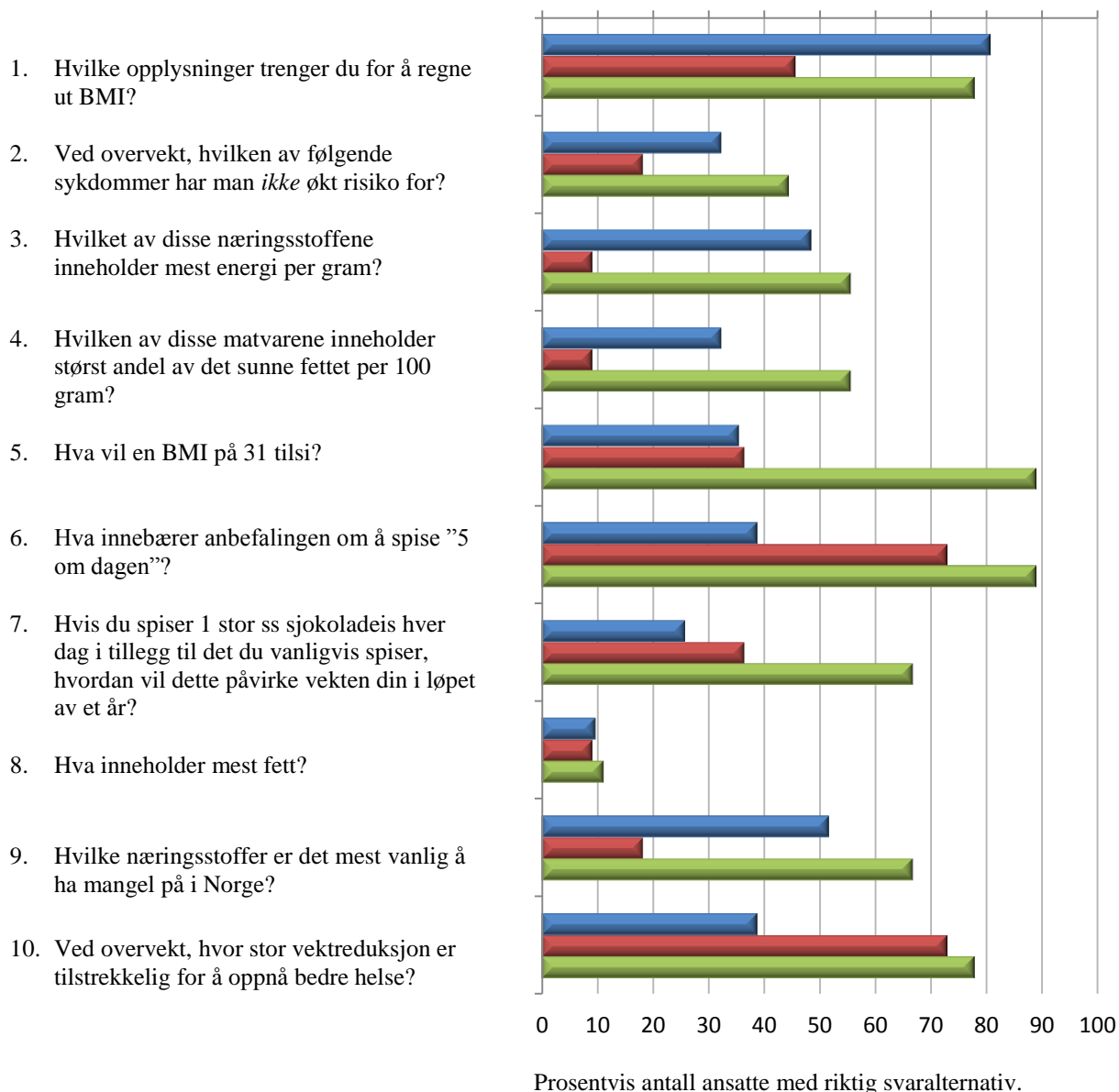
Figur 2: Resultater fra kunnskapsspørsmål til personalet i del 1 av spørreskjemaet.



Figuren viser prosentvis antall ansatte som hadde henholdsvis 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 eller 10 rette svar på del 1 av spørreskjema brukt ved undervisningen på VFH. Før undervisning n=31 (blå), deltatt på kun siste undervisningstimer n=11 (rød), deltatt på 2 eller 3 undervisningstimer n=9 (grønn).

Personalet som hadde deltatt på to eller tre tema (n=9) hadde en signifikant økning i antall rette svar sammenlignet med gruppen før undervisning (n=31) med totalt 6 rette svar (4-9; min-maks) mot 4 rette svar (0-8; min-maks) ($p=0,003$). Det var en forbedring i ni av ti spørsmål mellom disse gruppene (figur 3). Mellom disse gruppene var det også en signifikant økning for spørsmål 5 «Hva vil en BMI på 31 tilsi?» ($p=0,007$), spørsmål 6 «Hva betyr 5 om dagen?» ($p=0,02$) og spørsmål 7 «Hvordan vil 1 ss sjokoladeis påvirke vekten din i løpet av et år?» ($p=0,04$). De som kun hadde deltatt på siste undervisningstema (n=11) hadde lavere antall rette svar enn gruppen før undervisning (3 mot 4) (ikke signifikant).

Figur 3: Resultater fra kunnskapsspørsmål 1-10 i del 1 av spørreskjemaet.



Figuren viser prosentvis antall ansatte med riktige svar for spørsmål 1-10 på del 1 av spørreskjemaet brukt ved undervisningen på VFH. Før undervisning n=31 (blå), deltatt på kun siste undervisningstime n=11 (rød), og deltatt på 2 eller 3 timer n=9 (grønn). Fischers exact test er brukt.

Fire ansatte deltok på både første og tredje tema, og kunne dermed kobles ved ID. De hadde en signifikant median økning i totalt antall riktige svar fra 4 til 6,5 (p=0,011). Kun to av disse fire deltok på tre temaer, og var dermed de eneste av personalet som deltok på alle tre tema. De hadde en økning i antall rette svar fra henholdsvis 4 til 9 og fra 3 til 7.

4.1.2 Holdningsspørsmål

Del 2 av spørreskjemaet besto av fem spørsmål som angikk holdninger til ernæringscreeningen og ernæringsoppfølging av pasientene (vedlegg 5). Det var ingen signifikante endringer i svarene oppgitt før og etter intervensjonen. På spørsmål om personalet synes det er viktig å ernæringscreenere pasientene svarte 90 % «ja» (tabell 5). Fire ansatte svarte «vet ikke», og kun én svarte «nei». Nesten samtlige av de ansatte svarte «ja» på spørsmål om de synes det er viktig at pasientene får oppfølging når det gjelder ernæring, og et mattilbud i tråd med anbefalingene fra Helsedirektoratet.

Tabell 5: Svar på holdningsspørsmål blant personalet i del 2 av spørreskjemaet.

	Viktig å ernæringscreenere pasientene		Viktig at pasientene får et mattilbud i tråd med anbefalingene		Viktig at pasientene får oppfølging når det gjelder ernæring	
	Før (<i>n</i> 30)	Etter (<i>n</i> 19)	Før (<i>n</i> 31)	Etter (<i>n</i> 18)	Før (<i>n</i> 31)	Etter (<i>n</i> 18)
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
Ja	28 (90)	17 (90)	30 (97)	18 (100)	30 (97)	18 (100)
Nei	1 (3)	0	0	0	0	0
Vet ikke	2 (7)	2 (10)	1 (3)	0	1 (3)	0

Tabellen viser resultater fra tre av holdningsspørsmålene blant ansatte på VFH. Før = før undervisning, Etter = etter undervisning. Det var ingen signifikante endringer i svarene mellom før og etter undervisning.

Svaralternativene til to av spørsmålene var utformet som en motivasjonsskala med seks svaralternativer etter teorien «Stages of Change» (tabell 6). Nesten en fjerdedel av personalet svarte at det ikke var deres ansvar å ernæringscreenere pasientene. De fleste svarte at de ernæringscreenet pasientene men at det ikke er regelmessig. Totalt svarte 28 % at de har ernæringscreenet pasienter siden det ble innført eller så lenge de har jobbet der. Ingen svarte at de ikke ernæringscreenet og heller ikke har planer om å begynne med det.

Når det kommer til ernæringsoppfølging ble dette definert i spørreskjemaet som oppfølging med hensyn på matvarevalg, endring av vaner, vektreduksjon m.m.. Her er det færre som har svart at det ikke er deres ansvar. De fleste svarer at de følger opp noen pasienter, men at det ikke er regelmessig. Sammenlagt svarer nesten en av fire at de har fulgt opp pasientene når det gjelder ernæring så lenge de har jobbet ved avdelingen.

Tabell 6: Svar på holdningsspørsmål blant personalet i del 2 av spørreskjemaet.

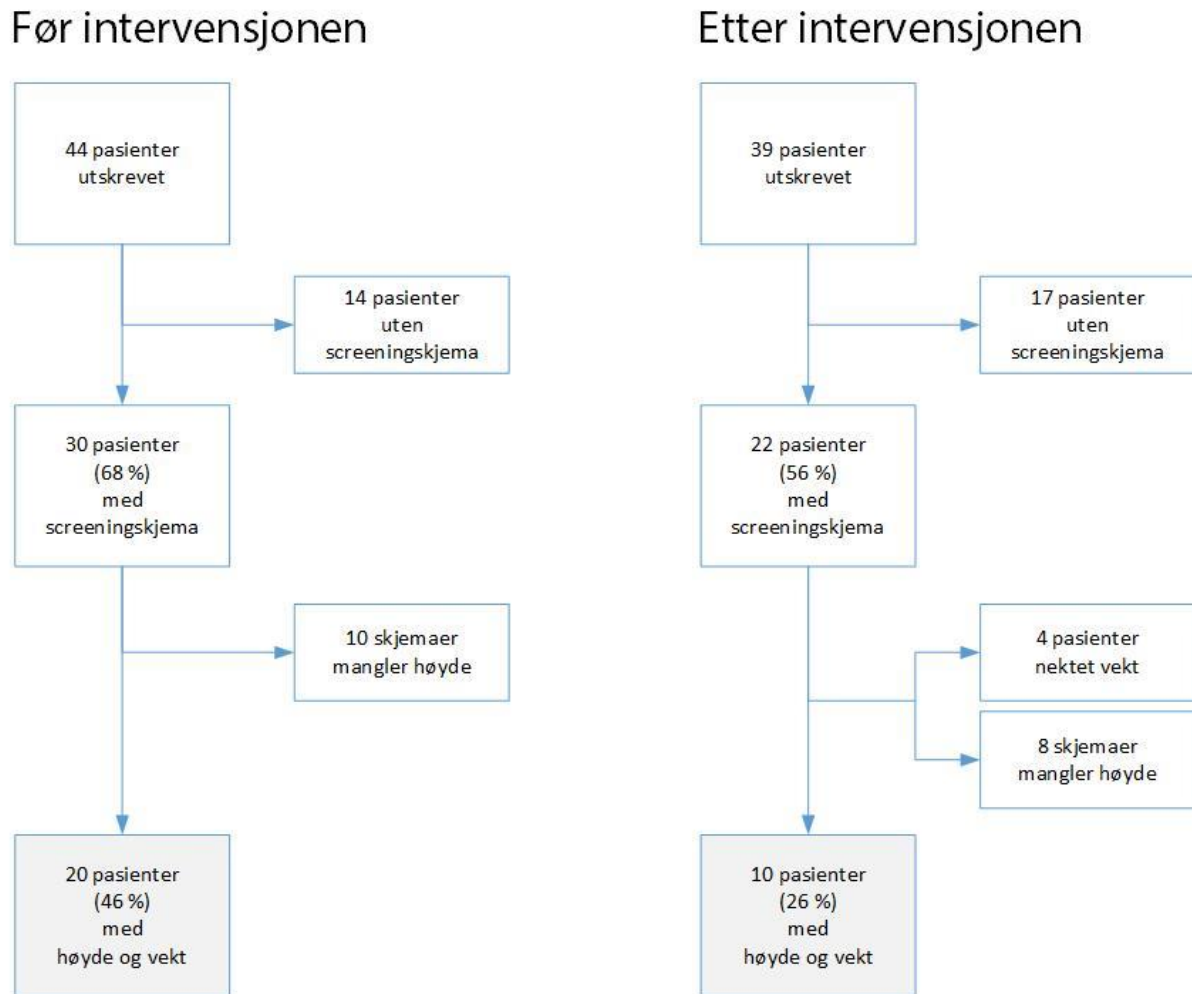
Svaralternativer	Ernæringscreening		Ernæringsoppfølging	
	Før (n 31)	Etter (n 18)	Før (n 31)	Etter (n 17)
Ikke mitt ansvar	7 (23)	4 (22)	4 (13)	4 (23)
Ingen planer om å begynne	0	0	0	0
Kan tenke meg å begynne	4 (13)	1 (6)	4 (13)	1 (6)
Ikke regelmessig	11 (35)	7 (39)	12 (39)	9 (53)
Gjort det de siste månedene	2 (7)	0	2 (7)	0
Gjort det siden det ble innført eller så lenge jeg har jobbet her	7 (23)	6 (33)	9 (29)	3 (18)

Tabellen viser svar på to av holdningsspørsmålene blant ansatte på VFH. Personalet skulle krysse av for den påstanden som var mest riktig for dem når det gjaldt ernæringscreening og ernæringsoppfølging av pasientene. Før = før undervisning, Etter = etter undervisning. Det var ingen signifikante endringer i svarene mellom før og etter undervisning. Formuleringen av spørsmålene og svaralternativene i tabellen er noe endret fra originalt spørreskjema, se vedlegg 5.

4.2 Resultater fra ernæringscreeningen

Ernæringscreeningsskjemaer er en prosedyre for å avdekke pasienter med behov for ernæringsoppfølging. Hensikten med å samle inn skjemaene var å se om screeningen økte etter intervensjonen sammenlignet med før intervensjonen. Totalt ble 83 pasienter skrevet ut i de to innsamlingsperiodene, 44 i perioden før intervensjonen og 39 i perioden etter intervensjonen. Av disse var det opprettet ernæringscreeningskjema på henholdsvis 30 og 22 pasienter, men ikke alle inneholdt vekt og høyde (figur 4). Det var ingen signifikant forskjell i andel ernæringscreeninger som hadde registrert både vekt og høyde i perioden etter intervensjonen sammenlignet med perioden før intervensjonen (figur 4). Flere skjemaer manglet høyde og var ufullstendig utfylt på de resterende områdene både før og etter intervensjonen. Totalt var det 36 % av pasientene som hadde et skjema med vekt og høyde av de 83 pasientene som ble skrevet ut.

Figur 4: Flytskjema over ernæringscreeningskjemaer blant pasientene.



Figuren viser andel pasienter som ble ernæringscreenet ved VFH av totalt antall utskrevne pasienter. Før intervensjonen = 15. mai – 15. aug, Etter intervensjonen = 14. okt – 14. jan.

4.2.1 Data fra ernæringscreeningen

Av de 52 pasientene der ernæringscreeningskjema var opprettet i DIPS, var 24 kvinner og 28 menn. Median alder var 37 år (22-63; min-maks).

Tabell 7 viser sammenfatning av registreringen fra ernæringscreeningskjemaene i perioden før og etter intervensjonen. For de 30 skjemaene der både vekt og høyde var registrert var det 11 kvinner og 19 menn. Samlet hadde 10 % en BMI som tilsvarer undervekt, 57 % hadde en BMI i normalområdet og 33 % hadde en BMI som tilsvarer overvekt eller fedme ved innleggelse (tabell 7, punkt 1). For kvinner var median BMI 22 kg/m² (16-28; min-maks) og for menn 24,2 kg/m² (22-38; min-maks) og denne forskjellen var signifikant (p=0,03).

Tabell 7: Resultater fra ernæringscreeningskjemaer.

	Før intervensjonen	Etter intervensjonen
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
	<i>n</i> 20	<i>n</i> 10
1. BMI (kg/m²)		
Undervekt (BMI <18,5)	1 (5)	2 (20)
Normalvekt (BMI 18,5-25)	13 (65)	4 (40)
Overvekt (BMI >25)	4 (20)	3 (30)
Fedme (BMI >30)	2 (10)	1(10)
2. Har pasienten hatt vektendring siste 3 mnd?	<i>n</i> 30	<i>n</i> 22
Ja	6 (20)	6 (27)
Nei	3 (10)	1 (4)
Vet ikke	3 (10)	3 (14)
Ikke notert	18 (60)	12 (55)
Har pasienten hatt et endret matinntak siste mnd?		
Økt	5 (17)	3 (14)
Uendret	2 (7)	1 (4)
Nedsatt	1 (3)	3 (14)
Vet ikke	0 (0)	2 (9)
Ikke notert	22 (73)	13 (59)
3. Røyker pasienten?		
Ja	12 (40)	3 (14)
Nei	7 (23)	7 (32)
Ikke notert	11 (37)	12 (55)
4. Kosttilskudd		
Notert	0 (0)	3 (14)
Ikke notert	30 (100)	19 (86)
5. Psykiatrisk diagnose		
Notert	8 (27)	5 (23)
Ikke notert	22 (73)	17 (77)

Tabellen viser resultater fra ernæringscreeningskjemaer samlet inn ved utskrivelse. Ikke notert = manglende utfylling i skjema. Før intervensjonen = 15. mai-15. aug, Etter intervensjonen = 14. okt-14. jan.

Over halvparten av skjemaene manglet informasjon om vektendring eller endret matinntak hos pasienten før innleggelse (tabell 7, punkt 2). Hvis man kun ser på skjemaene der både vekt og høyde var registrert, var det flere skjemaer som inneholdt informasjon om vektendring og endret matinntak før innleggelsen (punkt 2) i perioden etter intervensjonen (7

av 10) enn før intervensjonen (5 av 20) ($p=0,045$). Hadde kravet for en fullstendig screening her inkludert spørsmålene under punkt 2, hadde screeningprosenten vært henholdsvis 11 % og 18 % før og etter intervensjonen (ikke signifikant).

For de tilfellene der vektendring før innleggelse var notert (22/52) har 55 % av pasientene svart at de hadde en vektendring før innleggelsen. I ti av disse skjemaene var vektendringen spesifisert, der tre hadde gått ned i vekt og syv hadde gått opp i vekt forut for innleggelsen. Av de tilfellene der røykevaner var registrert (29/52), svarte totalt 52 % av pasientene at de røyket (tabell 7, punkt 3). Bruk av kosttilskudd var sjeldent notert, og psykiatrisk diagnose manglet på over 70 % av skjemaene (punkt 4 og 5).

Median vektøkning for de som hadde en økning i vekt under innleggelsen ($n=22$) var 2,7 kg (0,2-12; min-maks). Regnet ut fra antall vektregistreringer fra ernæringscreeningskjemaene og liggetid ved avdelingen var median antall vektregistreringer 0,3 per uke, omtrent en vektregistrering hver tredje uke.

4.3 Resultater fra spørreskjema til pasientene

For å undersøke pasientenes opplevelse av fokus på ernæring og kosthold under innleggelsen, og om dette fokuset økte etter intervensjonen, ble pasientene spurt om å svare på seks spørsmål ved utskrivelse. Av de 83 pasientene som ble utskrevet i tremånedersperiodene før og etter intervensjonen, var det totalt 18 som samtykket til å svare på spørsmål ved utskrivelse (22 %). Tabell 8 viser resultater fra besvarelsene. På spørsmål om de synes de fikk tilbudt sunn mat ved avdelingen har samtlige pasienter svart positivt (punkt 1). Svar på innkjøp av mye usunne varer under oppholdet var varierende, men ingen svarte ja på dette etter intervensjonen (punkt 2). Selv om svarresponsen var lav, peker svarene i retning av mer fokus på ernæring i perioden etter intervensjonen (punkt 3-5). Det var ingen signifikante endringer mellom svarene før og etter intervensjonen. På spørsmål om forslag til forbedring vitnet flere av utsagnene fra pasientene om fokus på et sunt kosthold (figur 5).

Tabell 8: Svar på spørsmål til pasientene ved utskrivelse.

	Før intervensjonen <i>n</i> (%)	Etter intervensjonen <i>n</i> (%)
1. Har du fått sunn mat her?	<i>n</i> 10	<i>n</i> 8
Ja	8 (80)	5 (63)
Delvis	2 (20)	3 (37)
Nei	0	0
2. Har du kjøpt mye fast food, godteri eller snacks utenom det du har fått servert på avdelingen?	<i>n</i> 10	<i>n</i> 8
Ja	2 (20)	0
Noe	4 (40)	3 (37)
Nei	4 (40)	5 (63)
3. Fikk du oppfølging i forhold til ernæring?	<i>n</i> 9	<i>n</i> 8
Ja	1 (11)	4 (50)
Delvis	4 (44)	2 (25)
Nei	4 (44)	2 (25)
4. Fikk du råd om hva som er lurt å spise for å gå ned eller opp i vekt?	<i>n</i> 9	<i>n</i> 7
Ja	2 (22)	4 (57)
Delvis	1 (11)	1 (14)
Nei	6 (67)	2 (29)
5. Har du lært noe om sunn mat her, som du vil ha nytte av hjemme?	<i>n</i> 10	<i>n</i> 7
Ja	2 (20)	4 (57)
Delvis	1 (10)	1 (14)
Nei	7 (70)	2 (29)

Tabellen viser svar på spørsmål stilt til pasientene i utskrivelsesintervju. Det var ingen signifikante endringer fra før til etter intervensjonen. Før intervensjonen = 15. mai-15. aug, Etter intervensjonen = 14. okt-14. jan.

