

SLV:s "Sjukhusmåltiden - en viktig del av vården."

Livsmedelsverket gav 2014 ut publikationen "Sjukhusmåltiden - en viktig del av vården." Den reviderades 2015 beträffande några detaljer, medan innehållet i stort förblev intakt. Eftersom det nu 2019 föreligger ett förnyat behov av revidering ställer vi i det följande några frågor och ger några kommentarer i anslutning till de punkter, som gäller kost och näring i upplagan 2015.

Sid 3: Måltiderna - viktig fråga för sjukhusets ledning

"Maten på sjukhus är en del av den medicinska behandlingen"

KOMMENTAR:

Ambitionen att se sjukhuskosten som en del av den medicinska behandlingen måste analyseras och vägas mot både FAMMs och Livsmedelsverkets måltidsmodeller (se *Sid 4. nedan*) som båda slutar med att sjukhusmåltiden bör betraktas som en angelägen restaurangfråga. Se vidare

KOMMENTAR till sid 7: *Integrerade måltider.*

Sid 4: Måltider på sjukhus

Livsmedelsverkets måltidsmodell "har utvecklats utifrån teoretiska modeller för måltidskvalitet, exempelvis FAMM (The five aspects meal model), och praktisk erfarenhet."

FAMMs måltidsmodell

- Produkten
- Rummet
- Mötet
- Styrsystemet
- Stämningen

Livsmedelsverkets måltidsmodell

- God
- Integrerad
- Trivsamt
- Hållbar
- Näringsriktig
- Säker

Grunderna för FAMM är utarbetade i Frankrike för att hitta ett sätt att möta de kriterier Guide Michelin använder för att betygsätta restauranger och hotell. Systemet har därefter översatts till svenska på Hotell- och Restauranghögskolan i Grythyttan, som också rekommenderar FAMM som lämplig modell för sjukhuskost. Rekommendationen innebär, att varje patient skall när som helst på dygnet kunna beställa enligt en *à la carte-lista på närmare 75-100 mellanmål och måltider etc.*

KOMMENTAR:

Tillämpad FMM enligt Livsmedelsverkets måltidsmodell innebär, att personalens arbetsinsatser inom såväl produktion som transporter inom varje sjukhus måste bli föremål för en betydlig omorganisation och därtill utökas.

Sid 5: Styrdokument och Måltidsprocessen

Styrdokument för kostverksamheten inom vård och omsorg är ingen nyhet och är i stora drag förankrade enligt figur 2.

Måltidsprocessen i fig 3 är bakvänd. Upphandlingen är inte en *utgångspunkt* utan en *effekt* av arbetsuppgifterna i ringen.

Sid 6: Anpassade och goda måltider

KOMMENTAR:

Punkterna 1, 4, 6: Punkternas innehåll har aldrig ifrågasatts.

Punkterna 2 och 3:

Under senare delen av 1900-talet kunde man konstatera, att många av sjukhusköken var nedslitna och behövde ersättas med nybyggnation eller bli föremål för stora reparationer. Detta ansågs då bli för dyrt. Sjukhuspolitiker och sjukhusadministratörer valde i stället att företrädesvis lägga ner de egna centralköken och till intresserade entreprenörer utifrån överlämna ofta blandade och oprövade kostsystem för såväl produktion som distribution av sjukhusmat. Kritiken av såväl mat som system har sedan dess varit tämligen påtaglig.

Det är således inte naivt att förmoda, att även antalet valbara maträtter och mellanmål också kan bli föremål för sjukhuspolitikernas och administratörernas ekonomiska intresse.

Punkt 5:

Det är ingen svårighet att instämma i, att "logistiken främjar goda måltider". Men lättsamheten i själva påståendet visar på ren okunskap om en av de kostproduktionens Akilles-hälar, som ständigt är aktuella för uppmärksam bearbetning.

Sid 7: Integrerade måltider

KOMMENTAR.

Problem 1: Det vore kanske dags att alla styrande parter inom sjukvården - från Socialstyrelsen till läkare och politiker - diskuterade ihop sig till ett svar på frågan: "Hur leva upp till påståendet, att all mat inom vård och omsorg är "ett led i den medicinska behandlingen". Eller kanske det skulle räcka - och kanske det skulle vara på tiden! - att en samlad läkarkår framförde kravet? Ibland har det känts som om uttrycket ifråga bara varit en "spaltfyllnad" i tal och skrift i mindre allvarliga sammanhang.

Problem 2: För en "uppföljning av nutritionsproblem" har bl a noterats behovet av att kunna mäta en aptitlös patients reella konsumtion av energi och näringsämnen. Det är som vanligt lätt att beskriva ett behov, om man inte anser sig behöva beskriva hur behovet skall tillgodoses.

Lösningen på båda dessa problem är bara en enda. All mat på sjukhus måste vara energi- och näringsberäknad. Med rätt organisation därefter av rekvisition, produktion och transport vet man både vad som till en början ligger på tallriken framför patienten och kan energi- och näringsmässigt efteråt precisera det som patienten eventuellt inte har fått i sig.

Sid. 8: Måltidsmiljö som skapar trivsamma måltider.

KOMMENTAR:

Punkterna 3 och 6 är avhängiga tillämpningen av måltidsmodellen FAMM och därmed Livsmedelsverkets måltidsmodell. Om det är önskvärt, att tiden för servering av en huvudmåltid bör vara flexibel, och att närstående också ska kunna äta tillsammans med en patient, så krävs det inte bara en del "rutiner för det praktiska förfarandet" utan en ganska påtaglig förändring av hela arbetsorganisationen på både avdelningar och i produktions- och transportleden. Återigen är det enbart sjukhuspolitiker och dito administratörer, som bestämmer.