Figur 5: Svar på spørsmål 6. Har du ett forslag til forbedring?

Før intervensjonen, 5 av 10:

- Maten bør se penere ut på fatet, særlig middag. Ønsker at det ser mer delikat ut. Snakke litt mer om hva som er sunt å spise.
- Noe mer variert mat til middag, gjerne mindre tradisjonell norsk mat.
- Bytt ut grøten med suppe og brød. Kok grønnsaker i kortere tid.
- Spise regelmessig, frukt/grønt, fisk, litt kjøtt, fiber (knekkebrød).
- Synes det er bra nok.

Etter intervensjonen, 6 av 8:

- Overkokte grønnsaker. Koke grønnsakene litt mindre.
- Middagene er laget av fete, billige produkter. Kunne vært mer friske grønnsaker. Hadde ikke anledning til å være med på kurs om ernæring. At man kan ha matlagingskurs hvor man samarbeider og spiser sammen etterpå hadde vært et hyggelig tiltak.
- Middagen inneholder for mye fett.
- Bedre brød.
- Godt nok som det er.
- Generelt god mat, kunne vært noe mer salat.

Figuren viser svar på spørsmål 6 fra spørreskjemaet til pasientene ved utskrivelse. Av de som samtykket til intervju kom fem av ti med forslag før intervensjonen, og seks av åtte etter intervensjonen.

4.4 Resultater fra fokusgruppeintervjuene

Tre fokusgruppeintervjuer ble gjennomført med personalet etter intervensjonen, med det formålet å evaluere intervensjonen og belyse holdninger til ernæringsarbeid på postene.

Totalt deltok 16 ansatte, der tre var menn og tretten var kvinner (81 %). Åtte var i aldersgruppen 20-29 år, fire var i aldersgruppen 30-39 år og fire var mellom 40-60 år. Ni av de ansatte hadde deltatt på kun én undervisningstime, seks hadde deltatt på to og én hadde deltatt på alle tre timene.

Analysen er inndelt i åtte temaer. Noen av temaene inneholder forbedringsforslag fra personalet på det aktuelle området.

4.4.1 Syn på undervisningen

Alle gruppene fremhevet at nytteverdien i undervisningen hovedsakelig lå i det å bli minnet på å ha fokus på ernæring, og at den påminnelsen var viktig.

«... nytteverdien ligger jo i det å bli påminnet om å ha fokus på det, og det er jo det vi gjør med alle temaer, at vi må minne hverandre på at dette må vi også ha fokus på.»

På spørsmål om undervisningen var relevant ble det svart bekreftende i alle gruppene. Noen syntes det var litt repetisjon av ting de kunne fra før, men at det også dukket opp nye detaljer som var nyttige. De fleste synes uansett det var fint å få frisket opp i kunnskapen. Flere var bevisste på det komplekse bildet ved pasientgruppen, som bidrar til at ernæring er viktig del av behandlingen.

«...psykiatriske pasienter, uten å generalisere i for stor grad, er jo veldig utsatt for livsstilssykdom i forhold til rusbruk, veldig høyt forbruk av tobakk, en del medisiner virker negativt inn på fettstoff og mye inaktivitet. Og mange er jo underernært fra før, eller har et lite gunstig kosthold, så det totale bildet er litt sånn urovekkende, og derfor er det et veldig nyttig tema og vite mer om. I tillegg så er det et av de elementene som er med på og kanskje hjelpe oss å se hele bildet av pasienten, hele bildet av det vi må jobbe med i forhold til utskrivelse.»

Det var vanskelig å tilrettelegge for at de ansatte fikk med seg alle tre undervisningstemaene. Flere uttrykket at de gjerne skulle ha deltatt på alle temaene, men at dette av ulike årsaker ikke lot seg gjøre. De fleste jobber turnus, og noen må alltid være igjen i avdelingen med pasientene i lunsjen. Hvor mange som trengs, avhenger av hvor mange urolige pasienter som er innlagt på det aktuelle tidspunktet.

«...det innebærer jo de utfordringene vi står i hele tiden, med at vi ikke klarer å gå ifra posten. Det er så marginalt personer til stede at vi trengs alle sammen. Sånn har det i hvert fall vært for oss en periode nå.»

«Jeg tror jeg måtte avbryte for eksempel da jeg var på det [undervisning] fordi det var ting som kom i veien og sånn. Så det er jo litt sånn som det er i den arbeidshverdagen her, så er det ikke alltid at man har tid.»

Det var enighet om at det ble reklamert godt nok, og at e-post som ble sendt ut om undervisningen i forkant, var tilstrekkelig. Personalet nevnte ingen spesielle rutiner knyttet til å spre kunnskapen fra undervisningen til dem som ikke deltok. Tidligere hadde referat fra faglunsjene blitt sendt ut til alle. Det ble foreslått å sende ut powerpointpresentasjonene på mail eller legge dem ut på fellesområdet.

Forbedringsforslag fra personalet

- **Tilleggstemaer for undervisning**

Når det gjaldt innholdet i undervisningen, var det flere som ønsket kunnskap og teknikker om motivasjonsarbeid og verktøy å bruke når man skal snakke med pasientene om ernæring og endring av vaner.

«Eller heller ha seminarer om hvordan vi kan påvirke pasienters ønske om å tenke mer på kost og mosjon og sånne ting. Fordi det er det som er den vanskeligste biten, den motivasjonsbiten.»

«...jeg tenker at det hadde vært fint hvis hun [studenten] hadde hatt kunnskap om hvordan snakke med pasientene rundt det. At vi kunne fått litt informasjon om verktøy å bruke da, i samtale med pasienter.»

- **Regelmessig undervisning**

Jevnlige innspill og påminnelser var i følge flere en nødvendighet for å opprettholde fokuset på ernæring i en travel hverdag. Noen ønsket økt fokus på ernæring ved bruk av mer undervisning, da de føler det lett blir glemt.

«Vi kunne hatt litt mer fokus på det, sånn at vi kunne hatt litt ernæringsundervisning innimellom, [...] for jeg tror det blir litt glemt i alle andre problemer.»

«...så det er absolutt bra å ha temastoff opp for personalet, med jamne og ujamne mellomrom [...]»

- **Halv- og heldagsseminar**

Ved spørsmål om hva man kunne gjort annerledes for å øke deltagelsen, var et forslag som kom opp i alle gruppene at det beste ville være å organisere halv eller -heldagsseminar med ernæring. Det ble påpekt av flere at dette krever ekstra ressurser.

«...skal vi samle mange så må det settes av tid, og det må leies inn folk, det må koste noe. Hvis en skal få til at alle skal få den samme informasjonen så må det koste noe, rett og slett»

«...man glemmer vel at ernæring også er en veldig viktig del av behandlingen da. Så det skulle kanskje vært noen sånne obligatoriske kurs på det også.»

«...vi hadde jo veldig urolig post i den perioden hvor hun [var der], så vi måtte jo gå fra midt i hele tiden ikke sant, og da blir det jo veldig sånn amputert da. Så det beste er jo å dra et annet sted og få det der.»

4.4.2 Utfordringer knyttet til ernæringscreening

Alle gruppene var enige om at de var flinkere med ernæringscreeningen da den ble innført (i 2008), men at det i dag ofte glemmes. Dette på tross av at det står oppført på en inntakstsjekklister, og at alle postene har en fast veiedag. Flere nevner at de er flinkere til å gjennomføre screeningen når det er spesielle tiltak på en pasient, f.eks. ved spiseforstyrrelser, underernæring eller ved oppstart eller bruk av Zyprexa. En av de ansatte utdypet noe av problemstillingen:

«At det blir glemt litt kanskje. For jeg vet jo at vi er veldig flinke på enkelte pasienter og i hvert fall hvis vi vet at det er et problem da, at de nekter å spise og at de er overvektige eller undervektige og de øker mye i vekt på grunn av medisiner og diverse. Da har vi nok blitt ganske flinke. Men så er det jo en del som sklir litt bort, spesielt hvis det er andre problemer. Og spesielt på skjermingsdelen, for der har man nok av andre ting å ta tak i. Så der vet jeg at det ofte blir glemt. Og så er man kanskje flinkere der man ikke har de samme utfordringene da.»

I følge personalet er det varierende hvordan pasientene reagerer på screeningen. På spørsmål om det er et hyppig problem at pasienter nekter å veie seg, er responsen fra noen at det ikke er et stort problem. Andre gir et inntrykk av at veiingen kan virke invaderende for pasienter som har et anstrengt forhold til vekt eller mat fra før, og at de i noen tilfeller må skjermes mot det fokuset. En forteller om skam knytta til vekt, og at de kan ha pasienter med ulike spiseforstyrrelser. Sitatene nedenfor illustrerer de ulike synene.

«Det går egentlig overraskende greit syns jeg, når man tar en runde med vekta. Hehe, ja, men det gjør faktisk det altså. Skulle kanskje trodd at det var flere som hadde sagt nei til å veies, ja. Men jeg har ikke støtt på så mange problemer med det altså.»

«...jeg syns det kan være litt invaderende. Jeg vet ikke hvordan jeg hadde syns det hadde vært og skulle veid meg hver uke skal jeg være ærlig og si. At folk skulle stått og målt livvidden min og veid meg ukentlig, det syns jeg nesten kan gi litt ekstra problemer til enkelte som er litt skjøre altså. Så den er det både pluss og minus med syns jeg.»

Det er uklart for flere i fokusgruppene hvordan rutinene rundt opprettelse av ernæringscreeningskjemaet faktisk er. Praksisen ved postene har vært forskjellig; noen har opprettet screening uten samtykke fra pasienten, mens andre har vært av den oppfatning at de måtte ha underskrift før de kunne opprette ernæringscreeningen i DIPS. Noen har inntrykk av at pasienter oftere nekter å veie seg når de har bedt om samtykke. Det har også vært uklarheter rundt de øvrige spørsmålene som står på screeningskjemaet og når disse skal fylles ut. Følgende sitater underbygger nevnte utfordringer.

«Og så har det jo vært litt sånn diskusjon om man skal ha en god... altså et sånt samtykke da, for å opprette den ernærings... det skjemaet.»

«Det tror jeg også faktisk at det gjør det hele litt sånn skremmende, at man skal underskrive på at min vekt kan skrives opp her og der.»

«Jeg setter meg ikke ned og går grundig gjennom ernæringscreeningen nei, det gjør ikke jeg med pasienter. Det tror jeg det er omtrent ingen hos oss som gjør.»

I en gruppe påpekes det at journalsystemet ikke er helt optimalt; ernæringscreeningskjemaene kan fort havne langt ned i systemet, og vekten til pasienten blir noen ganger kun ført inn i medisinkardex, der de pleide å notere det før innføringen av screeningen. Flere nevner at til tross for at de ikke klarer å gjennomføre screeningen som ønsket, så er det bra å ha en rutine for det.

«Vi klarer ikke å følge opp sånn som vi skal. Det gjør vi ikke. Men det er viktig at det allikevel er en forventning og rutine om at det ligger i bunn tenker jeg.»

«Men det er noe som skjer med ansvaret man føler da. Ja jeg vet ikke helt hvordan det foregår men da blir det gjerne ikke skrevet noen steder. Man blir usikker på hvor man egentlig skal føre det og så blir resultatet at man bare dropper å føre det opp.»

Nytten av ernæringscreeningen blir flere ganger spontant nevnt, spesielt i forbindelse med oppfølging av pasienter med undervekt. Personalet trekker selv frem eksempler på opplevd nytteverdi av screeningen for pasientene.

«... jeg har jo faktisk sett nytten av det som verktøy faktisk for ikke så lenge siden, vi fikk inn en pasient som var, jeg vil si ganske undervektig. [...] da kunne vi følge med for det gikk faktisk feil vei da, og det var jo veldig greit å kunne på en måte overvåke det med å ha en sånn fast veiedag. [...] og da fulgte vi jo alle, eller i hvert fall de involverte, veldig nøye med på hvordan utviklingen var da.»

«Det er jo ikke heller så veldig lenge siden at det ble gjort et medikamentskifte, ganske mye på bakgrunn av en veldig voldsom vektøkning på over ganske kort tid da. Pasienten var jo ernæringscreenet og så så man plutselig at oi, 10 kg det var kort periode. Og da ble det gjort et skifte, først en reduksjon og så et skifte i medikament.»

En forteller at det ikke nødvendigvis blir satt i gang tiltak ut fra ernæringscreeningen, med mindre personalet oppfatter det som alvorlig under- eller overvekt.

«...men i mer sånn gråsonepunkt der man kanskje har en mild overvekt eller lett undervekt så føles vel kanskje ikke den ernæringscreeningen som det helt store tiltaket egentlig. Man har gjort det, og så er det litt sånn, ja, nå har vi gjort det.»

Forbedringsforslag fra personalet

- **Presentere screeningen på en gjennomtenkt måte**

At det er avgjørende hvordan man presenterer screeningen for pasientene er flere av personalet enige om. En av postene har også screeningen som en integrert del av inntakst sammen med somatisk undersøkelse.

«...hvordan man går frem er jo, hvordan man får kommunisert er jo alfa omega.»

«Det har jo noe å si hvordan man presenterer det, men man gjør jo det på den smidigste måten man synes er fornuftig.»

- **Noen må etterspørre screeningen**

Det er lett at ernæringscreeningen glemmes, og noen utsagn kan tyde på at etterspørsel er nødvendig for å opprettholde rutinen.

«Gruppeleder må være litt på ballen og minne på det.»

«Har opplevd også at behandlerne er veldig opptatt av det, jeg merker at når vi har sånt lab- og medisinnmøte en gang i uka, og hvis ikke vekt og høyde er innført i kurven til pasientene så etterspør behandlerne det fort, «kan dere ikke skrive det inn?»

«Hos oss nå har det vært nesten mer når behandler spør «Kan dere gå og ta en vekt?»»

- **En person har ansvaret for ukentlig veiing.**

På en av postene er rutinen at et fast personale har ansvaret for å ta vekten på alle pasientene den faste veiedagen.

«Vi har blitt flinkere eller hva skal jeg si til å sette et personale hver mandag til vekt og det skal være gjort før klokka ti da, [...] og vi har blitt litt sånn stramma opp på det, og det har fungert ganske bra.»

- **Bedre integrering i DIPS**

Et forslag gikk ut på at ernæringscreeningskjemaet integreres i medisinkardex når dette en gang blir slått sammen med DIPS.

«...men der vil jo det kunne, tenker jeg, ernæringscreeningen ligge sammen med medisinkardex og andre somatiske... som en sånn pakke.»

4.4.3 Syn på studentens tilstedeværelse

Personalet beskrev tilstedeværelsen av studenten som noe positivt. Uformell prat i fellesområdet nevnes som en arena for kunnskapsutveksling og bevisstgjøring for pasientene, og flere nevner nytteverdi av pasientkonsultasjoner. Pasientundervisningen ble nevnt som spesielt verdifullt, men det påpekes at det aldri er mange som deltar i gruppene.

«...den pasienten var veldig veldig godt fornøyd med den undervisningen. Hun fikk svar på veldig mange spørsmål og tror hun kom neste gang og. [...] Så det tror jeg var veldig nyttig, i hvert fall for de som i utgangspunktet var interessert i å lære litt da.»

«Også syns jeg hun hadde en veldig bra tilnærma undervisning på pasientene. Jeg var kun med på den ene men den var veldig bra. Veldig nyttig for de som var til stede. De fikk aha-opplevelser.»

Flere pasienter hadde omtalt ernæring som et spennende tema, og hadde vist engasjement og interesse for å lære mer på eget initiativ i etterkant av intervensjonen. En forteller også at kjøkkenansvarlig på posten syntes det var inspirerende og fint å ha noen å diskutere utvalg og rutiner med.

På en av postene hadde det økte fokuset ført til at flere pasienter ble henvist til kef:

«...på posten så har vi hatt jeg tror tre pasienter etter at Sara Linn var her som vi har henvist til klinisk ernæringsfysiolog. Og de var her lenge før hun var her, og de er her enda. Og det er jo en korrelasjon mellom det at vi har blitt mer bevisst vi som jobber her da. Så det syns jeg har vært veldig positivt, og vi har kanskje tenkt mer på det.»

Det kommer frem i flere grupper at det nylig har vært en innstramming av rutinene for ernæringscreeningen, og noen setter dette i sammenheng med studentens tilstedeværelse.

«Akkurat den oppstramminga har vært sånn etter skal vi se, ja en måneds tid tenker jeg. [...] Så det kom sikkert litt sånn sammen med at Sara Linn var her også.»

«...hvis to poster til nå har hatt en oppstramming på det, så vil jo jeg anta at det har hjulpet ja. At det har vært fokus på det.»

På spørsmål om de har endret noe praksis etter intervensjonen, er det få som har noen referanser til dette utover innstrammingen av screeningrutiner. En av postene hadde også strammet inn rutinen om at pasientene må smøre matpakke mellom måltider hvis de trengte ekstra mat.

Forbedringsforslag fra personalet

- **Fast tilstedeværelse av fagperson på feltet**

Noen etterspurte en som kunne ha hovedfokus på ernæringstemaet ved avdelingen

«Det er klart at når hun var der så blir man jo påminnet om tema. Men sånn personlig så har jeg vel ikke endret noe sånn praksis etter det da. Men jeg tror det hadde vært veldig fint hvis man kunne hatt henne der fortsatt, også at hun kunne vært en sånn som hadde veldig fokus på sitt tema da selvfølgelig, og satt i gang en del prosjekter. [...] da tror jeg man hadde fulgt opp det i ganske stor grad, altså sykepleierne, eller hvem det nå måtte være. Men det blir liksom sånn med en gang hun drar igjen så gjør man sånn som man alltid har gjort.»

«Det har jo en slags, det har jo en litt annen effekt når det kommer noen på en måte utenifra da, at vi kanskje slurva, enn at vi gjør det til hverandre. Det blir litt sånn, jaja, men hvis det kommer utenifra så kan det hende at man tar det litt mer til seg.»

4.4.4 Syn på mattilbudet

Alle gruppene synes det er gjort mye forbedringer når det gjelder mattilbudet ved postene de siste årene. Flere av endringene beskrevet under «tidligere tiltak» i avsnittet om VFH (kap 1.6.2) blir trukket frem i gruppene som positive.

Det er allikevel ulike syn på mattilbudet. Noe av personalet synes posten serverer et ernæringsmessig godt sammensatt kosthold, mens andre mener det er for mye usunt og at forbedringspotensialet er stort. Sitatene nedenfor illustrerer ulike syn.

«...vi har fokus på riktig ernæring i gode sammensatte måltider, så alt det vi serverer på posten av mat, det er god norsk mat.»

«Det at dette er et helsefremmende sykehus, det syns jeg jo virkelig er synlig.»

«Det er jo mye av maten som ikke er så veldig sunn her. Det er jo ikke sunt å spise fem brødsiver til lunsj med brunost på hver brødsive, meierismør og syltetøy.»

«Det som står fremme mellom måltidene er jo type Corn Flakes, sukker, altså det er veldig raske karbohydrater som ikke nødvendigvis er, etter min mening veldig gode mellommåltider da.»

Det er særlig de tre brødmåltidene det er uenighet om. Mange fremhever at det er et bra utvalg med pålegg, mens noen synes det kan være i meste laget. Det nevnes at posten har flere forskjellige typer av ost, smøreost, syltetøy, kjøttpålegg, posteier og fiskepålegg til hvert måltid. Det kommer ellers frem flere personlige oppfatninger om kvaliteten på brødmåltidene som serveres.

«Og det er jo, når du kjenner på de brødsivene så er det jo nesten bare luft, så jeg kan jo mistenke at det bare er farga med noe stoff og så et par korn i liksom.»

«Er det rart at pasientene får sånne bollemager? Det er liksom tre brødmåltider og det er loff.»

«... jeg personlig er uenig i at den brødmaten er kjedelig, fordi til og med brødet er relativt mykt og ferskt, og det er mer variasjon av pålegg enn mange kanskje har hjemme. Så jeg tror det er mer holdninger enn i smak.»

Alle fremhever det å supplere brødmåltidene med andre ting som noe positivt. Rutinene for hvor ofte dette gjøres varierer mellom postene. Eksempler på alternativer kan være havregrøt til frokost, salat til lunsj eller varm mat til kvelds.

Det er ulike rutiner for mellommåltider på postene. På en av postene er den generelle regelen er at pasientene ikke skal få utlevert mat mellom måltidene, og de stenger matsalen og

oppfordrer pasientene til å smøre matpakke hvis de skal ha noe mellom måltidene. En annen post har alltid noe tilgjengelig hvis pasientene ønsker mat utenom måltidene.

Brusautomaten på VFH ble diskutert i to av gruppene, og det var enighet blant personalet at det nok ikke hadde blitt store reaksjoner hos pasientene hvis man fjernet brusautomaten. Noen betviler en stor effekt av å fjerne den, fordi pasientene heller kjøper seg brus på butikken da det er rimeligere.

«Tror ikke det hadde skjedd så mye.»

«Så ja, jeg føler ikke egentlig at det brukes så mye den brusautomaten hos oss, men det er klart det drikkes mye brus det gjør det. Vi har jo en nå som ikke har drukket vann på flere år for eksempel som bare drikker Tab Extra så...»

Forbedringsforslag fra personalet

- **Alternativer til brødmåltider**

Noen synes det kan gjøres mer for å variere brødmåltidene, og flere ansatte virker fornøyde med tilbudet hvis de også har alternativer til brød.

«... vi har jo tre måltider om dagen som er det samme tørre brødet med syltetøy porsjonspakninger på en måte. Og der tror jeg nok vi også kunne ha blitt litt flinkere da, hatt litt mer alternative ting til frokost og lunsj og...»

- **Rotering av pålegg**

Det å ha forskjellige utvalg av pålegg og andre ting til brødmåltidene hadde vært et tiltak som var satt pris på av pasientene tidligere.

4.4.5 Pasientenes ernæringsfokus

De ansatte forteller at det er veldig varierende fokus på ernæring blant pasientene. Noen kan være svært opptatt av ernæring eller mat i den grad at det styrer alt, mens andre kan virke som de har veldig lite kunnskap og interesse.

«Jeg opplever at det er litt sånn skille, at man har de som går på de undervisningsgruppene, de har gjerne litt kunnskap fra før, og så er kanskje ikke problemet så stort heller fordi de jo har en viss interesse for det. Og så har du de som kan overraskende lite om ernæring hvor det er vanskeligere kanskje å komme i posisjon da, til å gjøre noen endringer.»

Noen nevner at de ofte føler at det er et behov for kosemat, og at pasienter ofte etterspør om de kan få noe godt eller bake noe. En trekker frem at måltider eller mat noen ganger kan være høydepunktet i løpet av dagen for pasienter som er på skjermet. Generelt fokus på et sunnere kosthold mener noen ikke er det tema som blir brakt raskest på banen. De gangene det vises interesse for ernæring hos pasienten, forteller en ansatt at de ofte er flinkere til å henvise til kef, istedenfor å ta samtalen selv.

Flere forteller at de får mange klager på brødet fra pasientene, og at mange er lei av tre brødmåltider om dagen.

«Jeg tror kanskje det med brødet er det jeg har fått flest klager på fra pasientene. Det er veldig mange som har tatt det opp selv og sier at "Det her er ikke bra for magen min og jeg legger på meg av det" og "Kan dere ikke prøve å få bytta ut i hvert fall ett måltid med noe annet?".»

På samme tid forteller flere at salat til lunsj er veldig populært blant pasientene, og at den alltid blir spist opp.

Pasienter med preferanse for søt mat nevnes hyppig. Eksempler som kommer frem, er flere flasker med brus i kjøleskapet, boller, snacks og godteri. Bruk av mange sukkerposer i kaffe og te eller på Corn Flakes går igjen. Det er tydelig at det oftere er junkfood, godteri og brus som blir handlet inn når pasientene kjøper ting selv, eller personalet handler for dem, enn sunnere alternativer. Personalet forklarer noe av innkjøpene med at pasientene er lei av maten på avdelingen.

«Jeg har tenkt på det samme selv, jeg tror at hvis jeg skulle vært her i flere måneder, så hadde den maten her kjeda meg, og at jeg kanskje hadde kjøpt noe annet hvis jeg hadde hatt muligheten til det.»

«Det er det jo mange pasienter som sier at de er så dritt lei av den maten nå at det er derfor de går ut og kjøper seg noen andre ting. Og da blir det ofte hamburger og kebab og ja...»

Pasientene har i følge personalet mye fokus på medikamenter og bekymrer seg for bivirkninger. Vekt er stadig et tema hos pasientene, og problemstillingen blir ofte tatt opp i behandlersamtaler og i undervisningsgrupper. Flere av pasientene er innlagt på tvungent psykisk helsevern og får medisin mot sin vilje, og vektøkningen brukes av noen som et argument for å slutte å ta medisiner.

«... det syns jeg veldig ofte kommer opp i sånne forhandlingssamtaler når man ikke vil ta imot medisin, så kommer veldig ofte tema "Men jeg har gått opp 10 kg sist gang jeg stod på det medikamentet".»

«Man ser jo at det er så stort problem, og at det er derfor mange slutter på medisiner også da når de skrives ut, på grunn av at de legger på seg mye eller har den ekstreme hungeren hele tiden.»

4.4.6 Opplevde ernæringsutfordringer blant personalet

To ernæringsutfordringer gikk igjen i alle gruppene. De forteller om et høyt sukkerinntak blant pasientene og hos noen en veldig økt sultfølelse av medikamenter. I kombinasjon kan dette være noe som i følge personalet er vanskelig å arbeide med.

«Enormt forbruk av Cola og masse søt, sukkerholdig både mat og drikke. Masse boller og brus [...]»

«Og så ekstreme mengder med sukker i kaffe og te [...] altså det er sånn tre fire poser oppi en kaffekopp.»

Rusmisbrukere blir nevnt som spesielt ekstreme når det kommer til sukkerinntak, og noen tror dette kan ha med forsterkning av rusopplevelsen å gjøre eller at denne pasientgruppen har et større behov for å stimuleres på en eller annen måte og dermed bruker sukkerposer istedenfor rus når de er innlagt.

«Jaja, og du ser det når de skal ha Corn Flakes så er det femten poser med sukker oppi, det er nesten så det står et tårn altså. Men jeg har forstått at det kan ha noe med den ruseffekten og gjøre, at det kan stimulere litt. I hvert fall de som har heroinavhengighet uten at jeg skal si det helt sikkert. Men det ser man jo i hvert fall på flere av dem, at det går veldig veldig mye sukker med.»

Vektøkning og økt appetitt som bivirkning av medisiner fremstår som en velkjent problemstilling for personalet. Zyprexa blir hyppig nevnt som en av verstingene. Alle gruppene har eksempler på at bivirkningene har vært problematisk når det gjelder behandlingen.

De har observert at den ekstreme sulten ofte inntreffer raskt, og kan være ødeleggende for pasienters eget ønske om vektreduksjon. Den kan også være enda en faktor som vanskeliggjør ernæringsarbeidet.

«... men den ulvehungern eller hva man skal kalle det, den er jo ganske påtrengende da, så selv om man snakker om det så vil jo den hungeren ligge der.»

«Og de sier selv at det er ikke bunn i meg liksom. Jeg blir aldri mett! Jeg går rundt og er alltid sulten.»

«... når de har begynt på medisiner, så kan det være sånn rett etter frokost: "Ja, er det lenge til lunsj?" og de spiser gjerne mer, og etter lunsj så er det "Er det lenge til middag? Når er det middag? Hva er det til middag?", og det blir veldig fokus på mat hele tiden plutselig.»

Flere andre utfordringer blir også tatt opp i varierende grad. To av gruppene nevner måltidsrytme som en utfordring. Mange pasienter kommer seg ikke opp til måltid, og noen venter helt til kvelden med å spise. Da hender det at det blir veldig store måltider og mye usunt.

«Og også pasienter som velger å slanke seg på den måten at de hopper over alle måltidene og så spiser de en sjokolade til kvelds på en måte. Altså dårlige valg eller dårlige kunnskaper.»

Noen pasienter kan tidvis være paranoide på personalet og/eller maten som serveres ved posten, og nekter å spise. Flere forteller at det å motivere pasientene til å velge de riktige matvarene ikke alltid er så lett, og en synes at det spises for lite grønnsaker. Pasienter som ikke tar hensyn til at de har spesialkost, f.eks. diabeteskost, kan også være vanskelig og håndtere i følge én.

Det økonomiske aspektet blir også trukket inn, med tanke på at det kan være dyrt med sunn mat og at flere av pasientene har dårlig råd. Overgangen til en hjemmesituasjon med hensyn på ernæringsoppfølging blir også sett på som en utfordring. Personalet trekker frem eksempler på pasienter som bare har spist ferdigmat eller junkfood og må lære seg å lage handleliste.

«Hører jo eksempler på pasienter som har levd på Grandiosa og frossenpizza stort sett daglig frem til man kommer inn hit, og så får jo man nye rytmer, nye vaner. Men og på en måte få overført det til pasienten skal hjem da.»

Forbedringsforslag fra personalet

- **Motivere mer til endring**

Det ble diskutert om de går tilstrekkelig inn og motiverer til endring av matvaner, som mindre bruk av sukkerposer.

«Vi går jo inn litt men vi kunne absolutt vært mye flinkere til det. I hvert fall hos enkelte pasienter tenker jeg, som er mer åpne for å lære mer om ernæring.»

- **Grensesetting ved matinnkjøp**

Flere foreslår i større grad å begrense innkjøp av usunn mat til pasientene, selv om det også er forståelse for at dette er vanskelig i mange situasjoner

«Samtidig så er jeg så opptatt av at vi har et ansvar for den fysiske helsen og, og det med vekttoppgang. For det er så mange som øker i vekt og som plutselig er 10 kg, 15 kg tyngre enn da de kom inn, og det er veldig kjipt for de. Så på en måte så mener jeg at vi må være strengere på det.»

- **Øke kunnskapen til pasientene**

En påpeker at det er bedre å øke kunnskapen til pasientene og ha mer undervisning enn å nekte dem sukkerposer.

«... fordi når de kommer hjem så kan de jo spise akkurat så mye sukker de vil.»

- **Matlaging**

Det fremheves at matlaging kan være et område pasientene lett kan føle mestring på.

Ergoterapeutene blir her trukket frem som en ressurs.

«... så skaper det ganske mye mestringsfølelse tror jeg, som kan være nyttig.»

- **Bedre oppfølging av ernæring etter utskrivelse**

Et forslag gikk på å øke ettervernstilbudet rundt ernæring, for eksempel gjennom poliklinikk eller kafé- og aktivitetssentre.

«Men det er jo noen ting som vi kan ha fokus på da, det fins jo ulike sånne kafé- og aktivitetssentertilbud som man kan besøke på forhånd og ha omvisning og tilrettelegge for at pasienten i hvert fall kan vite om tilbudet [...]»

4.4.7 Problemer ved oppfølging

De fleste kvier seg ikke for å snakke om ernæring med pasientene, men fremstiller det heller som en av de lettere tingene å snakke om ved avdelingen. Allikevel kommer det frem at noen synes det kan være vanskeligere å ta opp temaer rundt ernæring og vekt hvis problemene skyldes dårlig vaner og livsstil kontra kun medisinerings.

«Jeg tror jeg hadde synes det hadde vært vanskeligere hvis det hadde vært en person som var veldig overvektig, enn at det bare er på en måte, hva skal man si, slurv i ernæringen da. For det blir jo sårere tema, hvis det er et tydelig problem.»

En påpeker at det kan være lettere å henvise til kef i situasjoner der spiseforstyrrelser og dårlig selvbilde med hensyn på vekt er fremtredende.

«... og det kan også da ofte være lettere å få ressurser utenifra at noen fra, ja klinisk ernæringsfysiolog fra Lovisenberg sentralt er inne og hjelper til å veilede, enn at vi går inn i den type problematikk. Så kan vi ha fokus på andre, annen problematikk enn det som har med kosthold og gjøre. Og heller oppfordre pasienten til å følge det samarbeidet som, og den planen som er lagt sammen med ernæringsfysiolog, istedenfor at vi legger den planen.»

Det dukker opp flere eksempler på situasjoner der personalet prøver å motivere til sunnere matinntak. Når det kommer til å begrense sukkerbruken forteller flere at de kommenterer det når pasientene bruker store mengder, men at det ikke alltid har synlige resultater og heller blir masete og lite konstruktivt.

«Altså det sukkeret er på en måte det siste problemet hans, sånn som jeg på en måte føler at det blir formidla tilbake. Jeg fremstår veldig masete hvis jeg skal drive og løpe etter han og klage på at han tar for mange sukkerposer i maten sin.»

Flere forteller også at de trekker seg unna hvis kapasiteten og viljen hos pasienten for å ta i mot informasjon ikke er til stede. Det fremkommer at det er sjeldent at pasienter selv ber om hjelp for å begrense matinntaket. I noen tilfeller der pasientene har bedt om restriksjoner og ønsker hjelp, så kan pasienten selv ha glemt dette ved et senere tidspunkt, eller de klarer allikevel ikke å følge planen.

Utlevering av annen mat og drikke mellom måltidene skal egentlig ikke forekomme, men personalet forteller at det allikevel er mye utlevering av yoghurt og appelsinjuice. Noen føler at det er vanskelig å overholde en regel når ikke alle er konsekvente.

«Så det blir veldig vanskelig å opprettholde en generell regel når det er mange som ikke følger det da. For da blir det noen som er snille og noen som er kjipe, alltid sier nei, og noen er sånn der: "du er kul, fiks en yoghurt, gjør du ikke det"...»

I alle gruppene blir det snakket om utfordringen med å prioritere ernæringsarbeid på postene, fordi det er så mange andre aspekter som man må jobbe med ved en slik avdeling.

Forebygging av vold er førsteprioritet, og begrepet «velge sine kamper» går igjen. Dialogen nedenfor eksemplifiserer problemstillingen:

«Og så bruker man jo skjønn i forhold til er det fare for vold eller aggresjon for eksempel. Man må velge kampene sine litt da i forhold til hvordan man vil ha det i avdelinga.»

«Absolutt, absolutt. Det er pick your fights.»

«Det er jo noe med å huske på at det er jo de tyngste gruppene vi har her inne. Der det er ganske mange faktorer som virker ganske ødeleggende, så det er klart at da er kanskje ikke akkurat det den kampen man prioriterer først og fremst, som sagt.»

De forklarer at forebygging av utageringer blir viktigere enn å krangle med pasienten om hvor mange sukkerposer de får bruke i teen. Eller man gir etter og henter en yoghurt mellom måltider for å bygge gode relasjoner og av omsorg for pasientene fordi man har medfølelse med at de er innlagt og har det vanskelig.

Personalet forklarer også utfordringen med ernæringsarbeidet når mange av pasientene er innlagt på tvang eller noen er på skjermet avdeling uten mulighet for å handle på butikken selv. De beskriver et dilemma der de prøver å servere sunn mat ved posten, men ikke føler at de kan nekte pasienter annen mat.

«Jeg tror mye av den argumentasjonen som blir brukt, er det der med at flesteparten av våre pasienter er innlagt på tvungent psykisk helsevern og når man først da blir innlagt mot sin vilje så skal man ikke engang få lov til å bestemme hva man har lyst til å putte i seg. Så jeg tror det blir liksom litt den ja... hvilke kamper man tar liksom.»

«Det er et sted hvor det kanskje er litt utfordring å opprettholde akkurat sånne kostholdsregimer, fordi man har lyst til å gi noe ekstra og bygge relasjoner og sånne ting.»

Det fremgår at det på flere ernæringsrelaterte områder (screening, matservering, rutiner for mellommåltid) har vært vanskelig å opprettholde fokus over tid. En kommentar som går igjen er:

«... ting sklir litt ut da! Det har en tendens til å gjøre det. Rett og slett.»

Forbedringsforslag fra personalet

- **Konstruktive settinger**

Å påpeke matvaner til pasienter under måltider eller i en 'her og nå'- setting som på butikken eller ved utlevering av sukkerposer, ble omtalt som lite konstruktivt. Forslag gikk på at det heller kan tas opp i etterkant eller i miniteam.

- **Jevnlig påminnelser**

Flere nevner at jevnlig påminnelser både for personalet og pasienter er nødvendig for å opprettholde fokuset. For noen pasienter kan det være nødvendig å få skriftlig informasjon.

- **Mer samkjøring og fokus i avdelingen**

Ulike forslag gikk på å henge opp lapp om hva som skal serveres til hver av brødmåltidene og tydeligere rutiner på hvordan ting skal gjøres ved avdelingen med hensyn på grensesetting og mellommåltider. Bedre opplæring i hvordan maten skal serveres, så det fremstår mer delikat, ble også foreslått.

«for det er jo stort sett VI som savner at det står noe der, og det er jo ikke til å stikke under en stol. ”Og, nei, vi skulle kanskje hatt litt...”, og så drar man ut en ekstra skål med, ja, hva det nå måtte være som var ønsket.»

«... hvis man skulle gjort noe med det tenker jeg at da måtte man hatt et fokus på det på avdelingen. At man var ganske samkjørte på de tingene der [...]»

- **Behandlingsplanen**

Noen ganger kan det føres punkter om ernæring i behandlingsplanen til pasienten. Eksempler som ble nevnt var begrensning av sukker, ingen utlevering av mat mellom måltidene eller andre ting som skal følges opp etter utskrivelse.

«Jeg skrev i kriseplanen sammen med en pasient i går. Og da hadde de som forvarsel at [...] tegn på forverring av tilstand ute er når hun slutter å spise. Som ble lagt inn som et, ja, hva skal man si, et punkt i kriseplanen. Sånn til å være obs på i det videre.»

4.4.8 Ansvar for fokus på ernæring

I to av gruppene ble det spurt om hvem som har ansvaret for å opprettholde fokuset på ernæring ved avdelingen. En av gruppene forteller at postene har hatt, og egentlig skal ha en ernæringsgruppe som møtes og snakker om servering og rutiner rundt måltider på posten. Andre nevner at de som jobber på kjøkkenet allerede har noe fokus på ernæring, og at mer opplæring av de kjøkkenansvarlige og deres delaktighet i ernæringsgruppa kan bidra til mer fokus.

«Jeg tror også det er viktig at det er noen som har ansvaret. Eller for eksempel, nå er jeg faktisk usikker på om [det ernæringsteamet] hos oss eksisterer, men det er i hvert fall et lite utvalg av personalet som sitter ned og så evaluerer litt da og ser litt på hva skal være i skapet.»

Noen etterspør tydeligere rutiner og bestemmelser fra ledelsen i avdelingen om hvordan ting skal være. Grundigere opplæring av ekstravakter er også et ønske fra noen. Dialogen nedenfor illustrerer dette:

«... at man har rutiner på det, at det står skrevet svart på hvitt kanskje?»

«Akkurat hva som skal serveres.»

«Og at det kanskje er tydelig fra ledelsen at sånn gjør vi det her, og sånn skal det være.»

En av gruppene kom spontant med et ønske om å kunne ha kef tilgjengelig på morgenmøter for å konsultere med angående pasienter. En tror at personalet hadde fulgt opp initiativer og prosjekter igangsatt av kef, og at det hadde vært fint å ha en som opprettholdt fokuset på ernæring spesielt.

«... Da blir det lettere å huske på for min del i hvert fall, at nå kan vi ta tak i noe her, eller at du har den muligheten i hvert fall til å ha noen å diskutere med, istedenfor at nå skal det henvises og, ja. Hele den balletten.»

Andre påpeker at det er vanskelig å holde seg oppdatert faglig på et felt som ikke er ditt spesialområde, og at det i psykiatrien med sine utfordringer på ernæringsområdet er spesielt viktig med tilstedeværelse av kef.

«Men er det et sted hvor en skulle ønske seg en ernæringsfysiolog så er det jo psykiatrien, for vi ser jo at det er store utfordringer, og det er jo sånn at alle yrkesgrupper får flere og flere jobber tillagt stillingen sin, sånn er det jo overalt i samfunnet i dag, så det er klart at det feltet du ikke er spesialisert innen det har jo lett for å bli dytta litt og skjøvet litt tid side. Så sånn sett så ville jo en ernæringsfysiolog hatt et større

fokus på akkurat det som er av stor viktighet innenfor psykiatrien. Det tror jeg.»

Forbedringsforslag fra personalet

- **Ledelsen og behandlere**

Flere av utfordringene går på dilemma der regler og grensesetting skal balanseres med pasientenes valgfrihet. Flere utsagn tyder på at det uten klare rammer blir vanskelig å argumentere med eller motivere pasientene med hensyn på ernæring.

- **Primærkontakter**

Flere nevnte at primærkontaktene kunne være ansvarlig for å snakke med pasienten om ernæring. Dette måtte være i forkant så man unngikk å komme i en kjefteende posisjon.

«Og sånn grundig jobbing med våre pasienter blir kanskje ikke gjort så ofte. At vi virkelig har sånne grundige samtaler og hører litt om spisevaner og lager noe slags analyse på det. Det kunne vi kanskje sånn for eksempel som primærpersoner gjøre litt mer med pasientene.»

- **Ernæringsteam**

Det påpekes at det egentlig skal være et ernæringsteam ved avdelingen som har jevnlige møter. Flere mener det er viktig at kjøkkenansvarlig er delaktig i gruppen.

- **Mer opplæring av kjøkkenansvarlige**

Kjøkkenansvarlige blir sett på som viktige brikker som også bør delta i ernæringsteamet.

«...hun som jobber på kjøkkenet hos oss hun kan jo nesten si hvem som var på kveldsvakt dagen før, for hun ser hva som har gått i kjøleskapet, ikke sant? Så vi har ganske, vi er ganske ulike på dette tror jeg.»

- **Klinisk ernæringsfysiolog**

Ønske om å ha klinisk ernæringsfysiolog ansatt ved avdelingen.