Sid 9: Miljömässigt hållbara måltider.

KOMMENTAR:

Med "hållbar menas måltider, som tar hänsyn till miljö och klimat."

De två följande meningarna ger inget tips om hur denna mening skall tolkas. Den

ger tyvärr bara intryck av att det i tiden just nu är lämpligt att i nästan alla sammanhang tala om "hänsyn till miljö och klimat." I samband med kostproduktionen inom vård och omsorg är det en inte alldeles ny fråga. Länge och väl har både miljö och klimat kunnat påverka olika livsmedelskvaliteter, vilket också uppmärksammats.

Då det gäller matsvinnet förekommer detta främst i samband med

- att maten oftast inte kan rekvireras från avdelningen i åtminstone 3 preciserade portionsstorlekar utan mestadels bara under benämningarna "en halv-portion," "en hel-portion" eller ibland t o m bara som "portion". För en precisering av portionsstorlekar krävs att maten är energi- och näringsberäknad för ca tre energinivåer per dag.

Å andra sidan är svinn från patienternas måltider det enda matsvinn, som måste kunna accepteras. Men det blir inte mindre av att portionerna enligt ovan inte kan preciseras bättre än hittills.

Punkt 3. Då det gäller energianvändning kommer denna att öka radikalt inom både produktion, transport och vid servering vid tillämpning av FAMMs och Livsmedelsverkets måltidsmodeller.

Sid. 10: Behovsanpassade och näringsriktiga måltider.

KOMMENTAR:

Punkt 1. Det räcker inte med att man bara konstaterar, att "Maten på sjukhus behöver vara näringsriktig och anpassad till individen." Energi- och näringsriktigheten bör vara preciserad med siffror. Anpassningen till individen bör ske via energi- och näringsberäknade menyer, vilka i sin tur anknyter till de energinivåer per dag för olika patientgrupper, som anges i Nordiska Näringsrekommendationer. Annars får man den uppfattningen, att nu gäller rent officiellt även på sjukhus, att man i sin matsedelsplanering använder sig enbart av Livsmedelsverkets sk näringsriktiga livsmedel. Det vill säga, att man väljer - förutom en angiven mängd grönsaker - *bara vissa och inte andra livsmedel.* Man bortser ifrån, *att alla livsmedel i sig själva och till sin natur är näringsriktiga. Det är inte livsmedlen det är fel på, det är doseringen.* Det är enbart via en energi- och näringsberäknad måltid som doseringen kan bli den rätta. Och därmed vinner man åtskilliga kulinariska poäng i större omväxling vad gäller menyer. Och därmed kan man också förhoppningsvis råda bot på både viss aptitlöshet och viss mängd matsvinn.

Behovet "av specialkost, konsistensanpassning med mera" har hittills alltid utretts

på vårdavdelningarna, rekviderats och därefter levererats från sjukhusens centralkök. Behovet av kunskap härom torde istället ligga hos Livsmedelsverket.

Sid 12-13: Checklista för bra sjukhusmåltider.

KOMMENTAR:

Det sjukhus torde knappast finnas, som kan tillhandahålla den grad av kontrollverksamhet, som checklistan kräver vare sig i sin helhet eller uppdelad. Vilken funktion den ska fylla utöver att den kan "ingå som en del i sjukhusets lednings-system" framgår inte heller.

Den kontroll, som skulle kunna vara av värde är följande:

- alla portioner på tallrik ansluter till en energi- och näringsberäknad meny
 - alla rester på tallrik uträknas i centralköket vad gäller sitt energi- och näringsinnehåll och uppgifter härom skickas omedelbart till resp avdelning som information till behandlande läkare.
-

SLUTKOMMENTAR:

Sjukhusmat har producerats vid resp institution sedan slutet av 1800-talet och den har administrerats av sjukvårdsansvariga myndigheter lika länge. Den har producerats av specialutbildad personal i över 100 år med till en början elever från den militära sidan. Med övergång till en fördjupning av utbildningen i början av 1900-talet följde, att den övergick till att bli en kvinnlig yrkesutbildning.

Såsom kvinnliga produktionsansvariga för storkök inom bl a sjukvården fick de företrädesvis manliga chefer som företrädare inom sjukvårdsansvariga myndigheter. För dessa manliga chefspersoner låg det nära till hands att betrakta anslag till kost, ävenledes på sjukhus, som en vanlig hushållskassa, alltid möjlig att ifrågasätta. Vilket också ofta skett, med sänkta kostanslag som följd. Och alltid med tillgång till en kvinnlig produktionschef som utpekad "syndabock".

Eftersom sjukhusmaten produktionsmässigt under senare år och alltfört genomgår organisationsförändringar både vad gäller om- och nybyggnader av centralkök, upphandlingar av hela kostsystem, förändringar av kompetenskrav bland produktionspersonal etc föreslår vi

- att Socialstyrelsen som varande högsta rådgivande instans för kosten inom vård och omsorg utarbetar och publicerar allmängiltiga regler för dess energi- och näringsmässiga kvalitet och
- att Livsmedelsverket i anslutning härtill får som uppgift att snarare kontrollera att Socialstyrelsens kvalitetskrav på sjukhuskosten efterlevs än att rekommendera kostsystem och hur dessa skall tillämpas på såväl vårdavdelning som inom en produktionsenhet.

Göteborg 25 april 2019.



Ulla Balknäs
0708-424429

Tidigare lektor i klinisk näraingslära
vid Sahlgrenska Akademin,
Göteborgs Universitet



Kerstin Larsson
0735-929348

Tidigare utr.sekr i kostfrågor inom Spri,
Sjukvårdens Planerings- och Rationali-
seringsinstitut, Stockholm