«Kanskje vi en gang i fremtiden har ernæringsfysiolog med i tverrfaglig gruppe?»

5 Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

Denne oppgaven bygger på både kvantitative og kvalitative data, såkalt metodetriangulering. I nyere tid har kvalitativ metode og metodetriangulering blitt vanligere å bruke i helsefag, og har mye å bidra med innenfor ernæringsfaget (147, 148). Kvalitativ metode er spesielt relevant i helsefaglig forskning som undersøker menneskelig atferd og relasjoner, fordi det undersøker *hvordan* og *hvorfor* folk gjør som de gjør (147).

Variasjon i datainnsamlingen kan bidra til høyere grad av validitet, og belyser spørsmålene fra flere perspektiver (149). I tillegg kan det minske faren for at pre-eksisterende holdninger hos forskeren farger resultatene. Her bidrar de kvalitative dataene til evaluering av intervensjonen kvalitetsmessig og praktisk, noe som kan brukes i en fremtidig intervensjon eller undervisningssetting. I tillegg bidrar fokusgruppene til å belyse utfordringer og holdninger personalet har i arbeidet med ernæring på avdelingen.

5.1.1 Design og ekstern validitet

Designet på intervensjonen ble begrenset til seks uker for å ha tilstrekkelig tid til datainnsamling, men tidsperspektivet ble også delvis påvirket av kapasiteten i avdelingen. Personalet ble ikke informert om at dette var en intervensjon for å øke fokuset på ernæring i avdelingen.

Designet på studien er en intervensjon uten kontrollgruppe. Evalueringen er derfor intern, og kan ikke uten videre overføres til andre avdelinger i psykisk helsevern. Lite utvalg gjør også at dataene er mindre generaliserbare. Funn fra fokusgruppene kan allikevel ha en overføringsverdi, i at helsepersonell kan møte på tilsvarende utfordringer rundt ernæringsarbeid. De kan også brukes ved planlegging av fremtidige intervensjoner, i fagutvikling eller til utvikling av hypoteser til fremtidig forskning.

5.1.2 Spørreskjema til personalet

Spørreskjemaet ble utviklet av studenten og veiledere. Skjemaer med flervalgsspørsmål er ansett som et bra verktøy for å måle økt kunnskap i undervisningsøyemed blant helsepersonell (150). For å få tilbakemelding på formuleringer og på om spørsmålene var forståelige, ble spørreskjemaet sendt på mail til et utvalg personer uten spesiell ernæringskunnskap. Det ble gjort små justeringer av svaralternativene etter dette.

Det flere svakheter knyttet til bruken av spørreskjemaet. Spørreskjemaet ble ikke formelt pilottestet før intervensjonen, da vi ikke hadde tilgjengelig en passende populasjon. Pilottesting kan avdekke om spørsmål er vanskelige å forstå, eller er for lette eller vanskelige for målgruppen. Det ble ikke stilt mange spørsmål under utfyllingen av spørreskjemaene, noe som kan tyde på at spørsmålene var forståelige og greie å svare på. At ingen svarte riktig på alle ti spørsmålene kan tyde på at spørreskjemaet hadde litt høy vanskelighetsgrad for målgruppen, eller at noen av svaralternativene var suboptimalt utformet.

Et viktig moment ved validitet rundt spørreskjemaer er at man bruker samme spørreskjema før og etter intervensjonen. Den versjonen av spørreskjemaet som ikke var endret etter tilbakemeldinger på formuleringer, ble utilsiktet brukt blant personalet som svarte etter intervensjonen. Dette innebar at to av spørsmålene hadde variasjon i de gale svaralternativene før og etter intervensjonen. Det kan ha påvirket hvordan personalet svarte på disse spørsmålene.

Vi ønsket i utgangspunktet å ha parede data i denne intervensjonen. Alle som svarte på spørreskjemaet før intervensjonen fikk derfor tildelt et nummer som ble ivaretatt anonymt til neste gang de skulle svare på spørreskjemaet. Grunnet turnusarbeid og stor utskiftning i hvem som deltok på første og siste undervisningstime, endte vi opp med en blanding av parede og uparede data. Det var kun fire personer som var de samme før og etter. Grunnet overvekt av uparede data ble det etter anbefaling av statistiker valgt å behandle dataene som uparede.

De som kun deltok på 2. tema, har ikke svart på spørreskjemaet. Det faktiske antallet som deltok på tredje undervisningstema gjenspeiles ikke korrekt i antall skjemaer, da flere måtte gå tidlig fra undervisningen og dermed ikke fikk fylt ut skjemaet. Vi har ikke tall på hvor mange som deltok på undervisningen utover de som har svart på spørreskjemaene, men dette antallet er noe høyere.

5.1.3 Ernæringscreeningskjemaer og spørreskjema til pasientene

Ernæringscreeningskjemaer og spørreskjema til pasientene ved utskrivelse ble samlet inn i en tremånedersperiode før og etter intervensjonen. Dette er korte perioder og utvalget er lite, noe som påvirker validiteten av dataene. Kun ernæringscreeningskjemaer fra de pasientene som var blitt skrevet ut, ble inkludert. Det kan dermed ha vært flere pasienter som ble ernæringscreenet i innsamlingsperiodene som ikke er medregnet her, da disse pasientene fremdeles var inneliggende. Dette ble valgt delvis for å kunne sammenligne ernæringscreeningsprosenten med tidligere rapporter, delvis fordi noen pasienter er innlagt over lang tid og dermed kunne blitt registrert to ganger over et halvår. Innsamlingen av screeningskjemaer foregikk på ordinær måte, ved manuell notis til kef i DIPS hver gang en pasient ble skrevet ut. Hvis det ikke ble gitt beskjed om utskrivelse fra VFH, kan dette ha ført til manglende skjemaer.

I begge innsamlingsperiodene var det også en ferieperiode der personalgruppen ved avdelingen kan ha bestått av flere ekstravakter og vikarer uten samme kjennskap til rutiner. Opprinnelig startdato for første innsamlingsperiode måtte utsettes med en måned, da en av postene ikke hadde kommet i gang med innsamlingen enda. Det ble dobbeltsjekket at screeningskjemaer samlet inn fra den første måneden ikke ble inkludert i analyser.

Første registrerte vekt i ernæringscreeningskjemaene gjenspeiler ikke nødvendigvis vekten til pasienten på innleggelsestidspunktet, da noen var veid første gang på et senere tidspunkt. En av postene manglet en tid høydemåler, og brukte da selvrapportert høyde fra pasienten ved ernæringscreening. Personalet ble ikke informert om at ernæringscreeningskjemaer ble samlet inn som et mål på effekt av intervensjonen.

Spørreskjema til pasientene om ernæringstilbudet ved avdelingen ble lagt ved som tillegg til utskrivelsesintervjuet fra Statens Helsetilsyn (144). I den forbindelse ble det også spurt om samtykke til å koble ernæringscreeningskjema opp mot journalen til pasienten. Dette ble ikke benyttet til noen videre analyser, da få pasienter samtykket. Svarresponsen fra pasientene kunne muligens vært høyere hvis de bare hadde blitt forespurt om intervjuet. En annen årsak til lav svarrespons kan være at personalet har glemt å legge ved spørsmålene om ernæring ved utskrivningsintervjuet, eller at pasientene ikke har blitt intervjuet ved utskrivelse. Vi har ikke funnet tall på svarresponsen fra det ordinære intervjuet, og det er dermed ikke grunnlag for å si om denne differerer fra vår.

5.1.4 Fokusgrupper

Fokusgrupper egner seg godt i kvalitative studier der temaene ikke er spesielt sensitive. Fordelen med fokusgrupper kontra individuelle dybdeintervjuer er at deltagerne blir bevisstgjort temaer og elementer av hverandre underveis, og man kan utnytte denne såkalte pingpong-effekten til at diskusjonen flyter uten å måtte styres i for stor grad av moderatoren. Gruppedynamikken i en slik setting fremmer deltagerens eget vokabular og normer, og gjør situasjonen mer virkelighetsnær enn ved individuelle dybdeintervjuer (151).

Fokusgruppeintervjuer skal utføres i stille, kjente omgivelser, slik at opptakene blir tydelige og deltagerne føler seg komfortable (152). Det var essensielt å holde intervjuene på VFH i arbeidstiden for at personalet skulle få tid til å delta i en presset arbeidssituasjon. Noe bygningsarbeid foregikk utenfor bygget, men dette forstyrret ikke opptakene.

Et mål i datainnsamlingen ved fokusgrupper er å oppnå metning i materialet (152). Det er derfor nødvendig å ha flere fokusgrupper rundt samme tema. På det tidspunktet det ikke dukker opp nye momenter i løpet av fokusgruppene har man hatt mange nok grupper. Tre til fem fokusgruppeintervjuer er ansett som tilstrekkelig for å fange opp diversiteten i folks meninger (152). Det var tentativt planlagt fire fokusgruppeintervjuer, men tilstrekkelig metning i materialet ble oppnådd etter tre.

Utvalg

Utvalget til fokusgruppene var personalet, da hensikten med gruppene var evaluering av intervensjonen, herunder undervisningen. Derav ble kun personalet som hadde deltatt på undervisningen forespurt om deltagelse i fokusgruppene. Det kan tenkes at personalet som ikke deltok på undervisningen, eller takket nei til å delta i fokusgrupper, har andre holdninger og synspunkter enn de som deltok. Deres meninger vil ikke fremkomme i denne studien, noe som i teorien kan gi et skjevt bilde av personalet som gruppe. Stor diversitet i elementer som dukket opp, og tilstedeværelse av negative og positive utsagn i fokusgruppene, vitner imidlertid om at mye er dekket. Dynamikken i gruppene gav uttrykk av en felles forståelse på flere områder.

Gruppen skal være liten nok til at alle får sin stemme hørt, men stor nok til å skape bredde og dybde i diskusjonen (152). Vi hadde som mål å ha 6-8 deltagere i hver gruppe. Et antall på 6-10 deltagere er ofte anbefalt, men mindre grupper er mer passende når deltagerne er veldig

involvert i emnet, som i dette tilfellet (152). På grunn av lav bemanning og sykdom fikk vi henholdsvis fem, fem og seks deltagere. Av samme grunn deltok personalet på tvers av postene i samme fokusgruppe. Dette ble omtalt som positivt av personalet i etterkant av intervjuene, da de fikk utvekslet kunnskap om hverandres rutiner.

Moderator og intervjuguide

Rollen til moderatoren av intervjuene er avgjørende. Det var essensielt at fokusgruppene ble ledet av en annen enn studenten, da evaluering av intervensjonen var en del av målet og det ikke var ønskelig at svarene ble påvirket av studentens tilstedeværelse. Spørsmålene bør stilles av en intervjuer med erfaring fra kvalitativ forskning (152). Moderatoren ved intervjuene var hovedveileder og kef Tonje Mellin-Olsen som har erfaring med forskning på kvalitative data, og tidligere har ledet fokusgrupper. Hun har også deltatt i utviklingen av både studien og intervjuguiden, noe som er ønskelige egenskaper ved en moderator (152). Det at moderator og observant begge var kliniske ernæringsfysiologer kan ha påvirket utsagn fra personalet, men ingen ledende spørsmål ble stilt, og som nevnt kom både positive og negative holdninger frem i gruppene. Utover én person, hadde moderator eller observant ingen bekjentskap til personalet før intervjuene ble gjennomført.

Det skal stilles åpne spørsmål, maksimalt 12 og optimalt under 10 spørsmål (153). Intervjuguiden inneholdt fem åpne hovedspørsmål, med til sammen 13 alternative underspørsmål (vedlegg 8). Tidsrammen for intervjuene bør ikke overstige en og en halv time (153). Intervjuene varte mellom 55 og 75 minutter, og alle fem hovedspørsmålene ble dekket i alle intervjuene. Ved noen anledninger ble det trukket inn spørsmål om hovedfunn fra de tidligere intervjuene for å bekrefte eller avkrefte konsensus.

Analysen

En viktig faktor ved fokusgruppeintervjuer er at analyseprosessen i stor grad blir påvirket av forskeren, i dette tilfellet studenten, og det er derfor viktig at resultatene blir diskutert og gjennomgått opp mot originaltranskripsjonen av andre forskere. Dette er spesielt viktig i denne studien, da fokusgruppene delvis skulle evaluere undervisningen som studenten selv utførte. Resultatene av analysen ble derfor gjennomlest av både intervjuer og observant og

sammenlignet opp mot originalopptakene. Det ble gjort endringer av resultatene etter valideringen.

5.2 Diskusjon av resultater

Denne masteroppgaven har hatt som mål å evaluere en seks ukers intervensjon for økt fokus på ernæring ved Vor Frue Hospital, samt belyse utfordringer og holdninger blant personalet vedrørende ernæringsarbeid. Intervensjonen la spesielt vekt på forebygging av livsstilssykdom. Her følger en diskusjon av resultatene fra datainnsamlingen.

5.2.1 Har kunnskapen økt?

Pasientene ved VFH er ved de fleste tilfeller innlagt over flere måneder, noe som medfører en unik mulighet for å motivere til helsefremmende vaner og livsstil. Kunnskap om ernæring er avgjørende for at personalet forstår betydningen av riktig matservering og råd. Dette kan gi pasientene et godt grunnlag for utvikling av gode vaner. Vårt formål med undervisningen var å øke kunnskapen om ernæring hos personalet på VFH.

Personalet fikk tilbud om undervisning fordelt på tre temaer. Spørreskjemaet ble besvart av de som deltok på første tema før undervisningen, og av de som deltok på siste undervisningstema, dette for å måle effekten av det samlede undervisningsopplegget. Det at kun to av personale deltok på alle tre undervisningstemaene, gjorde at vi i realiteten ikke fikk målt effekten av undervisningstilbudet. Resultatene viste ingen endring i antall rette svar etter undervisningen for gruppen som helhet. Det meste av kunnskapen som ble testet i spørreskjemaet ble undervist i løpet av første og andre tema. Dette kan forklare delvis at de som hadde deltatt på to (enten første eller andre tema, i tillegg til siste) eller tre av temaene hadde en økning i kunnskapsnivået, og at totalt antall rette svar var færre i den gruppen som kun deltok på siste tema, sammenlignet med gruppen som svarte før undervisning.

Ønsker for fremtidig undervisning

I fokusgruppene fremhevet personalet hovedgevinsten ved undervisningen som det faktum at de ble påminnet viktigheten av ernæring og at fokuset på dette økte. Når det kommer til innholdet i undervisningen var tilbakemeldingen i fokusgruppene at det var relevant, men at det var noe repeterende med hensyn på deres forkunnskaper. Ønske om tema for fremtidig undervisning var innsikt i hvordan man kan snakke med pasienter om ernæring, og motivasjonsteknikker for endring av vaner.

Lav deltagelse på alle tre temaer skyldtes i følge uttalelser fra fokusgruppene delvis turnusarbeid og delvis den pressede arbeidssituasjonen personalet ofte står i. Forslag for å øke deltagelsen var å arrangere halv- eller heldagsseminarer, noe som innebærer å leie inn flere ressurser til avdelingen. Ledelsen må prioritere å sette inn vikarer hvis dette skal gjennomføres. Lovisenberg sykehus er delaktig som «Helsefremmende sykehus», og jobber kontinuerlig for å bedre helsen til både de ansatte så vel som pasientene. Hyppigere undervisning om ernæring ved VFH kan være et gode for begge parter.

5.2.2 Gjennomføring av ernæringscreening

Ernæringscreening av pasientene var et av målene på om intervensjonen hadde økt innsatsen på ernæringsarbeid blant personalet i praksis. Andelen pasienter som ble ernæringscreenet ved postene, økte ikke i perioden etter intervensjonen. I motsetning til våre forventninger fant vi en ikke-signifikant reduksjon i andelen screenede pasienter etter intervensjonen. I perioden før intervensjonen var ernæringsscreeningsprosenten 46 %, og i perioden etter var den 26 %.

De ernæringsscreeningskjemaene som i denne studien er medregnet i screeningprosenten, oppfyller kun kravet om registrert vekt og høyde, og inneholder ikke nødvendigvis svar på spørsmålene i skjemaet som omhandler vektendring eller nedsatt matinntak før innleggelse (vedlegg 1). Dette settes vanligvis som er et krav til en fullstendig ernæringscreening (154). Hvis vi skal sette krav til at disse spørsmålene skal være utfylt i våre data, var screeningprosenten egentlig bare på 11 % før og 18 % etter intervensjonen. For å kunne sammenligne resultatene med tidligere rapporter fra VFH valgte vi imidlertid å benytte samme metoden (141, 142).

I fokusgruppene kommer det frem at ernæringsscreeningskjemaene sjeldent gjennomgås grundig med hensyn på de øvrige spørsmålene utover vekt og høyde, men årsaken til mangelfull utfylling kommer ikke tydelig frem. Det kan tenkes at personalet ikke forstår hensikten bak utfylling av den øvrige informasjonen, eller at det er utydelig fremstilt på skjemaet at spørsmålene om vektendring eller nedsatt matinntak henviser til tiden før innleggelse, og at de dermed kan misforstå og tro at det skal fylles ut på et senere tidspunkt (vedlegg 1). Resultatene fra ernæringscreeningen viser store mangler på utfylling, og det var dermed ikke grunnlag for å gjøre videre analyser. Mangler i utfyllingen av screeningskjemaene var også tilfellet ved de tidligere rapportene fra VFH (141, 142).

Ernæringscreeningskjemaet ved Vor Frue omfatter også røykevaner. Av de skjemaene som hadde registrert røykevaner, svarte halvparten av pasientene at de røyket, noe som samsvarer med forekomst av røyking funnet i andre studier, og tidligere rapporter fra VFH (10, 141, 142, 155). Røyking er en velkjent risikofaktor for flere sykdommer, og kan påvirke metabolismen av noen legemidler (155). Det er derfor viktig at det registreres om pasienten røyker, at dette inngår i evalueringen av behov for oppfølging og valg av medikamenter og at det gis tilbud om hjelp til røykeslutt.

Ernæringscreeningen er altså redusert med omtrent en tredjedel siden den ble innført. Det første året (2008) ble to av tre pasienter screenet (141). En lignende tendens er observert i somatikken ved LDS. Ernæringscreening for underernæring ble første gang innført som et prosjekt på medisinske poster i 2004. I startfasen var det 29 % av pasientene som ble screenet (137). I årene etter sank screeningprosenten ned mot null på flere poster (137). I disse tallene inkluderte kravet til en fullstendig screening spørsmål om vektendring og matinntak. Vi har ikke funnet publiserte tall for ernæringscreening ved andre psykiatriske døgninstitusjoner i Norge.

Norge er dårligst av de skandinaviske landene på å screene pasienter for ernæringsmessig risiko (156). Studien til Mowé et al. fant i somatikken en sammenheng mellom andelen ernæringscreening og nivå av ernæringskunnskap ved avdelingen (156). Studier fra England har funnet at andelen som screenes for risikofaktorer for hjerte- og karsykdom, deriblant BMI, er lavere blant pasienter med alvorlige psykiske lidelser enn i andre pasientgrupper (157-159).

Hvorfor ernæringsscreenes ikke flere pasienter?

Av personalet som deltok på undervisningen, har nesten alle svart i spørreskjemaet at de synes det er viktig å ernæringscreenes pasientene (90 %). Årsaken til manglende screening kommer dermed trolig ikke fra holdninger om at screeningen ikke bør gjennomføres. Det er imidlertid mange andre årsaker til at ernæringscreeningen ikke gjennomføres i større grad ved VFH.

Det kom tydelig frem i fokusgruppene at personalet mener de var flinkere til å screene pasientene da rutinene ble innført, og at det i dag gjerne glemmes. Disse utsagnene samsvarer med screeningresultatene fra 2008 (141). I spørreskjemaet svarte flere at det ikke er deres ansvar å gjennomføre screeningen (22 %). I prosedyren på intranettet er sykepleier oppført som ansvarlig for å screene pasientene, og det kan være andre fagpersoner som har svart dette.

En annen mulighet er at ansatte ikke har blitt introdusert for screeningen ennå, eller at de ikke har forstått at det er deres ansvar.

Andre årsaker til at ernæringscreeningen ikke gjennomføres i større grad, kan være knyttet til prosedyren rundt oppretting av ernæringscreeningskjemaer. Ernæringscreeningen er en rutine på linje med andre somatiske helseundersøkelser ved VFH, og det er ikke behov for samtykke fra pasienten for å gjennomføre screeningen. Fokusgruppene viste imidlertid at det var stor usikkerhet vedrørende rutinene, og særlig når det kom til spørsmål angående behov for samtykke fra pasientene. Ved innsamling av screeningskjemaer til bruk i studier, har det ved utskrivelse blitt forespurt samtykke fra pasientene til å koble screeningskjemaet opp mot medisinbruk og diagnose fra journalen. I denne sammenheng kan det ha oppstått misforståelser og et uklart skille mellom behandlingsrutiner og forskning som har blitt værende.

I fokusgruppene kommer det frem at deler av personalet ser på screeningen som en belastning for enkelte av pasientene, og at de i noen tilfeller føler at situasjonen blir invaderende for disse. Andre sier at det som oftest ikke er noen problemer når de tar en runde med vekta. Det er vanskelig å si hva som er den reelle situasjonen blant pasientene, men følelsen til den som gjennomfører screeningen vil uansett kunne påvirke situasjonen. «Hvordan man presenterer screeningen er alfa og omega», som personalet selv omtaler det i fokusgruppene.

At pasientene nekter å screenes eller veie seg kan også være en medvirkende årsak til lav screeningprosent. Noe av personalet forteller i fokusgruppene at spiseforstyrrelser og et problematisk forhold til vekt ofte forekommer blant pasientene. Dette er i så fall noe som bør presenteres for behandler, og kanskje er det behov for klare rutiner for hva man gjør i en situasjon der pasienten nekter å veie seg. Det ble nevnt i fokusgruppene at personalet egentlig skal dokumentere det hvis en pasient nekter, og dette er gjennomført i litt større grad i andre periode. Det er allikevel lite sannsynlig at to av tre pasienter nekter å veie seg, og det at screeningprosenten var såpass mye høyere ved innføring av rutinen i 2008 (67 %), tyder på at det heller er andre faktorer som spiller inn.

Hvorfor økte ikke ernæringscreeningen etter intervensjonen?

Det var en økning i andelen screenede pasienter før intervensjonen (45 %) sammenlignet med forrige rapport (29 %) (142). En av årsakene kan være at postene fikk beskjed om at ernæringscreeningsskjemaene skulle samles inn, og at påminnelsen i seg selv kan ha ført til at de screenet flere pasienter enn til vanlig. Men hvorfor var det en nedgang i andelen screenede etter intervensjonen? Dette har vi ikke et klart svar på. Undervisningen i denne intervensjonen hadde som mål å gi en helhetlig forståelse av viktigheten av ernæring i pasientgruppen ved VFH med spesiell vekt på overvektsproblematikk og livsstilssykdom. Hovedfokus var ikke på screeningen, men den ble nevnt i to av forelesningstimene og i en av timene ble personalet bedt om å regne ut BMI. Noe av årsaken til dette var at studenten før intervensjonen hadde en oppfatning om at ernæringscreeningen var en innarbeidet rutine ved postene som personalet var kjent med, da kef tidligere har hatt flere forelesninger om screeningen ved VFH. I ettertid kan det se ut til at ytterligere opplæring om hensikten bak hvert punkt i screeningen kan være et nødvendig tiltak. Det ble dog funnet en liten økning av skjemaer der også spørsmålene angående vektendring og matinntak før innleggelse var utfylt etter intervensjonen ($p=0,045$). Dette kan tyde på at personalet har fått større forståelse av hvorfor det er viktig, og hva screeningskjemaet skal gi info om.

Av pasientene som ble skrevet ut etter intervensjonen, var det flere pasienter med en schizofrenidiagnose enn i perioden før intervensjonen ($p=0,015$). Det er uvisst om dette kan ha vært en medvirkende faktor til at færre pasienter ble screenet, men det kan tenkes at disse pasientene er sykere ved innleggelse og at det dermed er flere som motsetter seg screeningen eller at den blir nedprioritert i større grad.

Hva skal til for å innarbeide ernæringscreeningen som en rutine?

Det fremkommer i fokusgruppene at personalet er flinkere til å gjennomføre screeningen og veie pasienter ukentlig der det er spesiell grunn for oppfølging. Retningslinjer fra Norge og utland sier tydelig at risikofaktorer for livsstilssykdom skal monitoreres regelmessig hos alle i denne pasientgruppen (se kap 1.4.1). I denne studien fant vi at under halvparten av pasientene screenes for BMI. Enda færre screenes for vektendring forut for innleggelse. Dette samsvarer med andre studier som viser at screening i denne pasientgruppen ikke er tilfredsstillende (157, 158). Det er umulig å vite om en pasient er i ernæringsmessig risiko hvis man ikke undersøker dette, og klinisk skjønn vil ofte kunne feilklassifisere. Foreløpig er

det heller ingen måte å forutsi hvem som vil oppleve en vektøkning, og alle må derfor screenes (21). Et av hovedresultatene fra den første ernæringscreeningrapporten, var at de pasientene som hadde en vektøkning forut for innleggelse gikk videre opp i vekt under innleggelsen (136, 141).

En intervensjon fra England med mål om å øke screening for risikofaktorer for hjerte- og karsykdom (BMI, blodtrykk og blodprøver) blant personer med alvorlige psykiske lidelser, oppnådde en screeningprosent for BMI på 93 %, noe som kan tyde på at dette er mulig å få til hos de fleste pasientene (160). De brukte en trestegs tilnærming der en sykepleier promoterte screeningen for allmennlegene først, deretter skulle personalet i spesialisthelsetjenesten screene de pasientene som ikke var fanget opp etter tre måneder (160). Til slutt screenet sykepleieren selv de resterende pasientene (160).

Ernæringsscreeningsverktøy som brukes i norske sykehus for å avdekke risiko for underernæring, f.eks. NRS 2002 eller MNA, har et scoringssystem som definerer om pasienten er i behov for målrettet ernæringsbehandling (140). Pasienter i risiko for underernæring, skal i følge norske retningslinjer få en individuell ernæringsplan (140). En slik retningslinje foreligger ikke for vektøkning og bruk av psykofarmaka. Dette bør utvikles, i tillegg til et scoringssystem ved vektøkning. Et scoringssystem kan gjøre det enklere for personalet å se hensikten av screeningen, og vurdere hvem som trenger oppfølging eller henvisning til kef på et tidlig stadium. I retningslinjer fra USA anbefales vurdering av medikamentskifte ved en vektøkning på over 5 % av kroppsvekten (94).

Fokusgruppene avdekker flere årsaker for hvorfor screeningen ikke gjennomføres i større grad. De kommer selv med flere løsningsforslag på problemet, blant annet at den må forklares og presenteres for pasientene på en gjennomtenkt måte, at en fast person har ansvaret for ukentlig veiing og at noen må etterspørre screeningen de gangene det er glemt. En oppdatering av selve skjemaet er også nødvendig, samt bedre integrering av skjemaet i DIPS. Erfaringer fra somatikken ved LDS peker på at dette er viktige faktorer, i tillegg til tydelig beskjed fra ledelsen om at screeningen skal prioriteres, tilgjengelig utstyr og tverrfaglig samarbeid og engasjement (137). Typisk for en post som har opp mot 100 % screening, er at ernæringscreening er forankret i behandlingsplanen, og etterspørres av legen på lik linje med svar på blodprøver og andre undersøkelser (137).

Rutinen ved VFH er at pasientene skal veies ukentlig. Dette kan muligens virke lite hensiktsmessig for personalet hvis det ikke forekommer noen endring i vekt hos pasienten. Ukentlig veiing er nødvendig ved innleggelsens begynnelse, eller ved oppstart med medikamenter som kan gi vektøkning. I tillegg har jevnlig vektmonitorering vist seg å være et av suksesskriteriene for varig vektreduksjon (161, 162). Hvis pasienten derimot opprettholder stabil vekt over tid, er ukentlig veiing fortsatt nødvendig? I NICE guidelines fra februar 2014 er det anbefalt at pasienter som bruker antipsykotika veies ukentlig de første seks ukene, deretter etter tolv uker, etter ett år, og så årlig (163). En mulig løsning ved VFH kunne være å veie ukentlig i seks uker, og deretter hver måned ved stabil vekt.

Oppsummert kan det virke som at hovedårsakene til at screeningen ikke gjennomføres i større grad, er at den glemmes, og at rutinene ikke er godt nok kjent blant personalet. Med tanke på hvor utsatt denne pasientgruppen er for ernæringsproblematikk og vektøkning, er dette uheldig. Undervisning om screeningen er gjennomført flere ganger ved VFH, men dette har heller ikke ført til noen økning i screenede pasienter på lang sikt. Ved tydeligere ansvarsfordeling, mer fokus på screeningen og grundigere gjennomgang av utfylling og rutiner burde det være mulig å øke screeningprosenten. Dette innebærer at man må ha medvilje fra de ansatte, og det er muligens behov for mer opplæring i hensikten bak screeningen og ferdigheter vedrørende videre tiltak.

5.2.3 Pasientenes fokus på ernæring

Det er stadig mer fokus på brukermedvirkning i psykisk helsevern (164). Dette innebærer at brukeren skal ha innflytelse på utformingen av tjenester. Det kan av flere årsaker være vanskelig å få personer med psykiske lidelser til å delta i forskning, men dette bør etterstrebes i større grad. Vi ønsket å få med pasientenes stemme, og la ved spørsmål til allerede eksisterende intervju i håp om å få til dette. Det var allikevel få pasienter som svarte på spørsmål ved utskrivelse, tilsammen 18 personer (22 %). Den lave svarresponen gjør at svarene ikke kan generaliseres til andre pasienter. Til det er sannsynligheten for deltagerbias for stor, da det er mer sannsynlig at de som har interesse for mat og ernæring i utgangspunktet er de som har samtykket til å svare på spørsmål ved utskrivelse. Det kan også være friskere pasienter som har svart.

Det var ingen signifikante endringer i svarene fra spørreskjemaet, men de viste en tendens til økt rapportering om ernæringsoppfølging etter intervensjonen (tabell 8). Alle svarte «ja» eller

«delvis» på om de hadde fått sunn mat på avdelingen. Flere viste interesse for sunn mat når de kom med forslag til forbedring (figur 5). I fokusgruppene forteller personalet at fokuset på og kunnskap om ernæring varierer mye fra pasient til pasient. Pasientene er i følge personalet opptatt av vektøkning som bivirkning av medikamenter, og at dette kan være ødeleggende for ønske om vektreduksjon. Disse beskrivelsene tilsvarer funn i intervjuer med personer som har en alvorlig psykisk lidelse (165, 166). Flere nevner også at vektøkning av medikamenter kan bidra til dårlig etterlevelse eller at pasientene ikke ønsker å ta medikamenter, noe som er funnet i flere studier (167). Noen pasienter har best effekt av medikamentene med det største potensiale for vektøkning. For noen er bare ett medikament effektivt. Et tilbud til disse pasientene om hvordan forebygge vektøkningen kunne økt etterlevelsen og toleransen for disse medikamentene.

Det var altså lav svarrespons fra pasientene, men svarene pekte mot økt ernæringsfokus i avdelingen etter intervensjonen. Fokusgruppene viste at det var flere ernæringsutfordringer blant pasientene, og at både de og personalet så på vektøkning av antipsykotika som en bivirkning med til dels store konsekvenser.

5.2.4 Personalets holdninger og praksis vedrørende ernæringsarbeid

Hva som serveres ved avdelingen, rutiner rundt måltider og personalets holdninger og fokus kan påvirke pasientenes forhold til ernæring i større grad ved VFH enn ved andre kortere sykehusopphold. Psykoselidelser diagnostiseres ofte i ung alder, og forebygging kan gi betydelige vinninger (27, 31). Kosthold, ernæringsstatus og vektutvikling bør sees i sammenheng med medikamentbruk, og kartlegging vil avdekke behov for kostveiledning og ernæringsbehandling på et tidlig stadium. Vi ønsket å øke fokuset på ernæring blant personalet i avdelingen, for gjennom dette å bidra til bedre ernæringsoppfølging av pasientene.

Personalet har jevnt over positive holdninger til ernæring og forstår viktigheten av ernæring i behandlingen av pasientene. I holdningsspørsmålene svarer alle at det er viktig at pasientene får et mattilbud i tråd med anbefalingene og at de får oppfølging når det gjelder ernæring. I fokusgruppene forteller personalet mye om endringene som har blitt gjort ved postene på matserveringsfronten. Flere tiltak har blitt gjennomført tidligere, men som fokusgruppene antyder, så det har videre vært mangel på jevnlig videreføring av disse tiltakene.

Når det kommer til gjennomføring av ernæringsoppfølging, er svarene mindre entydige. De fleste har svart at det ikke er deres ansvar eller at de følger opp noen pasienter, men ikke regelmessig. Ernæringscreeningen er ikke systematisk gjennomført, og det er derfor lite trolig at det er på bakgrunn av screeningen at oppfølging skjer. En ansatt påpeker i fokusgruppene at screeningen ikke nødvendigvis fører til videre tiltak hvis ikke vektendringen eller BMI er ekstrem. Fokusgruppene gir heller et inntrykk av at de pasientene som allerede klinisk vurderes å ha en risiko blir fulgt opp med vektregistrering. Flere uttalelser tyder på at personalet snakker om ernæring med de pasientene som viser interesse av det, og at disse også hyppigere blir henvist til kef. De forteller om pasienter der det er vanskeligere å komme i posisjon, og at disse gjerne er de som har lite kunnskap fra før. Videre gir flere utsagn et inntrykk av at flere er redd for at screeningen kan vekke ubehag hos pasientene, eller at det kan være vanskeligere å snakke om ernæring med de som har et overvektsproblem som ikke er relatert til medisiner. Sammenlagt kan dette føre til unnfallenhet og gi store forskjeller i ernæringsoppfølgingen av pasientene.

Personalet nevner flere barrierer for ernæringsarbeidet på postene. Barrierene inkluderer lite kapasitet i arbeidshverdagen, utydelige rutiner og manglende rammer overfor pasientene. Lav felles agenda for å jobbe aktivt med ernæring i avdelingen ble også nevnt. I tillegg beskriver mange et vanskelig dilemma vedrørende de pasientene som er innlagt på tvang, da de ikke føler at det er rom for å forhandle på ernæringsområdet når det er så mange andre ting pasientene har fratatt sin selvbestemmelse over. Personalet kommer også her med noen forslag til hvordan man kan bedre ernæringsoppfølgingen av pasientene, deriblant at de trenger jevnlig påminnelse om temaet og mer samkjøring i ernæringsarbeidet ved avdelingen. Mer situasjonsbestemte løsningsforslag var å velge en god setting for samtaler om ernæring, og føre opp punkter i behandlingsplanen til pasienten. Lignende barrierer for arbeid med ernæringsoppfølging er også funnet i andre studier (168). Spesielt for settingen ved VFH er tvangsaspektet, en faktor som for de pasientene det gjelder kan vanskeliggjøre behandlingen også på andre områder enn ernæring.

Som tidligere nevnt kan det virke som ernæringsoppfølgingen av pasientene ved avdelingen er noe tilfeldig. Det er forståelig at personalet er bekymret for å påføre pasientene flere problemer knyttet til selvbilde og vekt, spesielt hos de med spiseforstyrrelser. Som helsepersonell er nok det siste man vil forårsake at pasienten blir sykere. I disse tilfellene kan det, som nevnt i fokusgruppene, være lettere å få hjelp fra andre hold. Det vil alltid være de

pasientene som ikke ønsker å motta behandling, men det er også de som kan ha god nytte av veiledning og hjelp til vektreduksjon eller endret livsstil. Det skal uansett være et tilbud til alle med et behov, og kanskje spesielt for de pasientene som ufrivillig blir medisinert og opplever bivirkninger.

En studie i Norge viste at helsepersonell i psykisk helsevern syntes at ernæring var viktig, men at få gjennomførte noen evalueringer i praksis (169). Resultater fra et pilotprosjekt i Sykehjemsetaten i Oslo viste at økt kunnskap, nye verktøy og prosedyrer ikke var tilstrekkelig for at gjennomføring av ernæringsoppfølging ble god nok, og de var i behov for videre pådrivere (170). Mangel på kunnskap om hvordan tolke screeningresultater og deretter å implementere egnede tiltak ble funnet i en studie i psykisk helsevern fra England (166). Her var blant annet klar ansvarsfordeling en viktig suksessfaktor. Flere studier fremlegger her at kunnskap og verktøy alene ikke nødvendigvis er tilstrekkelig for økt gjennomføring av oppfølging, og videre at klar ansvarsfordeling og kontinuerlig ferdighetsopplæring er nødvendig (166, 168-171).

Hvorfor viste ikke intervensjonen større effekt?

Fokusgruppene gav ikke et inntrykk av de store endringene i praksis etter intervensjonen. Vår intervensjon varte i seks uker. Studenten var kun til stede ved hver post én dag i uken, altså på hver av postene i seks dager til sammen. Tidsaspektet for intervensjonen var kort, og lengere intervensjoner har gjerne større effekt (160, 172). Undervisningen ble planlagt og gjennomført av studenten. En annen mulig svakhet ved intervensjonen er at studenten ikke har mye erfaring i å undervise eller veilede. Da det ikke var anledning til å delta i miniteam, var det kun deltagelse på morgenmøter og pasientundervisning to ganger per post som var planlagte aktiviteter ved tilstedeværelsen utover undervisning med personalet. En kef med mye erfaring fra klinikk og undervisning kunne ha medført større effekt av intervensjonen.

Hva skal til for å bedre ernæringsoppfølgingen av pasientene?

En ansatt forteller at flere pasienter var henvist til kef etter intervensjonen, og at dette kom av økt oppmerksomhet på ernæring. Helsepersonell med bedre tilgang til kef har gjerne et større fokus på ernæring. Thoresen et al. fant at ved de avdelingene kef var til stede i over tre dager per uke, hadde leger og sykepleiere lettere for å identifisere pasienter som var underernærte

eller med behov for oppfølging (173). På disse avdelingene var det også i større grad jevnlig opplæring av personalet om ernæring.

Ved VFH er kef grunnet kapasitet ikke fast til stede, men er tilgjengelig ved henvisning, og har to pasientundervisninger i halvåret. Det er tydelig at personalet ved VFH ikke oppfatter at kef er en del av teamet i avdelingen per dags dato, når det kommer et ønske om at de kanskje en gang i fremtiden har kef med i tverrfaglig gruppe. Antall henvisninger til kef med fagansvar for psykiatrien har økt de senere årene, noe som mest sannsynlig skyldes økt bevissthet rundt betydningen av ernæring ved psykiske lidelser (174). Henvisninger fra inneliggende pasienter prioriteres, men dette medfører lenger ventetid for polikliniske pasienter (174).

Retningslinjer fra England og Norge anbefaler kostanamnese, kartlegging av ernæringsstatus og tilrettelagt informasjon om kosthold for personer med psykoselidelser og bipolar lidelse (27, 95, 96, 175). Samtlige pasienter med overvekt eller fedme i denne pasientgruppen skal få tilbudt kostveiledning i følge retningslinjer fra USA (94). Oppfølging med tiltak for et bedre og mer allsidig kosthold er også anbefalingen i retningslinjene for pasienter med ROP-diagnoser (19). Fysisk inaktivitet og et ugunstig kosthold er uavhengige risikofaktorer for hjerte- og karsykdom, og en forbedring av begge vil, uavhengig av vekttap, gi positive helsefordeler (133).

Personer med alvorlige psykiske lidelser kan være en utfordrende pasientgruppe å motivere, og livsstilsendring er en utfordrende oppgave, selv for ellers friske personer. Uten klare rammer og felles fokus vil ernæringsoppfølging være en nærmest umulig oppgave. Tidligere tiltak gjennomført ved avdelingen har hatt noe effekt, men stort sett midlertidig (kap 1.6.2). Flere forbedringer er gjort med hensyn på mattilbudet ved avdelingen, og dette er veldig bra. Det kan allikevel stilles spørsmål om ernæringsoppfølgingen av pasientene er systematisk og god nok. Det er behov for prioritering og hyppigere tilstedeværelse av fagperson på området for å komme i mål.

Et av målene ved denne intervensjonen var å øke fokuset på ernæring i avdelingen. Fokusgruppene rapporterte ikke store endringer i praksis, og ernæringscreeningen ble ikke gjennomført i større grad. Flere utfordringer som kan føre til nedprioritert ernæringsoppfølging av pasientene ble avdekket i fokusgruppene. Personalet har selv pekt på at det er et forbedringspotensial og kommet med løsningsforslag som gir et flott utgangspunkt

for det kontinuerlige arbeidet som er nødvendig for å forbedre ernæringspraksis. For å oppnå etterlevelse av retningslinjene, er det både behov for tydeligere ansvarsfordeling og samkjøring av rutiner, og nødvendig med fast tilstedeværelse av kef i det tverrfaglige teamet.

Veien videre

Ernæringskompetansen i spesialisthelsetjenesten i Norge er generelt for lav (26, 176). Økning i kunnskap har vist å gi økt prioritet av ernæring, og i denne pasientgruppen er det et stort behov for større fokus på fysisk helse (47, 177). Økt mortalitet av livsstilssykdommer er et underbehandlet problem, i tillegg til at ROPdiagnoser gjør risikoen for under- og feilernæring stor (25). Når man legger til medikamenter som forverrer situasjonen ytterligere, kan vi ikke la hver å følge opp pasientene bedre på dette området.

Ernæringskompetansen i form av kef'er i psykisk helsevern i Norge, finnes hovedsakelig knyttet til team eller poliklinikker som behandler spiseforstyrrelser. Det har ikke vært mulig å finne tall på hvor mange kef'er som er ansatt i øvrige psykiatriske institusjoner, men såfremt oss bekjent er det kun to stillinger i Oslo.

Økt innsats på forebyggingsfeltet og økt ernæringskompetanse på plass i psykiatrien er nødvendig for å styrke arbeidet på området. Som personalet selv sier i fokusgruppene, så er det her store utfordringer, og det er ikke å forvente at de skal takles uten økt kunnskap og ferdigheter. Psykisk helse og ernæring må også inn som en større del i utdanningen av kliniske ernæringsfysiologer og annet helsepersonell, da utfordringene på dette området er et ukjent felt for de fleste.

Regjeringen går nå inn for å prioritere psykisk helse, og ernæring som forebyggende og behandlende faktor må inkluderes i denne prioriteringen både i spesialist- og kommunehelsetjeneste.

6 Konklusjon

- På grunn av lav deltagelse var det vanskelig å måle effekten av undervisningstilbudet. Det ble funnet en økning i kunnskapsnivået hos personalet som deltok på mer enn én undervisningstime. Lav deltagelse på undervisningen skyldtes i følge fokusgruppene hovedsakelig turnusarbeid og lite kapasitet til å gå fra posten.
- Det ble ikke registrert noen økning i andelen pasienter som var ernæringscreenet etter intervensjonen, og utfyllingen var alltid mangelfull. Flere forslag for å øke screeningen kom frem i fokusgruppene, deriblant at rutinene må bedres og at noen må etterspørre screeningen hvis den glemmes.
- Svarresponsen fra pasientene var lav, men flere av pasientene svarte at de fikk ernæringsoppfølging, råd om ernæring og hadde lært noe om sunn mat etter intervensjonen. I fokusgruppene fortalte personalet om et høyt forbruk av usunn mat blant pasientene, og at det grunnet flere faktorer kan være vanskelig å komme i posisjon for konstruktiv ernæringsoppfølging.
- Fokusgruppene rapporterte liten effekt av intervensjonen på praksisen ved avdelingen, men noe innstramning av rutiner og økt henvisning til kef hadde forekommet. Flere etterspurte noen som kunne ha et større ansvar for ernæring ved avdelingen.
- Personalet anser ernæring som viktig, og er fornøyde med mange av de tidligere forbedringene som er gjort med hensyn til mattilbudet ved avdelingen. Flere barrierer for ernæringsarbeid ble identifisert, som uklare rutiner, lite samkjøring i avdelingen og dilemmaer spesielt knyttet til pasienter innlagt på tvang. Det kom også frem flere forslag for å bedre ernæringsarbeidet, deriblant bedre samkjøring i avdelingen, tydeligere rammer rundt mattilbudet og hyppigere undervisning.

Vor Frue Hospital har i over et tiår gjennomført flere tiltak for å bedre ernæringspraksis med tanke på å fremme den somatiske og psykiske helsen til sine pasienter, men det har vist seg å være vanskelig å opprettholde gode rutiner og fokus på ernæring over tid. Fast tilstedeværelse av kef i det tverrfaglige teamet er nødvendig for å styrke ernæringspraksis og bidra til å sikre at nasjonale faglige retningslinjer blir fulgt.

Litteraturliste

1. Wahlbeck K, Westman J, Nordentoft M, Gissler M, Laursen TM. Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2011;199(6):453-8.
2. Laursen TM, Wahlbeck K, Hallgren J, Westman J, Osby U, Alinaghizadeh H, et al. Life expectancy and death by diseases of the circulatory system in patients with bipolar disorder or schizophrenia in the Nordic countries. *PloS one*. 2013;8(6):e67133.
3. Nordentoft M, Wahlbeck K, Hallgren J, Westman J, Osby U, Alinaghizadeh H, et al. Excess mortality, causes of death and life expectancy in 270,770 patients with recent onset of mental disorders in Denmark, Finland and Sweden. *PloS one*. 2013;8(1):e55176.
4. Laursen TM. Life expectancy among persons with schizophrenia or bipolar affective disorder. *Schizophrenia research*. 2011;131(1-3):101-4.
5. Saha S, Chant D, McGrath J. A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? *Archives of general psychiatry*. 2007;64(10):1123-31.
6. Lawrence DM, Holman CD, Jablensky AV, Hobbs MS. Death rate from ischaemic heart disease in Western Australian psychiatric patients 1980-1998. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2003;182:31-6.
7. Osby U, Correia N, Brandt L, Ekblom A, Sparen P. Time trends in schizophrenia mortality in Stockholm county, Sweden: cohort study. *Bmj*. 2000;321(7259):483-4.
8. Brown S, Birtwistle J, Roe L, Thompson C. The unhealthy lifestyle of people with schizophrenia. *Psychological medicine*. 1999;29(3):697-701.
9. de Leon J, Diaz FJ. A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. *Schizophrenia research*. 2005;76(2-3):135-57.
10. Diaz FJ, James D, Botts S, Maw L, Susce MT, de Leon J. Tobacco smoking behaviors in bipolar disorder: a comparison of the general population, schizophrenia, and major depression. *Bipolar disorders*. 2009;11(2):154-65.
11. Allison DB, Newcomer JW, Dunn AL, Blumenthal JA, Fabricatore AN, Daumit GL, et al. Obesity among those with mental disorders: a National Institute of Mental Health meeting report. *American journal of preventive medicine*. 2009;36(4):341-50.
12. Berkowitz RI, Fabricatore AN. Obesity, psychiatric status, and psychiatric medications. *The Psychiatric clinics of North America*. 2011;34(4):747-64.
13. Coodin S. Body mass index in persons with schizophrenia. *Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie*. 2001;46(6):549-55.
14. McEvoy JP, Meyer JM, Goff DC, Nasrallah HA, Davis SM, Sullivan L, et al. Prevalence of the metabolic syndrome in patients with schizophrenia: baseline results from the Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) schizophrenia trial and comparison with national estimates from NHANES III. *Schizophrenia research*. 2005;80(1):19-32.

15. Mitchell AJ, Vancampfort D, Sweers K, van Winkel R, Yu W, De Hert M. Prevalence of metabolic syndrome and metabolic abnormalities in schizophrenia and related disorders--a systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia bulletin*. 2013;39(2):306-18.
16. Bushe C, Holt R. Prevalence of diabetes and impaired glucose tolerance in patients with schizophrenia. *The British journal of psychiatry Supplement*. 2004;47:S67-71.
17. Regenold WT, Thapar RK, Marano C, Gavirneni S, Kondapavuluru PV. Increased prevalence of type 2 diabetes mellitus among psychiatric inpatients with bipolar I affective and schizoaffective disorders independent of psychotropic drug use. *Journal of affective disorders*. 2002;70(1):19-26.
18. Cassidy F, Ahearn E, Carroll BJ. Elevated frequency of diabetes mellitus in hospitalized manic-depressive patients. *The American journal of psychiatry*. 1999;156(9):1417-20.
19. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus – og psykisk lidelse – ROP lidelser. Oslo: Helsedirektoratet, 2012.
20. Hartz SM, Pato CN, Medeiros H, Cavazos-Rehg P, Sobell JL, Knowles JA, et al. Comorbidity of severe psychotic disorders with measures of substance use. *JAMA psychiatry*. 2014;71(3):248-54.
21. Lett TA, Wallace TJ, Chowdhury NI, Tiwari AK, Kennedy JL, Muller DJ. Pharmacogenetics of antipsychotic-induced weight gain: review and clinical implications. *Molecular psychiatry*. 2012;17(3):242-66.
22. Meyer JM, Davis VG, McEvoy JP, Goff DC, Nasrallah HA, Davis SM, et al. Impact of antipsychotic treatment on nonfasting triglycerides in the CATIE Schizophrenia Trial phase 1. *Schizophrenia research*. 2008;103(1-3):104-9.
23. Meyer JM, Davis VG, Goff DC, McEvoy JP, Nasrallah HA, Davis SM, et al. Change in metabolic syndrome parameters with antipsychotic treatment in the CATIE Schizophrenia Trial: prospective data from phase 1. *Schizophrenia research*. 2008;101(1-3):273-86.
24. Smith DJ, Langan J, McLean G, Guthrie B, Mercer SW. Schizophrenia is associated with excess multiple physical-health comorbidities but low levels of recorded cardiovascular disease in primary care: cross-sectional study. *BMJ open*. 2013;3(4).
25. De Hert M, Cohen D, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Leucht S, Ndeti DM, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level. *World Psychiatry*. 2011;10(2):138-51.
26. Helsedirektoratet. Ernæringskompetanse i helse- og omsorgstjenesten. Rapport. Oslo: Helsedirektoratet, 2012.
27. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser. Oslo: Helsedirektoratet, 2013.
28. Jequier E. Leptin signaling, adiposity, and energy balance. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2002;967:379-88.

29. Franz MJ, VanWormer JJ, Crain AL, Boucher JL, Histon T, Caplan W, et al. Weight-loss outcomes: a systematic review and meta-analysis of weight-loss clinical trials with a minimum 1-year follow-up. *J Am Diet Assoc.* 2007;107(10):1755-67.
30. Alvarez-Jimenez M, Hetrick SE, Gonzalez-Blanch C, Gleeson JF, McGorry PD. Non-pharmacological management of antipsychotic-induced weight gain: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science.* 2008;193(2):101-7.
31. Bonfioli E, Berti L, Goss C, Muraro F, Burti L. Health promotion lifestyle interventions for weight management in psychosis: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMC psychiatry.* 2012;12:78.
32. Caemmerer J, Correll CU, Maayan L. Acute and maintenance effects of non-pharmacologic interventions for antipsychotic associated weight gain and metabolic abnormalities: a meta-analytic comparison of randomized controlled trials. *Schizophrenia research.* 2012;140(1-3):159-68.
33. Nes RB, Clench-Aas J. Psykisk helse i Norge: Tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt, Folkehelseinstitutt N; 2011.
34. Kringlen E, Torgersen S, Cramer V. A Norwegian psychiatric epidemiological study. *The American journal of psychiatry.* 2001;158(7):1091-8.
35. Perala J, Suvisaari J, Saarni SI, Kuoppasalmi K, Isometsa E, Pirkola S, et al. Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Archives of general psychiatry.* 2007;64(1):19-28.
36. Mykletun A, Knudsen AK, Mathiesen KS. Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv. Rapport 2009:8. Rapport. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt, Oktober 2009.
37. Helsedirektoratet. FinnKode - Helsedirektoratets medisinske kodeverk: Helsedirektoratet; 2013 [updated 2014; cited 2013 10. Mai]. Tilgjengelig fra: <http://finnkode.kith.no/#|icd10|ICD10SysDel|-1|flow>.
38. Barth J, Schumacher M, Herrmann-Lingen C. Depression as a risk factor for mortality in patients with coronary heart disease: a meta-analysis. *Psychosomatic medicine.* 2004;66(6):802-13.
39. Karlsen K. Psykose hos unge: Gjenkjenning og behandling. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening.* 2012;49(6):554-9.
40. McClellan J. Clinically relevant phenomenology: the nature of psychosis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* 2011;50(7):642-4.
41. McClellan J, Stock S. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with schizophrenia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* 2013;52(9):976-90.
42. Rang HP, Dale MM, Ritter JM, Flower RJ, Henderson G. Rang and Dale's Pharmacology. 7th ed: Elsevier; 2012.
43. Malt U. Bipolar lidelse [internett] Store Medisinske Leksikon. [Sist oppdatert 13. Feb 2009; sitert 22. Mai 2014]. Tilgjengelig fra: http://sml.snl.no/bipolar_lidelse.
44. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic

- Catchment Area (ECA) Study. *JAMA : the journal of the American Medical Association*. 1990;264(19):2511-8.
45. Gråwe RW, Ruud T. Rus og psykiske lidelser i psykisk helsevern for voksne. SINTEF helse., 2006 Rapport nr: STF78 A06003.
 46. Fleischhacker WW, Cetkovich-Bakmas M, De Hert M, Hennekens CH, Lambert M, Leucht S, et al. Comorbid somatic illnesses in patients with severe mental disorders: clinical, policy, and research challenges. *The Journal of clinical psychiatry*. 2008;69(4):514-9.
 47. De Hert M, Correll CU, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen D, Asai I, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry*. 2011;10(1):52-77.
 48. Bushe CJ, Taylor M, Haukka J. Mortality in schizophrenia: a measurable clinical endpoint. *Journal of psychopharmacology*. 2010;24(4 Suppl):17-25.
 49. Weinmann S, Read J, Aderhold V. Influence of antipsychotics on mortality in schizophrenia: systematic review. *Schizophrenia research*. 2009;113(1):1-11.
 50. World Health Organization. The European Mental Health Action Plan. Copenhagen Ø, Denmark: World Health Organization, Regional Office for Europe, 2013 16–19 September 2013.
 51. Ringard A, Sagan A, Sperre Saunes I, Lindahl AK. Norway: health system review. *Health systems in transition*. 2013;15(8):1-162.
 52. Hoang U, Stewart R, Goldacre MJ. Mortality after hospital discharge for people with schizophrenia or bipolar disorder: retrospective study of linked English hospital episode statistics, 1999-2006. *Bmj*. 2011;343:d5422.
 53. Mitchell AJ, Malone D, Doebbeling CC. Quality of medical care for people with and without comorbid mental illness and substance misuse: systematic review of comparative studies. *Brit J Psychiat*. 2009;194(6):491-9.
 54. Nasrallah HA, Meyer JM, Goff DC, McEvoy JP, Davis SM, Stroup TS, et al. Low rates of treatment for hypertension, dyslipidemia and diabetes in schizophrenia: data from the CATIE schizophrenia trial sample at baseline. *Schizophrenia research*. 2006;86(1-3):15-22.
 55. Mitchell AJ, Lord O, Malone D. Differences in the prescribing of medication for physical disorders in individuals with v. without mental illness: meta-analysis. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2012;201(6):435-43.
 56. Druss BG, Zhao L, Von Esenwein S, Morrato EH, Marcus SC. Understanding excess mortality in persons with mental illness: 17-year follow up of a nationally representative US survey. *Medical care*. 2011;49(6):599-604.
 57. Heald A. Physical health in schizophrenia: a challenge for antipsychotic therapy. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*. 2010;25 Suppl 2:S6-11.
 58. Birkenaes AB, Opjordsmoen S, Brunborg C, Engh JA, Jonsdottir H, Ringen PA, et al. The level of cardiovascular risk factors in bipolar disorder equals that of schizophrenia: a comparative study. *The Journal of clinical psychiatry*. 2007;68(6):917-23.

59. World Health Organization. Obesity and overweight. Fact sheet N°311 2013 [updated March 2013; sitert 14. Mai 2014]. Tilgjengelig fra: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>.
60. World Health Organization. Waist Circumference and Waist-Hip Ratio. Report of a WHO Expert Consultation, Geneva, 8–11 December 2008. 2011.
61. Luppino FS, de Wit LM, Bouvy PF, Stijnen T, Cuijpers P, Penninx BW, et al. Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Archives of general psychiatry*. 2010;67(3):220-9.
62. Gattineau M, Dent M. Obesity and Mental Health. Oxford: 2011.
63. Garipey G, Nitka D, Schmitz N. The association between obesity and anxiety disorders in the population: a systematic review and meta-analysis. *International journal of obesity*. 2010;34(3):407-19.
64. Alberti KG, Eckel RH, Grundy SM, Zimmet PZ, Cleeman JI, Donato KA, et al. Harmonizing the metabolic syndrome: a joint interim statement of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; and International Association for the Study of Obesity. *Circulation*. 2009;120(16):1640-5.
65. Hildrum B, Mykletun A, Hole T, Midthjell K, Dahl AA. Age-specific prevalence of the metabolic syndrome defined by the International Diabetes Federation and the National Cholesterol Education Program: the Norwegian HUNT 2 study. *BMC public health*. 2007;7:220.
66. Meyer JM, Stahl SM. The metabolic syndrome and schizophrenia. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 2009;119(1):4-14.
67. De Hert M, van Winkel R, Van Eyck D, Hanssens L, Wampers M, Scheen A, et al. Prevalence of diabetes, metabolic syndrome and metabolic abnormalities in schizophrenia over the course of the illness: a cross-sectional study. *Clinical practice and epidemiology in mental health : CP & EMH*. 2006;2:14.
68. Haslam DW, James WP. Obesity. *Lancet*. 2005;366(9492):1197-209.
69. Organization. WH. Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia. Geneva, Switzerland: 2006.
70. Haffner SM, Lehto S, Ronnema T, Pyorala K, Laakso M. Mortality from coronary heart disease in subjects with type 2 diabetes and in nondiabetic subjects with and without prior myocardial infarction. *The New England journal of medicine*. 1998;339(4):229-34.
71. Executive Summary of The Third Report of The National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, And Treatment of High Blood Cholesterol In Adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA : the journal of the American Medical Association*. 2001;285(19):2486-97.
72. Ning F, Tuomilehto J, Pyorala K, Onat A, Soderberg S, Qiao Q. Cardiovascular disease mortality in Europeans in relation to fasting and 2-h plasma glucose levels within a normoglycemic range. *Diabetes care*. 2010;33(10):2211-6.

73. Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, Hamman RF, Lachin JM, Walker EA, et al. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *The New England journal of medicine*. 2002;346(6):393-403.
74. Tuomilehto J, Lindstrom J, Eriksson JG, Valle TT, Hamalainen H, Ilanne-Parikka P, et al. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *The New England journal of medicine*. 2001;344(18):1343-50.
75. Malt U. Psykisk lidelse [Internett]. Store Medisinske Leksikon. [Sist oppdatert 13. feb 2009; cited 2014 14. Mai]. Tilgjengelig fra: http://snl.no/.sml_artikkel/psykisk_lidelse.
76. Malt U. Psykoterapi [Internett] Store Medisinske Leksikon. [Sist oppdatert 13. Feb 2009; sitert 1. Juni 2014]. Tilgjengelig fra: <http://sml.snl.no/psykoterapi>.
77. Vandvik IH. Miljøterapi [Internett]. Store Medisinske Leksikon. [Sist oppdatert 13. Feb 2009; sitert 31. Mai 2014]. Tilgjengelig fra: <http://sml.snl.no/miljøterapi>.
78. Foreningen for utgivelse av Norsk Legemiddelhandbok. *Norsk legemiddelhandbok Norge*: Fagbokforlaget AS; 2010.
79. Zimmermann U, Kraus T, Himmerich H, Schuld A, Pollmacher T. Epidemiology, implications and mechanisms underlying drug-induced weight gain in psychiatric patients. *Journal of psychiatric research*. 2003;37(3):193-220.
80. Roerig JL, Steffen KJ, Mitchell JE. Atypical antipsychotic-induced weight gain: insights into mechanisms of action. *CNS drugs*. 2011;25(12):1035-59.
81. Casey DE, Zorn SH. The pharmacology of weight gain with antipsychotics. *The Journal of clinical psychiatry*. 2001;62 Suppl 7:4-10.
82. Brecher M, Leong RW, Stening G, Osterling-Koskinen L, Jones AM. Quetiapine and long-term weight change: a comprehensive data review of patients with schizophrenia. *The Journal of clinical psychiatry*. 2007;68(4):597-603.
83. Allison DB, Casey DE. Antipsychotic-induced weight gain: a review of the literature. *The Journal of clinical psychiatry*. 2001;62 Suppl 7:22-31.
84. Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP, Swartz MS, Rosenheck RA, Perkins DO, et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *The New England journal of medicine*. 2005;353(12):1209-23.
85. Komossa K, Rummel-Kluge C, Hunger H, Schmid F, Schwarz S, Duggan L, et al. Olanzapine versus other atypical antipsychotics for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010(3):CD006654.
86. Parsons B, Allison DB, Loebel A, Williams K, Giller E, Romano S, et al. Weight effects associated with antipsychotics: a comprehensive database analysis. *Schizophrenia research*. 2009;110(1-3):103-10.
87. Khanna P, Komossa K, Rummel-Kluge C, Hunger H, Schwarz S, El-Sayeh HG, et al. Aripiprazole versus other atypical antipsychotics for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;2:CD006569.
88. Lindenmayer JP, Czobor P, Volavka J, Citrome L, Sheitman B, McEvoy JP, et al. Changes in glucose and cholesterol levels in patients with schizophrenia treated with typical or atypical antipsychotics. *The American journal of psychiatry*. 2003;160(2):290-6.

89. Meyer JM. Novel antipsychotics and severe hyperlipidemia. *Journal of clinical psychopharmacology*. 2001;21(4):369-74.
90. Garland EJ, Remick RA, Zis AP. Weight gain with antidepressants and lithium. *Journal of clinical psychopharmacology*. 1988;8(5):323-30.
91. Serretti A, Mandelli L. Antidepressants and body weight: a comprehensive review and meta-analysis. *The Journal of clinical psychiatry*. 2010;71(10):1259-72.
92. Verrotti A, D'Egidio C, Mohn A, Coppola G, Chiarelli F. Weight gain following treatment with valproic acid: pathogenetic mechanisms and clinical implications. *Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity*. 2011;12(5):e32-43.
93. Norge. Helse- og omsorgsdepartementet. Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet. Balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern. Oslo: Norges offentlige utredninger; 2011.
94. American Diabetes Association, American Psychiatric Association, American Association of Clinical Endocrinologists, North American Association for the Study of Obesity. Consensus development conference on antipsychotic drugs and obesity and diabetes. *Diabetes care*. 2004;27(2):596-601.
95. National Institute for Health and Care Excellence. Psychosis and schizophrenia in adults. Treatment and management. CG178. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2014.
96. Helsedirektoratet. Nasjonal fagleg retningslinje for utgreiing og behandling av bipolare lidingar. Oslo: Helsedirektoratet, 2012.
97. Helsedirektoratet. Kostråd for å fremme folkehelsen og forebygge kroniske sykdommer. Metodologi og vitenskapelig kunnskapsgrunnlag. Oslo: Andvord Grafisk A/S; 2011.
98. Mahan LK, Escott-Stump S, Raymond JL. Krause's Food and the Nutrition Care Process. 13th ed. St. Louis, Missouri: Saunders Elsevier; 2012.
99. Helsedirektoratet. Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten. Oslo: 2009.
100. National Institute for Health and Care Excellence. Generalised Anxiety Disorder in adults: Management in primary, secondary and community care. CG113. London: National Institute for Health and Care Excellence, 2011.
101. Pearsall R, Hughes S, Geddes J, Pelosi A. Understanding the problems developing a healthy living programme in patients with serious mental illness: a qualitative study. *BMC psychiatry*. 2014;14:38.
102. Davison KM, Kaplan BJ. Vitamin and mineral intakes in adults with mood disorders: comparisons to nutrition standards and associations with sociodemographic and clinical variables. *Journal of the American College of Nutrition*. 2011;30(6):547-58.
103. Neale J, Nettleton S, Pickering L, Fischer J. Eating patterns among heroin users: a qualitative study with implications for nutritional interventions. *Addiction*. 2012;107(3):635-41.

104. Saeland M, Haugen M, Eriksen FL, Wandel M, Smehaugen A, Bohmer T, et al. High sugar consumption and poor nutrient intake among drug addicts in Oslo, Norway. *The British journal of nutrition*. 2011;105(4):618-24.
105. Mehanna HM, Moledina J, Travis J. Refeeding syndrome: what it is, and how to prevent and treat it. *Bmj*. 2008;336(7659):1495-8.
106. Pauling L. Orthomolecular psychiatry. Varying the concentrations of substances normally present in the human body may control mental disease. *Science*. 1968;160(3825):265-71.
107. Berg RC, Smedslund G. Effekten av vitaminer, mineraler og andre kosttilskudd på mental helse hos mennesker med schizofreni. Rapport fra Kunnskapssenteret, notat - 2010. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2010.
108. Wainwright PE. Dietary essential fatty acids and brain function: a developmental perspective on mechanisms. *The Proceedings of the Nutrition Society*. 2002;61(1):61-9.
109. Amminger GP, Schafer MR, Papageorgiou K, Klier CM, Cotton SM, Harrigan SM, et al. Long-chain omega-3 fatty acids for indicated prevention of psychotic disorders: a randomized, placebo-controlled trial. *Archives of general psychiatry*. 2010;67(2):146-54.
110. Grosso G, Pajak A, Marventano S, Castellano S, Galvano F, Bucolo C, et al. Role of omega-3 Fatty acids in the treatment of depressive disorders: a comprehensive meta-analysis of randomized clinical trials. *PloS one*. 2014;9(5):e96905.
111. Williams E, Stewart-Knox B, Bradbury I, Rowland I, Pentieva K, Helander A, et al. Effect of folic acid supplementation on mood and serotonin response in healthy males. *The British journal of nutrition*. 2005;94(4):602-8.
112. Levine J. Controlled trials of inositol in psychiatry. *European neuropsychopharmacology : the journal of the European College of Neuropsychopharmacology*. 1997;7(2):147-55.
113. Sanchez-Villegas A, Doreste J, Schlatter J, Pla J, Bes-Rastrollo M, Martinez-Gonzalez MA. Association between folate, vitamin B(6) and vitamin B(12) intake and depression in the SUN cohort study. *Journal of human nutrition and dietetics : the official journal of the British Dietetic Association*. 2009;22(2):122-33.
114. Shabbir F, Patel A, Mattison C, Bose S, Krishnamohan R, Sweeney E, et al. Effect of diet on serotonergic neurotransmission in depression. *Neurochemistry international*. 2013;62(3):324-9.
115. Smedslund G, Berg RC. Effekten av vitaminer, mineraler og andre kosttilskudd på psykiske symptomer hos personer med ADHD, angstlidelser, bipolar lidelse eller depresjon. Rapport. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2011.
116. Joy CB, Mumby-Croft R, Joy LA. Polyunsaturated fatty acid supplementation for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006(3):CD001257.
117. Rathbone J, Zhang L, Zhang M, Xia J, Liu X, Yang Y. Chinese herbal medicine for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005(4):CD003444.
118. Jackson JR, Eaton WW, Cascella NG, Fasano A, Kelly DL. Neurologic and psychiatric manifestations of celiac disease and gluten sensitivity. *The Psychiatric quarterly*. 2012;83(1):91-102.

119. Severance EG, Dickerson FB, Halling M, Krivogorsky B, Haile L, Yang S, et al. Subunit and whole molecule specificity of the anti-bovine casein immune response in recent onset psychosis and schizophrenia. *Schizophrenia research*. 2010;118(1-3):240-7.
120. Smedslund G, Berg RC. Effekter av vitaminer, fettsyrer, mineraler og andre kosttilskudd på schizofrenisymptomer hos mennesker med schizofreni. Rapport fra Kunnskapssenteret no 19 - 2011. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2011.
121. Lerner V, Kanevsky M, Dwolatzky T, Rouach T, Kamin R, Miodownik C. Vitamin B12 and folate serum levels in newly admitted psychiatric patients. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*. 2006;25(1):60-7.
122. Berg AO, Melle I, Torjesen PA, Lien L, Hauff E, Andreassen OA. A cross-sectional study of vitamin D deficiency among immigrants and Norwegians with psychosis compared to the general population. *The Journal of clinical psychiatry*. 2010;71(12):1598-604.
123. Itzhaky D, Amital D, Gorden K, Bogomolni A, Arnson Y, Amital H. Low serum vitamin D concentrations in patients with schizophrenia. *The Israel Medical Association journal : IMAJ*. 2012;14(2):88-92.
124. Autier P, Boniol M, Pizot C, Mullie P. Vitamin D status and ill health: a systematic review. *The lancet Diabetes & endocrinology*. 2014;2(1):76-89.
125. Sublette ME, Ellis SP, Geant AL, Mann JJ. Meta-analysis of the effects of eicosapentaenoic acid (EPA) in clinical trials in depression. *The Journal of clinical psychiatry*. 2011;72(12):1577-84.
126. Long SJ, Benton D. A double-blind trial of the effect of docosahexaenoic acid and vitamin and mineral supplementation on aggression, impulsivity, and stress. *Human psychopharmacology*. 2013;28(3):238-47.
127. Gesch CB, Hammond SM, Hampson SE, Eves A, Crowder MJ. Influence of supplementary vitamins, minerals and essential fatty acids on the antisocial behaviour of young adult prisoners. Randomised, placebo-controlled trial. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2002;181:22-8.
128. Zaalberg A, Nijman H, Bulten E, Stroosma L, van der Staak C. Effects of nutritional supplements on aggression, rule-breaking, and psychopathology among young adult prisoners. *Aggressive behavior*. 2010;36(2):117-26.
129. Larose TL, Chen Y, Camargo CA, Jr., Langhammer A, Romundstad P, Mai XM. Factors associated with vitamin D deficiency in a Norwegian population: the HUNT Study. *Journal of epidemiology and community health*. 2014;68(2):165-70.
130. Akbaraly TN, Brunner EJ, Ferrie JE, Marmot MG, Kivimaki M, Singh-Manoux A. Dietary pattern and depressive symptoms in middle age. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2009;195(5):408-13.
131. Le Port A, Gueguen A, Kesse-Guyot E, Melchior M, Lemogne C, Nabi H, et al. Association between dietary patterns and depressive symptoms over time: a 10-year follow-up study of the GAZEL cohort. *PloS one*. 2012;7(12):e51593.

132. Rienks J, Dobson AJ, Mishra GD. Mediterranean dietary pattern and prevalence and incidence of depressive symptoms in mid-aged women: results from a large community-based prospective study. *Eur J Clin Nutr.* 2013;67(1):75-82.
133. Faulkner G, Cohn T, Remington G. Interventions to reduce weight gain in schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007(1):CD005148.
134. Thommessen MH, Martinsen EW, Arsky GH. [Diet and physical activity in Norwegian psychiatric institutions]. *Tidsskrift for den Norske lægeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny række.* 2005;125(23):3297-9.
135. Ruud HK. Årsrapport (2009 - 2010). *Klinisk ernæring og psykiatri.* Lovisenberg Diakonale Sykehus, Oslo; 2010 (Ikke publisert).
136. Ruud HK. Årsrapport 2009-2010. *Klinisk ernæring og psykiatri.* Lovisenberg Diakonale Sykehus, Oslo; 2011 (Ikke publisert).
137. Mellin-Olsen T. Personlig samtale med: Sara Linn Saunes. 23. Mai 2014 [sitert 3 Juni 2014].
138. Osnes IV. Personlig samtale med: Sara Linn Saunes. 29. mai 2014 [sitert 3 Juni 2014].
139. Ruud HK. 1,5 Årsrapport (26.06.06 – 31.12.07). *Klinisk ernæring og psykiatri.* Lovisenberg Diakonale Sykehus, Oslo; 2007 (Ikke publisert).
140. Guttormsen AB, Hensrud A, Irtun Ø, Mowé M, Sørbye LW, Thoresen L, et al. Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. Oslo: Helsedirektoratet, 2009 978-82-8081-185-1.
141. Ruud HK. Rapport Ernæringscreening VFH 2008/2009. Lovisenberg Diakonale Sykehus. Oslo; 2009 (Ikke publisert).
142. Osnes IV. Rapport Ernæringscreening VFH 2010/2011. Lovisenberg Diakonale Sykehus. Oslo; 2012 (Ikke publisert).
143. Zimmerman GL, Olsen CG, Bosworth MF. A 'stages of change' approach to helping patients change behavior. *American family physician.* 2000;61(5):1409-16.
144. Statens Helsetilsyn. Pasientstyrt forbedringsarbeid i psykiatriske sengeposter: kvalitetsforbedring i psykisk helsevern. *Utredningsserien 6:2001.* Oslo 2001.
145. ICT Services and System Development and Division of Epidemiology and Global Health. *Open Code 3.6. 3.4 ed.* Umeå: University of Umeå; 2009.
146. IBM Corp. *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20.0.* 20 ed. Armonk, NY: IBM Corp.; 2011.
147. Swift JA, Tischler V. Qualitative research in nutrition and dietetics: getting started. *Journal of human nutrition and dietetics : the official journal of the British Dietetic Association.* 2010;23(6):559-66.
148. Klassen AC, Creswell J, Plano Clark VL, Smith KC, Meissner HI. Best practices in mixed methods for quality of life research. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation.* 2012;21(3):377-80.

149. Goldsmith MR, Bankhead CR, Austoker J. Synthesising quantitative and qualitative research in evidence-based patient information. *Journal of epidemiology and community health*. 2007;61(3):262-70.
150. Ghosh AK. Organizing an effective continuous medical education session. *The Journal of the Association of Physicians of India*. 2008;56:533-8.
151. Draper A, Swift JA. Qualitative research in nutrition and dietetics: data collection issues. *Journal of human nutrition and dietetics : the official journal of the British Dietetic Association*. 2011;24(1):3-12.
152. Dahlgren L EM, Winkvist M. *Qualitative Methodology for International Public Health*. Umeå university, Sweden: Epidemiology and Public Health Sciences; 2004.
153. Cronin K. *Focus Group Resource Guide*. University of Wisconsin, School of Medicine and Public Health: Department of family medicine; 2011.
154. Rasmussen HH, Holst M, Kondrup J. Measuring nutritional risk in hospitals. *Clinical epidemiology*. 2010;2:209-16.
155. Kelly DL, McMahon RP, Wehring HJ, Liu F, Mackowick KM, Boggs DL, et al. Cigarette smoking and mortality risk in people with schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*. 2011;37(4):832-8.
156. Mowe M, Bosaeus I, Rasmussen HH, Kondrup J, Unosson M, Irtun Ø. Nutritional routines and attitudes among doctors and nurses in Scandinavia: A questionnaire based survey. *Clinical Nutrition*. 2006;25(3):524-32.
157. Roberts L, Roalfe A, Wilson S, Lester H. Physical health care of patients with schizophrenia in primary care: a comparative study. *Family practice*. 2007;24(1):34-40.
158. Hardy S, Hinks P, Gray R. Screening for cardiovascular risk in patients with severe mental illness in primary care: a comparison with patients with diabetes. *Journal of mental health*. 2013;22(1):42-50.
159. Barnes TR, Paton C, Cavanagh MR, Hancock E, Taylor DM. A UK audit of screening for the metabolic side effects of antipsychotics in community patients. *Schizophrenia bulletin*. 2007;33(6):1397-403.
160. Osborn DP, Nazareth I, Wright CA, King MB. Impact of a nurse-led intervention to improve screening for cardiovascular risk factors in people with severe mental illnesses. Phase-two cluster randomised feasibility trial of community mental health teams. *BMC health services research*. 2010;10:61.
161. Wing RR, Phelan S. Long-term weight loss maintenance. *The American journal of clinical nutrition*. 2005;82(1 Suppl):222S-5S.
162. Thomas JG, Wing RR. Maintenance of long-term weight loss. *Medicine and health, Rhode Island*. 2009;92(2):53, 6-7.
163. Kuipers E, Yesufu-Udechuku A, Taylor C, Kendall T. Management of psychosis and schizophrenia in adults: summary of updated NICE guidance. *Bmj*. 2014;348:g1173.
164. Sosial- og Helsedirektoratet. Brukermedvirkning – psykisk helsefeltet. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptappingsplan for psykisk helse. Oslo: 2006.

165. Barre LK, Ferron JC, Davis KE, Whitley R. Healthy eating in persons with serious mental illnesses: understanding and barriers. *Psychiatric rehabilitation journal*. 2011;34(4):304-10.
166. Wright CA, Osborn DP, Nazareth I, King MB. Prevention of coronary heart disease in people with severe mental illnesses: a qualitative study of patient and professionals' preferences for care. *BMC psychiatry*. 2006;6:16.
167. Chiang YL, Klainin-Yobas P, Ignacio J, Chng CM. The impact of antipsychotic side effects on attitudes towards medication in people with schizophrenia and related disorders. *Journal of clinical nursing*. 2011;20(15-16):2172-82.
168. Rasmussen HH, Kondrup J, Staun M, Ladefoged K, Lindorff K, Jorgensen LM, et al. A method for implementation of nutritional therapy in hospitals. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*. 2006;25(3):515-23.
169. Johannessen B, Skagestad I, Bergkaasa AM. Food as medicine in psychiatric care: which profession should be responsible for imparting knowledge and use of omega-3 fatty acids in psychiatry. *Complementary therapies in clinical practice*. 2011;17(2):107-12.
170. Trangsrud K. Ernæring i sykehjem – evaluering av et pilotprosjekt. Masteroppgave i klinisk ernæring. Universitetet i Oslo; 2012 (Ikke publisert).
171. Hankey CR, Eley S, Leslie WS, Hunter CM, Lean ME. Eating habits, beliefs, attitudes and knowledge among health professionals regarding the links between obesity, nutrition and health. *Public health nutrition*. 2004;7(2):337-43.
172. Gabriele JM, Dubbert PM, Reeves RR. Efficacy of behavioural interventions in managing atypical antipsychotic weight gain. *Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity*. 2009;10(4):442-55.
173. Thoresen L, Rothenberg E, Beck AM, Irtun O. Doctors and nurses on wards with greater access to clinical dietitians have better focus on clinical nutrition. *Journal of human nutrition and dietetics : the official journal of the British Dietetic Association*. 2008;21(3):239-47.
174. Osnes IV. Årsrapport for 2011. Klinisk ernæring og psykiatri. Lovisenberg Diakonale Sykehus, Oslo; 2012 (Ikke publisert).
175. National Institute for Health and Care Excellence. Bipolar disorder. The management of bipolar disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care. CG38. London: National Institute for Health and Care Excellence, 2006.
176. Mowe M, Bosaeus I, Rasmussen HH, Kondrup J, Unosson M, Rothenberg E, et al. Insufficient nutritional knowledge among health care workers? *Clinical Nutrition*. 2008;27(2):196-202.
177. Suominen MH, Kivisto SM, Pitkala KH. The effects of nutrition education on professionals' practice and on the nutrition of aged residents in dementia wards. *Eur J Clin Nutr*. 2007;61(10):1226-32.

Vedlegg

- Vedlegg 1** Brosjyre om mattilbudet til pasienter
- Vedlegg 2** Ernæringsscreeningskjema brukt ved VFH
- Vedlegg 3** Personvernombudets tilråding
- Vedlegg 4** Vedtak fra REK
- Vedlegg 5** Informasjon og samtykkeerklæring for deltagelse i fokusgrupper
- Vedlegg 6** Skjema for innsamling av deltagerdata til fokusgruppene
- Vedlegg 7** Spørreskjema til personalet
- Vedlegg 8** Spørsmål til pasienter ved utskrivelse
- Vedlegg 9** Samtykkeskjema til pasienter
- Vedlegg 10** Intervjuguide til fokusgruppeintervjuer
- Vedlegg 11** Liste med kodeord fra Open Code

Vedlegg 1

"Hverdagskost" er ett av mange tilbud til pasientene våre. Til middag tilbyr vi også "Halalrett" eller "Vegetar".

Ta gjerne kontakt med personalet dersom det er noe du lurer på!



Vi håper at du er fornøyd med mattilbudet og at du vil hygge deg med måltidene!

Med vennlig hilsen
Lovisenberg Diakonale Sykehus

November 2012



Lovisenberg Diakonale Sykehus

Kjære pasient!

Lovisenberg Diakonale Sykehus har satt seg som mål å være et **Helsefremmende sykehus!** Mattilbudet er en viktig del av behandlingen.

Et sunt og variert kosthold er viktig for vår fysiske og psykiske helse. Regelmessige måltider bidrar til struktur på dagen og mer overskudd. Hverdagskosten baserer seg på nøkkelrådene fra Helsedirektoratet for å forebygge livsstilssykdommer.

Enkelte medikamenter kan føre til vektoppgang på grunn av økt appetitt. Hverdagskosten kan være med på å forebygge en slik vektoppgang da den baserer seg på mye grønnsaker, grove kornprodukter, magert pålegg og magre middagsretter.

MATTILBUDET TIL FROKOST, KVELDS OG SENKVELDS

- Grovt brød, knekkebrød, frokostblanding/havregryn
- Soft lett margarin
- Påleggsutvalget inkluderer bl.a. magre oster, magert kjøttpålegg og fiskepålegg.

MIDDAG

Variert utvalg av fisk og magre kjøttprodukter. Oljer og myk margarin brukes i matlagingen. Vi anbefaler rikelig med grønnsaker som tilbehør.

MELLOMMÅLTIDER

Frukt, mager yoghurt

Informasjon om

Mattilbudet ved psykiatriske poster



DRIKKE

Tilbudet inkluderer ekstra lettmelk, skummet melk, skummet kulturmelk/biola, Fun light saft, te og kaffe. Vi anbefaler vann som tørstedrikk.

MÅLTIDENE:

Energibehovet varierer betydelig fra person til person og avhenger blant annet av kroppsvekt og aktivitetsnivå. Her er et eksempel på matmengder som kan passe for en person som veier 70 kilo.

FROKOST	3 skiver brød 2 porsjonsbeger Soft lett Magert pålegg 1 glass appelsinjuice
Lunsj	2 skiver brød 1 porsjonsbeger Soft lett Magert pålegg 1 glass melk
MELLOMMÅLTID	1 frukt
MIDDAG	1 porsjon Hverdagskost
SENKVELDS	4 knekkebrød Magert pålegg 1 frukt 1 glass melk

Vedlegg 2

ERNÆRINGSSCREENING VFH

Navn: [Pas.Etternavnfornavn]

Post:

1. Ukentlig vektregistrering:

Dato:									
Vekt:									
Høyde:									

2. BMI ved innleggelse (kryss av for aktuell kategori):

< 18,5 (undervekt)		18,5 - 24,9 (normalvekt)		25,0 - 29,9 (overvekt)	
30,0 - 34,9 (fedme, grad 1)		35,0 - 39,9 (fedme, grad 2)		> 40,0 (fedme, grad 3)	

3. Vektendring, matinntak, og røyking:

Har pasienten hatt vektendring siste 3 mnd?	Ja:		Nel:		Vet ikke:			
Hvis ja:	Økning i antall kg:		Reduksjon i antall kg:					
Har pasienten hatt et endret matinntak siste måneden?	Økt:		Uendret:		Nedsatt:		Vet ikke:	
Røyker pasienten?	Ja:			Nel:				
Kommentarer til punkt 3:								

4. Kosttilskudd (tilskudd som vanligvis bruker, endringer under innleggelsen noteres fortløpende):

--

5. Psykiatrisk diagnose (oppdateres fortløpende under innleggelsen):

--

Vedlegg 3



Personvernombudet for forskning og kvalitetssikring
Kompetansesenter for personvern og
informasjonssikkerhet
Oslo universitetssykehus HF

PERSONVERNOMBUDETS TILRÅDING

Til: Tonje Mellin-Olsen, prosjektleder, Lovisenberg
Diakonale Sykehus

Kopi:

Fra: Personvernombudet for forskning og
kvalitetssikring

Saksbehandler: Anette Engum, personvernrådgiver

Dato: 27.02.13

Offentlighet: Ikke unntatt offentlighet

Sak: Personvernombudets tilråding til innsamling og
behandling av personopplysninger

Saksnummer/ 2013/2763

Personvernnummer:

Personvernombudets tilråding til innsamling og behandling av personopplysninger for prosjektet ”Effekt av ernæringsveiledning ved en intermediaær psykiatrisk avdeling”

Viser til innsendt melding om behandling av personopplysninger / helseopplysninger. Det følgende er personvernombudets tilråding av prosjektet.

Med hjemmel i Personopplysningsforskriftens § 7-12 jf. Helseregisterlovens § 36 har Datatilsynet, ved oppnevning av personvernombud, fritatt sykehuset fra meldeplikten til Datatilsynet. Behandling og utlevering av person-/helseopplysninger meldes derfor til sykehusets personvernombud.

Databehandlingen tilfredsstillende forutsetningene for melding gitt i personopplysningsforskriften § 7-27 og er derfor unntatt konsesjon.

Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres under forutsetning av følgende:

1. Databehandlingsansvarlig er Lovisenberg Diakonale Sykehus ved adm. dir.
2. Behandling av personopplysningene / helseopplysninger i prosjektet skjer i samsvar med og innenfor det formål som er oppgitt i meldingen.
3. Data lagres på forskningsserver som oppgitt i meldingen. Annen lagringsform forutsetter gjennomføring av en risikovurdering som må godkjennes av Personvernombudet.
4. Tidligere innsendte reviderte informasjonsskriv benyttes, inklusive markerte tillegg og endringer foretatt av personvernombudet. Informasjonsskrivet til fokusgruppeintervjuet må oppdateres slik at det fremgår at opplysningene lagres aidentifisert, ikke anonymt, samt at opplysningen om at studien er vurdert av REK slettes. Det må videre fremgå at opplysningene slettes inne 2020. Eventuelle fremtidige endringer som berører formålet, utvalget inkluderte eller databehandlingen må forevises personvernombudet før de tas i bruk.
5. Kryssliste som kobler aidentifiserte data med personopplysninger lagres som angitt i meldingen og oppbevares separat på prosjektleders avlåste kontor.
6. Dersom formålet eller databehandlingen endres må personvernombudet informeres om dette.
7. Kontaktperson for prosjektet skal hvert tredje år sende personvernombudet ny melding som bekrefter at databehandlingen skjer i overensstemmelse med opprinnelig formål og helseregisterlovens regler.
8. Data slettes eller anonymiseres senest 2020 ved at krysslisten slettes og eventuelle andre identifikasjonsmuligheter i databasen fjernes. Når formålet med registeret er oppfylt sendes melding om bekreftet sletting til personvernombudet.

Prosjektet er registrert i oversikten over tilrådinger og uttalelser til forskning som Personvernombudet fører for sykehuset. Oversikten er offentlig tilgjengelig.

Lykke til med prosjektet!

Med vennlig hilsen
for Personvernombudet for forskning og kvalitetssikring

Anette Engum
personvernrådsgiver

Kompetansesenter for personvern og informasjonssikkerhet
Stab pasientsikkerhet og kvalitet
Oslo universitetssykehus HF

Epost: personvern@oslo-universitetssykehus.no
Web: www.oslo-universitetssykehus.no/personvern



Vedlegg 4



Region: REK sør-øst	Saksbehandler: Hege Holde Andersson	Telefon: 22845514	Vår dato: 31.01.2013	Vår referanse: 2012/2185 REK sør-øst B
			Deres dato: 11.12.2012	Deres referanse:

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Ingvild Veseth Osnes
Lovisenberg diakonale sykehus

2012/2185b Effekt av økt ernæringsfokus på intermedieær psykiatrisk avdeling

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK sør-øst) i møtet 09.01.2013. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10, jf. forskningsetikklovens § 4.

Forskningsansvarlig: Lovisenberg diakonale sykehus
Prosjektleder: Ingvild Veseth Osnes

Prosjektomtale

Vektøkning hos pasienter med psykiske lidelser er velkjent. Årsaken er ofte multifaktoriell, der medikamentell behandling og livsstilsfaktorer er sentrale faktorer. Psykisk sykdom er ofte forbundet med inaktivitet, røyking og overvekt. De fleste av pasientene har derfor en betydelig økt risiko for hjerte- og karsykdom og diabetes. I denne studien ønsker man å se om undervisning og veiledning fra fagperson vil føre til økt kunnskap og fokus på ernæring blant de ansatte ved tre psykiatriske poster. I tillegg ønsker man å se om dette har en innvirkning på ernæringsstatusen til pasientene, samt om pasientene opplever et økt fokus på kosthold som en del av deres behandling. Studien er samtykkebasert og skal inkludere 50 ansatte ved de tre utvalgte poster og samtlige pasienter som er innlagt ved postene i to ulike perioder i løpet av 2013. Hver periode vil være på 4 måneder.

Komiteens vurdering

Formålet med denne studien er å se om undervisning og veiledning vil føre til økt kunnskap og fokus på ernæring blant ansatte ved Vor Frue Hospital. Videre skal man se om dette kan ha en innvirkning på ernæringsstatusen til pasientene, samt om pasientene opplever et økt fokus på kosthold som en del av deres behandling. Prosjektet er primært rettet mot de ansatte og deres kunnskap og fokus på ernæring, og har ikke som formål å fremskaffe ny kunnskap om helse og sykdom. Prosjektet faller derfor utenfor helseforskningslovens virkeområde og kan gjennomføres uten prosjektgodkjenning fra REK.

Ettersom prosjektet forutsettes gjennomført i samsvar med gjeldende reguleringer vil det ikke være noe til hinder for at resultatene kan publiseres.

Vedtak

Prosjektet faller utenfor komiteens mandat, jf. helseforskningsloven § 2. Prosjektet kan gjennomføres uten godkjenning av REK.

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningslovens § 28 flg. Klagen sendes til REK sør-øst B.

Besøksadresse:
Nydalen allé 37 B, 0484 Oslo

Telefon: 22845511
E-post: post@helseforskning.etikkom.no
Web: <http://helseforskning.etikkom.no/>

All post og e-post som inngår i saksbehandlingen, bes adressert til REK sør-øst og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to the Regional Ethics Committee, REK sør-øst, not to individual staff

Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK sør-øst B, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Vi ber om at alle henvendelser sendes inn med korrekt skjema via vår saksportal: <http://helseforskning.etikkom.no>. Dersom det ikke finnes passende skjema kan henvendelsen rettes på e-post til: post@helseforskning.etikkom.no.

Med vennlig hilsen

Stein Opjordsmoen Iler
professor dr. med.
leder REK sør-øst B

Hege Holde Andersson
Komitésekretær

Kopi til: tonje.mellin-olsen@lds.no; post@lds.no



Lovisenberg Diakonale Sykehus

Menighetssøsterhjemmet - Diakonissehuset AS

Invitasjon til å delta i fokusgruppeintervju

Bakgrunn og hensikt

Som dere er kjent med, har masterstudent i klinisk ernæring, Sara Linn Saunes, vært tilstede ved Vor Frue Hospital i 6 uker for å bidra til fokus på ernæring.

Som en del av evalueringen av tiltaket, ønsker vi å benytte fokusgruppeintervjuer. Her ønsker vi å få frem de ansattes erfaringer, tanker og meninger om hvilket utbytte de har hatt av undervisningen og veiledningen som har blitt tilbudt.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta på intervjuet, og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Det vil ikke få konsekvenser for ditt ansettelsesforhold. Utvalget vil skje ved at ledelsen forespør sine ansatte, og vi kommer ikke til å vite din identitet før du skriver under på samtykkeerklæringen.

De som blir med i fokusgruppene, bes signere samtykkeerklæring og levere den til arbeidsleder.

Gjennomføring av fokusgruppeintervjuene

Det er ønskelig at hver fokusgruppe skal bestå av 6-8 ansatte fra avdelingen. Intervjuet vil bli holdt av hovedveileder Tonje Mellin-Olsen og Johanne Alhaug fra Enhet for klinisk ernæring ved LDS.

Intervjuet vil ta ca en time og foregår på Vor Frue Hospital i arbeidstiden. Opplysninger som fremkommer i gruppen, vil bli behandlet konfidensielt. Intervjuet tas opp på bånd som senere transkriberes (skrives ut på data). Datamaterialet skal aidentifiseres, det vil si at direkte og indirekte personidentifiserbare opplysninger vil fjernes eller endres. Lydopptak og samtykkeerklæringer slettes når arbeidet med oppgaven avsluttes. Data fra intervjuet vil dermed ikke være mulig å føre tilbake til den enkelte deltaker. Alle opplysninger slettes innen 2020.

Andre viktige opplysninger

Etter gjeldende regler er studien blitt godkjent av Personvernombudet for forskning. Ansvarshavende for prosjektet er masterstudent i klinisk ernæring Sara Linn Saunes (e-mail: sarals@student.uio.no), klinisk ernæringsfysiolog Ingvild Veseth Osnes (e-mail: ingvild.veseth@lds.no) og Enhetsleder klinisk ernæring Tonje Mellin-Olsen (e-mail: tonje.mellin-olsen@lds.no).

Vennlig hilsen

Tonje Mellin-Olsen
Enhetsleder klinisk ernæring

Samtykkeerklæring

Jeg har lest informasjonen og erklærer at jeg ønsker å delta i intervjuet. Jeg er inneforstått med at jeg når som helst kan trekke meg uten å oppgi grunn, og uten at det får følger for mitt ansettelsesforhold.

Navn:.....

Dato:.....

Signatur:.....

Vedlegg 6

Fokusgruppeintervju om ernæringstiltak ved Vor Frue Hospital

Kjønn

- Mann
- Kvinne

Alder

- 20 – 30 år
- 30 – 40 år
- 40 – 50 år
- 50 – 60+ år

Kryss av for hvilke undervisningstimer du har deltatt på

- 1. time – generelt om ernæring
- 2. time – overvekt og fedme
- 3. time – ernæring og psykiske lidelser

Vedlegg 7

Side 1 av 3

Spørreskjema til ansatte ved Vor Frue Hospital

Svar på 15 spørsmål ved å sette et kryss ved det svaret du mener er riktig eller «Usikker» hvis du ikke vet. Det er bare et svar som er riktig per spørsmål.

Din alder

Kjønn

- Mann
 Kvinne

Del 1

5. Hvilke opplysninger trenger du for å regne ut BMI?

- Vekt, høyde og alder
 Vekt og høyde
 Vekt, høyde og kjønn
 Usikker

2. Ved overvekt, hvilken av følgende sykdommer har man *ikke* økt risiko for?

- Kreft
 Hjerte/karsykdommer
 Diabetes type 1
 Usikker

3. Hvilket av disse næringsstoffene inneholder mest energi per gram?

- Karbohydrater
 Fett
 Alkohol
 Usikker

4. Hvilken av disse matvarene inneholder størst andel av det sunne fettene per 100 gram?

- Majones
 Smør
 Torsk
 Usikker

5. Hva vil en BMI på 31 tilsi?

- Normalvekt
- Overvekt
- Fedme
- Usikker

6. Hva innebærer anbefalingen om å spise ”5 om dagen”?

- Halvparten frukt/bær og halvparten grønnsaker
- Fem forskjellige frukt
- Fem kilder til vitaminer om dagen
- Usikker

7. Hvis du spiser 1 stor ss sjokoladeis hver dag i tillegg til det du vanligvis spiser, hvordan vil dette påvirke vekten din i løpet av et år?

- 2 kg
- 5 kg
- 7 kg
- Usikker

5. Hva inneholder mest fett?

- Olje
- Smør
- Olje og smør inneholder like mye fett, men av ulik form
- Usikker

5. Hvilke næringsstoffer er det mest vanlig å ha mangel på i Norge?

- Vit A og folat
- Vit D og jern
- Vit D og B6
- Usikker

5. Ved overvekt, hvor stor vektreduksjon er tilstrekkelig for å oppnå bedre helse? (lavere kolesterol, lavere blodsukker m.m.)

- 5-10 %
- 10-15 %
- 15-20 %
- Usikker

Del 2

Ernæringscreening

11a. Jeg synes det er viktig å ernæringscreenene pasientene

- Ja
- Nei
- Vet ikke

11b. Kryss av for den påstanden du mener er mest riktig

- Jeg fyller ikke ut ernæringscreeningskjema, for det er ikke mitt ansvar.
- Jeg fyller ikke ut ernæringscreeningskjema, og har ingen planer om å begynne med det.
- Jeg kan tenke meg å begynne med det i løpet av 1-3 måneder.
- For tiden fyller jeg ut noen ernæringscreeningskjemaer, men det er ikke regelmessig.
- Jeg fyller regelmessig ut ernæringscreeningskjemaer og har gjort det de siste månedene.
- Jeg fyller regelmessig ut ernæringscreeningskjemaer og har gjort det siden det ble innført/så lenge jeg har jobbet her.

Mattilbud

5. Jeg synes det er viktig at pasientene får et mattilbud i tråd med anbefalingene fra Helsedirektoratet

- Ja
- Nei
- Vet ikke

Oppfølging av pasienter

13a. Jeg synes det er viktig at pasientene får oppfølging når det gjelder ernæring (matvarevalg, endring av vaner, vektreduksjon m.m.)

- Ja
- Nei
- Vet ikke

13b. Kryss av for den påstanden du mener er mest riktig

- Jeg følger ikke opp pasientene når det gjelder ernæring, for det er ikke mitt ansvar.
 - Jeg følger ikke opp pasientene når det gjelder ernæring, og har ingen planer om å begynne med det.
 - Jeg kan tenke meg å begynne med det i løpet av 1-3 måneder.
 - For tiden følger jeg opp noen pasienter når det gjelder ernæring, men det er ikke regelmessig.
 - Jeg følger opp pasientene når det gjelder ernæring, og har gjort det de siste månedene.
- Jeg følger opp pasientene når det gjelder ernæring, og har gjort det så lenge jeg har jobbet her.

Vedlegg 8

Tillegg til intervjuprotokoll om pasienterfaringer fra opphold ved VFH.

Løpenummer:

ERNÆRING	
1. Har du fått sunn mat her?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Delvis <input type="checkbox"/> Nei
2. Har du kjøpt mye fast food, godteri eller snacks utenom det du har fått servert på avdelingen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Noe <input type="checkbox"/> Nei
3. Fikk du oppfølging i forhold til ernæring?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Delvis <input type="checkbox"/> Nei
4. Fikk du råd om hva som er lurt å spise for å gå ned eller opp i vekt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Delvis <input type="checkbox"/> Nei
5. Har du lært noe om sunn mat her, som du vil ha nytte av hjemme?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Delvis <input type="checkbox"/> Nei
6. Har du <u>ett</u> råd til forbedring når det gjelder mat og ernæring?	

Vedlegg 9

Samtykkeerklæring Bruk av data fra Ernæringscreening og spørreskjema

Psykiatrisk avdeling, Vor Frue Hospital
Lovisenberg Diakonale Sykehus (LDS)

Bakgrunn

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie. LDS har innført Ernæringscreening for lettere å kunne fange opp pasienter som opplever uønskede vektendringer. Mange medisiner påvirker appetitten. Dette kan medføre uønskede vektendringer, som oftest i form av vektøkning. Ved å koble data fra Ernæringscreening med medikamentbruk kan vi lære mer om slike vektendringer. Uønskede vektendringer kan forebygges dersom man på et tidlig tidspunkt gir kostveiledning og justerer legemiddeldosen.

Innhold

I tråd med sykehusets praksis har din vekt og høyde blitt målt under første innleggelsesuke. I tillegg har du blitt spurt om vektendringer siste 3 mnd, matinntaket siste mnd, bruk av eventuelle kosttilskudd og om du røyker. Vekten har deretter vært målt ukentlig. Eventuell psykiatrisk diagnose og registrering av hvilke medikamenter og doser du har fått, er gjort fortløpende. Ved utskrivelse fra Vor Frue Hospital vil du få et spørreskjema om hvordan du har oppfattet fokuset på ernæring og kosthold under din innleggelse.

Ved din deltakelse i Ernæringscreening og din besvarelse av spørreskjemaet gir du et verdifullt bidrag til hvordan vi kan lage et bedre behandlingstilbud for pasienter som legges inn ved en psykiatrisk avdeling.

Vi ber derfor om din tillatelse til at opplysninger fra ernæringscreening og besvarelsen av spørreskjemaet kan kobles til data fra din journal, og benyttes til forskning.

Mulige fordeler og ulemper

Du vil ikke ha noen spesielle fordeler av studien, men erfaringer fra studien vil senere kunne være til hjelp for andre. Det er ikke noen spesielle ulemper ved å delta i studien.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer/direkte gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres. Opplysningene slettes innen år 2020.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Dersom du ikke ønsker å delta, trenger du ikke å oppgi noen grunn, og det får ingen konsekvenser for den videre behandlingen du får ved sykehuset.

Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på denne siden. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker din øvrige behandling på sykehuset. Dersom du senere ønsker å trekke deg, kan du kontakte Ingvild Veseth Osnes (tlf: 98 20 75 49) eller Tonje Mellin-Olsen (tlf: 23 22 54 15).

Samtykke til deltakelse i studien

”Effekt av ernæringsveiledning ved en subakutt psykiatrisk avdeling”

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

Vedlegg 10

Intervjuguide for fokusgruppene ved Vor Frue Hospital.

Tema	Spørsmål
1. Ernæringsutfordringer	Hvilke er <u>de viktigste</u> ernæringsutfordringene dere opplever blant pasientene?
2. Pasientenes fokus	Opplever dere at pasientene er opptatt av ernæring? Hvis ja, i hvilken grad? <ul style="list-style-type: none">• Er det rom for endringer i ernæringsoppfølgingen av pasientene?• Hva kan gjøres annerledes?
3. Undervisning av ansatte Dere har i høst fått tilbud om 3 undervisningstimer fra Sara Linn (masterstudent i klinisk ernæring), der temaene har vært generelt om ernæring, overvekt og ernæring knyttet spesielt til psykiske lidelser.	I hvilken grad var undervisningen relevant? <ul style="list-style-type: none">• Hadde dere noen forventninger til undervisningen?• Tema – andre emner som burde vært dekket?• Rammer: Sted, tidspunkt, antall timer• Fikk de ansatte som ikke var til stede på undervisningen, noe innblikk i temaene?• Hvordan kan man nå fram til flere ansatte?
4. Ernæringscreening En av rutinene ved avdelingen er ernæringscreening av pasientene.	Hva tenker dere om ernæringscreeningen? Endret fokus/holdning etter undervisningen? <ul style="list-style-type: none">• Hvis ja, hvordan? Endret handling etter undervisningen? <ul style="list-style-type: none">• Hvis ja, hvordan?
5. Fokus på ernæring Sara Linn har i tillegg til å tilby undervisning til personalet, vært til stede en dag i uka ved hver post i 6 uker.	Har tilstedeværelsen av masterstudent i klinisk ernæring hatt noen innvirkning når det gjelder fokuset på ernæring i avdelingen? <ul style="list-style-type: none">• Hvis endret fokus, hva har bidratt (mest) til å endre fokuset på ernæring under disse seks ukene?• Hva slags oppfølging vil det kreve for å opprettholde fokuset på ernæring?• Har økt fokus på ernæring påvirket dine egne matvaner?• Hvor viktig er det å ha en pådriver for ernæringsarbeidet i avdelingen?

Vedlegg 11

Project: VorFrue

<u>Code</u>	<u>Count</u>	<u>Categories</u>
Annet	174	
Ansvar for fokus på ernæring	31	
Begrense	11	
Behandler etterspør vekt	7	
Brukermedvirkning	25	
Brusautomaten	25	
Brød	23	
BVC	10	
Dilemma	6	
Dårlig livsstil	7	
Empati	13	
ENDRET FOKUS	19	
Ernæring nedprioritert	21	
Ernæring som verktøy	2	
Ernæringsinteraksjon	58	
Etniske forskjeller	3	
Forbedringsforslag	38	
Forverrende tiltak	12	
Handle	25	
Individuell plan	16	
Ingen endring	3	
Innsikt i ern	24	
Junkfood	11	
Kapasitet	65	
KEF	39	
Livet etter utskrivelse	10	
Masete	11	
Matvalg	74	
Medisiner	67	
Motivere	10	
Mottagelighet	8	
Måltidsrytme	41	
Pasienten - negativt fokus	28	
Pasienten - positivt fokus	28	
persundervisning - negativt	6	
Persundervisning - positivt	36	
Psykose	10	
Refleksjon	10	
Rus	11	
Rutiner	53	
Rutinesvikt screening	99	
Sara i miljøet	18	
Screening - negativt	27	
Screening - positivt	36	
Seminar	12	
SITATER	42	
Spiseforstyrrelser	15	
Sukker	37	
Sunn mat	42	
SØS	11	
Tabu	6	
Tiltak som er gjort	53	
Ting sklir ut	8	
Tvang	4	
Ulvesult	16	
Undervisning forbedringsforslag	41	
Undervisning med pasienter	17	
UTFORDRINGER	53	
Utlevering av mat	22	
Vanskelige situasjoner	29	
Vekt	107	
Velge sine kamper	30	